



Rapport de visite :

13 au 17 septembre 2021 – 1^{ère} visite

Centre hospitalier de Morlaix

(Finistère)



SYNTHESE

Du 13 au 17 septembre 2021, huit contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier de Morlaix (département du Finistère) qui appartient au groupement hospitalier de Bretagne occidentale.

L'organisation de la prise en charge de la psychiatrie dans le territoire repose sur un découpage en trois secteurs de psychiatrie adultes desservant une population globale de 195 570 habitants, chaque secteur comportant des structures d'hospitalisation complète, de jour et de soins en ambulatoire (CMP, CATTP, antennes) réparties dans dix communes auxquelles s'ajoutent des équipes mobiles. Sept unités intersectorielles spécialisées sont destinées aux patients des différents secteurs.

Depuis 2016 a débuté une réorganisation des capacités opérationnelles du pôle de psychiatrie associée à une restructuration des bâtiments. A l'issue de cette réorganisation et de cette restructuration immobilière, 62 lits auront été supprimés, deux unités d'hospitalisation auront été fermées, deux unités intersectorielles auront été créées. La répartition de la capacité opérationnelle du CH des Pays de Morlaix devrait finalement comporter : 205 lits d'hospitalisation complète et 177 places d'hospitalisation partielle. En attendant, la situation hôtelière est très contrastée, avec des unités qui sont récentes, bien agencées et bien équipées, et d'autres qui sont vétustes et dans un état de dégradation et d'absence d'équipements inacceptable.

La problématique majeure du pôle de psychiatrie tient à la pénurie de médecins psychiatres qui atteint 40% et génère de manière mécanique un ensemble de conséquences néfastes pour une bonne prise en charge des patients : pas de projet de service, pas ou peu de réunion d'équipes, très peu de réflexions institutionnelles sur les pratiques et des équipes qui s'auto organisent, avec pourtant une réelle volonté de bien faire et un dévouement évident.

Le travail en réseau intra/extra est bien développé avec un maillage conséquent sur le territoire du GHT, mais la carence nationale de places en structures adaptées pour trouver des solutions de sortie aux patients dans les unités de soins de suite n'épargne pas Morlaix.

Les restrictions de la vie quotidienne sont peu nombreuses et toujours individualisées selon l'état clinique des patients. Cependant, la liberté d'aller et venir fait l'objet de restrictions inexplicables et injustifiables, certains services étant fermés alors que le statut des patients hospitalisés ne diffère pas des unités qui restent ouvertes.

L'information et la notification des droits des patients repose entièrement sur les équipes dans les services, aussi, l'absence de formation des personnels aux soins sans consentement est préjudiciable aux patients. De manière générale, la formation des agents est un point d'amélioration important sur lequel le CH devra orienter ses efforts.

L'isolement et la contention n'ont pu être clairement analysés en raison de l'absence d'un outil d'analyse fiable, une partie des registres papier étant inexploitable en l'état et la partie informatisée sujette à de nombreux dysfonctionnements. Il semblerait que le nombre de décisions de placement à l'isolement et de contention soit plus important dans certaines unités que d'autres, le service des urgences et la pédopsychiatrie étant particulièrement concernés par ce constat.

Il s'agira donc pour le CH de saisir l'opportunité du déménagement des unités pour élaborer un projet médical attractif dans un cadre participatif et pluriprofessionnel, pour dynamiser les

équipes, tout en mettant en place une réflexion sur les pratiques d'isolement et de contention, et les droits des patients. Soucieux de faire évoluer leurs pratiques, les professionnels du pôle de psychiatrie ont été très attentifs aux observations émises et le contrôle s'est déroulé dans de très bonnes conditions.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

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 16

Les aides-soignants ne doivent pas remplacer les infirmiers pour pallier les absences de celles-ci dans les services.

RECOMMANDATION 2 18

Les membres du personnel chargés de procéder à la notification des droits des patients doivent être dûment formés aux procédures de placement en soins sans consentement et aux implications juridiques de ce statut.

RECOMMANDATION 3 19

Les membres du personnel doivent pouvoir déclarer un évènement indésirable de manière anonyme s'ils le souhaitent.

RECOMMANDATION 4 19

Les membres du personnel doivent être informés du suivi des incidents qu'ils déclarent sur le logiciel ENNOV, ce quel que soit leur statut.

RECOMMANDATION 5 21

Le comité d'éthique doit être une instance de réflexion permettant aux professionnels de s'approprier les principes déontologiques guidant leurs fonctions et de les confronter aux difficultés pratiques qu'ils rencontrent. Son existence, ses objectifs et modalités d'actions, ainsi que l'état de ses réflexions doivent être efficacement portés à la connaissance de l'ensemble des membres du personnel.

RECOMMANDATION 6 24

Il est indispensable de mettre en place un dispositif de prise en charge non discriminant des patients atteints de pathologie psychiatrique et de renforcer la formation des médecins urgentistes à leurs vulnérabilités spécifiques.

RECOMMANDATION 7 25

Toute décision d'isolement ou de contention prise par un médecin non-psychiatre doit être validée, dans un délai d'une heure, par un psychiatre après un examen clinique du patient.

RECOMMANDATION 8 26

Des mesures doivent être prises par l'établissement afin que les patients en soins sans consentement soient effectivement informés des droits inhérents à leur statut.

RECOMMANDATION 9 27

Les certificats médicaux initiaux qui fondent la décision d'hospitalisation doivent être remis aux patients en soins sans consentement.

RECOMMANDATION 10 30

Des supports écrits (livret d'accueil, affichage) relatifs aux informations sur l'hospitalisation, aux règles de vie dans les unités et aux droits généraux des patients doivent être mis à disposition de ces derniers.

- RECOMMANDATION 11 38**
- Dans le cadre du projet immobilier, l'équipement des chambres doit être complet et harmonisé avec un accès à une salle d'eau privative équipée d'un WC.
Les chambres doivent être équipées d'un verrou de confort permettant de préserver l'intimité des patients, et de placards fermables à clé pour protéger leurs biens.
L'accès à un espace extérieur aménagé doit être facilité.
- RECOMMANDATION 12 40**
- Les biens des patients doivent systématiquement faire l'objet d'un inventaire précis et contradictoire dans l'ensemble des unités.
- RECOMMANDATION 13 42**
- Les patients en soins libres doivent pouvoir sortir et circuler librement. Ils ne doivent donc pas être hébergés dans des unités dont les portes sont fermées en permanence.
- RECOMMANDATION 14 43**
- Seul l'état clinique peut motiver une restriction temporaire de la liberté d'aller et venir et non le statut médico-légal.
- RECOMMANDATION 15 44**
- L'obligation du port du pyjama institutionnel doit être proscrite, singulièrement si elle poursuit des objectifs sécuritaires.
- RECOMMANDATION 16 45**
- Les patients doivent être en mesure de passer et de recevoir des appels téléphoniques dans des conditions respectant la confidentialité des échanges.
- RECOMMANDATION 17 46**
- Les unités d'hospitalisation doivent être équipées d'un accès au réseau Wifi afin que les patients puissent communiquer avec l'extérieur et effectuer des démarches administratives.
- RECOMMANDATION 18 46**
- Toutes les unités d'hospitalisation doivent disposer d'un salon de visite agréable et confortable garantissant la confidentialité des échanges.
- RECOMMANDATION 19 47**
- L'établissement doit mettre en place un cadre et des moyens permettant aux patients de gérer leur vie sexuelle et affective, en toute sécurité, en tenant compte de leur profil et de leur vulnérabilité.
- RECOMMANDATION 20 49**
- Un dispositif d'appel doit être installé dans chaque chambre d'isolement, accessible au patient même lorsqu'il est attaché sur le lit.
L'occupant doit pouvoir commander lui-même l'éclairage et le chauffage de la pièce ainsi que le fonctionnement des volets roulants.
- RECOMMANDATION 21 50**
- Une réflexion institutionnelle doit être conduite sur le constat d'un nombre important de mesures d'isolement décidées au service des urgences. Ce nombre appelle une formation des praticiens qui y exercent au contexte juridique de ces décisions et aux bonnes pratiques qu'elles exigent.
- RECOMMANDATION 22 52**
- Les informations relevées au cours de la surveillance des patients isolés ou contentionnés doivent être retracées dans leur dossier.

RECOMMANDATION 23	52
La décision de mise en pyjama des patients isolés doit être individualisée, justifiée au regard de la clinique du patient et revue régulièrement lorsque l'isolement est prolongé.	
RECOMMANDATION 24	53
Les patients en isolement doivent avoir un libre accès aux toilettes.	
RECOMMANDATION 25	55
Les mesures d'isolement ne peuvent concerner que les patients en soins sans consentement. Lorsqu'une telle est prise à l'égard d'un patient en soins libres, son statut juridique d'admission doit être modifié.	
RECOMMANDATION 26	56
L'établissement doit élaborer une politique de réduction du recours à l'isolement et à la contention. Cette démarche exige l'élaboration d'un outil statistique fiable de l'observation des pratiques, outre la réalisation du registre <i>ad hoc</i> exigé par la loi. Elle doit également s'accompagner d'une sensibilisation et d'une formation de l'ensemble des intervenants aux conditions de décision, de mise en œuvre et de suivi de ces mesures.	
RECOMMANDATION 27	59
Les premiers éléments des mesures de soins sans consentement – noms, date, certificats médicaux d'admission, le cas échéant arrêtés – doivent être retranscrits dans le registre de la loi dans les 24 heures de l'édition de la mesure. Tous les éléments relatifs à la suite de la procédure doivent être reportés au fur et à mesure de leur survenance et les copies des documents (certificats médicaux, décisions, avis) insérés.	
RECOMMANDATION 28	60
Les patients doivent être suffisamment informés des enjeux et objectifs de l'audience du JLD. Ils doivent en outre être préparés à cette audience ; une attention doit être portée à leur présentation physique, afin de ne pas donner une image dégradée d'eux-mêmes.	
RECOMMANDATION 29	62
L'explication de la décision du JLD ne devrait pas reposer sur les soignants. Cette décision, ou à tout le moins les voies de recours en cas de mise en délibéré, pourrait être utilement expliquée oralement par le magistrat lui-même en fin d'audience. Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique	
RECOMMANDATION 30	65
Le programme d'éducation thérapeutique prévu dans le projet d'établissement doit être mis en place.	
RECOMMANDATION 31	65
Des réunions soignants-soignés doivent être organisées à une fréquence régulière dans toutes les unités permettant notamment aux patients de s'exprimer sur leur prise en charge.	
RECOMMANDATION 32	67
Les patients doivent pouvoir accéder à des activités de médiation thérapeutique, sous réserve de leur état clinique, en intégrant le fait que certains séjours sont longs.	
RECOMMANDATION 33	68
Le poste informatique devrait bénéficier d'un accès à internet afin de favoriser la réinsertion sociale des patients et diversifier l'offre d'activités thérapeutiques.	

- RECOMMANDATION 34** 69
L’atelier de médiation thérapeutique « cuisine » doit être réinstauré en raison des bénéfices thérapeutiques qu’il procure aux patients.
- RECOMMANDATION 35** 70
Dans chaque unité les patients doivent être informés du rôle de la personne de confiance et invités à en désigner une.
- RECOMMANDATION 36** 71
Des réunions cliniques et de synthèse incluant médecins, soignants et l’ensemble des acteurs concourant à la prise en charge des patients doivent être réinstaurées afin de permettre une meilleure coordination des soins.
- RECOMMANDATION 37** 72
Des séances de supervision ou d’analyse de pratique doivent être proposées au personnel soignant qui en exprime le besoin.
- RECOMMANDATION 38** 73
Les médecins généralistes doivent disposer de locaux spécifiques et adaptés leur permettant d’effectuer leurs consultations dans les conditions requises par la nature de leur exercice.
- RECOMMANDATION 39** 75
Afin de limiter la durée d’hospitalisation et d’assurer la continuité des soins, la préparation à la sortie doit se faire dans toutes les unités en collaboration avec toutes les structures relais extra hospitalières.
- RECOMMANDATION 40** 76
Un travail d’articulation doit être poursuivi et intensifié avec les établissements d’hébergement médicosociaux afin de lutter contre la stigmatisation des affections psychiatriques et de pouvoir offrir des réponses adaptées aux besoins des patients, en s’appuyant sur une équipe de liaison médico-sociale renforcée.
- RECOMMANDATION 41** 80
Le poste de psychiatre référent au sein de l’unité de gérontopsychiatrie doit être pourvu dans les meilleurs délais.
- RECOMMANDATION 42** 90
La chambre d’isolement de l’unité d’hospitalisation en pédopsychiatrie doit être remplacée par une véritable chambre d’apaisement.
- RECOMMANDATION 43** 91
Il convient de renforcer le temps de présence du pédopsychiatre à l’unité d’hospitalisation pour enfants et adolescents.
- RECOMMANDATION 44** 91
Il ne peut être procédé à l’isolement d’un mineur qui n’est pas admis sous le statut de soins sans consentement et toute décision d’isolement doit être prise par un médecin psychiatre.
- RECOMMANDATION 45** 92
Le projet de création d’une unité d’hospitalisation destinée aux mineurs âgés de 16 ans et plus doit se concrétiser afin que cette population bénéficie d’une prise en charge spécifique.

RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

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

RECO PRISE EN COMPTE 1 29

Le département d'informations médicales de l'établissement doit se doter d'un outil d'observation fiable des modalités d'admission et s'adjoindre les services d'un médecin formé aux statistiques pour l'utiliser et produire des données éclairant les pratiques.

RECO PRISE EN COMPTE 2 50

La traçabilité de la confirmation par un psychiatre d'une décision de mise à l'isolement prise par un médecin non-psychiatre ou un interne doit être assurée et permettre, notamment, d'apprécier le délai dans lequel cette confirmation est opérée.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	9
RAPPORT	11
1. CONDITIONS DE LA VISITE	11
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	12
2.1 Le pôle de psychiatrie fait l'objet d'une restructuration immobilière importante	12
2.2 Près de 40% des effectifs médicaux du pôle de psychiatrie ne sont pas pourvus	14
2.3 Les événements indésirables sont analysés de manière exhaustive	18
2.4 Le comité d'éthique est une instance méconnue des soignants en psychiatrie et peine à s'approprier des sujets de réflexion propres à cette discipline	21
3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	22
3.1 Les patients admis en SSC sont inégalement informés de leur statut et de leurs droits	22
3.2 L'établissement ne dispose pas d'un outil statistique suffisamment fiable pour analyser l'évolution de son activité	27
3.3 L'information orale et écrite des patients est insuffisante	29
4. LES CONDITIONS DE VIE	32
4.1 L'état des locaux et les conditions d'hébergement sont disparates	32
4.2 Les patients disposent des moyens d'assurer leur hygiène corporelle mais pas toujours d'un vestiaire de dépannage	38
4.3 Les procédures relatives aux biens des patients souffrent d'un manque de traçabilité et ne garantissent pas une protection égale dans toutes les unités	39
4.4 Le service de restauration n'appelle pas de remarque particulière	41
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	42
5.1 La liberté d'aller et venir est restreinte par la fermeture des portes des unités d'admission	42
5.2 Les restrictions dans la vie quotidienne sont globalement individualisées	43
5.3 Les communications avec l'extérieur et la confidentialité sont garanties	44
5.4 L'accès au vote est organisé	47
5.5 La vie sexuelle des patients n'est pas prise en compte sur un plan institutionnel	47
6. L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT	48
6.1 L'organisation des locaux d'isolement ne respecte pas toujours les droits et la dignité des patients	48

6.2	Les protocoles cadrant les modalités de mise en isolement manquent de rigueur et les pratiques respectent peu le bien-être et la dignité du patient	49
6.3	La réflexion institutionnelle de l'établissement en matière d'isolement et de contention, qui ne dispose d'aucun outil d'évaluation fiable de ces pratiques, reste à construire.....	54
7.	LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	57
7.1	La commission départementale des soins psychiatriques et la commission des usagers exercent les missions qui leur sont imparties	57
7.2	Les modalités de tenue du registre de la loi traduisent une méconnaissance institutionnelle de la fonction de ce document	58
7.3	Les patients sont insuffisamment préparés à l'audience du juge des libertés et de la détention.....	60
8.	LES SOINS.....	63
8.1	Dans certaines unités le déficit de psychiatres expose au risque de rupture de la continuité des soins	63
8.2	L'accès aux soins somatiques est assuré malgré un turn-over important des médecins généralistes	73
8.3	La préparation à la sortie privilégie le travail partenarial mais se heurte à un manque de places en établissements médico-sociaux	74
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	78
9.1	Malgré la vacance du poste de psychiatre, le service de gérontopsychiatrie offre une prise en charge individualisée et respectueuse des droits des patients.....	78
9.2	L'équipe de l'UHCEA fait preuve d'inventivité pour offrir une prise en charge adaptée aux besoins des mineurs de moins de 16 ans mais elle ne parvient pas à éviter le recours à l'isolement et à la contention.....	83
9.3	Les mineurs de plus de 16 ans admis dans les unités d'hospitalisation adulte ne bénéficient pas d'une prise en charge adaptée à leurs besoins	91
10.	CONCLUSION.....	93

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

Jean-Christophe Hanché, chef de mission ;

Candice Daghestani, contrôleure ;

Aline Daillère, contrôleure ;

Hélène Dupif, contrôleure ;

Anne Lecourbe, contrôleure ;

Marie Pinot, contrôleure ;

Bonnie Tickridge, contrôleure ;

Thierry Chantegret, contrôleur-photographe.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, huit contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier de Morlaix (département des Finistère) du 13 au 17 septembre 2021.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 13 septembre 2021 à 14 h30. Ils l'ont quitté le 17 septembre 2021 à 11h. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction, au directeur de cabinet du sous-préfet de Morlaix, à l'agence régionale de santé (ARS) du Finistère. Le président du tribunal judiciaire de Brest ainsi que le procureur de la République près ce tribunal ont également été avisés de ce contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le directeur et son adjointe.

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

Les contrôleurs ont pu s'entretenir tant avec les patients qu'avec des membres du personnel et des intervenants exerçant sur le site.

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

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

Une réunion de restitution a eu lieu, le 17 septembre 2021, avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation.

Le directeur général du centre hospitalier de Morlaix a adressé, le 12 mai 2022, ses observations en réponse au rapport provisoire du 25 mars 2022. Celles-ci ont été intégrées au présent rapport définitif.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LE POLE DE PSYCHIATRIE FAIT L'OBJET D'UNE RESTRUCTURATION IMMOBILIERE IMPORTANTE

En 1733, un hôpital tenu par des religieuses fut construit sur l'actuel emplacement des services de psychiatrie. Il se spécialisa dans l'accueil des « aliénés ». Après le départ des religieuses, le nouvel hôpital ouvrit ses portes en novembre 1970.

En 1995, la fusion avec le centre départemental de cure de Plougonven, le centre hospitalier (CH) de Morlaix fait place au centre hospitalier des Pays de Morlaix. A partir de cette date, le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix (CHPM) a engagé des opérations de travaux avec pour objectif le renouvellement du parc immobilier. Ainsi, pour le pôle de psychiatrie, l'unité Ker Huel a été installée dans un nouveau bâtiment en 2010, de même en 2013, s'agissant des unités Ménéham et Trévezel du secteur 5.

Le CHPM fait partie du groupement hospitalier de territoire (GHT) de Bretagne Occidentale qui regroupe le centre hospitalier régional universitaire (CHRU), qui est l'établissement support, l'hôpital interarmées (HIA) de Clermont-Tonnerre, le CH de Landernau, les hôpitaux de proximité de Crozon, Lesvenen, Lanmeur et Saint-Renan. Le projet médical partagé a été validé par les instances et arrêté en juillet 2017.

Le CHPM s'inscrit dans quatre contrats locaux de santé (CLS) : celui des Pays de Morlaix signé en 2020, celui du Pays Centre ouest Bretagne pour la psychiatrie et le contrat local de santé mentale (CLSM), celui des Pays de Brest avec l'hôpital de proximité de Lesvenen pour la psychiatrie, celui des Iles du Ponant pour la couverture de l'île de Batz.

Les activités du centre hospitalier des Pays de Morlaix sont réparties sur deux sites principaux : le site de Morlaix et le site de Plougonven. Le site de Morlaix comprend les services de médecine, chirurgie et obstétrique, le plateau technique, un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), la psychiatrie infanto-juvénile, un inter secteur d'addictologie et un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ainsi que des structures ambulatoires dans dix communes du territoire. Le site de Plougonven regroupe les soins de suite et réadaptation, un EHPAD, un foyer d'accueil médicalisé, un centre de réhabilitation psychosociale et un service de soins infirmiers à domicile.

L'organisation de la prise en charge repose sur le découpage du territoire en trois secteurs de psychiatrie adultes desservant une population de 195 570 habitants, chaque secteur comportant des structures d'hospitalisation complète, de jour et de soins en ambulatoire (CMP, CATTP, antennes) réparties dans dix communes du territoire auxquelles s'ajoutent des équipes mobiles.

Sept unités intersectorielles spécialisées sont destinées aux patients des différents secteurs :

- L'unité psychiatrique d'évaluation clinique (UPEC) ;
- Ker Huel, pour patients hospitalo-requérants ;
- Les Hêtres, unité de gérontopsychiatrie ;
- Roz Ar Scour, unité de post cure psychiatrique et de réhabilitation psychosociale ;
- An Haleg, unité de soins longue durée (USLD) ;
- Une unité de thérapie familiale ;
- Une unité d'Ateliers Thérapeutiques Artistiques.

Les unités d'hospitalisation complète pour les adultes et enfants se situent dans l'enceinte du CHPM.

Y accueillent des patients en soins sans consentement les unités d'admission Trévezel (29 lits), Ty Mad (23 lits), Les Mouettes (23 lits), chacune desservant un secteur de psychiatrie adultes, Les Hêtres (20 lits), service d'admission et de court séjour pour des personnes âgées de plus de 70 ans et les deux unités de soins de suite, Ménéham (21 lits) et Les Cormorans (24 lits), pour les résidents sur les trois secteurs de psychiatrie adultes.

Ne reçoivent en hospitalisation complète que des patients en soins libres, l'unité de pédopsychiatrie (8 lits), l'UPEC (5 lits) et Ker Huel (20 lits) destinée aux patients hospitalo-requérants.

Le maillage des centres médico-psychologiques sur le territoire du CH des Pays de Morlaix permet un repérage et un accompagnement accru des patients pris en charge en santé mentale et également une approche préventive des risques suicidaires. L'augmentation des plages horaires d'ouverture des CMP fait partie du projet d'établissement 2019-2023.

En 2020, le pôle de psychiatrie du CH des Pays de Morlaix a réalisé 3 046 entrées en hospitalisation complète, pour un total de 62 572 journées d'hospitalisation.

Depuis 2016 a débuté une réorganisation des capacités opérationnelles du pôle de psychiatrie associée à une restructuration des bâtiments.

Un CSAPA a été reconstruit et a ouvert en avril 2019 avec une équipe de professionnels renouvelée. Une phase de travaux importants de restructuration du pôle de psychiatrie et de réhabilitation du bâtiment historique a commencé en 2019 et s'achèvera en 2023. Ces travaux ont pour objectif la réhabilitation complète du bâtiment historique pour regrouper les unités d'admission et un centre de soins pour la prise en charge des 16/25 ans sera créé.

La démolition des bâtiments Glycines, Acacias et de l'ancien CSAPA situés devant le bâtiment hébergeant les unités Ménéham et Trévezel est achevée depuis la fin de l'année 2020 et doit donner place à un nouveau parking pour l'accueil du public.

En outre, un projet vise à regrouper certaines structures de l'extra hospitalier dans un bâtiment neuf construit par Finistère Habitat, bailleur actuel des locaux loués par le CH au sein de la cité des Peupliers à Carhaix-Plouguer.

A l'issue de cette réorganisation et de cette restructuration immobilière, 62 lits auront été supprimés, deux unités d'hospitalisation auront été fermées, deux unités intersectorielles auront été créées. La répartition de la capacité opérationnelle du CH des Pays de Morlaix devrait se répartir en :

205 lits d'hospitalisation complète comprenant :

- 165 lits pour adultes ;
- 15 lits d'addictologie ;
- 17 de réhabilitation psychosociale ;
- 8 lits de pédopsychiatrie ;

et 177 places d'hospitalisation partielle comprenant :

- 121 places adultes ;
- 5 places d'addictologie ;
- 5 RPS ;

- 46 places de pédopsychiatrie.

2.2 PRES DE 40% DES EFFECTIFS MEDICAUX DU POLE DE PSYCHIATRIE NE SONT PAS POURVUS

Le pôle psychiatrie du CH des pays de Morlaix dispose de 481 équivalents temps plein (ETP) non médicaux et 28,8 ETP médicaux.

2.2.1 Le personnel médical

Le CHPM peine à recruter des praticiens hospitaliers spécialisés en psychiatrie avec une aggravation sensible au fil du temps comme en témoigne le tableau suivant :

2019		2020		2021	
Budgétés	Non pourvus	Budgétés	Non pourvus	Budgétés	Non pourvus
28,8	9,4	28,8	10,6	28,8	11,4

Effectifs de postes de psychiatres budgétés et non pourvus (exprimés en ETP)

Ainsi en 2021, près de 40% des postes de psychiatres sont vacants et pour pallier cette carence il est fait appel à des médecins intérimaires et à des contrats courts, par essence éphémères dans l'institution et posant leurs conditions : choix du service obligeant certains médecins titulaires à changer d'affectation pour répondre aux desiderata du remplaçant, refus de participer aux gardes, sans compter l'absence d'implication dans les projets de service, la faiblesse du soutien apporté aux équipes soignantes et la rupture induite dans la continuité des soins. Les raisons invoquées par la direction pour expliquer ces difficultés seraient, d'une part, de nature géographique, en raison du positionnement du CHPM légèrement en retrait des côtes bretonnes pour attirer des professionnels désirant s'installer sur le littoral et, d'autre part, en raison du manque d'attractivité du CH des Pays de Morlaix par rapport au CHRU de Brest qui concentre les demandes. À ce déficit de médecins hospitaliers s'ajoute celui des médecins psychiatres libéraux sur le territoire du CH, lesquels se sont reportés sur la région de Brest pour un plus grand bassin de population et les avantages d'une ville plus importante en termes d'offres de services pour la vie personnelle ou familiale.

A Trévezel, le psychiatre assure une présence quotidienne sauf le mercredi après-midi où il est remplacé par un confrère de l'extra hospitalier.

A Ménéham, le psychiatre intervient deux à trois demi-journées par semaine. Dans ces deux unités, selon les soignants, les psychiatres se montrent extrêmement disponibles et accessibles, se remplacent mutuellement pendant leurs congés et constituent un réel soutien pour les équipes.

Aux Mouettes, aux Cormorans et aux Hêtres, unités rattachées au secteur 6, quatre postes de psychiatre à temps plein sont budgétés mais au moment du contrôle, le chef de pôle était seul à temps plein avec un renfort de psychiatres à 0,4 ETP pour l'ensemble du secteur. Pour pallier les vacances de postes, il est fait appel à des intérimaires, souvent des retraités. Lors de la visite, un remplaçant était affecté pour deux mois aux Mouettes car il avait conditionné sa venue au fait d'être en unité d'admission. Le chef de service lui a donc laissé sa place pour la gérontopsychiatrie. En temps ordinaire, il est présent dans l'unité tous les matins et le mardi en début d'après-midi pour le staff.

Les Cormorans ont connu une rotation importante de psychiatres puisque, depuis le début de 2018, au moins dix médecins intérimaires s'y sont succédé pour des durées allant d'une semaine

à quelques mois, entraînant une rupture dans la continuité des prises en charge, une absence de soutien aux équipes infirmières et une lassitude tant des patients, contraints à chaque fois de répéter leur histoire, que des soignants qui constatent parfois des divergences dans l'appréciation de l'état des patients, dans la prescription médicamenteuse et des difficultés à apprécier leur évolution. Au moment du contrôle, le psychiatre responsable du secteur 6 intervenait dans l'unité. Partageant son temps entre Les Cormorans, Les Hêtres, le CMP de St Martin des Champs et l'hôpital de jour Jean Bart il n'est guère disponible pour étayer l'équipe et s'investir dans des projets de service, mais il passe dans le service pratiquement tous les jours, est joignable par téléphone sur son temps de travail et dispose d'un carnet de rendez-vous dans l'unité. La semaine du contrôle deux demi-journées de consultations étaient prévues.

A Ty Mad, un psychiatre est présent trois après-midis par semaine. Le matin, le service bénéficie des services d'un interne en psychiatrie.

Unités	Trévezel	Ménéham	Les Mouettes	Cormorans	Ty Mad	Les Hêtres
Effectifs	0,9	0,2 à 0,3	1	Variable : 0,2 la semaine du contrôle	0,3	Non précisé

Effectifs de psychiatres exprimés en ETP dans les unités accueillant des patients en SSC¹

2.2.2 Le personnel non médical

L'établissement impose aux agents de pratiquer plusieurs années en intra avant de pouvoir postuler sur des emplois dans les structures ambulatoires. Les agents contractuels ont un parcours de mobilité qui doit comprendre au minimum deux des trois pôles suivants : soit le pôle de psychiatrie, la MCO ou la gériatrie, et ce en fonction du souhait des agents et de leurs expériences précédentes.

Les personnels contractuels ne peuvent être titularisés que sur des postes vacants, or, la majorité des contractuels sont embauchés pour pallier les absences d'agents en arrêts maladie de longue durée ou en disponibilité. Le délai moyen d'attente de stagiarisation pour un infirmier diplômé d'Etat (IDE) est de quatre ans, six ans pour les aides-soignants (AS) et dix-huit mois pour les agents de services hospitaliers (ASH).

Selon les données fournies par la direction du CHPM aucun poste d'IDE, d'AS ni d'ASH n'est vacant. Toutefois, il a été signalé aux contrôleurs que dans les unités, les agents en congés maladie et maternité n'étaient pas remplacés. En cas d'effectif critique, des soignants de l'extra hospitalier peuvent être rappelés de même que le personnel en congés. Il n'est jamais recouru à des IDE de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), ni demandé au personnel de faire des heures supplémentaires.

Les IDE travaillent par roulement le matin de 6h45 à 14h45 et l'après-midi de 13 heures 45 à 21 heures 15. Les équipes infirmières de nuit sont spécifiques et leur service s'étend de 21 heures à 7 heures. Parfois, un IDE de jour en poste de 8 heures à 16 heures ou de 9 heures à 17 heures permet d'étoffer les équipes et d'organiser des activités.

Les aides-soignants font les mêmes horaires en journée et ne travaillent pas la nuit.

¹ Les psychiatres titulaires partagent leur temps entre les unités d'hospitalisation complète et les structures ambulatoires : CMP et HJ.

A Ménéham, il est parfois fait appel à des AS pour remplacer les IDE de nuit lorsque l'absentéisme infirmier est trop important et les ressources épuisées.

RECOMMANDATION 1

Les aides-soignants ne doivent pas remplacer les infirmiers pour pallier les absences de celles-ci dans les services.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique que « *Ménéham et Trevezel sont des services juxtaposés architecturalement parlant : 2 Ide de nuit sont dans le bâtiment de façon systématique à Trevezel, service admission, et 2 IDE (infirmier diplômé d'Etat) sont positionnés à Ménéham. En cas d'impossibilité de remplacer par un IDE, un appel est fait à un AS en dernier recours dans le contexte de tension actuel. Dans tous les cas, une supervision est organisée pour l'équipe présente. Cela relève des plans de continuité d'activité définis par unité, dans le contexte de crise COVID. A Ménéham, les AS sont dans les maquettes de prise en charge, car ce service est un service de deuxième intention et ne fait pas d'entrée de nuit.* »

Unités ²	Trévezel	Ménéham	Les Mouettes	Cormorans	Ty Mad	Les Hêtres
Cadre de santé	1	1	0,9	0,5	1	1
IDE jour et nuit	19,3	12,8	16,5	13	16	14,1
Aide-soignant		3,6		4,8		4
ASH	3,6	3,6	3	2	3	2
Psychologue					0,2	0,5
Personnel socio-éducatif						
Assistant social				0,5 ³		
Assistant médico-administratif						0,2

Effectif de personnel non médical en ETP

En ce qui concerne les cadres de santé, au moment du contrôle, aucun poste n'était vacant. Toutefois, ils étaient sollicités pour effectuer des gardes de nuit afin de remplacer un de leur collègue de nuit et le cadre de santé de Trévezel devait aussi assurer l'intérim à Ménéham en l'absence de son collègue en arrêt maladie depuis juin dernier. De même, la cadre supérieure du pôle 7 assurait depuis juillet 2021, en sus de ses fonctions, l'encadrement de Ty Mad en l'absence du cadre de santé.

² Unités sur le site de Morlaix accueillant des patients en SSC.

³ A compter du 15 septembre 2021.

2.2.3 La formation

En 2021 le pôle psychiatrie a bénéficié d'une enveloppe budgétaire de 45 515,50 €, soit 16,85% du budget total consacré à la formation au CHPM, le positionnant à la deuxième place dans le détail du budget de formation par pôles. Des formations institutionnelles ouvertes à tout ou partie des pôles du CHPM ont été dispensées en 2021 et se répartissent de la façon suivante :

Thématique	Intitulé	Nombre d'agents bénéficiaires	Public cible	Nombre de jours de formation
Prévention et gestion des actes de violence	Formation de formateur OMEGA	1	IDE	19
Prévention et gestion des actes de violence	OMEGA : prévention de l'agressivité et de la violence	14 ⁴	Tout agent hospitalier	4
Santé mentale et addictologie	Consolidation et intégration des savoirs et des pratiques en soins psychiatriques	10	INF exerçant depuis peu en psychiatrie	9
Santé mentale et addictologie	Intervention de crise suicidaire	9 ⁵	ASE, IDE, psychologues, praticiens	2
Santé mentale et addictologie	L'entretien infirmier en santé mentale	10	IDE	6

Des formations réservées au pôle de psychiatrie visant au développement des connaissances et des compétences ont eu pour objet l'entretien infirmier lors du processus d'isolement, des formations sur la thérapie familiale, d'autres en lien avec la pédopsychiatrie ou la réhabilitation psychosociale.

Il n'existe pas de formation spécifique du personnel aux droits des patients en soins sans consentement (SSC).

⁴ Formation accessible également aux agents des pôles 3 (médecine/réanimation/urgences) et 4 (chirurgie/mère enfant).

⁵ Formation accessible également aux agents des pôles 1 (administratifs) et 3 (médecine/réanimation/urgences).

La directrice des ressources humaines, en poste depuis moins d'un an, a indiqué aux contrôleurs que le tutorat devrait être remis en place prochainement ; le secteur 5 devrait être le secteur pilote, afin de constituer des binômes junior/senior.

RECOMMANDATION 2

Les membres du personnel chargés de procéder à la notification des droits des patients doivent être dûment formés aux procédures de placement en soins sans consentement et aux implications juridiques de ce statut.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique que : « *En lien avec la réforme de l'isolement et contention du 14/12/2020, le trinôme qualité travaille sur un mémento à destination de l'ensemble des professionnels sur l'admission patient en lien avec les critères de la HAS (Haute autorité de santé). Une procédure décrivant les modalités d'informations aux patients existe. Depuis le 11/09/2021, mise en place d'une garde de cadre de santé de psychiatrie spécifique le WE et férié, pour répondre à la gestion des mesures et application de l'Article 84, élargir (mettre en place) la formation continue par le bureau des placements à l'ensemble des professionnels IDE du pôle de psychiatrie. Le guide est réactualisé.* »

2.3 LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT ANALYSES DE MANIERE EXHAUSTIVE

2.3.1 Faits de violences, incidents

Les incidents se rapportant aux soins sont traités par le service qualité et gestion des risques, lequel compte trois agents. Entendus au sens large, ils recouvrent trois types de déclarations qui, faisant l'objet de formulaires distincts, sont traitées et analysées séparément :

- les fiches d'évènements indésirables à proprement parler (FEI) ;
- les actes de violence ;
- les chutes.

En 2020, 2 381 incidents ont été déclarés dans l'établissement (54% de chutes, 26% de FEI et 10 % d'actes de violences). Concernant le seul pôle psychiatrie et addictologie, 142 actes de violence, 98 FEI et 51 chutes ont été déclarés en 2020 (soit 291 évènements associés aux soins). Ce pôle représente 13 % du total des FEI et 61% des déclarations d'actes de violence déclarés dans l'hôpital. Au premier semestre 2021, le pôle psychiatrie avait signalé 65 évènements, dont 41 EI.

a) Déclarations d'évènements indésirables

Tout professionnel de l'établissement peut en principe effectuer une déclaration d'EI sur le logiciel de gestion des risques utilisé par l'établissement (ENNOV) en renseignant une fiche d'évènement indésirable (FEI). L'agent souhaitant effectuer une déclaration se connecte à ce logiciel avec son numéro de matricule, il est de fait automatiquement identifié (poste, service). Si le logiciel permet aux agents qui le souhaitent de cocher un item « confidentialité », il s'est avéré cependant qu'un dysfonctionnement rend inopérant cette demande : les agents sont en effet identifiables, y compris lorsqu'ils ont effectué une demande de confidentialité sur le formulaire de déclaration d'EI. Le service qualité et gestion des risques déplore à cet égard le manque de formation de ses agents au paramétrage du logiciel ENNOV, rendant impossible toute intervention pour résoudre la défaillance constatée.

RECOMMANDATION 3

Les membres du personnel doivent pouvoir déclarer un évènement indésirable de manière anonyme s'ils le souhaitent.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique : « *Le problème est informatique et doit être signalé comme un dysfonctionnement par la qualité au service informatique. La mise en œuvre de l'anonymisation devra être communiquée.* »

Les déclarations relevant de ces trois types d'EI sont reçues par le service qualité et gestion des risques, puis traitées et analysées quotidiennement. Les cadres sont systématiquement informés des signalements concernant leur service. Une personne référente est identifiée pour traiter la situation (en général le médecin ou le cadre et le cadre supérieur). Une notification de résolution ou de suivi de l'incident est alors adressée *via* le logiciel au service qualité et gestion des risques, au déclarant, ainsi qu'aux autres personnes concernées. Il est relevé cependant que seuls les agents disposant d'une adresse électronique professionnelle reçoivent ladite notification. Ainsi, alors même qu'ils sont les principaux déclarants, les infirmiers, aides-soignants et ASH - qui ne disposent pas d'adresse mail professionnelle -, ne reçoivent aucune notification électronique et doivent faire eux-mêmes la démarche de se rendre sur le logiciel ENNOV pour veiller au suivi du traitement des EI qu'ils ont déclarés. Plusieurs soignants ont au demeurant déploré l'absence d'information quant au suivi et à la résolution des signalements effectués.

RECOMMANDATION 4

Les membres du personnel doivent être informés du suivi des incidents qu'ils déclarent sur le logiciel ENNOV, ce quel que soit leur statut.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique : « *Plus globalement : Les fiches d'événements indésirables (FEI) sont reprises dans le cadre des programmes d'amélioration continue de la Qualité des soins et de la sécurité des patients de chaque service. Un calendrier existe sur chaque pôle pour la tenue de comités de retour d'expérience (CREX) retraçant les principaux événements indésirables, dans le cadre de la coordination des soins. Un point qualité mensuel permet d'engager plus largement ces réponses. Se pose la question du nombre d'adresses mails disponibles sur la structure pour individualiser la réponse. Cela relève d'un déploiement plus généralisé du numérique. Le service qualité renvoie un avis de réception par mail avec le numéro de la fiche d'évènement indésirable. L'agent peut consulter, sur Ennov, le suivi de sa FEI. Existence d'un comité de suivi des actes de violence, le rapport annuel et l'analyse. Les axes d'amélioration sont présentés en Bureau de Pôle élargi. Un retour individuel peut être réalisé également par la DRH.* »

Le seuil de déclaration des EI est parfois identifié comme un problème. Malgré un document disponible sur l'intranet de l'établissement qui précise quels types d'évènements devraient faire l'objet d'une déclaration, et bien que le service qualité et gestion des risques intervienne sur ce point lors des journées d'accueil des nouveaux arrivants, tous les agents ne sont pas formés. Le seuil de déclaration se révèle par conséquent souvent défini selon l'appréciation subjective des soignants.

b) Les actes de violences

Les actes de violence font l'objet d'un enregistrement sur le site de l'observatoire des violences en milieu de santé (ONVS). Les incidents déclarés dans l'établissement concernent essentiellement le pôle psychiatrie. 142 actes de violence ont ainsi été déclarés par ce pôle en 2020, le service enfants et adolescents ayant effectué le plus grand nombre de déclarations (53 actes de violence). Ces incidents ont le plus souvent été déclarés par des infirmiers ou aides-soignants et se rapportent dans la majorité des cas à un conflit relatif à la prise en charge médicale ou à un refus de soins. Il s'agit essentiellement de violences (entre patients ou entre patients et soignants) ou injures et de déclarations de crises clastiques avec appels à renforts. Reçus par le service qualité et gestion des risques, les actes de violence sont ensuite traités en comité de suivi des actes de violence. Composé de la DRH, du cadre supérieur de psychiatrie, du secrétaire du CHSCT et d'une assistante du service qualité et gestion des risques, ce comité se réunit tous les mois afin d'examiner les actes de violences déclarés et décider des éventuelles investigations à réaliser.

c) Analyses des EI et retours d'expérience

Le service qualité et gestion des risques dresse des bilans annuels et semestriels relatifs aux événements indésirables. Des rapports d'analyse détaillés sont adressés à la direction, aux trinômes de pôles (directeur adjoint responsable de pôle, cadre supérieur, médecin chef de pôle) et aux chefs de services. Ils apportent un grand nombre d'informations relatives au type, au nombre, à la gravité et aux causes des incidents déclarés, aux services concernés ou encore aux temporalités de ces incidents et peuvent constituer une ressource pour l'analyse et le retour d'expérience.

S'il n'existait pas d'analyse globale des EI avec retour d'expérience jusqu'alors, un comité de retour d'expérience (CREX) se mettait en place au sein de l'établissement au moment de la visite du CGLPL. Un règlement du CREX élaboré en juillet 2021 prévoit que ce dispositif sera porté par le bureau du pôle de psychiatrie et dirigé par le trinôme de pôle. Des réunions organisées deux fois par an devront permettre d'analyser une situation ayant conduit à une déclaration d'évènement indésirable. Des professionnels du pôle ou extérieurs au pôle pourront y être invités lorsque leurs compétences s'avèreront nécessaires à l'analyse du cas. Non-opérationnel au moment de la visite du CGLPL, ce comité devait voir le jour prochainement.

2.3.2 Requête et plaintes

La direction des relations avec les usagers est informée des réclamations adressées par les patients. Lorsqu'un patient souhaite déposer plainte, il est orienté vers le commissariat de police de Morlaix, avec lequel l'établissement a établi une convention. Le patient y est accompagné par un soignant et/ou son tuteur, lequel est informé par l'établissement. La prise en charge de la plainte relève ensuite du commissariat. L'hôpital n'est pour sa part pas systématiquement informé du suivi des plaintes déposées par ses patients au commissariat.

Depuis qu'il a pris ses fonctions en mai 2021, le directeur des relations avec les usagers dit avoir été saisi de trois cas de plaintes relatives à des agressions entre patients au sein du pôle psychiatrie et addiction.

2.4 LE COMITÉ D'ÉTHIQUE EST UNE INSTANCE MECONNUE DES SOIGNANTS EN PSYCHIATRIE ET PEINE À S'APPROPRIER DES SUJETS DE RÉFLEXION PROPRES À CETTE DISCIPLINE

Le comité d'éthique a été réactivé en 2018 après avoir été en sommeil durant plusieurs années. Présidé par la cheffe du pôle psychiatrie de l'établissement, il est composé de dix-huit membres qui, élus en janvier 2019 pour une durée de trois ans, relèvent de diverses représentations et disciplines (médecins, directeurs de service, assistants sociaux, agents des services hospitaliers etc.).

Le bureau du comité, composé de cinq personnes, se réunit en principe une fois par trimestre. Le comité se réunit par ailleurs théoriquement en assemblée plénière deux à trois fois par an. Il ressort néanmoins des éléments recueillis au cours du contrôle, qu'impactée par la crise sanitaire, cette instance fut peu active au cours de l'année 2020.

Saisi par les services, le comité d'éthique a traité des sujets ne concernant pas spécifiquement le pôle psychiatrie. Ses membres ont ainsi engagé des réflexions relatives au fichage de certains patients dangereux au service des urgences ou au confinement sanitaire des personnes âgées au sein du service gériatrie. Aucune question propre aux droits des patients relevant du service psychiatrie n'a été abordée. Bien que des difficultés fassent apparaître le besoin d'engager des réflexions approfondies sur le recours à l'isolement et à la contention, sur les mesures de restrictions à la liberté d'aller et venir ou encore sur les questions relatives à la sexualité des patients, ces sujets ne font pas l'objet de travaux au sein du comité d'éthique.

Il ressort au demeurant du contrôle qu'à quelques exceptions près – en particulier lorsque les agents ont auparavant exercé dans un service général de l'établissement – les soignants ignorent l'existence du comité d'éthique et n'ont pas connaissance de ses travaux, ni des modalités selon lesquelles ils pourraient le saisir.

RECOMMANDATION 5

Le comité d'éthique doit être une instance de réflexion permettant aux professionnels de s'approprier les principes déontologiques guidant leurs fonctions et de les confronter aux difficultés pratiques qu'ils rencontrent. Son existence, ses objectifs et modalités d'actions, ainsi que l'état de ses réflexions doivent être efficacement portés à la connaissance de l'ensemble des membres du personnel.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique que : « *Une démarche de communication doit être déployée via la communication interne à la structure. Question de la diffusion élargie interne intranet à moderniser. Un nouveau président du Comité d'éthique a été désigné : Dr Leloup.* »

3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

3.1 LES PATIENTS ADMIS EN SSC SONT INEGALEMENT INFORMES DE LEUR STATUT ET DE LEURS DROITS

L'admission en hospitalisation complète dans les unités de psychiatrie s'effectue selon deux trajectoires : le passage par le service des urgences du CHPM ou bien l'arrivée directe dans les unités d'accueil à la suite d'une demande de CMP ou d'une unité de soins de suite qui constatent une décompensation. Au cours des années 2018, 2019 et 2020, le nombre d'entrées en hospitalisation complète en psychiatrie a été respectivement de : 3615, 3958 et 3046 (source : chiffres clés du CHPM).

Elles représentent 15% des hospitalisations au CHPM.

3.1.1 Au service des urgences du centre hospitalier de Morlaix

a) L'organisation et les moyens

Le service des urgences fonctionne en permanence avec une équipe constituée de médecins urgentistes, d'un cadre de santé, d'infirmiers (32,2ETP), d'aides-soignants (16 ETP) et d'ASH (3 ETP partagés avec le service de réanimation).

Le jour, trois à quatre médecins urgentistes sont présents sur le site avec différentes affectations : SMUR, UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée), plateau de soins, filière courte et, la nuit, deux médecins sont présents : un pour le SMUR et un autre pour l'ensemble du service.

Un box avec deux portes est réservé aux patients présentant un tableau psychiatrique.

Par ailleurs, une astreinte de psychiatre est organisée :

- du lundi au vendredi de 18h30 à 8h30 ;
- le samedi de 13h à 8h30 le lendemain ;
- le dimanche et les jours fériés, de 8h30 à 8h30 le lendemain ;
- Un tour de permanence sur site est organisé pour le samedi matin de 8h30 à 13h.

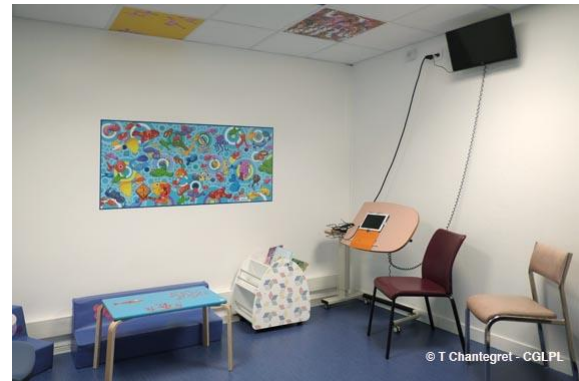
b) Le parcours du patient

i) L'accueil

A son arrivée, amené par les pompiers ou les ambulanciers, plus rarement par sa famille, le patient est vu par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) puis le médecin urgentiste. S'il arrive allongé, il est installé dans le box prévu à cet effet et s'il peut marcher, il est installé dans le salon réservé aux familles.



Entrée des urgences du CH de Morlaix



Salle d'attente pédiatrique

L'IAO recueille tous les éléments concernant l'identité du patient, son adresse ainsi que tous les renseignements médicaux et sociaux susceptibles de faciliter sa prise en charge.

ii) L'évaluation

Le jour, le patient est vu par le médecin urgentiste. En règle générale, si le médecin pose une indication d'hospitalisation dans un service de psychiatrie, il en réfère au psychiatre du secteur ou de liaison. L'intervention de la psychiatrie de liaison peut être sollicitée pour l'aide à la décision d'hospitalisation, l'évaluation du risque suicidaire, la mise en place d'une hospitalisation sans consentement et l'indication de la mise en chambre d'isolement.

Cette équipe est mutualisée avec l'UPEC (unité de première évaluation clinique) et comprend un cadre infirmier, un psychiatre et des infirmiers (8,4 ETP).

Les soignants sont présents en deux équipes, de 9h à 17h et de 13h à 20h du lundi au vendredi. Les samedis, dimanches et jours fériés, un soignant est présent de 9h à 17h.

En 2020, sur 904 interventions au CHPM, l'équipe de psychiatrie de liaison est intervenue 160 fois aux urgences et 108 fois à l'UHCD.

La nuit, après 21h, le médecin urgentiste peut contacter par téléphone le psychiatre d'astreinte pour recueillir son avis sur une conduite à tenir et initie le traitement.

iii) L'orientation des patients

Elle fait l'objet d'un protocole écrit en 2016 par la direction du CHPM.

L'infirmière des urgences en charge du patient dirigera celui-ci vers un service selon les règles suivantes :

- Si le patient n'est pas connu des services de psychiatrie du CHPM, d'un âge compris entre 16 et 70 ans, en soins libres, il sera préférentiellement adressé à l'UPEC. Ce service initialement installé dans les locaux de l'UHCD, près du service des urgences, a été transféré provisoirement en addictologie au début de la pandémie de Covid. Il compte cinq lits d'hospitalisation pour une durée moyenne de séjour d'une semaine. Ce temps d'hospitalisation complète permet d'évaluer les troubles psychiatriques présentés et de gérer l'état de crise.

Cette unité est destinée essentiellement à des patients en soins libres, hospitalisés pour la première fois et susceptibles de bénéficier au terme de cette hospitalisation brève d'un suivi en ambulatoire. L'hospitalisation en service UPEC pour les 16-25 ans est vécue

comme moins stigmatisante. Il reçoit aussi des patients après leur passage en réanimation à la suite d'une tentative de suicide par exemple.

En 2020, 186 patients y ont été admis dont 60 âgés de 16-25 ans (33%).

En l'absence de place, le patient sera admis dans l'unité couvrant son secteur de domiciliation ou dans toute unité d'admission disposant d'un lit. Pour les mineurs, l'avis du psychiatre de liaison ou d'astreinte sera obligatoirement requis.

- Si le patient est connu des services de psychiatrie, il sera accueilli dans l'unité d'admission de son secteur. En cas de lits indisponibles dans cette unité, le patient ira dans celle disposant de places.

Trois fois par jour, un tableau des lits disponibles est actualisé.

De jour comme de nuit, si une hospitalisation est décidée, le patient est conduit par un ambulancier dans l'unité, soit assis libre de ses mouvements, soit entravé, allongé et sédaté. La contention décidée par le médecin urgentiste doit être à priori tracée dans le logiciel SILLAGE® et la validation de la saisie n'est possible qu'après avoir mentionné, sur le dossier informatisé du patient, le nom du psychiatre décisionnaire. En réalité, toutes les mesures de contention initiées aux urgences ne sont pas systématiquement enregistrées sur ce dossier. De plus, l'examen somatique devant une symptomatologie psychiatrique est parfois sommaire voire inexistant, conduisant parfois les omnipraticiens des services à renvoyer les patients dans les services de MCO pour la prise en charge de pathologies somatiques négligées aux urgences.

RECOMMANDATION 6

Il est indispensable de mettre en place un dispositif de prise en charge non discriminant des patients atteints de pathologie psychiatrique et de renforcer la formation des médecins urgentistes à leurs vulnérabilités spécifiques.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique que : « *Des réunions trimestrielles entre les urgences et le pôle psychiatrie existent. Elles permettent de travailler la filière, le parcours patient des urgences jusqu'à la psychiatrie et de traiter des situations singulières. Un fort engagement du Dr Lemoine à intégrer une présentation pour les internes se concrétise deux fois/an : présentation par la cheffe de pôle des modalités de soins sans consentement et l'obligation d'un examen somatique (diagnostic différentiel).* »

iv) La prise en charge des patients en SSC

Elle fait l'objet d'une procédure établie par la direction du CHPM au regard des exigences légales et est régulièrement actualisée (la dernière mise à jour date du 7 septembre 2021).

Les admissions sur décision du directeur : SSDE

L'IAO vérifie la conformité des certificats médicaux, la demande écrite du tiers, s'enquiert de ses liens avec le patient (famille, mandataire judiciaire) et recherche le tiers. S'il s'agit d'une demande en péril imminent, l'IAO recherchera un tiers pour transformer le statut en SDT.

En journée, il peut être fait appel aux IDE de liaison qui, au cours de leur entretien avec le patient, peuvent l'amener à accepter l'hospitalisation et dès lors faire une admission en soins libres.

Il arrive que des patients soient amenés par la police, les pompiers ou des ambulanciers sans avoir été examinés au préalable par un médecin et donc sans certificat médical initial. Dans ce cas, il est très difficile de trouver un médecin extérieur à l'établissement pour examiner le patient

et établir ce certificat, surtout la nuit : les médecins de ville ne se déplacent pas et ceux de la maison médicale de garde jouxtant le service des urgences pas davantage. L'hospitalisation prend alors la forme d'un SDTU si l'on parvient à trouver un tiers et, dans le cas contraire, la décision du statut d'hospitalisation sans consentement (PI) attendra le lendemain l'intervention d'un médecin de l'extérieur disponible pour rédiger un certificat médical.

Pour les patients admis sur décision du représentant de l'Etat, SDRE, l'IAO procède aux vérifications des certificats médicaux et arrêtés d'admission du maire ou du préfet.

Les médecins urgentistes et les soignants expliquent succinctement aux patients leur statut d'hospitalisation. L'information complémentaire, la notification des droits et des recours est assurée par les médecins des unités.

3.1.2 Dans les unités d'admission

Le pôle psychiatrie de l'CHPM compte trois unités d'admission : Ty Mad, Les Mouettes et Trévezel adossées respectivement aux secteurs 7, 6 et 5.

L'admission se fait à partir des services d'urgences du CHPM, de Carhaix mais surtout des CMP et HJ. Pour des patients suivis en ambulatoire et en cours de décompensation, les psychiatres privilégient une admission directe dans les unités, sans le passage par les urgences davantage traumatisant. Dans ce dernier cas, les soignants des CMP ou HJ accompagnent leurs patients à l'hôpital.

La nuit, les patients adressés par les urgences peuvent arriver avec une décision d'isolement voire de contention pas toujours tracée dans le logiciel SILLAGE® donc non avalisée par un psychiatre et le patient peut être ainsi maintenu à l'isolement voire attaché jusqu'au lendemain matin, en attendant l'arrivée du psychiatre du service. En effet, il semblerait que la nuit, le psychiatre d'astreinte ne réponde pas toujours aux appels des soignants et se déplace encore moins ce qui les met en difficulté par rapport à la loi comme l'ont exprimé certains d'entre eux.

RECOMMANDATION 7

Toute décision d'isolement ou de contention prise par un médecin non-psychiatre doit être validée, dans un délai d'une heure, par un psychiatre après un examen clinique du patient.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique que : « *Le protocole a été revisité et suivi avec la réforme de l'isolement et la contention. Le groupe de travail « isolement et contention » ajuste et évalue l'adéquation des pratiques avec la nouvelle loi. Le protocole V29.03.2022 a permis de retravailler la décision d'isolement ou de contention initiale.* »

A son arrivée, le patient est accueilli par un IDE lors d'un bref entretien puis conduit dans une chambre individuelle en raison du contexte sanitaire et dans l'attente des résultats du test de dépistage par PCR de la Covid 19. Les chambres sont attribuées en fonction des disponibilités et pour les doubles, jamais mixtes, il est tenu compte des pathologies lorsque les patients sont connus. A Trévezel, les patients arrivant en phase aigüe sont hospitalisés dans la partie fermée de l'unité avec l'objectif de les laisser accéder rapidement en journée à la partie ouverte puis ultérieurement d'y être hébergés.

La visite de l'unité est organisée dès la réception du résultat négatif du test de dépistage de la COVID 19.

Dans un délai inférieur ou égal à 24 heures suivant son arrivée, le patient sera vu par le psychiatre du service et le médecin somaticien qui réalisera un bilan complet faisant l'objet d'un protocole afin de ne pas ignorer de pathologie organique. Seule l'unité Ty Mad bénéficie au moment de la visite du concours d'un interne en psychiatrie qui assure la prise en charge des patients le matin.

Pour les patients admis en SSC, le certificat médical des 24 heures est établi à la suite d'une consultation médicale par le psychiatre de l'unité qui diffère de celui ayant rédigé le ou les certificats médicaux initiaux. Dans les soixante-douze heures suivant l'admission, un nouveau certificat médical est établi, parfois par le même psychiatre que celui des 24 heures, parfois par un confrère de l'établissement mais toujours à la suite d'une consultation médicale. Tous les psychiatres travaillant au sein du centre hospitalier des Pays de Morlaix (CHPM) sont spécialisés en psychiatrie et inscrits au tableau de l'ordre des médecins et donc habilités à signer les certificats médicaux concernant les soins sans consentement.

Le niveau d'information délivré sur le statut d'admission varie selon les unités : à Ty Mad, au moment de l'admission, les soignants se préoccupent davantage d'informer le patient sur le déroulement des soins et le fonctionnement du service que de l'informer sur son statut et ses droits. Les éléments recueillis n'ont pas permis de s'assurer que ces informations étaient systématiquement délivrées par la suite, elles seraient plutôt fournies « à la demande du patient ». Il n'existe pas d'entretien formel au cours duquel les soignants prennent le temps d'expliquer au patient son statut d'admission et les implications juridiques que celui-ci comporte. De même, le patient ne sait pas toujours qui est le tiers. Un soignant interrogé sur ce point a reconnu n'être pas à l'aise lorsque cette question lui était posée et renvoyer systématiquement au médecin.

De manière générale, les patients sont peu informés de leurs droits, les soignants sont insuffisamment formés sur ces thématiques et cela ne semble pas être un sujet de préoccupation majeure.

RECOMMANDATION 8

Des mesures doivent être prises par l'établissement afin que les patients en soins sans consentement soient effectivement informés des droits inhérents à leur statut.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique que : « *Le mémento du trinôme qualité, en cours de travail, intègre cette obligation d'entretien avec le patient et doit être tracé dans le logiciel Sillage. Une formation des professionnels sur ce nouveau mémento est prévue dans le calendrier de mise en œuvre. Un groupe de travail sera chargé de vérifier ces indicateurs et de garantir le déploiement des patients traceurs. Formation continue« droit des patients» à remettre en place.* »

Aux Mouettes, selon le psychiatre-chef de service, le statut d'admission en SSC est annoncé par le psychiatre et les soignants sont supposés expliciter ses droits au patient.

Les documents (certificat médical et demande de tiers) sont vérifiés puis faxés à la direction. Lorsque la décision arrive dans le service, ce sont les soignants qui la font lire au patient, lui

proposent une copie, lui font signer l'accusé de réception de la notification et, lorsqu'il refuse de signer, lui en remettent un double. Les certificats médicaux ne sont pas remis.

RECOMMANDATION 9

Les certificats médicaux initiaux qui fondent la décision d'hospitalisation doivent être remis aux patients en soins sans consentement.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique que : « Revoir le circuit SSC et l'information complète avec certificat médical du patient. Evolution de loi et donc procédure ? Harmonisation des pratiques sur les unités fonctionnelles. »

A Trévezel, les contrôleurs ont pu constater que le statut d'admission est expliqué et le nom du tiers communiqué par le médecin, en présence d'un infirmier, lorsque le patient a la capacité de l'entendre (hors crise aiguë). Les observations des patients sont tracées dans le logiciel SILLAGE®, le statut et les enjeux des audiences sont expliqués au patient par le médecin.

En dehors des objets contondants, tranchants, des produits inflammables et des médicaments, retirés systématiquement à l'entrée dans les services, les restrictions à l'usage d'effets personnels sont individualisées et fonction de la clinique. De même, sauf avis médical contraire, les patients peuvent conserver leur tabac ou leurs cigarettes.

Le port du pyjama n'est la règle qu'en chambre d'isolement.

3.2 L'ÉTABLISSEMENT NE DISPOSE PAS D'UN OUTIL STATISTIQUE SUFFISAMMENT FIABLE POUR ANALYSER L'ÉVOLUTION DE SON ACTIVITÉ

3.2.1 L'activité

Les données fournies par le CH sur l'activité du pôle de psychiatrie montrent une diminution de l'activité de ce pôle au cours des deux années précédant la visite en termes de file active totale avec un passage de 7 068 (2019) à 6 628 (2020) patients, soit une baisse de 6,22%. Le même fléchissement touche à un moindre degré la file active de l'hospitalisation temps plein (-5,44%) de l'ensemble des unités mais plus intensément le nombre de séjours (-12,35%), cette dernière baisse trouvant vraisemblablement une explication partielle dans la pandémie de la Covid-19 et une autre dans la fermeture des lits déjà amorcée.

L'évolution du nombre de séjours d'hospitalisation connaît un sens identique, aboutissant donc, en données globales, à un nombre moyen de séjours annuels par patient constant.

3.2.2 Les patients en soins sans consentement

Pour les patients de psychiatrie, les données fournies par l'établissement sont incomplètes, le nombre total de patients hospitalisés dans le pôle de psychiatrie et celui des patients en soins libres n'ont pas été indiqués ce qui rend assez difficile l'appréciation des conditions juridiques d'admission et celle d'une éventuelle politique de l'établissement en la matière.

La répartition des statuts d'admission des patients en soins sans consentement est détaillée dans le tableau suivant :

Activité par statut d'hospitalisation	Nombre de mesures		Nombre de patients	
	2019	2020	2019	2020
Totalité des soins psychiatriques sur décision du directeur	333	318	303	297
Dont SDT ordinaire	67	75	65	73
Dont SPDTU	182	154	166	146
Dont SPI	84	89	82	87
Totalité soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE)	45	45	44	45
Dont à la demande du maire	30	30	30	30
Dont décision judiciaire	7	6	7	6
Dont transformation SDT en SDRE	2	2	2	2
Total	378	373	347	342

Dans les mesures décidées par le directeur de l'établissement, on constate la prééminence de celles prises selon la procédure d'urgence de l'article L.3212-3 du code de la santé publique⁶, soit 48% des mesures de SDDE en 2020, les SPI en représentant 28 % et les SDT de droit commun 24%. Cette répartition est identique à ce que l'on constate sur l'ensemble du territoire.

Par ailleurs, la part des SDRE – 12 % – est sensiblement inférieure à celle de 16 % constatée dans l'ensemble du territoire.

Enfin, il a été indiqué par les interlocuteurs rencontrés que le consentement des patients à leur admission en soins était activement recherché mais le nombre global d'admissions n'ayant pas été fourni par l'établissement, il est difficile de le vérifier. Toutefois, le rapprochement du nombre de séjours figurant au premier tableau relatif aux seules unités accueillant des patients en soins sans consentement et du nombre de mesures de SSC montre un taux faible, parmi ces séjours, de mesures de SSC : 378 pour 2 688 séjours en 2019 soit 14% et 373 mesures et 2576 séjours en 2020 soit 14,5%. Ces taux sont effectivement bas, alors que 24 % des admissions se font en soins sans consentement dans la France entière, mais ces résultats doivent être pris avec précaution dès lors qu'une mesure peut couvrir plusieurs admissions en cas de réintégration sans qu'une nouvelle mesure soit prise.

⁶ Article L.3212-3 du code de la santé publique : « En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement. Dans ce cas, les certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2 sont établis par deux psychiatres distincts. (...) ».

RECO PRISE EN COMPTE 1

Le département d'informations médicales de l'établissement doit se doter d'un outil d'observation fiable des modalités d'admission et s'adjoindre les services d'un médecin formé aux statistiques pour l'utiliser et produire des données éclairant les pratiques.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique que : « *Recrutement d'un médecin DIM en janvier 2022. Il existe aujourd'hui via le logiciel Sillage Psychiatrie (Dossier Patient Informatisé), différents onglets résumant les modalités d'admission (soin libre ou sans consentement). A titre d'exemple sur l'onglet « liste des patients PST » ou bien sur le « résumé psy » de chaque patient. En complément, une réflexion est entamée sur l'acquisition d'un outil de pilotage « Planipsy » qui devra permettre de sécuriser, pour le patient, les conditions légales de son hospitalisation et des décisions médicales d'isolement et contention. »*

3.3 L'INFORMATION ORALE ET ECRITE DES PATIENTS EST INSUFFISANTE

3.3.1 Informations générales sur leurs droits

Le règlement intérieur est affiché dans les parties communes des unités, mais n'est pas toujours affiché en chambre selon les unités. Sommaire, il porte généralement sur les règles générales de vie dans l'unité, précisant par exemple les horaires de repas et d'accès aux chambres, les règles de sécurité et les biens retirés aux patients, les règles d'hygiène et les conditions d'autorisation des sorties.

Il n'existe pas de livret d'accueil spécifique au pôle de psychiatrie au sein de l'établissement. Le livret d'accueil général de l'hôpital est en principe remis au moment de l'admission. Il ressort cependant des éléments recueillis par les contrôleurs que ce document n'est pas distribué de manière systématique dans toutes les unités. Ce livret d'accueil n'est, par ailleurs, pas explicité aux patients et ne fait pas l'objet d'une discussion avec les soignants.

Enfin, les pratiques diffèrent grandement d'une unité à l'autre concernant l'information des patients quant aux règles de vie applicables dans le service. Tandis que certaines unités remettent un document détaillant des règles de vie à l'arrivée (Les Mouettes), ou que d'autres unités procèdent à l'affichage de ces règles au sein du service (Cormorans), les unités Trévezel, Ménéham et Ty Mad ne disposent d'aucun document spécifique, les membres du personnel faisant alors plus volontiers référence au règlement intérieur de l'unité.

Le fonctionnement établi à ce sujet dans l'unité Les Mouettes pourrait utilement faire l'objet d'un partage d'expérience avec les autres unités du pôle psychiatrie. Dans cette unité, un document relatif aux règles de vie est remis au patient à son arrivée, dans une enveloppe contenant également un formulaire de désignation d'une personne de confiance, un questionnaire de satisfaction et une lettre d'accueil qui porte essentiellement sur les comportements à adopter en période de crise sanitaire. Détaillées, les règles de vie portent sur le respect de la vie en collectivité (règles d'hygiène, respect des personnes), précisent les conditions dans lesquelles des restrictions aux visites et à l'usage du téléphone peuvent être apportées par le médecin et motivent les interdictions établies (l'interdiction d'apporter des denrées périssables dans les chambres est ainsi justifiée par des impératifs d'hygiène, l'interdiction de recevoir d'autres patients dans les chambres est explicitée par des besoins d'intimité).

RECOMMANDATION 10

Des supports écrits (livret d'accueil, affichage) relatifs aux informations sur l'hospitalisation, aux règles de vie dans les unités et aux droits généraux des patients doivent être mis à disposition de ces derniers.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique que : « *Les chartes validées par le Psycom et l'ADESM (Association des établissements du service public de santé mentale) sont affichées à l'entrée des services. Un travail sera mené avec le service communication sur la réalisation de livrets d'accueil adaptés. Uniformisation des règlements intérieurs, affichage, intégration de la remise des documents et des informations lors de l'entretien d'accueil, à relier avec le mémento. Information, sensibilisation et distribution de documents à renforcer lors des journées d'accueil des nouveaux professionnels au CHPM. Le pôle 5 va s'appuyer sur les bonnes pratiques du secteur 6 (service Les Mouettes) »*

3.3.2 Informations sur leurs droits spécifiques

a) Remise des documents, décisions et notifications

En semaine, le bureau des placements effectue toutes les formalités administratives d'admission des personnes admises en soins sans consentement. Elle adresse les documents de notification des droits, ainsi que les convocations et décisions du JLD au service concerné, qui se charge ensuite de notifier les mesures au patient. Lors des week-ends et jours fériés, ces formalités sont effectuées par le cadre de garde qui se rend alors au bureau des placements pour procéder à l'enregistrement des personnes admises et adresse les documents relatifs à l'admission au service concerné.

En pratique, l'information orale et écrite des patients est donc effectuée par les soignants au sein des unités. Un formulaire de notification des droits est ainsi adressé au service et théoriquement expliqué au patient par un membre du personnel soignant. Il appartient également aux soignants dans les unités de faire signer aux patients les documents faxés par le bureau des placements. Il ressort cependant des constats que les agents ne bénéficient d'aucune formation relative aux droits des patients en soins sans consentement. S'il existe un document récapitulatif des droits des patients établi par le bureau des placements, celui-ci est le plus souvent méconnu des agents opérant dans les unités. La formation des agents aux droits des patients en soins sans consentement se fait par conséquent essentiellement entre pairs et se révèle insuffisante. Face à ces carences en formation, les unités Ménéham et Trévezel ont mis en place un dispositif de partage d'expérience entre les soignants ayant le plus d'expérience et ceux arrivant dans le service. Une fiche récapitulative des droits et de la procédure a été établie par ces services. Consultable dans l'unité, elle est également remise par la cadre de santé aux nouveaux infirmiers. Hors de ces deux unités, bien qu'ils disposent de la possibilité de s'adresser au bureau des placements en cas de doute ou de question se rapportant au statut juridique des patients, les soignants sont en pratique peu outillés pour informer efficacement les patients de leurs droits ou leur expliquer les enjeux et conséquences des convocations et décisions du juge.

b) Modalités d'accès au dossier médical

Les demandes d'accès au dossier médical sont adressées à la direction de la relation avec les usagers, qui, après demande éventuelle de pièces justificatives, transmet cette requête au

médecin référent du patient. Ce dernier établit alors la liste des documents communicables et met ceux-ci à disposition du patient qui peut alors les consulter dans l'unité.

Il ressort toutefois des informations recueillies que les demandes d'accès au dossier médical sont peu fréquentes au sein du pôle psychiatrie. Les observations relatives au manque d'information des patients quant à leurs droits au cours de leur hospitalisation pourraient en être à l'origine. Le CGLPL réitère par conséquent la nécessité de la mise en œuvre de sa recommandation à ce sujet (cf. Recommandation 10).

4. LES CONDITIONS DE VIE

4.1 L'ETAT DES LOCAUX ET LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT SONT DISPARATES

Les différents bâtiments abritant le pôle de psychiatrie sont implantés sur l'emprise du centre hospitalier, dans un grand parc arboré d'environ 60 hectares. Les unités d'hospitalisation complète du pôle de psychiatrie sont dans l'ensemble situées dans la partie basse du centre hospitalier soit à l'opposé de l'entrée principale.

4.1.1 L'implantation des unités

La répartition des unités au sein des différents bâtiments ne répond pas toujours à une logique de secteur. Ainsi, l'unité Ty Mad du secteur 7 se trouve au 1^{er} étage du bâtiment abritant au rez-de-chaussée, l'unité Les Mouettes du secteur 6.

L'autre unité du secteur 6, Les Cormorans, se trouve au deuxième étage du bâtiment hébergeant la direction de psychiatrie (au premier étage) et la médecine préventive (au rez-de-chaussée).

En revanche, les bâtiments abritant les trois unités du secteur 5 sont les plus récents et leur architecture facilite l'accès à des espaces extérieurs. Les unités Ménéham et Trévezel sont situées dans un même bâtiment neuf de plain-pied et communiquent entre elles par un salon central commun. Elles disposent de locaux neufs, spacieux, colorés et lumineux. L'unité de patients chroniques Ker Huel surplombe les deux autres unités du secteur 5 à environ à 400 mètres, dans un bâtiment muni d'un ascenseur comprenant un souplex et un niveau supérieur.



Unité Ménéham



Unité Les Hêtres



Unité Ty Mad/Les Mouettes



Unité de pédo psychiatrie

4.1.2 Les espaces communs

a) Les espaces d'activités

Toutes les unités disposent d'espaces d'activités et sont dotées d'une table de ping-pong (unités Trévezel et Ménéham, Les Mouettes) et/ou d'un babyfoot et d'une salle de bibliothèque sauf dans la partie fermable de l'unité Trévezel qui en est dépourvue. L'unité Ménéham dispose en outre d'une salle d'activités physiques (avec un vélo et un sac de boxe) et d'une cuisine thérapeutique – fermée au moment du contrôle – accessibles aux patients de l'unité Trévezel.



Cuisine thérapeutique unité Ménéham



Bibliothèque unité Ménéham

En revanche, l'unité Ty Mad ne dispose pas de salle d'activités spécifique. Une grande table d'activité servant notamment pour les activités d'art-thérapie est installée près de l'entrée de l'unité, dans le vaste couloir menant à la pièce de vie principale sur laquelle donne le poste de soins. Elle sert à la fois de salle d'activités, de réfectoire et de salon télévision.

b) Les salons télévision

Comme à l'unité Ty Mad, à l'unité Les Cormorans (secteur 6) un « coin TV » est aménagé dans la salle de vie. La salle d'activités est également équipée d'un poste de télévision et d'un poste informatique avec accès à internet tandis qu'à l'unité Trévezel le poste informatique ne permet que le traitement de texte.

Dans les unités Trévezel et Ménéham (secteur 5), un salon télévision est bien aménagé.

c) Les salons visiteurs

L'unité Ty Mad est dépourvue d'un salon de visite (cf. § 5.3). A l'entrée de l'unité Les Mouettes, un espace peu investi, avec quelques fauteuils, est qualifié de salon des visiteurs. En revanche les unités Trévezel, Ménéham et Les Cormorans disposent d'un salon adapté pour les visites.

d) Les autres locaux

A l'exception de l'unité Ty Mad (secteur 7), qui ne dispose pas de bureau pour le médecin somaticien qui effectue ses consultations dans les chambres, ni pour l'assistante de service social (ASS), les autres unités sont dotées de bureaux, de salles d'entretien en nombre suffisant (psychologue, ASS, médecin psychiatre, cadre de santé) et d'une salle de consultation médicale équipée.

4.1.3 Les chambres

On constate une disparité importante dans les conditions hôtelières offertes aux patients en fonction du secteur dont ils relèvent.

En effet, dans les unités Ty Mad (secteur 7), Les Cormorans et Les Mouettes (secteur 6), la majorité des patients sont hospitalisés en chambre double⁷ contrairement aux unités du secteur 5. Ainsi, à Trévezel, la partie fermable comporte sept chambres individuelles et la partie ouvrable dix-huit chambres individuelles et seulement deux chambres doubles, comme à Ménéham qui comporte seulement deux chambres doubles sur dix-neuf chambres. Les vingt chambres de l'unité Ker Huel sont individuelles.

a) Les locaux d'hygiène

Aucune des chambres des trois unités Ty Mad, Les Cormorans et les Mouettes n'ont de salle d'eau individuelle. Elles ont parfois un lavabo..

En conséquence, l'unité Les Cormorans est équipée de quatre salles d'eau collectives et de quatre WC collectifs. L'unité les Mouettes ne possède que deux salles d'eau collectives. L'unité Ty Mad est équipée d'une salle de bains et de douches comprenant un lavabo avec miroir et une patère. On peut s'enfermer à l'intérieur ; elle est dotée d'un bouton d'appel d'urgence. Elle est particulièrement vétuste. Deux salles d'eau communes et quatre WC communs dont un pour personnes à mobilité réduite (PMR) viennent compléter l'ensemble.



Salle de bain de l'unité Ty Mad



Salle d'eau de l'unité Les Cormorans

En revanche, toutes les chambres des unités du secteur 5 comportent une salle d'eau, un WC, un lavabo avec miroir dans les chambres individuelles, étant précisé que les salles d'eau des chambres doubles contiennent deux lavabos et que les sanitaires sont séparés. Les unités Trévezel et Ménéham disposent en outre d'une salle de bains commune spacieuse.

b) Le mobilier

Le mobilier qui équipe les chambres est également disparate en fonction des unités.

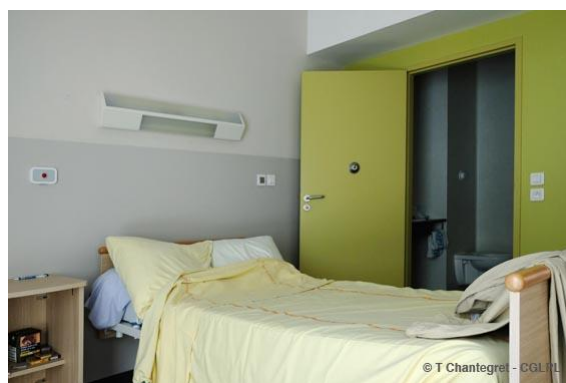
⁷ A Ty Mad : sept chambres individuelles et huit chambres doubles, Les Cormorans : huit chambres individuelles et huit chambres doubles, Les Mouettes : neuf chambres individuelles et sept chambres doubles.

A l'unité Ty Mad, les chambres sont lumineuses et leurs grandes fenêtres peuvent être entre-ouvertes comme dans les autres unités. Elles sont dotées d'un ou de deux lits, d'une petite table et d'une ou deux chaises mais pas de table de chevet contrairement à toutes les autres unités.

Les chambres doubles des unités Ménéham et Trévezel sont aménagées de façon à préserver l'intimité des patients qui y sont hébergés puisque les lits de chaque patient sont séparés par un bloc armoire contrairement à l'aménagement des chambres doubles des autres unités.



Chambre double de l'unité Ty Mad



Chambre simple de l'unité Ménéham



Chambre double de l'unité Les Cormorans



Chambre simple de l'unité Trévezel

A l'unité Ty Mad, seules les chambres simples disposent d'un verrou de confort soit seulement sept chambres sur quinze. Toutes les chambres des unités Ménéham et Trévezel disposent d'un verrou de confort sauf les sept chambres de la partie fermable de l'unité Trévezel. En revanche, aucune chambre des unités Les Cormorans et Les Mouettes ne dispose d'un verrou de confort.

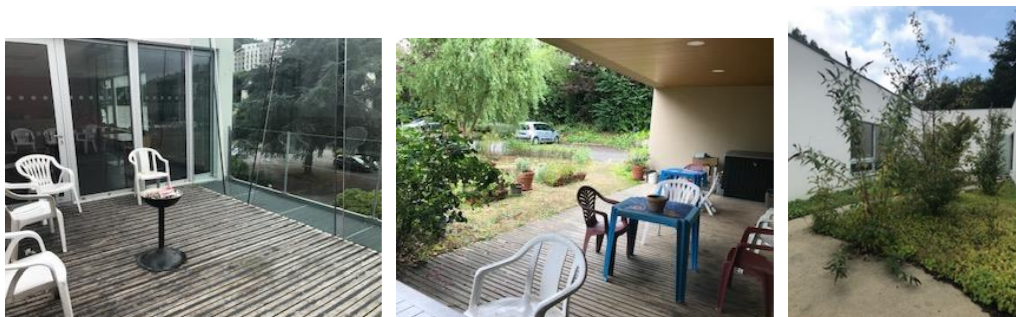
Les armoires de l'ensemble des unités ne ferment pas à clé sauf à ce que les patients sollicitent les soignants à cet effet dans les unités Trévezel et Ménéham. A Ty Mad, les patients ont la possibilité d'apposer un cadenas à leur frais.

A Ty Mad, Trévezel, Les Mouettes et Ménéham, les chambres sont dotées d'un bouton d'appel renvoyant au poste de soins.

4.1.4 Les espaces extérieurs

Les unités de plain-pied Trévezel et Ménéham disposent chacune d'un patio central agréable. De plus, l'unité Trévezel présente la spécificité de contenir une partie fermable pour les patients en crise aiguë qui dispose de son propre patio – permettant notamment aux patients en chambre

d'isolement de fumer. L'unité Ménéham dispose également à son extrémité d'un accès à une terrasse donnant sur un potager. Un petit terrain de pétanque est situé à côté du bâtiment des deux unités. Elles sont également dotées chacune d'une terrasse avec vue sur la ville de Morlaix. Néanmoins, les chambres qui donnent sur l'arrière du bâtiment ont une vue sur un espace extérieur délimité par un mur à l'aspect carcéral.



Terrasses de l'unité Ménéham et patio de l'unité Trévezel



Vue depuis les chambres à l'arrière de l'unité Trévezel

L'unité Les Mouettes qui est pourtant en rez-de-chaussée ne dispose pas d'un espace extérieur aménagé. Les unités Les Cormorans et Ty Mad situées en étage ne disposent pas d'espace extérieur type terrasse, ni de jardin en bas du bâtiment. Seul un auvent permet aux patients qui sortent pour fumer d'être protégés des intempéries.

4.1.5 Les projets immobiliers

a) Le projet de regroupement des unités d'admission

Le projet immobilier engagé depuis l'année 2019 – financé en partie par l'ARS, un emprunt et les fonds propres du CH – a pour objet de réunir au sein du bâtiment historique les trois unités d'admission Trévezel, Les Mouettes et Ty Mad. Il comprend également la création d'une unité spécifique pour des patients âgés de 16 à 25 ans (Cf. §2.1).

Il consiste en la réfection complète du bâtiment historique et en la création d'un bâtiment neuf qui lui sera annexé.



Vues du bâtiment historique façade avant et arrière

L'ensemble comprendra soixante-quinze lits d'hospitalisation complète. En effet, les trois unités d'admissions sectorielles comprendront vingt-trois lits (nombre de lits de l'unité Ty Mad) – contre vingt-neuf lits à l'unité Trévezel et vingt-quatre lits à l'unité Les Mouettes au moment du contrôle. L'unité 16/25 comprendra six lits d'hospitalisation complète et quatre places d'accueil de jour. L'unité de suite Les Cormorans devrait emménager dans les locaux occupés actuellement par l'unité Trévezel.



Images de synthèse du nouvel ensemble immobilier⁸

Les chambres seront équipées de manière harmonisée même si dans la partie ancienne leur taille pourra varier. De plus, dans cette partie, les travaux doivent prendre en compte les exigences des architectes des bâtiments de France notamment pour l'installation de nouvelles fenêtres oscillo-battantes.

Les chambres seront toutes équipées d'une salle d'eau avec WC et respecteront les normes PMR. Le projet comprend également une chambre médicalisée avec sas dans l'hypothèse d'un patient atteint d'une infection contagieuse et une chambre pour patient atteint d'obésité. Au moment du contrôle, l'équipement mobilier n'est pas encore arrêté de manière définitive.

⁸ Issue du document de présentation communiqué par le CH.

Les chambres doubles seront minoritaires. Dans chacune des quatre unités une chambre d'isolement et un espace d'apaisement seront aménagés.

Au dernier étage, se trouveront les bureaux médicaux pour les consultations des médecins psychiatres. Par ailleurs, des bureaux pour les représentants de l'UNAFAM et les médecins somaticiens seront installés dans le bâtiment de même, s'agissant de l'annexe judiciaire, du foyer, de la banque des patients et du local de thérapie familiale. Un pôle d'ateliers et de médiations/sociothérapie et un pôle médico-administratif seront également implantés dans le nouvel ensemble immobilier. Des espaces extérieurs sont prévus dans les plans présentés aux contrôleurs.

Ce projet constitue une opportunité d'améliorer de manière significative et d'harmoniser les conditions matérielles d'hospitalisation des patients des différents secteurs.

RECOMMANDATION 11

Dans le cadre du projet immobilier, l'équipement des chambres doit être complet et harmonisé avec un accès à une salle d'eau privative équipée d'un WC.

Les chambres doivent être équipées d'un verrou de confort permettant de préserver l'intimité des patients, et de placards fermables à clé pour protéger leurs biens.

L'accès à un espace extérieur aménagé doit être facilité.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique que : « *L'équipement des chambres est travaillé avec le GCS CAPPs selon les recommandations en vigueur. Des jardins sont prévus pour chaque unité. Les questions du verrou de confort et d'une clé sur le placard font l'objet d'une réflexion.* »

b) Les autres projets

Un projet de sécurisation du site du CH par l'installation de caméras de vidéo-surveillance au niveau des espaces extérieurs de la MCO est en cours.

4.2 LES PATIENTS DISPOSENT DES MOYENS D'ASSURER LEUR HYGIENE CORPORELLE MAIS PAS TOUJOURS D'UN VESTIAIRE DE DEPANNAGE

Les draps et serviettes sont changés tous les mercredis. Des paniers à linge sale sont installés dans le couloir pour y déposer les draps, serviettes (et pyjamas éventuels). Des draps et serviettes propres sont mis à disposition des patients qui le souhaitent, sur une table prévue à cet effet dans le couloir menant aux chambres.

L'entretien du linge personnel doit être assuré par les familles. Cependant, les patients isolés peuvent confier leur linge à la buanderie de l'hôpital qui le lave après marquage. Les unités Les Mouettes et Les Cormorans sont équipées d'un lave-linge mais pas d'un sèche-linge ce qui conduit à limiter l'usage de cette machine faute de place pour étendre le linge qui se retrouve souvent dans la salle de socio esthétique. Il est demandé un euro de participation pour chaque lavage afin d'alimenter le fonds réservé aux activités thérapeutiques du service. En pratique, cet euro est rarement versé.

De même, les deux unités Trévezel et Menéham se partagent une buanderie équipée d'un lave-linge et d'un sèche-linge qui peuvent servir pour laver les vêtements de patients arrivant en

urgence pour leur permettre de disposer de linge propre les jours suivants ou en début de séjour pour les patients isolés.

Certaines unités alimentent par des dons un vestiaire qui permet de dépanner des patients dépourvus de linge de rechange à leur arrivée. Cependant, Ty Mad ne dispose pas de cette ressource et n'offre que des pyjamas aux patients démunis. Ainsi, lors de la visite, un patient, dont la famille vit dans le sud de la France et qui ne reçoit pas de visite, était vêtu d'un pantalon de pyjama depuis son arrivée 10 jours auparavant ; de même, une patiente arrivée le lundi est restée en pyjama de l'hôpital jusqu'au mercredi, en attendant que sa famille lui apporte des vêtements.

Pour les vêtements, chaque patient dispose d'un créneau de lavage défini. Un planning est affiché dans la pièce de vie principale, sur le panneau d'affichage destiné aux patients.



Buanderie commune et vestiaire de l'unité Ménéham

Les patients sont supposés arriver avec du matériel et des produits d'hygiène personnelle (brosses, shampoing, savon, etc.). Cependant, lorsqu'un patient en est dépourvu, ce qui lui manque peut lui être donné (gel douche, brosse à dent, etc.) tant que l'unité en détient elle-même, ce qui n'est pas toujours le cas. Lors de la visite, les stocks de brosse à dents commençaient à être très limités.

4.3 LES PROCEDURES RELATIVES AUX BIENS DES PATIENTS SOUFFRENT D'UN MANQUE DE TRAÇABILITE ET NE GARANTISSENT PAS UNE PROTECTION EGALE DANS TOUTES LES UNITES

A l'arrivée, un inventaire contradictoire des biens du patient est réalisé dans la plupart des unités. Selon les services et l'état du patient, un ou deux soignants sont présents. Cet inventaire est en principe co-signé par le patient (sauf dans les cas où il n'est pas en état de le faire), et une copie lui est remise ou déposée dans son dossier.

Cependant, au sein de l'unité Ty Mad, les biens des patients ne sont pas systématiquement inventoriés de manière formelle et aucun document listant les biens retirés n'est remis au patient, ni signé par ce dernier. Il a été indiqué aux contrôleurs que les infirmiers apposent seulement dans le logiciel SILLAGE la mention « inventaire fait ». Seuls certains soignant y listent

une partie des effets personnels retirés (notamment pour les biens de valeur et les documents d'identité).

RECOMMANDATION 12

Les biens des patients doivent systématiquement faire l'objet d'un inventaire précis et contradictoire dans l'ensemble des unités.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique que : « *Un document protocole existe dans la GED (gestion électronique des documents) du CHPM. Pour s'assurer de sa révision et de sa diffusion, le mémento intègre cet inventaire dans l'entretien d'accueil. Nous proposons également de diffuser plus largement le protocole lors des réunions d'encadrement: Remettre en place le protocole inventaire dans les UF (unités fonctionnelles).* »

Un certain nombre d'objets considérés comme dangereux sont systématiquement retirés et déposés dans des casiers individuels nominatifs au bureau infirmier. Il s'agit en particulier des couteaux, ciseaux, rasoirs, vaporisateurs, objets en verre, parfum et dans certaines unités des chargeurs de téléphone. D'autres mesures de retrait peuvent individuellement s'y ajouter, en fonction du patient (briquets, téléphones, ordinateurs par exemple). Les patients peuvent également demander aux soignants de conserver certains objets de valeur s'ils le souhaitent (ordinateur, tablette). Les objets de valeur (bijoux, portefeuilles, espèces au-delà de cent euros, documents d'identité, cartes bancaires) sont conservés dans un coffre sécurisé généralement situé dans le bureau des infirmiers.



Casiers de conservation des biens des patients au sein de l'unité Ty Mad

Si les chambres de certaines unités sont dotées de placard fermables, tel n'est pas le cas des unités Ty Mad et Les Mouettes, dans lesquelles ni les placards des chambres ni les chambres elles-mêmes ne sont fermées à clé. Les patients peuvent y apposer un cadenas, qu'ils doivent cependant fournir. Les contrôleurs ont pu constater à cet égard que nombre de patients ne disposaient pas de cadenas au moment de la visite. De fait, certains patients ont déploré des cas de vols en chambre, notamment de cigarettes ou d'argent.

Certains patients peuvent conserver de petites sommes d'argent avec eux (jusqu'à 40-50 euros). L'argent qui n'est pas laissé à disposition des patients est placé dans un coffre sécurisé situé dans le bureau des infirmiers. Les sommes supérieures à 100 euros sont conservées dans le bureau de la direction de psychiatrie.

Les patients qui le souhaitent ont en outre la possibilité d'ouvrir un compte au sein la banque des patients gérée par l'association Q&B (Queffleuth et Belizal). Ils peuvent alors se rendre à la banque les lundi, mardi, jeudi et vendredi, de 9h30 à 12h, afin de procéder à des retraits. Ils disposent pour cela de bons qui leur sont remis par un soignant. En cas d'impossibilité pour un patient de se rendre à la banque, un soignant vient effectuer un retrait en son nom.

Les patients faisant l'objet de mesures de protection se voient attribuer une somme maximale à dépenser périodiquement pour couvrir leurs besoins (achat de cigarettes, de produits d'hygiène, consommations à la cafétéria etc.). Leur argent est déposé sur un compte bancaire à la banque des patients. Les soignants sont informés par les mandataires judiciaires des montants autorisés et remettent au patient un bon de retrait indiquant la somme dont il peut disposer.

Il existe enfin dans l'établissement un fond de solidarité destiné aux patients qui ne disposent pas d'argent. Sollicité par les assistants sociaux, ce fond permet d'attribuer une somme d'argent minimale aux patients dans le besoin (entre 10 et 15 euros). Il ressort cependant des informations recueillies que ce dispositif est rarement activé.

4.4 LE SERVICE DE RESTAURATION N'APPELLE PAS DE REMARQUE PARTICULIERE

Jusqu'en 2018, le CH disposait de son propre service de restauration mais en raison des risques fréquents de contamination à la listériose, il a été décidé de faire appel à un prestataire extérieur. Selon les services, les repas sont servis sous forme de barquettes et/ou à l'assiette. Dans les unités de psychiatrie, les entrées et les desserts sont présentés sous forme de barquettes tandis que le plat principal est servi à l'assiette.

Une commission des menus, à laquelle sont associés la diététicienne et des soignants, se tient régulièrement. La diététicienne apporte une vigilance particulière à la composition des menus de substitution pour les régimes alimentaires spécifiques. Les préférences religieuses et culturelles sont respectées. Il est également proposé des menus spécifiques (mais qui ne sont pas pour autant intégralement moulinsés) pour les patients susceptibles de faire une fausse route. De l'avis général, les quantités servies sont suffisantes et la qualité des repas est globalement correcte bien qu'il s'agisse d'une cuisine de collectivité servie partiellement en barquettes.

Dans la majorité des unités les repas se déroulent dans un lieu convivial et le placement est libre. Les soignants ne prennent pas leur repas avec les patients mais ils demeurent présents pour gérer les incidents éventuels qui sont exceptionnels.

Il est servi du café après le repas et au moment de la collation de 16h qui est gérée par le CH, tout comme le petit déjeuner. Il est proposé du thé, du café, du lait et du chocolat ainsi que du pain, beurre et confiture. Ce petit déjeuner est également complété par des crêpes et des fruits. Une tisane est proposée avant le coucher. Dans certaines unités comme à Trevezzen, les patients qui le souhaitent sont autorisés à récupérer dans le local, destiné à cet effet, une friandise achetée à l'extérieur, étant entendu qu'aucune denrée ne peut être conservée dans leur chambre.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST RESTREINTE PAR LA FERMETURE DES PORTES DES UNITES D'ADMISSION

Alors que les trois unités d'admissions (Trévezel, Les Mouettes, Ty Mad) accueillent, au moment du contrôle, plus de patients en soins libres qu'en soins sans consentement, leurs portes sont fermées. Les patients, quel que soit leur statut, sont donc soumis à la disponibilité des soignants pour l'ouverture des portes et ne disposent d'aucune marge d'autonomie.

RECOMMANDATION 13

Les patients en soins libres doivent pouvoir sortir et circuler librement. Ils ne doivent donc pas être hébergés dans des unités dont les portes sont fermées en permanence.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique que : « Cette organisation repose sur le principe sectoriel. Il paraît important de questionner le projet médical du pôle avec les changements liés au projet patrimonial en cours sur cette question : comment structurer la prise en charge des patients accueillis en soins sans consentement (SSC) ? L'objectif est bien de garantir la liberté d'aller et venir pour les patients en hospitalisation libre (HL). »

De plus, les restrictions à la liberté d'aller et venir ne sont pas fondées sur les mêmes critères – statut médico-légal ou état clinique – en fonction des secteurs.

A l'unité Ty Mad (secteur 7), la liberté d'aller et venir est principalement fonction du statut d'hospitalisation. Si les patients en SL peuvent sortir sans autorisation du médecin, ceux en SSC sont restreints dans leurs mouvements. Ainsi, certains patients en SSC ont l'autorisation de sortir seuls pour fumer à l'extérieur du bâtiment tandis que d'autres ne peuvent sortir qu'accompagnés par un soignant. Ces sorties accompagnées sont collectives et fixées à des plages horaires prédéterminées afin de concentrer la mobilisation des soignants. Les patients non-fumeurs s'y associent dans la mesure où l'unité, située en étage, ne dispose pas d'espace extérieur.

Par ailleurs, les sorties au sein du centre hospitalier (foyer et banque des patients par exemple, ou simplement balade dans le domaine de l'hôpital) ne sont pas toujours possibles lorsque le patient doit être accompagné d'un soignant, faute de disponibilité.

L'unité Les Mouettes (secteur 6), située en rez-de-chaussée, est fermée dès qu'un patient, en SL ou en SSC, a une interdiction de sortir. Elle est donc très rarement ouverte ce qui est d'autant plus difficile à vivre pour les patients qu'elle ne dispose pas de patio. L'autorisation de sortie est décidée par le médecin, en fonction de la clinique du patient. Les patients en SL peuvent ainsi voir leur statut changé pour légitimer une interdiction de sortir ; en particulier, lorsqu'il y a un risque suicidaire ou d'hétéro agressivité. Les possibilités de sorties sont alors progressives : d'abord accompagné par des soignants ou des proches, autour du pavillon, puis seul.

Au moment du contrôle, la porte de l'unité Trévezel (secteur 5) est fermée dans le cadre de la crise sanitaire. Elle est habituellement ouverte selon le même fonctionnement qu'à l'unité de suite Ménéham (code chiffré communiqué aux patients pour l'ouverture de la porte de 10h à 18h). A l'unité Trévezel, les patients en crise aiguë hébergés dans la partie fermable ne peuvent pas sortir à l'extérieur de l'unité mais ils ont accès à un patio. Cependant, si l'ensemble des patients hébergés dans la partie fermable est stabilisé, alors la porte qui communique avec le

reste de l'unité est laissée ouverte. Par ailleurs, les patients hébergés dans la partie ouverte peuvent tous sortir quel que soit leur statut.

Dans les deux unités de suite, Ménéham (secteur 5) et Les Cormorans (secteur 6), qui sont ouvertes, tous les patients sont autorisés à sortir seuls ou accompagnés quel que soit leur statut. D'ailleurs, les accompagnements sont fonction de l'état clinique (troubles cognitifs, désorientation...) et non du statut. Les patients reviennent en principe à l'unité pour les repas et la prise du traitement.

RECOMMANDATION 14

Seul l'état clinique peut motiver une restriction temporaire de la liberté d'aller et venir et non le statut médico-légal.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique que : « *La réflexion polaire pour harmoniser les pratiques est favorisée par le projet patrimonial en cours. Un rappel sur le droit des patients va être réalisé.* »

5.2 LES RESTRICTIONS DANS LA VIE QUOTIDIENNE SONT GLOBALEMENT INDIVIDUALISEES

5.2.1 Le rythme de la journée

Dans l'ensemble des unités visitées, les journées sont rythmées par les horaires des repas avec des souplesses introduites en fonction des rendez-vous à l'extérieur ou des activités des patients. Par exemple, dans les unités Ty Mad (secteur 7) et Les Cormorans (secteur 6), les horaires de la journée sont appliqués avec souplesse : la télévision peut être allumée à partir de 6h le matin et éteinte vers 23h, l'accès aux chambres est libre, l'accès aux douches collectives répond à des plages horaires (7h30-10h30 puis 19h30-22h30) avec une possibilité d'y accéder à la demande en sus. A l'unité Les Mouettes, les patients sont réveillés vers 8h00 et si un patient ne se lève pas, il peut prendre son petit déjeuner jusqu'à 9h30, notamment en cas de troubles du sommeil. Le week-end, les horaires du lever sont élargis surtout en l'absence de traitement le matin, traitement qui peut également être dispensé en chambre.

5.2.2 Le retrait des effets

Dans l'ensemble des unités visitées, le retrait des effets est globalement individualisé et il s'agit toujours d'une décision du médecin psychiatre. Les interdictions et restrictions sont appliquées individuellement, exceptées celles portant sur les objets considérés comme dangereux (comme les couteaux, ciseaux, rasoirs, contenant en verre, parfum, déodorant, aérosol) qui sont retirés à l'arrivée et conservés dans la bagagerie ou un casier individuel. De même, les denrées non périssables ne sont pas conservées en chambres mais sont facilement accessibles à la demande des patients.

Par ailleurs, certains objets sont retirés en raison de l'état clinique du patient lorsqu'il existe notamment un risque suicidaire (cordons, colliers, ceintures, briquets, etc.).

Néanmoins, dans les unités Ménéham (secteur 5) et Les Mouettes (secteur 6), plusieurs chargeurs de téléphones portables sont conservés dans le bureau infirmier – alors que Ménéham est une unité ouverte. Cependant, les contrôleurs ont constaté que ce retrait n'est pas systématique, certains patients disposant de leur chargeur en chambre.

Enfin, à l'unité Trévezel (secteur 5), dans la zone fermable, les restrictions sont systématiques pour les patients en crise aiguë : retrait du téléphone portable, retrait des câbles et des chargeurs.

5.2.3 Le tabac

Dans l'ensemble des unités, l'accès au tabac est possible. En principe, les patients ont le droit de conserver leur tabac et des briquets. Les restrictions sont individualisées en fonction de l'état clinique du patient ou de sa vulnérabilité (difficulté à gérer le budget pour l'achat du tabac, tendance suicidaire...).

Les patients qui le souhaitent peuvent également demander aux soignants de conserver leur tabac avec leurs effets personnels en prévention de vols, les placards ne fermant pas à clé. Dans ce cas, les contrôleurs ont constaté une disponibilité et une réactivité des soignants pour répondre aux nombreuses sollicitations des patients au cours de la journée.

En revanche, en fonction de la configuration architecturale des unités qui ne sont pas toutes dotées d'un espace extérieur, certains patients peuvent être, de fait, restreints dans leur consommation tabagique (cf. § 4.1 et § 5.1), en particulier lorsqu'ils n'ont pas l'autorisation de sortir seuls de l'unité.

En principe, les patients achètent eux-mêmes leur tabac ; parfois ce sont les familles qui leur en apportent ou certains soignants qui en font l'acquisition le vendredi. Lorsqu'un patient est admis dépourvu d'effets personnels, un budget de dépannage ou un paquet de cigarette de dépannage permet de répondre à un besoin en urgence.

Des substituts nicotiques sont systématiquement proposés par les médecins somaticiens et les infirmiers.

5.2.4 Le port du pyjama

Le pyjama peut être imposé sur prescription médicale, en cas de risque de fugue. Il s'agit d'une pratique isolée observée uniquement à l'unité Ty Mad (secteur 7). En effet, dans les autres unités, même dans l'hypothèse d'un risque de fugue ou d'un état suicidaire, le pyjama hospitalier n'est jamais imposé (sauf en chambre d'isolement cf. § sur l'isolement).

RECOMMANDATION 15

L'obligation du port du pyjama institutionnel doit être proscrite, singulièrement si elle poursuit des objectifs sécuritaires.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique que : « *Mise en œuvre d'une réflexion médecin/ cadre/ soignants au sujet de ces pratiques et ce qui les guident quand elles existent.* »

5.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR ET LA CONFIDENTIALITE SONT GARANTIES

5.3.1 Le téléphone et le courrier

Dans l'ensemble des unités, les patients conservent leur téléphone portable à l'exception des patients en crise aiguë dans la partie fermable de l'unité Trévezel (secteur 5).

Les restrictions sont individualisées et décidées par le médecin psychiatre en fonction de l'état clinique du patient. Par exemple, certains patients ont la possibilité de disposer de leur téléphone sur certaines plages horaires seulement.

Les patients qui ne possèdent pas de téléphone portable peuvent utiliser le point phone des unités mais il ne préserve pas toujours la confidentialité des échanges – par exemple, il est situé dans un coin de la pièce de vie principale à l'unité Ty Mad ou encore, à l'entrée de l'unité Les Cormorans.

Les patients peuvent, par ailleurs, utiliser le poste téléphonique du service situé dans le bureau infirmier. Dans les unités du secteur 5, il est sans fil ce qui permet au patient de s'isoler.

RECOMMANDATION 16

Les patients doivent être en mesure de passer et de recevoir des appels téléphoniques dans des conditions respectant la confidentialité des échanges.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique que : « *Inscrire dans le livret d'accueil et dans le règlement de chaque unité ces éléments d'accessibilité et de confidentialité. Plus de point phone dans le nouveau projet. Techniquement l'accessibilité doit être garantie institutionnellement.* »

Le courrier n'est jamais contrôlé. Les patients ont la possibilité d'envoyer des courriers postaux *via* le service de l'hôpital (affranchi par l'hôpital). Dans l'ensemble des unités, du papier et des enveloppes peuvent être remis au patient disposant de faibles ressources, l'affranchissement étant pris en charge par le CHPM.

A l'unité Ty Mad, le courrier est déposé dans la boîte aux lettres située au pied du bâtiment de l'unité. Dans les autres unités, le courrier est posté par les patients à l'occasion de sorties en ville et plus à la marge, il peut être remis aux soignants.

5.3.2 L'accès à l'information et aux réseaux sociaux : presse, télévision, internet

L'ensemble des unités dispose d'un ou de deux postes de télévision situés soit dans un salon spécifique soit dans la salle de vie (*cf.* § 4.1) et dont l'accès est libre dans un créneau horaire large (de 6h à 23h). En revanche, l'accès à la télécommande est variable, tantôt les patients en disposent, tantôt ils doivent solliciter les soignants. Par exemple, à l'unité Trévezel en raison de dégradations, la télécommande est conservée dans le bureau des infirmiers alors qu'à l'unité Ménéham elle est en libre accès.

Les unités ne sont pas équipées de la Wifi. Seule l'unité Les Cormorans dispose d'un poste informatique avec connexion internet accessible librement aux patients. Ces derniers ont donc accès à internet par le biais de leur forfait téléphonique (4G, 5G). Ils ont par ailleurs la possibilité d'acheter une clé Wifi à l'accueil de la MCO.

Les patients peuvent en principe conserver du matériel informatique (ordinateur, tablette) ; ils signent alors une décharge de responsabilité à l'hôpital en cas de perte ou de vol. Ils peuvent également demander aux soignants de conserver leur matériel dans un lieu sécurisé (armoire sécurisée dans le bureau infirmier).

RECOMMANDATION 17

Les unités d'hospitalisation doivent être équipées d'un accès au réseau Wifi afin que les patients puissent communiquer avec l'extérieur et effectuer des démarches administratives.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique : « *Equipped des UF, Foyer dans le Projet architectural. Accessibilité numérique à travailler au niveau institutionnel, et au niveau éducatif sur le pôle pour favoriser des conditions d'accueil optimales.* »

L'ensemble des unités met à disposition des patients des livres et des revues et un ou deux exemplaires du journal local *Le Télégramme de Brest*.

5.3.3 Les visites

Les restrictions aux visites des familles décidées par le médecin psychiatre sont exceptionnelles et toujours individualisées ; les visites ne sont en revanche jamais autorisées pour les patients en chambre d'isolement (cf. § 6.2).

Certaines unités ne disposent pas de salon de visite – comme à l'unité Ty Mad où les visites se déroulent donc parfois « sur des chaises, dans l'entrée de l'unité », sans confidentialité. Le plus souvent les familles rencontrent leurs proches à l'extérieur, devant l'entrée de l'unité, ou au foyer du CH, y compris les patients en SSC. De même, à l'entrée de l'unité Les Mouettes (secteur 6), se trouve un espace peu investi avec quelques fauteuils, qualifié de salon des visiteurs. De plus, le libellé des règles de vie de cette unité est ambivalent – « après accord médical les visites sont autorisées » –, en ce qu'il inverse le principe et l'exception.

Les visites ont en principe lieu l'après-midi entre 14h30 et 18h30, avec une certaine souplesse sur les horaires notamment pour prendre en compte les contraintes des proches (éloignement, travail ...). Les enfants de moins de quinze ans n'entrent pas dans les unités, les rencontres sont alors organisées à l'extérieur de l'unité, souvent au foyer.

Au moment du contrôle, le nombre de visites était restreint en raison de la crise sanitaire : une visite est autorisée par jour et par patient. Le pass sanitaire est exigé.

RECOMMANDATION 18

Toutes les unités d'hospitalisation doivent disposer d'un salon de visite agréable et confortable garantissant la confidentialité des échanges.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique : « *Intégration dans le projet patrimonial et à retravailler pour les bâtiments réhabilités.* »

5.3.4 La confidentialité de l'hospitalisation

Lorsqu'un patient sollicite la confidentialité de son hospitalisation, le cadre de santé prévient le bureau des entrées et le service d'accueil du CH. Sur le logiciel SILLAGE un onglet permet d'anonymiser l'hospitalisation du patient – un masque vénitien apparaît sur sa fiche.

Néanmoins, ce type de demande est rare, contrairement au refus du patient – parfois provisoire – d'avoir des contacts avec certains membres de sa famille. Dans ce cas, l'équipe soignante filtre l'appel lorsqu'il est transféré au poste de soins ou au bureau des infirmiers et prend des précautions oratoires avec l'appelant.

5.4 L'ACCES AU VOTE EST ORGANISE

Plusieurs semaines avant les opérations de vote, la direction du CH adresse aux unités un protocole précisant les modalités d'accompagnement ou de procuration. Une campagne d'affichage dans les unités est alors organisée. Le cadre de santé de l'unité est chargé de recenser les demandes des patients.

Un fonctionnaire du commissariat de police est détaché au CH pour l'établissement des procurations. De nombreux patients disposent d'une autorisation de sortie ou d'une permission de sortie pour exercer leur droit de vote. L'accompagnement par les familles est privilégié.

Aucune donnée sur le nombre de patients ayant voté lors des dernières élections n'a été communiquée aux contrôleurs.

5.5 LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS N'EST PAS PRISE EN COMPTE SUR UN PLAN INSTITUTIONNEL

La question de la sexualité ne fait pas l'objet d'une réflexion institutionnelle. Elle n'est jamais abordée dans la majorité des unités à l'exception de l'unité Trévezel où le sujet peut être évoqué lors des transmissions, lorsqu'une situation se présente.

Les relations sexuelles ne font pas l'objet d'une interdiction formelle et le règlement intérieur n'en fait pas mention. Cependant à l'unité Ty Mad, il a été évoqué « une interdiction de principe des relations sexuelles », en raison des questions épineuses que ce sujet pose (question du consentement des personnes vulnérables qui peuvent être sous emprise). A l'unité Trévezel, l'équipe soignante veille au consentement éclairé des patients et s'assure de leur discrétion vis-à-vis d'autres patients puisqu'ils peuvent être autorisés à se rendre dans la chambre d'une autre personne. Cependant, les équipes sont particulièrement attentives lors de la présence de patients plus vulnérables, conscientes de la difficulté à trouver un équilibre entre droit à l'intimité et consentement nécessaire. De même, une vigilance particulière est portée lorsqu'un patient présente un profil d'agresseur sexuel. Dans les autres unités, il n'est pas toléré qu'un patient rejoigne un autre patient dans sa chambre. A cet égard, il semblerait que les patients aient intégré l'absence de prise en compte de cette dimension de leur vie. Selon les témoignages recueillis auprès des soignants de l'unité Les Cormorans, aucune relation sexuelle n'a lieu dans les chambres.

Pour les patients autorisés à sortir de l'unité, le sujet n'est pas abordé avec eux. A cet égard, la question du consentement éclairé, des maladies sexuellement transmissibles et de la contraception ne sont pas non plus évoquées. De même, les préservatifs ne sont pas disponibles dans les unités. Ce sont les médecins somaticiens qui assurent le suivi gynécologique et contraceptif des femmes.

RECOMMANDATION 19

L'établissement doit mettre en place un cadre et des moyens permettant aux patients de gérer leur vie sexuelle et affective, en toute sécurité, en tenant compte de leur profil et de leur vulnérabilité.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique que : « Une réflexion est à réactiver sur le pôle afin d'envisager des actions, dont des formations, à prévoir sur cette thématique. Le rôle de l'institution dans les actions de prévention et d'information est à travailler. »

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

6.1 L'ORGANISATION DES LOCAUX D'ISOLEMENT NE RESPECTE PAS TOUJOURS LES DROITS ET LA DIGNITE DES PATIENTS

Une chambre d'isolement (CI) est aménagée dans chacune des trois unités d'admission – Ty Mad, Les Mouettes et Trévezel, ainsi qu'à l'unité pour enfants et adolescents. En outre, l'unité de gérontopsychiatrie compte une chambre d'apaisement.

Les CI sont de conception identique dans toutes les unités : elles comportent toujours une double entrée, l'entrée principale étant précédée d'un sas. La porte d'entrée directe dans la chambre est percée d'un fenestron permettant une surveillance visuelle de l'ensemble de la chambre sans y pénétrer. Il est possible d'entrer dans le sas de la CI de l'unité Trévezel par une porte donnant sur l'extérieur ce qui permet de ne pas faire passer le patient arrivant des urgences devant les autres patients.

De façon générale, les soignants s'efforcent de mettre les autres patients à distance de la chambre d'isolement lorsqu'une intervention, notamment une entrée, doit y être menée.

Le lit est fixé au sol, placé à distance de tous les murs pour permettre un passage tout autour. Les sangles de contention sont installées à l'avance sur le lit et enlevées avant que le patient n'entre dans la CI si l'isolement n'est pas assorti d'une contention.

La pièce reçoit la lumière du jour par une baie, recouverte de film occultant évitant, pour celles qui sont en rez-de-chaussée, qu'un passant à l'extérieur puisse en voir l'intérieur. Les fenêtres des unités Ty Mad et Les Mouettes ont un battant verrouillé mais ouvrable pour une bonne aération entre deux occupations. Le patient isolé ne peut commander lui-même la température et la lumière.

Une horloge à affichage digital indique l'heure mais pas le jour.

Un important problème de chauffage en hiver (très mauvaise isolation) a été évoqué à l'unité Ty Mad dont la psychiatre a indiqué faire sortir des personnes d'isolement pour cette raison.

Aucun dispositif d'appel n'est installé. Pour appeler, les occupants doivent taper à la porte ce qui leur est possible quand ils ne sont pas contentonnés. S'ils sont attachés, ils doivent crier.

Une salle d'eau est contiguë, équipée d'une douche à l'italienne, d'un WC et d'un lavabo.

Les chambres sont claires, propres, peintes en couleurs agréables.



Chambre d'isolement unité Trévezel



Salle d'eau de la chambre d'isolement de l'unité Trévezel

RECOMMANDATION 20

Un dispositif d'appel doit être installé dans chaque chambre d'isolement, accessible au patient même lorsqu'il est attaché sur le lit.

L'occupant doit pouvoir commander lui-même l'éclairage et le chauffage de la pièce ainsi que le fonctionnement des volets roulants.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique : « *Réalisation d'un cahier des charges pour évaluer le positionnement de l'appel malade. De nombreuses difficultés à maintenir le matériel en état du fait de dégradations récurrentes et/ou mise en danger du patient* ».

Enfin, les unités Ker Huel et Les Hêtres disposent chacune d'une chambre – ou espace – d'apaisement qui n'ont ni la structure ni l'usage de chambre d'isolement (Cf. § 9.1.2).

6.2 LES PROTOCOLES CADRANT LES MODALITES DE MISE EN ISOLEMENT MANQUENT DE RIGUEUR ET LES PRATIQUES RESPECTENT PEU LE BIEN-ETRE ET LA DIGNITE DU PATIENT

6.2.1 Les décisions d'isolement et de contention

Divers protocoles élaborés par l'établissement donnent aux professionnels un cadre et des indications pour réaliser ces mesures. Alors que ces divers documents ont été mis à jour entre 2018 et 2021, soit après l'entrée en vigueur de la loi du 26 janvier 2016 et de ses dispositions codifiées à l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique, la terminologie qui y est utilisée laisse perplexe. Il est fait référence en en-tête et dans les textes de ces protocoles à un « isolement thérapeutique » quand l'article du code mentionne « *Il ne peut y être procédé que*

pour prévenir un dommage immédiat » sans aucune référence à un objectif thérapeutique. Dans la même veine d'une conception erronée, ces documents mentionnent que l'isolement (et la contention) doit se faire sur « prescription » médicale alors que la même loi précise que la mesure d'isolement (ou de contention) résulte d'une « décision », le changement terminologique ainsi apporté étant loin d'être innocent sur l'effet juridique et l'objectif de la mesure, ce qui ne semble pas avoir été perçu par l'ensemble des professionnels. Il est fait référence à un document émanant de l'ANAES⁹ alors que la Haute Autorité de Santé, qui a succédé en 2004 à l'ANAES, a publié le 23 mars 2017 des recommandations de bonne pratique sur l'isolement et la contention.

Enfin, aucune formation spécifique à l'isolement – mise en œuvre, surveillance, motif – n'est systématiquement dispensée aux soignants. Cette carence traduit encore un déficit de réflexion institutionnelle sur la question.

En pratique, il a été constaté que nombre de décisions d'isolement sont prises au service des urgences, en soirée ou la nuit, par un interne, lequel, *ipso facto* ne remplit pas statutairement les conditions exigées par l'article 3222-1-5 : « *L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours (...) Il ne peut y être procédé que (...) sur décision motivée d'un psychiatre (...)* ».

S'il est admis que la décision puisse être initiée par un interne ou un médecin non psychiatre, c'est à condition que la mesure soit validée dans l'heure par un médecin psychiatre. Or, il n'a pas été possible de vérifier si les décisions prises dans ces conditions sont validées ultérieurement par un psychiatre et dans quel délai.

RECO PRISE EN COMPTE 2

La traçabilité de la confirmation par un psychiatre d'une décision de mise à l'isolement prise par un médecin non-psychiatre ou un interne doit être assurée et permettre, notamment, d'apprécier le délai dans lequel cette confirmation est opérée.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique : « *Fait depuis la mise en place de la réforme de la loi SSC et Isolement. Des précisions terminologiques sont réalisées entre loi, décision. Reprendre le document/ groupe de travail Isolement et contentions.* ».

Les patients isolés ne reçoivent pas systématiquement un sédatif s'ils ne sont pas attachés. Les patients transférés depuis les urgences vers la CI d'une unité sont attachés pendant leur transport sans que cette mesure de contention soit tracée. Il a été indiqué que les patients ainsi transférés peuvent avoir besoin d'une sédation sans qu'elle ait été prescrite au SAU, ce qui oblige les soignants de l'unité d'accueil à requérir, parfois difficilement, un psychiatre qui vienne évaluer le patient et, s'il en estime le besoin, prescrire le sédatif.

RECOMMANDATION 21

Une réflexion institutionnelle doit être conduite sur le constat d'un nombre important de mesures d'isolement décidées au service des urgences. Ce nombre appelle une formation des

⁹ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) : « L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie ».

praticiens qui y exercent au contexte juridique de ces décisions et aux bonnes pratiques qu'elles exigent.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique : « *Rencontre entre les trinômes des deux pôles, formation des internes et des urgentistes pour renforcer les pratiques (rencontre sur les FEI, CREX...). Cette question est également traitée dans le cadre du Projet territorial de santé mentale (PTSM).*

Les urgences du CHPM sont des urgences générales accueillant, dans un même espace, les patients relevant du MCO et de la psychiatrie, toutes tranches d'âges confondues.

Concernant la prise en soin de psychiatrie, des protocoles ont été établis suite à des rencontres régulières entre les soignants des urgences et ceux de psychiatrie. Chaque patient passant aux urgences bénéficie d'une consultation par un médecin urgentiste avec un examen somatique (la limite étant l'opposition des patients) associé, si besoin, à une prescription d'examens paracliniques (biologie et ECG) avec réalisation immédiate ou différée en l'absence de signe d'appel. Des rencontres sur les FEI sont par ailleurs organisées régulièrement sur les problématiques de prise en charge. ».

Il n'existe plus de « prescriptions si besoin » mais elles ont eu cours.

L'établissement a conçu une procédure pour informer le juge des libertés et de la détention du TJ de Morlaix du déroulement des mesures d'isolement ou de contention. Le document adressé lors de la prolongation de la mesure d'isolement au-delà de 48 heures (24 heures pour une contention) mentionne le nom du praticien décideur, la date et l'heure de la décision de prolongation, le nom et l'âge du patient concerné ainsi que son mode légal d'admission, la nature de la mesure (isolement ou contention) et le motif du renouvellement. Il précise si les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du patient ont été informées et indique la date et l'heure de la décision initiale. Un document est également prévu pour informer le juge de la levée de la mesure, il précise le nom, l'âge et le mode légal d'admission du patient, le nom du médecin décideur, la date et l'heure de la décision de levée ainsi que son motif.

6.2.2 Le suivi de la mesure

Dans toutes les unités, un médecin généraliste passe dans les 24 heures de la mise en isolement et depuis la loi du 13 décembre 2020, un psychiatre voit le patient toutes les 12 heures. Un « protocole d'évaluation de la contention en nuit profonde » a été établi lequel est également appliqué pour l'isolement. Selon ce protocole, le médecin de garde vient rencontrer le patient entre 20h30 et 21h. Puis, les infirmiers observent le patient vers 3h du matin ; si celui-ci dort, ils ne le réveillent pas ; s'il est éveillé et qu'ils ne constatent pas de changement dans son état décrit par les dernières observations du psychiatre, ils renseignent le dossier en précisant que le protocole est maintenu parce que patient dort ou parce qu'il présente un état clinique similaire. Le texte du document n'indique pas ce que doit faire le soignant s'il constate une évolution dans l'état du patient mais les interlocuteurs rencontrés ont indiqué appeler, en principe, le médecin psychiatre de garde.

En journée, le médecin généraliste est informé de tous les placements en isolement et vient « quasiment tout de suite ». Il revient chaque jour examiner les patients attachés auxquels sont toujours administrés des anticoagulants.

La durée d'une semaine pour chaque permanence d'un psychiatre permet à celui-ci d'avoir une bonne connaissance de chaque patient isolé pour assurer son suivi - outre celui effectué par le

psychiatre référent de l'unité pendant la journée - et évite à ces patients la multiplication des interlocuteurs.

En principe, les soignants assurent une surveillance horaire, voire plus fréquente, des patients isolés mais cette surveillance n'est pas tracée.

Il a été indiqué qu'aucun isolement en chambre ordinaire n'était pratiqué, ce qui est contredit par les informations numériques fournies par ailleurs (cf. § 6.3.1). Lorsque la chambre d'isolement d'une unité est occupée, les patients de cette unité qui doivent être isolés sont transférés dans une autre unité dont la CI est disponible. Ce sont alors les soignants et les psychiatres de l'unité d'accueil qui assurent le suivi du patient. Le poste de sécurité est informé des placements en chambre d'isolement.

RECOMMANDATION 22

Les informations relevées au cours de la surveillance des patients isolés ou contentonnés doivent être retracées dans leur dossier.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique que : « *Lors d'une prescription médicale d'isolement, un groupe de soin est automatiquement mis en place sur Sillage précisant les modalités de surveillance (indicateurs de l'HAS). De fait, l'outil permet la traçabilité de la surveillance dans le cadre du plan de soins du patient placé à l'isolement.*

Un rappel aux équipes est à faire (réunion d'encadrement et médical). Audit « dossier patient » à faire régulièrement ».

6.2.3 Le séjour à l'isolement

Les patients placés en CI sont systématiquement obligés de revêtir le pyjama de l'hôpital.

RECOMMANDATION 23

La décision de mise en pyjama des patients isolés doit être individualisée, justifiée au regard de la clinique du patient et revue régulièrement lorsque l'isolement est prolongé.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique : « *Revoir les pratiques : groupe de travail à réactiver. Prescription à individualisée. Tracer et argumenter dans le DP. Mentionner, dans le memento, le caractère spécifique du port du pyjama.* »

Ils sont privés de leurs lunettes ce qui relativise l'intérêt de l'horloge pour les malvoyants de loin. Ils n'ont accès aux sanitaires que sur leur demande – demande rendue difficile puisqu'elle suppose d'appeler un soignant en frappant à la porte, ou de crier pour les patients attachés, et que deux soignants soient disponibles puisque le protocole de « mise en isolement thérapeutique psychiatrie »¹⁰ prévoit que les interventions auprès du patient nécessitent au moins deux soignants. À Ty Mad, pour les patients contentonnés, la règle est qu'ils ne sont pas conduits aux toilettes mais ont recours à un bassin ou un urinal, sauf exception : « si la personne est compliant, on appelle du monde pour la conduire aux toilettes mais ce n'est pas la règle ».

¹⁰ Référence GQ.PROT.2015.02 d'application au 01/01/2018.

RECOMMANDATION 24

Les patients en isolement doivent avoir un libre accès aux toilettes.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique : « Revoir les pratiques : groupe de travail à réactiver. Groupe de travail : préventions des pratiques Isolement/contentions. Règle de vie en chambre ISO : lunettes, accès aux toilettes, horloge avec le jour & la date. »

Bien que le protocole sus visé indique « Une attention particulière doit être portée aux droits et libertés du patient : accompagnement pour fumer (...) », les patients isolés de TY Mad, dont les locaux sont situés en étage, n'ont pas d'accès au tabac ; des substituts nicotiques leur sont proposés. Ceux des autres unités connaissent un meilleur sort. À Trévezel, si l'état du patient le permet, un isolement séquentiel peut être décidé pour lui permettre de fumer dans le patio de la partie fermable de l'unité, en dehors de la présence d'autres patients et en compagnie de deux soignants.



Patio de la partie fermable de l'unité Trévezel



« mobilier » d'isolement

Les repas sont servis dans la chambre, dans de la vaisselle en plastique – y compris les couverts – les mets sont prédécoupés. Du mobilier de mousse compacte recouverte de toile plastique épaisse peut être fourni pour poser le plateau ou s'adosser (traversin, « table », « oreiller ») ; un soignant reste avec le patient pendant le repas à l'unité Ty Mad mais pas toujours dans les autres unités. Une carafe d'eau en plastique et un gobelet sont laissés à disposition.

Aucune visite n'est possible.

À l'unité Les Mouettes, le patient isolé peut disposer de livres, journaux, d'un téléphone si le psychiatre est d'accord, ce qui est exclu à l'unité Ty Mad.

La pratique de l'isolement séquentiel est propre à chaque unité : il y est recouru aux Mouettes et à Ty Mad mais pas à Trévezel hormis pour fumer ou si un examen médical dans les autres services du CH est nécessaire en cas de complication somatique.

Le lit du patient dans la chambre standard lui est conservé.

À la levée de la mesure, aucun entretien de « débriefing » avec un psychiatre, un psychologue ou un infirmier n'est institutionnalisé. Les soignants ont indiqué le faire éventuellement mais de façon informelle.

6.3 LA REFLEXION INSTITUTIONNELLE DE L'ETABLISSEMENT EN MATIERE D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION, QUI NE DISPOSE D'AUCUN OUTIL D'EVALUATION FIABLE DE CES PRATIQUES, RESTE A CONSTRUIRE

6.3.1 Le registre d'isolement et de contention

Dans chaque unité, un registre matériel, sur support papier, est tenu par les soignants pour tracer les mesures d'isolement et de contention. Pour chaque mesure sont indiquées, outre le nom du patient, la durée de la mesure d'isolement, les date et heure de début et de fin ainsi que les mesures de contentions éventuellement associées et leur durée. Le type de contention (x 3, x5, x 9) est aussi précisé ainsi que le nom du médecin ou de l'interne décideur ; la mention d'une validation, et de son délai d'intervention, par un psychiatre sénior avec son nom, n'est pas toujours apportée.

En 2019, à la suite d'une visite de la Haute autorité de santé (HAS) qui a formulé des recommandations dans ce sens, le CH s'est doté d'un nouveau logiciel de gestion du dossier patient informatisé (DPI), le logiciel Sillage, qui comporte une fonctionnalité de gestion des données d'isolement. À l'usage, il est apparu que ce module présentait des dysfonctionnements importants de sorte que les données qui peuvent être extraites du dossier patient informatisé (DPI) pour établir un registre d'isolement et de contention tel que prévu par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique n'ont aucune fiabilité. Par exemple, alors qu'une levée de mesure d'isolement ou de contention n'est pas enregistrée, une nouvelle mesure peut être enregistrée pour le même patient sans que le logiciel ne signale l'incohérence.

Il a donc été décidé de revenir aux informations remontées des registres matériels tenus par les unités et de les traiter avec l'ancien outil pour établir des données consolidées au niveau de l'établissement. Si ces derniers éléments numériques sont plus fiables que ceux obtenus précédemment, aucune comparaison temporelle n'est possible.

Au surplus, les simples calculs opérés sur les données du rapport sur les pratiques d'isolement sont erronés : par exemple, le tableau fourni qui indique une file active de 390 patients admis en SSC au cours de l'année 2020 et une file active de 148 patients en SSC ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement déduit de ces nombres que 72,97 % des patients en SSC ont fait l'objet d'une mesure d'isolement.

Ces mêmes documents font état d'isollements réalisés hors d'un espace dédié, 13 en 2019 et 9 en 2020, alors que les interlocuteurs rencontrés ont affirmé que tel n'était jamais le cas, hormis celui qu'ils ont cité d'un patient déficitaire chromosomique « qui n'aurait pas dû être ici », qui avait de nombreux passages à l'acte auto ou hétéro-agressif (contre les soignants et autres patients) et qui a été isolé et contentonné dans sa chambre à un moment où aucune chambre d'isolement n'était disponible.

De même, sont mentionnées 7 mesures de contention « en dehors d'un espace dédié et en dehors des cas d'exception prévus par les recommandations de bonne pratique » réalisées en 2019 et 2 en 2020 ainsi que 8 mesures de contention réalisées « en dehors d'un espace dédié conformément aux recommandations de bonne pratique » en 2019 et aucune en 2020 selon la

mention inscrite sur les documents consultés. Aucune précision n'est apportée sur les conditions pratiques de réalisation de ces mesures.

6.3.2 La politique conduite par l'établissement

Il n'est pas contesté par les responsables qu'aucune réflexion sérieuse n'est conduite au sein de l'établissement pour réduire le recours à l'isolement et à la contention, recours au demeurant difficilement mesurable mais pas exceptionnel : les données qui sont à prendre avec les précautions explicitées ci-dessus font état de 205 et 241 mesures d'isolement respectivement en 2019 et 2020 et 83 et 93 mesures de contention pour une file active de 413 et 490 patients en SSC. Il convient à cet égard de préciser que s'il a été assuré que le statut d'admission des patients admis en soins libres était changé en cas d'isolement, aucun enregistrement fiable ne permet de s'en assurer. Au contraire, l'examen de la liste des mesures d'isolement prises au cours des huit premiers mois de l'année 2021 fait apparaître plus de trente mesures concernant des patients en soins libres dont le statut d'admission n'a pas été changé après 24 heures. Certains de ces patients ont même fait l'objet de plusieurs mesures séparées chacune parfois de plusieurs semaines sans que leur statut ne soit changé. Cependant, la fiabilité de cette liste doit elle-même être prise avec précaution puisqu'y figure également la situation de patient dont le statut d'admission en SSC est changé en admission en soins libre à l'occasion de sa mise en isolement.

RECOMMANDATION 25

Les mesures d'isolement ne peuvent concerner que les patients en soins sans consentement. Lorsqu'une telle est prise à l'égard d'un patient en soins libres, son statut juridique d'admission doit être modifié.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique que : « *Les pratiques et la question du statut du patient sont retravaillées avec le bureau des placements, sous l'angle du droit des patients. Groupe de travail : prise en compte de la difficulté pour les mineurs et les personnes âgées. Appel à projets à mettre en place.* »

L'examen par les contrôleurs des registres « papier » tenus par les unités montre également des curiosités : le registre de l'unité Les Mouettes ouvert le 14 janvier 2021 enregistrait 37 mesures au 15 septembre 2021. Aucune mesure d'isolement ne figurait pour la période du 21 mars au 9 juin. Parmi les 23 mesures d'isolement prises jusqu'au 24 juin, 17, soit les trois-quarts, sont assorties de contentions, mais une seule des 14 suivantes sans que cette particularité n'ait été relevée par les interlocuteurs interrogés sur un éventuel motif de ce soudain arrêt. De même, sur les 35 mesures d'isolement figurant dans le registre de l'unité Ty Mad, 23 étaient assorties de contention. Il est certain que l'examen par les contrôleurs des registres tenus par les unités, dans l'état où ils étaient au moment de la visite, ne peut suppléer l'absence d'outil statistique fiable. Il est néanmoins troublant que la proportion de contentions assortissant des isolements qui en ressort diffère très sensiblement des données globales établies par le CH. Or, ce recours intensif à la contention mériterait d'être analysé par les équipes, notamment au regard des informations insistantes selon lesquelles les personnes sous toxiques (alcool ou autre) sont isolées et attachées alors que leur agitation n'est pas due à un trouble psychiatrique.

De façon générale, il n'existe pas, dans les services, de réflexion sur les pratiques d'isolement et de contention, réflexion au demeurant difficile à conduire à Ty Mad en l'absence totale de réunion d'équipe depuis plusieurs mois. Le recours pendant de longues périodes à des contrats

courts ne la facilite pas non plus. Les soignants sont entièrement occupés à la gestion du quotidien au détriment de la réflexion de fond et de l'analyse des pratiques. Les éventuelles alternatives pour limiter le recours à l'isolement et à la contention restent laissées à l'initiative personnelle des soignants présents lors de la montée en tension ou de la crise, fortement dépendante de leur savoir-faire et de leur nombre.

La question de l'isolement et de la contention n'est pas pensée collectivement et il apparaît que la communauté médicale n'a manifestement pas pris la mesure des changements législatifs et de leur portée sur les pratiques de soins. En témoigne le caractère rudimentaire du rapport annuel sur la question présentée à la commission médicale d'établissement. Cette situation appelle une initiative institutionnelle rapide et forte pour élaborer une politique de réduction, ce qui exige, outre l'élaboration du registre réglementaire, celle d'un outil d'observation statistique fiable, soutien de la réflexion à conduire.

En préambule de ses observations portant sur le rapport provisoire la direction de l'établissement indique également que « *il est indiqué qu'aucune réflexion sérieuse n'est conduite au sein de l'établissement pour réduire le recours à l'isolement et la contention. Un groupe de travail existe et réalise des études et audits pour mesurer l'impact des formations aux pratiques; un comité de pilotage a été créé dès la parution de la loi du 14/12/2020 afin de travailler sur la mise en œuvre du texte mais aussi sur les alternatives au recours à l'isolement et la contention. Ce comité a été à l'origine de deux propositions de réponse à des appels à projets: l'équipe mobile prévention et gestion de crise dans le cadre du FIOP, la mise en place de la journée du pôle pour présenter les outils GPS et music care, qui sont des alternatives à l'isolement et la contention. Le Pôle manque d'un outil informatique de pilotage comme le rapport le souligne mais les démarches sont structurées.* »

RECOMMANDATION 26

L'établissement doit élaborer une politique de réduction du recours à l'isolement et à la contention. Cette démarche exige l'élaboration d'un outil statistique fiable de l'observation des pratiques, outre la réalisation du registre *ad hoc* exigé par la loi. Elle doit également s'accompagner d'une sensibilisation et d'une formation de l'ensemble des intervenants aux conditions de décision, de mise en œuvre et de suivi de ces mesures.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique que : « *La réflexion est structurée sur le pôle : groupe de travail, comité de pilotage, comité de retour d'expérience. Ces outils s'adaptent à la réforme de l'isolement et de la contention. L'outil SILLAGE Psychiatrie permet de suivre toutes les mesures prises, patient par patient. S'il permet de faire des statistiques, il n'a pas été conçu pour ça. La réflexion autour d'un outil de pilotage de la politique des soins sans consentement et du recours à l'isolement et la contention devra permettre de répondre à cette problématique.* »

7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

7.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES ET LA COMMISSION DES USAGERS EXERCENT LES MISSIONS QUI LEUR SONT IMPARTIES

7.1.1 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

La CDSP exerce sa compétence sur les cinq établissements du département habilités à recevoir des patients en psychiatrie (CH de Bohars, CH des Pays de Morlaix, CH de Landerneau, EPSM du Finistère Sud à Quimper et CH de Quimperlé). Elle est composée de cinq membres, dont deux psychiatres, un médecin généraliste retraité, une représentante des usagers et un représentant des familles. Ce dernier préside la CDSP.

La commission visite deux fois par an chaque établissement de santé mentale du département. Les services de psychiatrie du CHPM ont fait l'objet d'une visite de la commission en avril 2021. Au moment du contrôle, une autre visite était programmée en novembre 2021.

Annoncées trois semaines avant, ces visites donnent lieu à un affichage dans les unités permettant d'informer les patients. Lors de leurs visites d'établissements, les membres de la CDSP reçoivent les patients qui en font la demande. Lors de la dernière visite du centre hospitalier de Morlaix le 13 avril 2021, 14 patients ont été rencontrés et les registres de la loi ont été visés. La commission déplore néanmoins le fait que les patients et soignants ne connaissent pas toujours la CDSP.

Les familles et patients ont en outre la possibilité d'adresser une demande écrite à la commission. Cette dernière organise deux à trois réunions annuelles pour répondre aux réclamations et examiner les dossiers des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques. 219 dossiers ont été examinés par la CDSP en 2020.

Ses recommandations pour 2020 portaient sur la réception de la CDSP dans les établissements d'une part et sur les pratiques d'isolement et de contention d'autre part. Elle préconisait ainsi d'améliorer l'accueil de la commission dans les services, d'améliorer la qualité des registres d'isolement et de contention et de mieux former les membres du personnel aux pratiques et questions se rapportant aux mesures d'isolement et de contention.

7.1.2 La commission des usagers (CDU)

La commission des usagers (CDU) est composée de douze membres titulaires et cinq suppléants. Parmi les membres figurent notamment un médecin, un médiateur non médical, le président de la CME, un représentant du conseil de surveillance et quatre représentants des usagers (deux titulaires et deux suppléants). Les quatre associations d'usagers qui y sont représentées sont l'association départementale de parents et d'amis des personnes handicapées mentale (ADAPEI), l'union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), l'UFC-Que Choisir et la fédération nationale des retraités (FNAR). Les représentants des usagers participent par ailleurs au conseil de surveillance de l'établissement, ainsi qu'au comité d'éthique, à la CDSP et au comité de pilotage relatif à la mise en œuvre de l'article 84 de la loi de financement de la Sécurité sociale relatif à l'isolement et la contention.

La CDU est associée à la politique de qualité et sécurité élaborée par la CME et est informée des événements indésirables graves, des demandes de communication d'informations médicales, des résultats des enquêtes de satisfaction et des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement.

Elle reçoit par ailleurs les plaintes et réclamations des patients. Des dépliants de présentation de la CDU à destination des patients sont disposés dans certaines unités et présentent son rôle, sa composition, son fonctionnement et les modalités de saisine. Elle est également présentée dans le nouveau livret d'accueil, qui indique les coordonnées des représentants des usagers.

Pour la saisir, les patients adressent une réclamation à la direction de la relation avec les usagers (DRU), par courrier ou appel téléphonique. Cette saisine donne lieu à une réponse par courrier puis fait l'objet d'une instruction, entraînant le cas échéant une demande d'information au service concerné. À l'issue de cette instruction, la commission peut proposer une action de médiation, pour laquelle le patient peut être accompagné par des représentants des usagers.

Quarante-deux demandes ont été adressées à la commission au cours des huit premiers mois de l'année 2021. Elle a traité 72 réclamations en 2020 et 83 en 2019. Les saisines relatives à des patients en psychiatrie sont minoritaires (13% en 2020). Seules 9 réclamations sur 42 concernaient le pôle psychiatrie au cours des huit premiers mois de l'année 2021. Elles portaient sur des questions diverses, telles que la prise en charge médicale (ainsi une patiente se plaint-elle de la faible fréquence de ses rendez-vous avec son médecin psychiatre) ou la demande d'une famille de faire hospitaliser l'un de ses proches. Ces saisines et les réponses qui leurs sont apportées sont discutées lors des réunions de la commission qui ont lieu trois à quatre fois par an.

7.2 LES MODALITES DE TENUE DU REGISTRE DE LA LOI TRADUISENT UNE MECONNAISSANCE INSTITUTIONNELLE DE LA FONCTION DE CE DOCUMENT

Deux registres sont tenus au service des admissions de l'établissement, l'un pour les admissions en soins sans consentement décidées par le directeur de l'établissement (SDDE), l'autre pour les admissions pour de tels soins sur décision du représentant de l'État (SDRE).

Alors que la loi impose que les éléments relatifs à toute admission soient retranscrits dans un registre dans les 24 heures¹¹, les registres ne sont renseignés que périodiquement, lorsque la visite de la commission départementale des soins psychiatriques est annoncée. Ils ne sont donc que rarement à jour alors que, comme pour tout lieu de privation de liberté, ils doivent permettre de vérifier à tout moment quels patient sont présents dans l'établissement sans y consentir et conserver la trace de leur passage lorsqu'ils sont sortis.

¹¹ Article L.3212-11 du code de santé publique : « Dans chaque établissement mentionné à l'article [L. 3222-1](#) est tenu un registre sur lequel sont transcrits ou reproduits dans les vingt-quatre heures : 1° Les nom, prénoms, profession, âge et domicile des personnes faisant l'objet de soins en application du présent chapitre ; / 2° La date de l'admission en soins psychiatriques ; / 3° Les nom, prénoms, profession et domicile de la personne ayant demandé les soins ou une mention précisant que l'admission en soins a été prononcée en application du 2° du II de l'article [L. 3212-1](#) ou de l'article [L. 3212-3](#) ; / 4° Les dates de délivrance des informations mentionnées aux a et b de l'article [L. 3211-3](#) ; / 5° Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ; / 6° Les avis et les certificats médicaux ainsi que les attestations mentionnés au présent chapitre ; / 7° La date et le dispositif des décisions rendues par le juge des libertés et de la détention en application des [articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1](#) ; / 8° Les levées des mesures de soins psychiatriques autres que celles mentionnées au 7° ; / 9° Les décès. /Ce registre est soumis aux personnes qui, en application des articles L. 3222-4 et L. 3223-1 visitent l'établissement ; ces dernières apposent, à l'issue de la visite, leur visa, leur signature et s'il y a lieu, leurs observations. /(...)»

Ainsi, dans le registre en cours pour les patients en SDDE, ouvert le 18 mars 2021 et dont la première mesure (folio 1) est en date du 11 juin 2021, il est constaté le 16 septembre 2021 que la dernière mesure (folio 21) enregistrée date du 7 juillet 2021.

De même, au 16 septembre 2021 il est constaté que dans le registre en cours pour les patients en SDRE, ouvert le 18 mars 2021, une seule mesure – en date du 19 mars 2021 – est inscrite. Le précédent registre avait été ouvert le 20 avril 2017 pour inscrire en folio 1 une mesure datant du 2 janvier 2017 soit quatre mois avant l'ouverture du registre.

Par ailleurs, pour aucun patient n'est mentionnée la date de l'information du patient sur ses droits (prévues au 4° de l'article L.3212-11 du CSP) ni une éventuelle mesure de protection judiciaire (5° du même article).

En cas d'hospitalisation sur demande de tiers, le lien entre le patient concerné et le tiers demandeur n'est pas toujours mentionné ce qui ne permet pas de vérifier que le tiers remplit bien les conditions légales pour formuler la demande.

Aucune remarque émanant de la CDSP ne figure dans les registres. Aucune autre autorité ne vise les registres.

RECOMMANDATION 27

Les premiers éléments des mesures de soins sans consentement – noms, date, certificats médicaux d'admission, le cas échéant arrêtés – doivent être retranscrits dans le registre de la loi dans les 24 heures de l'édiction de la mesure. Tous les éléments relatifs à la suite de la procédure doivent être reportés au fur et à mesure de leur survenance et les copies des documents (certificats médicaux, décisions, avis) insérés.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique : « *Travail de coordination avec le bureau des placements pour renforcer la tenue du registre en lien avec les exigences de la loi.* »

L'examen des registres a permis de constater :

- que les certificats médicaux de 24 heures et 72 heures sont horodatés permettant de vérifier le respect des délais pour leur édiction ;
- qu'il a pu être fait appel à un interprète lors de l'hospitalisation d'un patient non francophone ;
- que des autorisations de sortie ont été délivrées pour permettre à des patients d'aller voter ;
- qu'en cas d'admission sur le fondement de l'article L.3212-II-2° (péril imminent), la famille ou les proches sont rarement prévenus dans les 24 heures et les modalités de (vaines) recherches d'un tiers ne sont pas précisées ;
- que les programmes de soin sont utilisés pour préparer la levée de la mesure quelques semaines ou quelques mois après ce changement de mode de prise en charge.

7.3 LES PATIENTS SONT INSUFFISAMMENT PREPARES A L'AUDIENCE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION

7.3.1 Convocation à l'audience

Une magistrate du tribunal judiciaire (TJ) de Brest assure l'audience hebdomadaire du juge des libertés et de la détention (JLD). Intervenant en remplacement de la magistrate titulaire en arrêt maladie depuis novembre 2020, elle a pris ses fonctions deux semaines avant la visite des contrôleurs. Elle est assistée par une greffière depuis mars 2021.

Le service du JLD a connu une forte instabilité au cours des mois précédents le contrôle. En l'absence de désignation d'un magistrat spécialisé, les audiences étaient assurées depuis novembre 2020 par des magistrats qui exerçaient cette fonction en sus de leurs autres attributions au sein du tribunal. Pendant neuf mois, ces carences ont impacté les réflexions de fond et relations partenariales, qui n'ont pu être développées.

Au cours de l'année 2020, 219 patients ont été convoqués à des audiences de JLD au sein de l'établissement (200 audiences relatives à des SDT et 19 relatives à des SDRE). Au cours du premier semestre 2021, 141 patients ont été convoqués (124 SDT et 17 SDRE). Les contrôleurs ont pu assister à une audience, au cours de laquelle trois patients ont été présentés au magistrat.

a) Information des patients sur le rôle du JLD

L'intervention et le rôle du JLD sont en principe évoqués par le médecin psychiatre lors de la consultation précédant l'établissement du certificat médical de 24h ou 48h, ainsi que par les soignants lors de la remise de la convocation à l'audience.

Les patients sont généralement informés de leur droit d'être assisté d'un avocat mais aucun document récapitulatif des droits ne leur est remis. Aucune liste des avocats au barreau n'est par ailleurs affichée dans les unités.

b) Préparation à l'audience

En pratique, les convocations à l'audience sont adressées au service par le bureau des placements. Les soignants de l'unité procèdent à la notification orale de la convocation. Les patients sont informés de la tenue de leur audience quelques jours auparavant (généralement le lundi pour le jeudi).

Les contrôleurs ont pu s'entretenir avec une patiente qui, convoquée à l'audience le jour même, ne semblait avoir qu'une idée très imprécise des raisons, motifs et enjeux de sa convocation. Se questionnant sur le lieu et la configuration de la salle d'audience, elle manifestait de l'inquiétude. Les contrôleurs ont relevé par ailleurs que sa tenue vestimentaire et sa présentation physique étaient inadaptés à une audience judiciaire. La patiente se présentait en effet devant le juge vêtue d'un pull troué et n'était par ailleurs pas coiffée.

RECOMMANDATION 28

Les patients doivent être suffisamment informés des enjeux et objectifs de l'audience du JLD. Ils doivent en outre être préparés à cette audience ; une attention doit être portée à leur présentation physique, afin de ne pas donner une image dégradée d'eux-mêmes.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique : « *Selon les situations cliniques, les patients n'acceptent pas certains soins d'hygiène et de présentation*

et sont peu réceptifs aux informations. Effectuer un travail soignant auprès du patient pour le préparer à la visite du juge. »

c) Présentation à l'audience

En cas de refus d'un patient de se présenter à l'audience du JLD, l'unité contacte le bureau des placements qui adresse alors un formulaire de refus d'audience. Ce document est présenté au patient pour signature. En 2020, le bureau des placements avait enregistré six refus d'audiences sur 217 convocations, soit 2,8 % de refus (4 patients en SDT et 2 patients en SDRE). Des certificats d'incompatibilité sont en outre délivrés en cas de contre-indication médicale prescrite par le psychiatre. Les statistiques d'audiences consultées par les contrôleurs font apparaître que 24 certificats d'incompatibilité ont été émis en 2020 (soit 11% des patients convoqués) et 6 au cours du premier semestre 2021 (soit 5%).

Selon l'unité dans laquelle ils se trouvent, les patients sont conduits à l'audience à pied ou en voiture. Ainsi, les patients venant des unités Ty Mad, Les Mouettes et Cormorans, situées à proximité immédiate de la salle d'audience, sont en principe conduits à pied. Il a cependant été indiqué aux contrôleurs que, même si ces unités se trouvent à quelques mètres seulement de la salle d'audience, il arrive qu'il soit procédé à un transport en voiture depuis les services Ty Mad ou Les Mouettes, lorsque les équipes craignent un risque de fugue du patient.

7.3.2 Tenue de l'audience

La salle d'audience du JLD est située au premier étage du bâtiment accueillant, au rez-de-chaussée, l'unité Les Cormorans. Ce bâtiment accueille, au même étage, la direction des relations avec les usagers. L'espace alloué au JLD comporte une salle d'audience et un bureau dédié aux entretiens avec les avocats, lesquels répondent tous deux aux exigences de confidentialité. Dans le hall d'entrée, un petit salon équipé de quatre fauteuils et d'une petite table permettent aux patients et soignants les accompagnant de patienter confortablement dans l'attente de leur audience.

Avant d'être présentés au magistrat, les patients ayant sollicité un avocat s'entretiennent avec ce dernier une quinzaine de minutes, dans le bureau dédié. D'après les documents consultés, des avocats sont commis d'office dans plus de 90% des cas. Il s'agit alors d'avocats volontaires qui, s'inscrivant aux permanences JLD organisées par le barreau, effectuent en pratique environ trois à quatre audiences de JLD en matière psychiatrique par an. Après avoir étudié le dossier, l'avocat s'entretient avec le patient pour recueillir ses observations puis, le patient est présenté au magistrat.

La salle d'audience est lumineuse mais peu spacieuse. Sa configuration permet tout juste d'accueillir dans de bonnes conditions le patient, son avocat, ainsi qu'un ou deux soignants (debout), le magistrat et le greffier et semble peu adaptée pour accueillir du public extérieur (tuteurs, curateurs, membres de la famille, observateurs extérieurs tels que le CGLPL etc.) et répond difficilement à l'exigence du principe de publicité des audiences.



Salle d'audience du JLD

Sauf en cas d'opposition de leur part, les patients sont accompagnés à l'audience par un soignant. Après s'être présentée et avoir présenté toutes les personnes présentes, la JLD - qui siège en tenue civile - résume les objectifs de l'audience et rappelle qu'elle n'intervient pas sur les aspects médicaux mais a à charge de veiller à ce que les droits du patient aient été respectés. Au cours de l'audience, elle interroge les patients sur leurs conditions d'hospitalisation et vérifie avec eux les éléments versés au dossier, leur laissant le temps de s'exprimer sur ces points. Après avoir entendu l'avocat, elle met sa décision en délibéré pour quelques heures, laissant le soin aux membres du personnel des unités de transmettre et expliquer ses décisions aux patients concernés.

Il ressort des éléments recueillis que la tâche qui leur est ainsi dévolue d'informer les patients de la décision prise par le JLD met parfois les soignants en difficulté face à l'incompréhension des patients. La responsabilité qui pèse sur les soignants à cet égard s'avère d'autant plus dommageable pour les patients que les membres du personnel sont insuffisamment formés aux enjeux juridiques associés au statut de patient en soins sans consentement (Cf. 3.3).

RECOMMANDATION 29

L'explication de la décision du JLD ne devrait pas reposer sur les soignants. Cette décision, ou à tout le moins les voies de recours en cas de mise en délibéré, pourrait être utilement expliquée oralement par le magistrat lui-même en fin d'audience.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique : « *Reprise des décisions en entretien médical/IDE pour s'assurer que le patient comprenne bien. Sujet pour des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) / amélioration des pratiques professionnelles (APP).* »

8. LES SOINS

8.1 DANS CERTAINES UNITES LE DEFICIT DE PSYCHIATRES EXPOSE AU RISQUE DE RUPTURE DE LA CONTINUITE DES SOINS

8.1.1 Le projet de service

Les contrôleurs ont pu prendre connaissance de trois projets médicaux de service : celui de l'inter secteur d'addictologie qui n'accueille que des patients en soins libres, celui de Ty Mad pour l'année 2021 et celui des Cormorans qui vise la réadaptation psycho sociale de patients très invalidés requérant des soins psychiatriques au long cours. Dans les autres unités, aucun projet de service n'a été évoqué par les soignants.

8.1.2 Le projet de soins individualisé (PSI)

S'il existe pour chaque patient, il émane soit de la décision du psychiatre seul comme à Ty Mad, soit d'un échange entre psychiatre et soignants comme aux Mouettes (avec le médecin titulaire du poste), Trévezel et Ménéham. Dans ces deux dernières unités, les soignants de l'extra hospitalier qui connaissent le patient sont associés à l'élaboration du PSI. En dehors de Trévezel et Ménéham où il figurera dans le dossier médical informatisé du patient, le PSI n'est pas formalisé et s'entend comme l'ensemble des décisions prises en réunions pluri disciplinaires ou par le psychiatre seul. Sauf à Ty Mad où les patients sont informés du projet les concernant mais peu associés à sa définition, l'adhésion du patient au projet de soins est recherchée et l'objectif affiché, notamment à Trévezel, est de pouvoir faire lever la mesure de soins sans consentement et de poursuivre la prise en charge en soins libres. Aux Cormorans, la rotation incessante des psychiatres met soignants et patients en difficulté : l'équipe se sent peu soutenue, les patients sont las de ressasser leur histoire à chaque nouveau médecin et des ruptures dans leur prise en charge médicale. La prise en soins repose beaucoup sur les observations des soignants qui forment une équipe stable et soudée. Celle-ci a instauré un temps d'évaluation clinique et de synthèse hebdomadaire associant la psychologue, l'assistante sociale, l'IDE de l'équipe mobile, le cadre de santé et parfois le médecin. En l'absence de médecin dans cette unité, c'est le psychiatre responsable du secteur 6 qui suit les patients et consacre une à deux demi-journées par semaine à cette tâche tout en étant, selon les soignants, extrêmement disponible si besoin.

8.1.3 Les consultations médicales, le libre choix du médecin

Malgré la pénurie de psychiatres, les patients sont vus en consultation régulièrement dans les unités d'admission : dès leur arrivée, à leur demande et au moins une fois par semaine aux Mouettes, deux fois par semaine à Trévezel et sans fréquence précisée à Ty Mad. Les consultations se déroulent en présence d'un soignant sauf à Ty Mad où sa présence n'est requise que lors du premier entretien.

Dans les unités de soins de suite, le rythme des consultations est allégé, néanmoins les patients sont reçus à leur demande ou dès lors qu'un soignant l'estime nécessaire.

Les soignants tiennent un cahier de rendez-vous de consultations avec le psychiatre.

Les patients en soins sans consentement bénéficient d'une consultation médicale systématique en préalable à la rédaction des certificats médicaux.

Eu égard au contexte, les patients n'ont guère le choix du praticien mais en réalité, il y a peu de demandes de changement de médecin. Seuls de rares patients psychotiques, du fait de leur pathologie, peuvent parfois en émettre le souhait.

8.1.4 Les entretiens infirmiers

Ils constituent le cœur de métier des soignants et sont proposés aux patients dans toutes les unités d'hospitalisation selon des modalités propres à chacune d'elles : aux Mouettes, ils sont cadrés car la demande est supérieure aux capacités de réponse des infirmiers, à Trévezel, certains sont prescrits par le psychiatre à des fréquences régulières (deux fois par semaine par exemple pour un patient psychotique), à Ty Mad, aux Cormorans et à Ménéham, ils se déroulent à la demande des patients ou bien à l'initiative des soignants en fonction de leurs observations. Ces interventions sont tracées dans le dossier médical informatisé.

8.1.5 Les entretiens avec un psychologue

Les psychologues partagent leur temps entre les CMP, les HJ et les unités d'hospitalisation complète.

Ils reçoivent les patients en entretiens individuels dans les unités ou bien dans les bureaux du secteur situés sur le site de l'CHPM, à leur demande ou bien à la suite de propositions émises en réunions pluridisciplinaires à Trévezel, Ménéham et aux Cormorans.

De plus à Trévezel, la psychologue organise des ateliers de groupe afin de travailler sur les interactions entre les personnes.

8.1.6 La gestion des traitements

Les médicaments sont fournis par la pharmacie centrale de l'CHPM et sont livrés toutes les semaines dans les unités. Aux Cormorans, un IDE est référent pour la pharmacie.

La distribution s'effectue généralement de manière individuelle, dans la salle de soins devant le chariot de médicaments, avant ou pendant les repas (à Ty Mad), en respectant la plupart du temps les règles de confidentialité (porte fermée si un entretien se déroule). A Ménéham, les médicaments du matin sont distribués en salle à manger pendant le petit déjeuner dans un contexte moins propice à la discrétion.

La prise du traitement ou son refus sont enregistrés en temps réel sur le logiciel SILLAGE.

Il existe des médicaments administrables per os ou injectables si besoin mais pour des tableaux bien spécifiques : crise comitiale aux Cormorans (administration de diazépam) ou bien, à Trévezel, pour la gestion d'une crise chez un patient atteint du syndrome de Korsakoff.

Les patients disposant de leurs capacités cognitives sont dans l'ensemble bien informés sur les traitements qu'ils prennent. Ils peuvent en discuter avec le médecin, demander des réajustements si leurs effets secondaires sont trop pénibles.

Aucun programme d'éducation thérapeutique n'est pour l'heure mis en place bien que cela figure dans le projet d'établissement 2019-2023.

Aucune conciliation médicamenteuse n'est effectuée à l'admission.

RECOMMANDATION 30

Le programme d'éducation thérapeutique prévu dans le projet d'établissement doit être mis en place.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique : « *Dans le cadre du projet médical de Roz ar Scour, deux programmes d'ETP sont travaillés: Programme 1 :« équilibre de vie et bien être»; Programme 2 :« Vivre avec un trouble psychotique ».* »

8.1.7 Les réunions soignants-soignés

Disparues avec la pandémie de Covid, elles n'ont été réinstaurées de manière régulière que dans trois unités : Trévezel, Ménéham et les Cormorans.

A Trévezel, le psychologue anime, en présence d'un soignant, une réunion soignants-soignés le vendredi matin, pour tous les patients, centrée sur la vie dans l'unité et dont le compte rendu est affiché chaque semaine. Selon le psychologue, les IDE semblent peu motivés pour participer à ces réunions même si un ou deux d'entre eux y assistent car ils ont l'impression que les mêmes demandes reviennent sans cesse. Néanmoins, un cahier de doléances est tenu mentionnant d'une semaine sur l'autre les réponses apportées aux demandes des patients.

Le psychologue organise également avec un IDE une réunion le jeudi après-midi, centrée sur la problématique alcoolique, pour les patients concernés.

A Ménéham, une réunion soignants-soignés est organisée par des IDE toutes les trois semaines avec l'ensemble des patients.

Aux Cormorans, une réunion se tient tous les mardis en fin de matinée pour l'ensemble des patients volontaires. Y sont exprimées les doléances, débattus les sujets traitant de la vie dans l'unité (hôtellerie, nourriture, activités, présence médicale...). C'est également lors de cette réunion que les patients s'inscrivent aux activités pour la semaine à venir.

Aux Mouettes, l'expression récurrente de plaintes de la part des patients a mis un terme à ces réunions.

A Ty Mad, aucune réunion de ce type n'est organisée et ce depuis bien avant la survenue de la pandémie selon les dires des soignants.

RECOMMANDATION 31

Des réunions soignants-soignés doivent être organisées à une fréquence régulière dans toutes les unités permettant notamment aux patients de s'exprimer sur leur prise en charge.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique : « *A réactiver dans toutes les unités : communication à réaliser en bureau de pôle élargi et à inscrire dans les projets de service.* »

8.1.8 Les « inadéquats »

Il s'agit des patients hospitalisés en psychiatrie depuis plus de 280 jours et dont la prise en charge relève de structures médico-sociales ou sociales.

L'unité d'admission Ty Mad compte sept patients dans cette situation : l'un de 25 ans, déficient intellectuel, un autre présentant une psychose infantile relevant d'un FAM qui ne souhaite pas l'accueillir, quatre en attente d'une place en géronto-psychiatrie, un polytoxicomane non admis

en addictologie, espérant une place dans un foyer de post cure. Toutefois, selon les soignants, les difficultés à trouver des places dans les structures d'aval pourraient être majorées par la disparition des réunions entre les équipes de l'intra et celles de l'extra hospitalier et son impact négatif sur les relations avec les partenaires des structures médico-sociales.

Aux Cormorans, neuf patients sont dans cette situation dont un psychotique depuis l'enfance, hospitalisé depuis 2009 après des séjours en pédopsychiatrie.

8.1.9 Les activités thérapeutiques

a) Les propositions

Des activités thérapeutiques sont proposées aux patients à l'intérieur des unités, dans les locaux des ateliers de médiation thérapeutique ainsi qu'au foyer Spernen sis au sein de l'CHPM.

L'association «Q&B» (Queffleuth et Belizal) régie par la loi de 1901 contribue au financement de ces activités et pourvoit à :

- l'achat de matériel nécessaire à la tenue des ateliers thérapeutiques : cuisine, jardin, bien-être, arts créatifs, écoute musicale, dessin, photo, art floral, piscine, jeux de société, gymnastique... ;
- l'organisation et le financement de sorties culturelles (expositions, musées, châteaux...), de visites (zoo, sites naturels...), de temps forts de convivialité (galette des rois, chandeleur, pique-niques, repas améliorés, sorties au restaurant...), de séjours thérapeutiques (ski, voile, gîtes...), d'activités telles que la voile ou l'équithérapie ;
- l'abonnement à des journaux et revues.

Son conseil d'administration inclut trois membres de chaque secteur. Chaque secteur compte un comité constitué des cadres de santé des services qui décide tous les mois des projets à envisager, valider et financer.

Les ressources de « Q&B » proviennent de subventions annuelles allouées par le CHPM et les mairies des communes des différents secteurs de psychiatrie, des dons de particuliers ou institutions, des ventes effectuées par le foyer Spernen ou lors du marché de Noël exposant les créations de patients, ainsi que du montant des adhésions à l'association (5 € par an).

En 2020, l'association a ainsi reçu : 41 200 € du CHPM, 891 € des mairies, 21 747 € provenant des bénéficiaires du foyer Spernen. 61 750 € ont été répartis entre tous les secteurs pour financer des projets.

Le secteur 5 a reçu 15 000 € répartis entre Trévezel, Ménéham, Ker Huel, les HJ, les CMP et l'Atelier des Rosiers. Les restrictions apportées aux activités et sorties en 2020 en raison du confinement ont permis le renouvellement de matériel : baby-foot, tables de ping-pong, nécessaire pour les ateliers thérapeutiques. Le secteur 6, malgré les contraintes sanitaires, a conservé un certain nombre de médiations thérapeutiques et a investi dans des équipements : aux Hêtres, acquisition de matériel pour installer un espace « Snoezelen », aux Mouettes, achat d'un poste de télévision, de matériel sportif, abonnement au quotidien « Le Télégramme », aux Cormorans, achat d'une box internet et de nourriture afin d'améliorer les repas des fêtes de fin d'année. Certaines activités comme la voile ou l'équithérapie n'ont pu se dérouler en 2020.

En 2021, en raison de la baisse des bénéficiaires réalisés par le foyer, les dotations ont été diminuées : 49 750 € pour l'ensemble des secteurs soit : 9 790 € pour le secteur 5, 8 590 € pour le secteur 6 et 8 090 € pour le secteur 7.

La ville de Morlaix met à disposition du pôle psychiatrie la piscine municipale à raison d'une heure tous les jeudis matin et cette activité a repris en septembre dernier.

Les patients participent en partie au financement de certaines sorties, repas au restaurant par exemple, mais l'économat de l'hôpital leur reverse le montant du repas non pris dans l'unité ce qui rend leur participation quasiment nulle et, d'après les soignants, ne constitue en aucun cas un frein à leur sortie. De plus, un fonds de solidarité complète le financement pour les personnes les plus démunies.

b) L'accès aux activités thérapeutiques

Il varie beaucoup selon les unités et l'état clinique des patients.

A Ty Mad, lors du contrôle, peu d'activités étaient proposées : deux pour la semaine, la marche pour un groupe de quatre patients (deux la semaine du contrôle) et l'art thérapie, une séance hebdomadaire. Les seules activités accessibles librement se résument à la télévision, quelques jeux de société (Triomino®) auxquels les soignants n'ont guère de temps à consacrer et à des coloriages. La majorité des patients rencontrés se plaignent de l'ennui et du désœuvrement encore majorés chez ceux qui ne peuvent sortir seuls et se rendre au foyer, seul lieu de sociabilité.



Tableau des activités hebdomadaires proposées à TY MAD

Aux Mouettes, il n'a été observé aucune activité encadrée ou animée par un soignant. Il peut arriver, selon les IDE, que soient proposés des jeux de société, des activités créatives, de socio esthétique, de la marche, des pique-niques, notamment le weekend, des sorties, mais faute de soignant disponible leur fréquence reste aléatoire, aucun planning n'est affiché. Par ailleurs, deux IDE des ateliers de médiation thérapeutique interviennent, l'une tous les mercredis matin pour une séance de chant, l'autre un mercredi après-midi sur deux, pour un accompagnement ou l'encadrement d'une activité, en fonction du nombre de patients présents.

RECOMMANDATION 32

Les patients doivent pouvoir accéder à des activités de médiation thérapeutique, sous réserve de leur état clinique, en intégrant le fait que certains séjours sont longs.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique que : « *Un audit des médiations et activités permettrait d'adapter le projet et d'avoir une vision plus*

intersectorielle. Une communication doit être activée ; planning à afficher, présence aux transmissions. »

A Trévezel, en articulation avec l'équipe des ateliers de médiation thérapeutique, des temps collectifs sont proposés aux patients, selon un planning correspondant à leurs attentes et en lien avec le projet individuel de soins et, pour ceux ne pouvant sortir, des accompagnements individuels sont organisés une fois par semaine. Lors du contrôle, la plupart des patients participaient à des activités à l'extérieur à l'exception de deux d'entre eux très dépendants. Un atelier d'écriture est animé tous les mercredis matin par le psychologue. De plus, l'unité dispose d'une bibliothèque bien fournie, d'un terrain de pétanque, d'un babyfoot, d'une salle de télévision avec lecteur de DVD et, en commun avec Ménéham, d'un salon réservé aux jeux de société et d'une salle de ping-pong. Un ordinateur avec imprimante accessible de temps en temps mais sans connexion à internet est installé dans un petit salon accueillant aussi les familles. Les soignants organisent plus volontiers des activités dans l'unité lorsque l'effectif est suffisant et plus aisément le week-end.

RECOMMANDATION 33

Le poste informatique devrait bénéficier d'un accès à internet afin de favoriser la réinsertion sociale des patients et diversifier l'offre d'activités thérapeutiques.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique : « *Idem recommandation n° 17. Voir pour installation avec l'informatique. »*

A Ménéham, tous les patients sont autorisés à sortir pour se rendre à des activités se déroulant à l'extérieur de l'unité, soit aux Rosiers ou en HJ, soit au sein des foyers susceptibles de les accueillir comme La MEDELEN (qui organise des ateliers de jour) ou encore Ker Huel ou l'unité ROZ AR SCOUR située à Plougonven (Le service de réadaptation psycho-sociale de Roz Ar Scour (RAS) est un centre régional de soins de postcure et de réadaptation rattaché au Pôle de Psychiatrie – Addictologie du CHPM).

A l'initiative des IDE, des activités sont également organisées dans l'unité : atelier d'esthétique, jardinage, pétanque. Les patients ont également à leur disposition une bibliothèque bien étoffée, un babyfoot, deux salons de télévision et des salles communes avec Trévezel pour le ping-pong et les jeux de société.



Cuisine utilisée pour les ateliers thérapeutiques

Aux Cormorans, le mardi à la fin de la réunion soignants-soignés, tous les patients ont la possibilité de s'inscrire à de nombreuses activités thérapeutiques qui se déroulent soit dans l'unité (marche, petit bricolage, piscine, sortie médiathèque en ville...) soit dans les ateliers d'ergothérapie. De plus, à partir du 20 septembre, dans de vastes salles au rez-de-chaussée du bâtiment, les ergothérapeutes des ateliers de médiation thérapeutique devaient animer deux demi-journées par semaine des séances de loisirs créatifs en accès libre pour de petits groupes et proposer des prises en charge individuelles sur avis médical. L'achat d'une « box » financé par l'association « Q&B » permet aux patients d'accéder librement à internet y compris en connexion wifi. Des repas thérapeutiques sont régulièrement organisés (barbecue fin août, repas de crêpes...). L'activité cuisine hebdomadaire, fort appréciée des patients, a dû être arrêtée sur l'injonction du service d'hygiène de l'CHPM, à leur grand regret ainsi qu'à celui des soignants qui y trouvaient un réel bénéfice. Une semaine sur deux était consacrée à la pâtisserie avec la fabrication de gâteaux pour le goûter et l'autre semaine un groupe plus restreint de trois à quatre patients confectionnait un repas après avoir fait le marché et le dégustait en compagnie des soignants.

RECOMMANDATION 34

L'atelier de médiation thérapeutique « cuisine » doit être réinstauré en raison des bénéfices thérapeutiques qu'il procure aux patients.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique : « Réactivation quand fin période covid. Le foyer propose des goûters à thème depuis le début de l'année, des temps fort inter-sectoriels sont mis en place : SISM (Semaines d'information sur la santé mentale), journée sur les 4 médiations de l'atelier thérapeutique artistique (ATA), projet du pique-nique annuel d'avant-covid sera proposé cet été (si effectif suffisant). »

L'activité hebdomadaire « gymnastique douce » a été interrompue du fait des restrictions sanitaires.

c) Le foyer de sociothérapie Spernen

Véritable lieu de socialisation, le foyer Spernen géré par l'association « Q&B » est à la fois une cafétéria, une boutique où les patients peuvent s'approvisionner en objets nécessaires à la vie quotidienne et un lieu d'animation (galettes des rois, fête de Noël, confection et dégustation de crêpes, de far breton, de frites, animations culturelles et musicales, expositions diverses et concerts) ouvert également aux familles.

Avant la survenue de la pandémie, il était ouvert sept jours sur sept de 10h à 17h30. Les professionnels qui y travaillent sont affectés par la commission du maintien de l'emploi du CHPM et leur quotité de temps de travail peut varier durant l'année en fonction de l'évolution de leur état de santé.

L'effectif théorique du foyer est de 5,1 ETP (IDE, AS, ASH confondus).

La survenue de la pandémie de COVID a imposé la fermeture du foyer dès le 16 mars 2020 et un « drive » via les unités de soins à temps plein a été mis en place pour les produits de consommation essentiels au quotidien et le tabac. A la réouverture, un protocole sanitaire restreignant l'accès à ce foyer a été instauré : huit places à l'intérieur et huit places en terrasse avec un temps d'occupation des lieux limité à vingt minutes par patient. De plus, l'amplitude des plages d'ouverture a été réduite à deux heures le matin et deux heures l'après-midi avec fermeture les week-ends et jours fériés.

8.1.10 La personne de confiance

Dans l'ensemble des unités, le rôle de la personne de confiance semble mal perçu voire méconnu des soignants mais il est affiché.

Aux Mouettes, si deux patients en avaient désigné une, aucune n'avait validé ce choix.

A Trévezel, aucune n'était désignée et à Ménéham, quatre. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'à l'entretien d'accueil le rôle de la personne de confiance était expliqué mais qu'en raison des symptômes psychiatriques il était souvent mal compris sans compter les personnes proposées qui refusent.

A Ty Mad, seul un patient en avait désigné une. La cadre supérieure s'est étonnée de ce chiffre et estimait que cette pratique n'était pas assez développée, supposant que les patients manquaient d'information sur cette question.

Aux Cormorans, selon la cadre du service, cette question était négligée et il a fallu l'annonce de la visite des contrôleurs pour que tous les patients soient sollicités pour en désigner une et que l'information soit refaite aux soignants. Au moment du contrôle, quatre patients en avaient désigné une et aucun n'avait bénéficié de son intervention.

RECOMMANDATION 35

Dans chaque unité les patients doivent être informés du rôle de la personne de confiance et invités à en désigner une.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique : « *Travail sur entretien d'accueil et mémo. Formation continue « droit du patient » Memento « accueil du patient »* »

8.1.11 Les réunions d'équipes centrées sur le patient

a) Les transmissions

Dans chaque unité les transmissions se déroulent au moment du changement d'équipe pendant un quart d'heure le matin et le soir et une heure le midi. Les soignants des Cormorans se sont plaints du peu de temps disponible pour les transmissions du soir ce qui les contraint à ne jamais finir à l'heure. Il leur aurait été répondu que les IDE de nuit avaient le temps de lire les dossiers et qu'en conséquence un temps d'échange supplémentaire avec leurs collègues de jour ne se justifiait pas.

b) Les réunions cliniques et de synthèse

A TY Mad, selon les soignants et les observations des contrôleurs, il n'existe aucune réunion clinique ni de synthèse ni aucun échange entre les soignants et le médecin psychiatre responsable de l'unité. De plus, l'absence du cadre de santé pendant les trois mois d'été a aggravé le sentiment d'isolement de l'équipe soignante.

RECOMMANDATION 36

Des réunions cliniques et de synthèse incluant médecins, soignants et l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge des patients doivent être réinstaurées afin de permettre une meilleure coordination des soins.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique : « *A réactiver quand stabilité médicale. Réunion de synthèse pluriprofessionnelle : projet de service. Qualité les fiches à mettre en place pour une coordination intra/extra hospitalière. Fiche de suivi et de coordination des soins intra/ extra : projet individualisé du patient et objectif de soins à la sortie du patient.* »

Fiche d'évaluation des premières demandes en CMP (servant de lien entre professionnels et permettant d'échanger en réunion d'équipe).

Aux Mouettes, tous les mardis à partir de 14h45, l'équipe pluri professionnelle (psychiatre, cadre, psychologue, assistante sociale, un ou deux IDE du matin) se réunit pour penser et discuter le projet de soins des patients hospitalisés. Si un événement particulier s'est produit, l'ASH peut être convié pour faire part de ses observations.

Aux Cormorans, tous les mercredis, les soignants animent une réunion clinique consacrée aux projets de soins des patients à laquelle sont conviés assistant social, psychologue, infirmier de l'équipe mobile et cadre de santé nouvellement arrivé et parfois le médecin s'il y en a un.

De plus, chaque mardi matin, le chef de pôle préside une réunion regroupant l'ensemble des professionnels du secteur 6 à savoir les représentants des trois unités d'hospitalisation complète (Les Mouettes, Cormorans, les Hêtres) et ceux (IDE, cadres de santé, psychologues, ergothérapeutes, assistant social, médecins) des structures extérieures (CMP, HJ et CATTP). Les nouveautés de la semaine sont évoquées : personnes entrantes, sortantes, ayant demandé des prises (ou reprises) en charge au CMP. Les situations « marquantes » sont discutées. Ce dispositif permet une excellente connaissance des patients, de leur pathologie et évolution clinique, de leur situation sociale et familiale et d'envisager la meilleure prise en charge possible. En deuxième partie de réunion, une semaine sur deux, les échanges se poursuivent soit avec les équipes du sous-secteur « est » soit avec celles du sous-secteur « ouest ».

A Trévezel, deux demi-journées sont consacrées au travail en équipe : le mardi matin, avec l'ensemble des services de l'extra hospitalier, afin de faire le point sur les entrées et sorties et d'évoquer notamment les patients en programmes de soins (PDS) et le jeudi matin, en présence d'un IDE de chaque sous-secteur de l'extrahospitalier, du psychologue, d'un IDE des ateliers de médiation thérapeutique, de l'assistante sociale et du médecin psychiatre, afin de réfléchir ensemble au projet de soins de chaque patient et de préparer un relais en ambulatoire. Le fonctionnement de Ménéham est calqué sur celui de Trévezel.

Comme pour le secteur 6, ces modalités de fonctionnement en réseau constituent le point fort de ces équipes car elles permettent une connaissance approfondie des patients et de leur environnement social et familial et contribuent à l'élaboration de projets de sorties adaptés à chaque profil.

8.1.12 Les supervisions et analyses de pratique

Aucune équipe de l'intra hospitalier ne participe à des séances de supervision ou d'analyse des pratiques. Seule l'équipe de Ménéham, avant la crise sanitaire, en bénéficiait mais depuis, les séances se sont arrêtées et ce à son grand regret. Les soignants interrogés aux Mouettes, aux Cormorans et Ty Mad ne sont pas demandeurs, toutefois ceux qui le désireraient pourraient y accéder. Selon les informations communiquées, la psychologue du travail récemment arrivée au CHPM souhaiterait en instaurer. En cas d'événement perturbant, les psychologues de Ménéham et Trévezel se proposent d'intervenir chacun pour l'autre unité et en cas d'impossibilité le psychiatre du secteur 5 en prend l'initiative.

A Ty Mad, des séances de supervision ont été mises en place ponctuellement, à la suite d'événements tragiques, tel le suicide d'un patient dans l'unité, traumatisant pour l'équipe à laquelle il a été proposé une supervision et un soutien psychologique.

RECOMMANDATION 37

Des séances de supervision ou d'analyse de pratique doivent être proposées au personnel soignant qui en exprime le besoin.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique : « *Un budget est dédié au pôle et permet la réalisation de 76 séances de supervision pour le pôle 5 : certaines équipes s'en saisissent et d'autres ne le souhaitent pas.* »

8.1.13 Le lien avec les familles

Dans l'ensemble des unités le lien avec les familles tente d'être maintenu et celles-ci sont associées à des degrés divers à la prise en charge, en fonction des modalités propres à chaque médecin (information plus qu'association à Ty Mad) et de leur capacité à aider leur proche.

Aux Mouettes, elles sont convoquées pour rencontrer la cadre, le psychiatre ou les infirmiers. Elles sont aussi reçues à leur demande. A Trévezel, le médecin assure des consultations de thérapie familiale en extrahospitalier et peut en proposer si besoin dans l'unité. Si leur concours ne risque pas de nuire au patient, elles sont pleinement associées à la prise en charge et *a minima* informées, avec l'accord du patient.

Aux Cormorans, selon les soignants, beaucoup de patients sont isolés. Toutefois, les familles dans la mesure où elles peuvent s'avérer aidantes, sont associées aux projets de sortie.

8.2 L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES EST ASSURE MALGRE UN TURN-OVER IMPORTANT DES MEDECINS GENERALISTES

8.2.1 L'accès au médecin spécialisé en médecine générale

Au moment du contrôle quatre praticiens à temps plein prenaient en charge l'ensemble des unités d'hospitalisation des secteurs de psychiatrie, à l'exception de la pédopsychiatrie.

L'un devait quitter l'CHPM à la fin du mois d'octobre et deux autres intérimaires n'envisageaient pas de rester en poste au-delà de la durée de leur contrat. Le médecin permanent était en congés et non remplacé, la prise en charge des patients des unités Trévezel, Ménéham et Ker Huel incombant à ses collègues intérimaires en poste dans les autres unités et cependant très disponibles.

Selon les unités, les locaux dont disposent les médecins sont plus ou moins adaptés : pas de cabinet à Ty Mad, seuls les examens en chambre sont possibles, bureau partagé avec d'autres professionnels aux Cormorans, réservé à cet usage à Trévezel et Ménéham.

RECOMMANDATION 38

Les médecins généralistes doivent disposer de locaux spécifiques et adaptés leur permettant d'effectuer leurs consultations dans les conditions requises par la nature de leur exercice.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique : « *Prise en compte dans le nouveau projet architectural. Réflexion en cours sur le CHPM sur la place des médecins généralistes et le lien ville /hôpital.* »

La rotation incessante des médecins généralistes n'est pas sans générer des difficultés : courrier non fait au médecin traitant lors d'un retour à domicile d'un patient polyopathologique à Trévezel, lassitude des patients et des soignants contraints de reprendre les antécédents à chaque changement...

Toutefois, une fois en poste, ces médecins assurent un suivi somatique complet des patients hospitalisés. Dans toutes les unités, ces derniers sont examinés dans les heures suivant leur arrivée (moins de 24 heures), quel que soit leur statut et *a fortiori* pour les SSC. Le bilan d'entrée est complet sur le plan clinique, biologique et un électrocardiogramme est effectué. Les patients en chambre d'isolement voire sous contention sont également examinés. Une évaluation de la douleur est effectuée et tracée dans le logiciel Sillage®.

Les somaticiens se rendent dans toutes les unités tous les jours et se déplacent quand ils sont appelés. Ils voient en consultation les patients qui en font la demande ainsi que ceux requérant leur intervention en raison de l'apparition de symptômes ou du suivi de pathologies chroniques. A leur demande une diététicienne peut intervenir auprès des patients dans les unités.

Ils assurent leur service du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30. La nuit, les weekend et jours fériés, les soignants doivent appeler l'interne de garde de l'CHPM qui assiste le médecin senior de garde aux urgences.

Les médecins ont accès au dossier médical informatisé du patient et toutes leurs observations et prescriptions y sont consignées.

8.2.2 L'accès aux examens complémentaires

L'accès aux examens biologiques ne pose pas de difficulté : les prélèvements sont effectués par les infirmiers et acheminés par coursier au laboratoire de l'hôpital, les résultats transmis par le logiciel Sillage®.

Le délai d'accès à l'imagerie médicale au sein du CHPM, échographie, scanner et IRM dépend du degré d'urgence mais selon les médecins il n'y a pas de perte de chance pour les patients.

8.2.3 L'accès aux autres médecins spécialistes

Selon les somaticiens rencontrés, il n'y a aucune difficulté à adresser des patients à un confrère spécialiste au sein du CHPM.

Pour la prise en charge des addictions, il peut être fait appel à un infirmier de l'équipe ELSA qui, sous réserve de l'accord du patient, peut le rencontrer dans l'unité. Par la suite, des rendez-vous de suivi peuvent être proposés au sein de l'unité d'addictologie.

8.2.4 L'éducation à la santé

Dans toutes les unités, les soignants sensibilisent les patients à l'hygiène dentaire et corporelle, rencontrant parfois certaines réticences chez les personnes déficientes.

8.3 LA PREPARATION A LA SORTIE PRIVILEGIE LE TRAVAIL PARTENARIAL MAIS SE HEURTE A UN MANQUE DE PLACES EN ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX

8.3.1 Les sorties de courte durée

Pour les médecins, la possibilité de sortir est liée à l'état clinique et non au statut du patient. Dès que possible, les sorties accompagnées d'une durée inférieure à 12 heures ainsi que celles non accompagnées d'une durée maximum de 48 heures sont organisées et permettent d'évaluer le patient. Au retour, un temps d'échange avec le patient et sa famille permet d'en apprécier le déroulement. Avec le confinement imposé par la pandémie de Covid, des sorties définitives ont échoué faute de permissions de sortie de courte durée (aux Mouettes).

En ce qui concerne les patients en SPDRE, le préfet s'oppose rarement à la proposition médicale sauf lors du premier confinement et décide généralement d'un suivi ambulatoire en programme de soins. Il arrive néanmoins qu'il sollicite un deuxième avis médical. Toutefois, pour les irresponsables pénaux deux expertises psychiatriques sont demandées et le préfet se range à l'avis de l'expert.

Aux Mouettes, il n'y a jamais de sortie de 48 heures pour les patients SPDRE.

A Ty Mad, tous les patients en SSC bénéficient d'un premier accompagnement à domicile pendant quelques heures avant la sortie définitive. Pour les SDRE, le patient est accompagné d'un assistant de service social. Une IDE reconnaît cependant que le manque d'effectifs complique les accompagnements et que certains sont retardés de plusieurs jours faute d'IDE disponible. Les courtes sorties accompagnées sont généralement suivies de sorties sans étayage hospitalier de durées variables allant d'une à deux heures à un après-midi voire un week-end entier.

8.3.2 La sortie de l'hospitalisation

Dans toutes les unités sauf Ty Mad, la préparation à la sortie s'effectue en collaboration étroite avec les structures ambulatoires du secteur psychiatrique et du médico-social lors de réunions

de synthèse pluridisciplinaires (cf. 8.1). Les familles, les tuteurs y sont généralement conviés mais pas les patients qui seront informés ultérieurement.

Aux Mouettes, si nécessaire, au moment de la sortie, des rendez-vous sont posés au CMP, à l'HJ et des liens sont établis avec les services d'aide à domicile. Il arrive que les soins ambulatoires à l'HJ débutent avant la fin de l'hospitalisation afin de faciliter l'adhésion du patient à la poursuite des soins. De même, si le patient n'est pas connu, l'infirmier du CMP peut venir le rencontrer dans l'unité avant qu'il n'en sorte.

Aux Cormorans, selon les soignants, l'absence de médecin et d'assistante sociale a maintenu en hospitalisation complète des patients au-delà du temps requis par leur état. Dans cette unité, deux lits sont destinés aux hospitalisations programmées d'une semaine. Ce dispositif permet aux patients sortis d'être réévalués et de mieux supporter l'éloignement de l'hôpital. Le délai d'attente pour entrer dans ce programme est de six à huit semaines.

A Ty Mad, en l'absence de réunion de synthèse, d'échanges entre l'intra et l'extra hospitalier, la préparation à la sortie repose essentiellement sur l'équipe soignante en fonction de son « ressenti », selon les dires des IDE. Avant la sortie, un rendez-vous (téléphonique depuis l'épisode Covid, en présentiel auparavant) est organisé avec la famille et les mandataires judiciaires.

RECOMMANDATION 39

Afin de limiter la durée d'hospitalisation et d'assurer la continuité des soins, la préparation à la sortie doit se faire dans toutes les unités en collaboration avec toutes les structures relais extra hospitalières.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique : « *Reprendre l'organisation en cours avec les fiches de suivi et de coordination pour faire du lien et faciliter le suivi des objectifs de soins travaillés en intra.* »

Toutes les unités sont confrontées aux difficultés de trouver des places dans des structures d'aval (cf. 8.1). A Trévezel, en raison de la fermeture de l'unité Ty Dour et de l'affectation de sept lits de Ménéham aux personnes hospitalo-requérantes du secteur 7, les patients nécessitant une prise en charge hospitalière au long cours (schizophrénie résistante, personne âgée en attente d'un EHPAD, patient déficitaire en attente d'un lieu de vie...) ne trouvent plus de place dans les unités de soins de suite et ne bénéficient pas suffisamment, en admission, des soins spécifiques qu'ils requièrent.

A Ménéham et aux Cormorans, les patients nécessitent des soins de réadaptation psycho-sociale et psychiatriques sur des périodes longues, s'étendant sur plusieurs mois, mais force est de constater qu'une fois le travail de réadaptation abouti il reste illusoire d'espérer trouver une place dans un établissement médico-social ou un lieu de vie adapté.

A Ker Huel la rotation des malades chroniques et déficients est faible pour les mêmes motifs et lors du contrôle, une patiente attendait une place en MAS depuis 2009.

En ce qui concerne les CMP, le délai moyen pour obtenir un rendez-vous avec un psychiatre est de six mois et sur le secteur 6, où manque un poste de psychologue, les IDE assurent des entretiens en attendant le premier rendez-vous à six mois.

L'instruction des dossiers par la MDPH demande également six à huit mois.

Face à ces difficultés, le CHPM a créé en 2017 l'EMOSM (équipe mobile de psychiatrie à orientation sociale et médico-sociale) constituée au départ d'une assistante de service social et d'un IDE à temps plein et qui ne compte plus, depuis 2020, qu'un IDE à mi-temps en raison des financements non pérennisés par l'ARS. Ce soignant se consacre aux patients en long séjour connaissant des difficultés à trouver une place dans des structures d'accueil du fait de la complexité et de l'intensité de leurs troubles. Il contribue à l'évaluation de leur état clinique et de leur degré de dépendance, il planifie le projet de sortie, assure leur accompagnement physique vers leur nouveau lieu de vie, un suivi intensif lors du pré-accueil et de l'intégration par des entretiens fréquents, et se situe comme une personne ressource pour les établissements médicosociaux.

En 2020, son activité a été réduite par la pandémie de Covid et son affectation en renfort dans une autre unité du CHPM pendant neuf semaines.

Trente-deux patients ont été suivis dans cinq unités ainsi répartis :

Unités	Ty Mad	Trévezel	Ménéham	Cormorans	Ker Huel
Effectifs	1	1	6	11	13

Dix-sept patients ont bénéficié de cette intervention pour quitter l'hôpital et être accueillis dans un autre lieu de vie : EHPAD, MAS ; résidence Maden, foyer de vie. De l'avis des soignants, cette équipe restreinte constitue malgré tout une aide à l'organisation de la sortie d'hospitalisation, par le travail en réseau qu'elle a su développer.

Les patients peuvent effectuer des périodes de stage et d'essai dans ces différentes structures.

RECOMMANDATION 40

Un travail d'articulation doit être poursuivi et intensifié avec les établissements d'hébergement médicosociaux afin de lutter contre la stigmatisation des affections psychiatriques et de pouvoir offrir des réponses adaptées aux besoins des patients, en s'appuyant sur une équipe de liaison médico-sociale renforcée.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique : « *Travail important des CMP qui effectuent des visites à domicile dans les ESMS, Convention, évaluation, rencontres, développement des équipes mobiles. Maintenir la coordination et l'articulation avec le réseau médico-social, convention entre établissements, rencontre annuelle pour faire le point sur les évolutions des structures. Maintenir les synthèses patient dans les différentes UF.* »

8.3.3 Les modalités des programmes de soins

Au niveau du secteur 6, des programmes de soins avec des temps d'hospitalisation sont possibles mais le patient est alors plutôt accueilli aux Cormorans et lors du contrôle aucun patient sous ce statut n'était hospitalisé.

A Ménéham, (secteur 7), un patient en programme de soins est hospitalisé en séquentiel, une semaine tous les deux mois, afin de soulager et de rassurer la structure qui l'héberge.

8.3.4 Le collège des professionnels de santé

Le collège des professionnels de santé constitué d'un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient, d'un psychiatre responsable à titre principal du patient et d'un soignant représentant l'équipe pluridisciplinaire en charge du patient se réunit aux échéances prévues (Articles L3211-9 et R 3211-5 du code de la santé publique). Le patient n'est pas systématiquement reçu au préalable par cette équipe qui statue le plus souvent au vu du dossier médical, (les patients sont bien connus), mais il est informé de la décision le concernant et la date de recueil de son avis est mentionnée sur l'avis rendu.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 MALGRE LA VACANCE DU POSTE DE PSYCHIATRE, LE SERVICE DE GERONTOPSYCHIATRIE OFFRE UNE PRISE EN CHARGE INDIVIDUALISEE ET RESPECTUEUSE DES DROITS DES PATIENTS

9.1.1 Les patients pris en charge

Le service de psychogériatrie, « Les hêtres », est une unité d'admission créée en 2009. Le projet de service a été réactualisé en 2019.

Cette unité est placée sous la responsabilité fonctionnelle et médicale du secteur G06 de psychiatrie générale. Elle a vocation à prendre en charge des patients présentant des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, des troubles psychotiques. Les personnes atteintes de troubles neurocognitifs peuvent être également admises lorsqu'elles présentent une comorbidité psychiatrique.

Un HDJ de quatre places vient compléter ce dispositif mais la structure est fermée depuis le mois de novembre 2020 en raison de la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19.

La DMS des patients est généralement de quarante jours. Cependant, en raison du manque de places dans les structures d'aval, les projets de sortie peuvent être retardés et les durées de séjour allongées. Selon les données communiquées par le service, la DMS au cours des trois dernières années était de 49, 73 jours en 2020, 50,73 jours en 2019 et 40,46 jours en 2018. Lors de la visite, six patients étaient en attente d'une place en EHPAD. Il a été indiqué que ces structures étaient réticentes à accueillir des résidents provenant du secteur psychiatrique ce d'autant que certains patients présentent des situations sociales complexes. Aucune autre alternative à l'EHPAD n'a été identifiée jusqu'à présent et les services, tels que les soins de suite et de réadaptation (SSR), refusent d'accueillir ces patients.

Parmi les dix-neuf patients hospitalisés, trois étaient admis en soins sans consentement – SDT, SDTU et SPI –, les seize autres étant en SL.

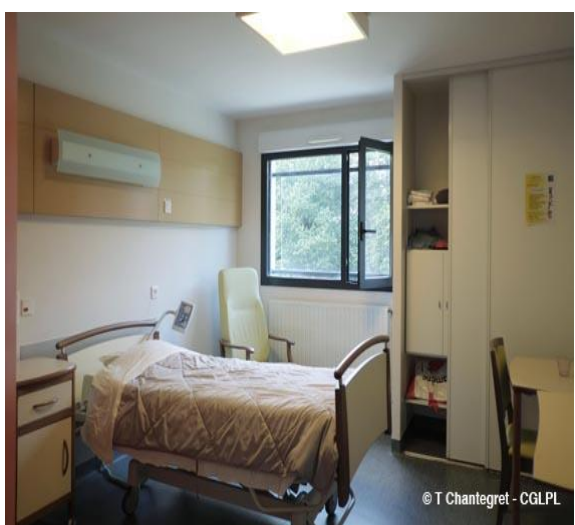
9.1.2 Les locaux

Le service offre des conditions matérielles d'hébergement agréables et respectueuses de la dignité des patients. Les locaux sont neufs et les espaces communs sont vastes. Ils sont en nombre suffisant permettant ainsi à ceux qui le souhaitent de pouvoir s'isoler du reste des patients.



Réfectoire et coin détente

Le service dispose d'une capacité d'accueil de vingt lits répartis dans quatorze chambres individuelles et trois chambres doubles toutes équipées d'une salle d'eau avec douche, lavabo et WC. L'affectation en chambre double est fonction de la clinique et des profils des patients. Ceux pour lesquels il existe un risque de passage à l'acte suicidaire sont en général affectés en chambre double.



Chambre individuelle et salle d'eau

Les patients, notamment ceux admis sur du long terme, peuvent personnaliser leur chambre et intégrer des éléments décoratifs.

9.1.3 L'effectif

L'effectif médical théorique compte 0,5 ETP de médecin psychiatre. Cependant le PH titulaire a quitté ses fonctions en août 2020 et depuis, les médecins intérimaires se sont succédé pour des périodes allant de deux semaines à six mois. Ce mode de fonctionnement n'a pas été sans conséquences sur la prise en charge des patients et notamment ceux admis en soins sans consentement. En effet, certains des médecins intérimaires, formés à l'étranger, ne maîtrisent pas toujours les textes de loi relatifs aux soins sans consentement. Lors de la visite, le chef de service du secteur G06 assurait l'intérim.

RECOMMANDATION 41

Le poste de psychiatre référent au sein de l'unité de gérontopsychiatrie doit être pourvu dans les meilleurs délais.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique : « *Des publications sont réalisées régulièrement. Une réflexion est lancée avec le pôle gériatrie pour mieux travailler ensemble dans le cadre de parcours.* »

Un médecin généraliste intervient à mi-temps dans l'unité permettant ainsi de garantir une prise en charge optimale des patients présentant des pathologies somatiques associées. Malheureusement, ce médecin quitte ses fonctions au mois d'octobre 2021. Il est fort probable que le poste demeure vacant après son départ, aucun candidat n'ayant postulé jusqu'à présent.

L'effectif non médical comprend :

- 1 cadre de santé ;
- 14 ETP d'infirmiers ;
- 4 ETP d'AS ;
- 2 ETP d'ASH ;
- 0,20 ETP de psychologues ;
- 0,40 ETP d'assistantes sociales ;
- 0,35 ETP de secrétaire médicale.

L'équipe soignante est homogène et stable. Les contrôleurs ont pu observer que les professionnels étaient investis dans la mission qui leur est confiée ; le bien-être du patient demeure au centre des priorités.

9.1.4 La prise en charge durant l'hospitalisation

a) L'accueil

Les patients peuvent être admis dans le service à la suite d'un transfert depuis une unité d'hospitalisation adulte, d'un service de médecine ou d'un EHPAD. Certains patients font l'objet d'une admission directe depuis leur domicile, *via* le service des urgences de l'établissement.

A son arrivée, le patient est accueilli par un infirmier qui procède à un entretien afin de recueillir des informations sur son parcours de vie. Cet entretien a également pour objectif de connaître les habitudes de vie et les centres d'intérêt du patient. Si ce dernier est réticent à s'exprimer, l'entretien est différé et le soignant lui propose une collation. De même, les informations portant sur l'organisation du service et les règles de vie sont transmises dans un second temps afin de ne pas envahir le patient avec une multitude d'information et de respecter son tempo.

En raison de la Covid19, la famille n'accompagne pas le patient dans le service. Elle est reçue dans un second temps à l'extérieur de l'unité par le psychiatre. Cette entrevue se déroule généralement en présence du patient.

Le patient est systématiquement reçu par le médecin généraliste du service qui conduit un examen et un entretien approfondis.

Le personnel soignant se laisse toujours un temps d'observation pour mieux connaître les habitudes de vie et le fonctionnement du patient afin de proposer une prise en charge individualisée. Ainsi pour les personnes qui, issues du milieu rural, n'ont pas pour habitude de

prendre une douche quotidienne, les soignants tentent, par le biais d'une négociation, de leur proposer une douche par semaine. Lorsqu'un patient oppose un refus, les infirmiers reportent la douche au jour suivant. Les patients ne se voient jamais forcés de se laver. Ils disposent également d'une totale liberté de choix pour leur tenue vestimentaire et le port du pyjama n'est jamais imposé.

b) Les règles de vie

De manière générale, les règles de vie sont souples. Le rythme des patients est respecté. Le créneau horaire pour le petit déjeuner est de 8h45 à 10h. Concernant les patients pour lesquels le lever est difficile, ils peuvent petit déjeuner avant de procéder à leur toilette. Le placement est libre pour les repas mais la grande majorité des patients préfère occuper la même place. A l'instar du petit déjeuner, les repas du midi et du soir se déroulent sur un créneau d'une heure et demie afin de respecter le rythme de chacun. Les traitements sont distribués durant les repas car la dispensation au poste de soins s'est avérée problématique. La majorité des personnes trouvait le temps long et supportait difficilement d'attendre d'être appelée pour recevoir leur traitement. Les infirmiers font preuve de discrétion durant la distribution et lorsque les effets indésirables liés à la prise des médicaments sont abordés, le patient est reçu en entretien dans un second temps. Lorsqu'un patient refuse son traitement, les soignants tentent systématiquement de négocier avec lui. Le médecin est informé du refus et la prise du traitement est différée.

Les patients circulent librement dans le service, l'accès aux chambres n'est pas restreint. Le *patio* est ouvert entre 7h30 et 23h, l'accès est totalement libre. De même, les patients ne sont pas limités dans leur consommation de tabac hormis ceux qui présentent une pathologie particulière (emphysème pulmonaire à titre d'exemple). Les patients peuvent donc conserver leur tabac mais pas leur briquet. A cet égard, il est regrettable que le *patio* ne soit pas équipé d'un allume-cigare ce qui éviterait aux patients de devoir solliciter les soignants à chaque fois qu'ils souhaitent fumer.

c) Les soins

Indépendamment de la vacance de postes de médecins psychiatres et des remplacements successifs effectués par des médecins intérimaires, le personnel soignant veille à dispenser une prise en charge de qualité, adaptée au rythme, aux habitudes de vie et à la personnalité de chacun. Les soignants font preuve de souplesse, de disponibilité et demeurent à proximité des patients pour répondre à leurs besoins. A titre d'exemple, lorsqu'une personne âgée présente un état anxieux, ils l'invitent à rester auprès d'eux durant leur pause-café.

Tous les moyens sont mis en œuvre pour créer un environnement confortable et sécurisant. L'atmosphère était particulièrement sereine lors de la visite. Selon les propos recueillis, les soignants échangent beaucoup entre eux et n'hésitent pas à passer le relais dès lors qu'une prise en charge s'avère complexe (patient particulièrement agressif) afin d'éviter que la situation ne se détériore.

Habituellement, les patients sont vus une fois par semaine en consultation médicale mais en l'absence d'un médecin référent, il arrive que la fréquence des consultations soit espacée. Il n'en demeure pas moins que les patients, admis en soins sans consentement, sont systématiquement vus en entretien médical avant le renouvellement du certificat dans le cadre du maintien de la mesure. Dans la mesure du possible, les familles sont associées à la prise en charge et sont reçues par le médecin.

Il n'a pas été mis en place d'infirmier référent mais les soignants sont proactifs pour proposer des entretiens infirmiers dès lors que le besoin s'en fait ressentir. Par ailleurs, des activités sont animées tous les jours dans le service. L'offre est variée (gymnastique douce, esthétique et massage des mains, expression libre) afin de répondre aux besoins de l'ensemble des patients. En raison de la crise sanitaire, l'atelier pâtisserie a été interrompu à la suite des directives émanant de la direction générale. Les soignants comme les patients s'en sont plaints auprès des contrôleurs. Cet atelier est particulièrement apprécié des patients en raison de son côté convivial et valorisant.

Chaque mardi matin, se tient une réunion soignants-soignés animée par les infirmiers et le cadre de santé. Les patients sélectionnent les thèmes, les questions relatives à la vie quotidienne sont souvent abordées. Cette réunion a également pour objectif de présenter aux nouveaux patients le programme d'activités et de recueillir leurs préférences. C'est l'occasion pour les patients, qui ont déjà participé aux ateliers, de les présenter aux nouveaux venus. Les patients sont également informés de la possibilité de bénéficier d'un suivi avec la psychologue. L'avis médical n'est pas systématiquement requis pour instaurer ces suivis qui peuvent se dérouler à l'initiative du psychologue ou du patient. Lors de la visite, deux patients bénéficiaient d'une prise en charge.

La réunion de synthèse se tient une fois par semaine y compris en l'absence du médecin psychiatre. Elle est alors animée par la psychologue et le cadre de santé. Les agents de l'extrahospitalier sont systématiquement conviés. Cette réunion peut revêtir différents formats. Elle est l'occasion de passer en revue tous les patients et d'aborder le projet de soins. Le cas d'un patient, dont la prise en charge s'avère complexe, est présenté par un infirmier et fait l'objet d'une discussion approfondie. Les projets de sortie sont également abordés au cours de ces réunions. Les équipes soignantes collaborent étroitement avec les partenaires extérieurs (médecins traitants, infirmiers libéraux) et les structures d'accueil – telles que les EHPAD – peuvent être conviées pour préparer la sortie d'un patient.

Une réunion clinique bimensuelle est animée par la psychologue et le cadre de santé. Elle porte sur l'étude d'une pathologie et la psychologue apporte un éclairage clinique.

Enfin une fois par semaine, l'assistance sociale et le cadre de santé font un point auprès de l'équipe sur la situation sociale des patients.

9.1.5 Le recours à l'isolement et à la contention

Le recours à l'isolement est peu fréquent. La disponibilité du personnel soignant, l'accès à des ateliers, l'environnement architectural et le respect du rythme de vie de chacun sont des facteurs qui permettent d'atténuer les tensions et de limiter le recours à cette mesure.

L'unité dispose d'un espace appelé « chambre d'apaisement » mais qui de fait présente la configuration qu'une chambre d'isolement. Elle est équipée d'un espace sanitaire (WC et lavabo) ainsi que d'un dispositif d'appel.

Les contrôleurs ont pris connaissance du registre recensant toutes les mesures d'isolement depuis le 1^{er} janvier 2021. Aucun patient n'a été soumis à une contention, les équipes n'y ont jamais recours.

Treize mesures ont été décidées dont neuf concernaient la même personne admise en soins libres. Il s'agissait d'une femme qui auparavant résidait en EHPAD et qui a décompensé à l'issue du confinement. Cette patiente, qui avait pour habitude de circuler dans l'établissement et d'engager la conversation avec les interlocuteurs qu'elle croisait, s'est retrouvée enfermée dans sa chambre du jour au lendemain. Une fois admise dans l'unité, elle a adopté un comportement

auto-agressif en se cognant la tête contre les murs. Il a fallu tester différentes molécules avant d'identifier un traitement qui puisse l'apaiser. Elle a donc fait l'objet de neuf mesures d'isolement entre le 5 mars et le 22 mars 2021. La durée des mesures variait globalement entre 2 heures et 20 heures. Une mesure a duré 66 heures et 45 minutes. La famille de la patiente a été prévenue de la mise à l'isolement de sa mère. Son statut d'admission n'a pas été transformé, le médecin intérimaire étranger « ne connaissant pas la loi ». Cependant, les soignants reconnaissent ne pas l'avoir informé de l'obligation de modifier son statut. Il a été précisé, ce que confirme le registre, que les isolements étaient séquentiels afin d'éviter de modifier le statut. Par ailleurs dès que la patiente s'endormait, la porte de la chambre demeurait entre ouverte.

A l'exception de cette patiente, il apparaît que le recours à l'isolement est peu fréquent. Il est regrettable que l'unité ne dispose pas d'un véritable espace d'apaisement qui pourrait être une alternative au placement à l'isolement.

9.2 L'EQUIPE DE L'UHCEA FAIT PREUVE D'INVENTIVITE POUR OFFRIR UNE PRISE EN CHARGE ADAPTEE AUX BESOINS DES MINEURS DE MOINS DE 16 ANS MAIS ELLE NE PARVIENT PAS A EVITER LE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

Le service intersectoriel de psychiatrie pour l'enfant et l'adolescent couvre les trois secteurs de psychiatrie adulte. Le service dispose de structures ambulatoires réparties à Morlaix, Carhaix et Le Folgoët ainsi que d'une unité d'hospitalisation à temps complet pour enfants et adolescents (UHCEA). Les unités ambulatoires comprennent des HDJ pour enfants et adolescents ainsi qu'un dispositif de consultations ambulatoires. Un pédopsychiatre intervient également de façon ponctuelle dans les instituts médico-éducatifs (IME) et les services de protection maternelle infantile (PMI). Par ailleurs, une équipe mobile ressource (EMR) intervient sur saisine auprès des enseignants de l'éducation nationale.

9.2.1 Les patients pris en charge

L'UHCEA, d'une capacité de huit places, accueille et prend en charge des enfants et des adolescents âgés de six à quinze ans qui sont admis dans un contexte de crise psychique ou de soins psychiatriques. Les indications d'hospitalisation sont multiples : phobies scolaires, passage hétéro-agressifs et passages à l'acte suicidaire. Cette période d'hospitalisation permet également à certains enfants de verbaliser la maltraitance dont ils peuvent faire l'objet.

Selon les données communiquées par l'établissement, quarante-cinq enfants et adolescents ont été hospitalisés à l'UHCEA en 2020. Au cours des six premiers mois de l'année 2021, les hospitalisations complètes ont été au nombre de soixante-seize. Cette baisse significative en 2020 est liée à la pandémie de Covid-19. La file active de patients suivis en ambulatoire en 2020 comprend 970 patients et, pour le premier semestre de l'année 2021, 1 012 enfants et adolescents. Ce premier semestre de l'année 2021 a été marqué par une recrudescence d'admissions de mineurs inconnus du service. Jusqu'à présent, les prises en charge s'inscrivaient dans un parcours de soins initié en ambulatoire. Ces nouveaux patients ont développé des états d'anxiété majeurs et des phobies (telles que les phobies scolaires) à la suite du confinement.

Les hospitalisations sur ordonnance de placement provisoire (OPP) sont très rares. Au cours de ces trois dernières années, aucun enfant n'a été admis sous ce statut d'hospitalisation.

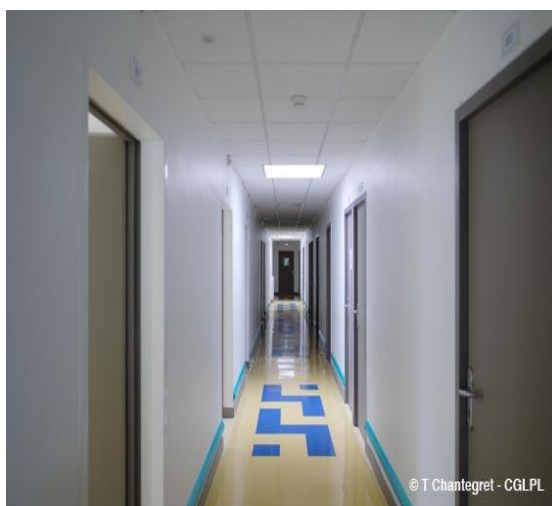
Le premier jour de la visite, l'unité accueillait deux enfants âgés respectivement de quinze et dix ans. Le premier était hospitalisé depuis le mois de décembre 2020 tandis que le second avait été admis au mois de juillet 2021.

L'adolescent admis depuis neuf mois provenait d'un IME. Ce jeune présentait un comportement hétéro-agressif à l'égard de ses parents, accompagné d'angoisses massives. A son arrivée dans l'unité, il était incapable de sortir de sa chambre. Le personnel soignant a tenté plusieurs médiations qui se sont toutes soldées par un échec. Au bout de trois mois, l'équipe a alors fait l'acquisition d'un lapin. L'adolescent s'est peu à peu familiarisé avec l'animal et a pu sortir de sa chambre. Lors de la venue des contrôleurs, des sorties ponctuelles à l'extérieur (visite de l'IME de provenance) étaient prévues avec l'éducatrice spécialisée.

L'enfant âgé de dix ans, et présent depuis deux mois, avait repris en partie sa scolarité et bénéficiait également d'une prise en charge en HDJ. Durant les week-ends, il retournait dans sa famille d'accueil.

9.2.2 Les locaux

Le bâtiment abritant les locaux de pédopsychiatrie date de 1983. L'unité de pédopsychiatrie est implantée au rez-de-chaussée, les espaces de vie communs et les chambres se répartissent sur deux couloirs contigus.



Couloir desservant les locaux communs et les chambres

Les locaux ont été rénovés en 2016. Les locaux de l'HDJ sont adjacents à ceux de l'unité tandis que les bureaux réservés aux consultations externes sont situés au premier étage. L'unité dispose de huit chambres individuelles dont le mobilier est sommaire.



Une chambre occupée et une chambre libre

Elles sont dotées d'une salle d'eau comprenant un lavabo, un WC et une douche.

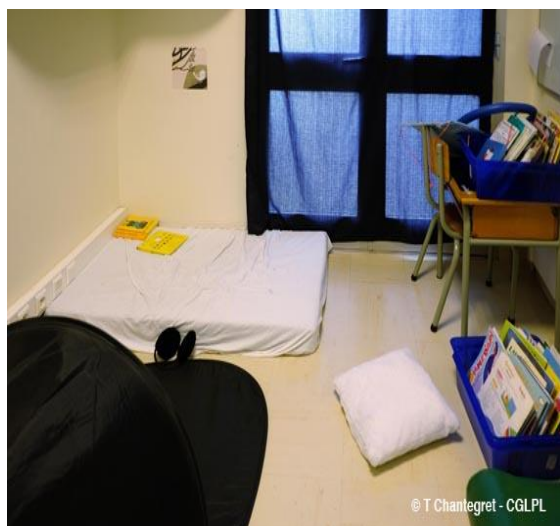


La salle d'eau d'une chambre

Les locaux communs comprennent des salles d'activités et de détente, une salle de sport, une cuisine et un réfectoire donnant sur le jardin et un salon d'accueil familles.



Refectoire et salon télévision



Salle de détente et jardin extérieur

9.2.3 L'effectif

En théorie, le service intersectoriel de psychiatrie infanto-juvénile compte 5,5 ETP de pédopsychiatres. Dans la pratique, il comprend 4,5 ETP de PH. Lors de la visite, trois praticiens étaient en arrêt maladie dont l'un en congé de longue durée. 2,8 ETP de pédopsychiatres étaient donc présents pour assurer le suivi des patients en intra et en extrahospitalier. Un pédopsychiatre est le médecin référent de l'unité d'hospitalisation. Il intervient dans l'unité tous les jours de la semaine à l'exception du mercredi, il est alors remplacé par un confrère qui ne se déplace qu'à la demande de l'équipe soignante. Il semble que le PH référent soit également peu présent dans l'unité compte tenu de son activité extrahospitalière. Il peut néanmoins se rendre rapidement disponible puisque les bureaux de consultations externes sont implantés au premier étage du bâtiment abritant l'UHCEA.

L'effectif non médical de l'unité compte un cadre de santé, quatorze infirmiers, deux AS de nuit, un ASH, une assistance sociale et une éducatrice spécialisée. Les équipes de matin et d'après-midi sont constituées de trois infirmiers, l'éducatrice spécialisée et l'ASH travaillent en horaires décalés afin d'assurer une présence le matin et l'après-midi. La mixité des équipes est garantie afin de permettre aux mineurs d'avoir le choix de leurs interlocuteurs en fonction de leurs problématiques. La nuit, les soignants sont au nombre de trois et comptent au minimum deux infirmiers.

Des psychologues, psychomotriciens et orthophonistes interviennent de façon ponctuelle.

Les soignants suivent une formation spécifique à la pédopsychiatrie, ils sont également tous formés à la gestion et à la prévention de la violence. Les équipes bénéficient de cinq séances de supervision annuelles conduites par une psychologue extérieure au service et qui dispose de compétences spécifiques en pédopsychiatrie. Ces séances ont été initiées à partir de décembre 2019 lors d'une prise en charge particulièrement complexe d'un adolescent qui a été hospitalisé pendant près de deux ans et qui a commis de nombreux actes de violence à l'encontre du personnel. Ces passages à l'acte ont fait l'objet de déclarations d'EI. L'adolescent a fait l'objet de nombreuses mesures d'isolement au cours de son hospitalisation.

9.2.4 La prise en charge au cours de l'hospitalisation

a) L'admission

Lorsque les parents accompagnent leur enfant au moment de son admission, ils sont reçus en entretien d'accueil par l'infirmier qui leur présente le service. Selon le contexte familial, le mineur peut être reçu seul en premier lieu par le pédopsychiatre puis l'entretien se poursuit en présence des parents. C'est l'occasion d'aborder les antécédents de l'enfant, son développement et le cas échéant le passage à l'acte.

En raison du contexte sanitaire, l'enfant est soumis à un test PCR à son arrivée et doit demeurer dans sa chambre pour une durée d'environ vingt-quatre heures jusqu'à l'obtention du résultat. Une tablette permettant de visionner des films, des bandes dessinées et du matériel de dessin sont mis à sa disposition.

Durant la première semaine d'hospitalisation, le mineur fait l'objet d'une phase d'observation dont l'objectif est d'évaluer son état psychique et son comportement au quotidien. Durant cette première semaine, il n'a pas de permission de sortie.

Dans les soixante-douze heures qui suivent l'admission, le mineur bénéficie d'une consultation avec un pédiatre. Les titulaires de l'autorité parentale sont sollicités en priorité pour accompagner leur enfant afin d'être pleinement associés à la prise en charge. En dehors des heures de consultations du pédiatre, la permanence des soins somatiques est assurée par l'interne de pédiatrie ou par un PH des urgences pédiatriques.

b) L'organisation des soins et des activités

Les soins sont dispensés par une équipe qui s'articule étroitement avec le dispositif extra hospitalier et qui fait le lien avec le milieu scolaire, les familles et les partenaires. Tout est mis en œuvre pour éviter la rupture avec le milieu scolaire. Ainsi donc, les cours se déroulent à distance pour ceux pour lesquels la scolarité en présentiel est suspendue. De nombreuses médiations sont également organisées par l'équipe soignante. L'offre est diversifiée (atelier bricolage, sport, cuisine, atelier écriture, atelier cinéma) et permet de répondre aux besoins de chacun. Certaines médiations remplacent les entretiens notamment quand le patient est mutique. A titre d'exemple, un atelier de soins corporels est destiné aux adolescents en quête d'identité. A cet égard, les soignants déplorent de devoir porter une blouse en raison du contexte sanitaire. Auparavant, leur tenue civile pouvait susciter des interrogations et des réactions chez les adolescents et donner lieu à des échanges.

Les mineurs ont également la possibilité de pratiquer des activités à l'extérieur telles que l'équitation, le vélo et la natation. Des journées au bord de la mer sont également organisées afin d'initier certains mineurs, qui le souhaitent, à la pratique du surf. Le port de la combinaison fait office de seconde peau et peut s'avérer être contenante pour certains.

Chaque lundi matin l'éducatrice établit, conjointement avec les infirmiers, le programme d'activités pour chaque enfant. Ce planning tient compte des objectifs de soins, des besoins et des centres d'intérêt du mineur. Une copie est remise à ce dernier qui est invité à formuler son avis.

Bien que le pédopsychiatre ne soit pas présent en permanence dans le service, les patients sont vus à raison d'une à deux fois par semaine et plus lorsque le mineur en fait la demande. Un infirmier est présent lors des entretiens. Un projet thérapeutique individuel est élaboré avec

chaque patient et les parents sont pleinement associés à la prise en charge. Ils sont tenus informés du déroulement de l'hospitalisation de leur enfant et des prochaines étapes envisagées. Une visite médicale en chambre se déroule en début de semaine. C'est l'occasion de faire le point sur le week-end et d'évoquer l'organisation de la semaine et les éventuels projets de sortie à l'extérieur avec l'adolescent.

Une réunion de synthèse hebdomadaire, portant sur le déroulement de la prise en charge et l'évolution du patient, regroupe l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Ce temps d'échanges et de réflexion autour de la clinique permet de redéfinir les objectifs, de réajuster les projets de soins et les activités. Un travail partenarial se met en place dès le début de l'hospitalisation, les partenaires extérieurs concernés sont donc conviés à ces réunions. Les projets de sortie sont également abordés au cours de cette réunion. A cet égard, l'infirmière de l'EMR est chargée de conduire des entretiens pour les mineurs sortants qui nécessitent un accompagnement à l'issue de l'hospitalisation.

c) Le maintien des liens familiaux

Les parents ou les titulaires de l'autorité parentale peuvent téléphoner à n'importe quel moment de la journée pour prendre des nouvelles du mineur auprès de l'équipe soignante. Cependant les appels à destination des mineurs sont autorisés uniquement les mardi et jeudi. Les contrôleurs ont interrogé cette règle établie qui laisse peu de souplesse aux parents qui travaillent en semaine notamment. Il a été précisé que cette règle avait été élaborée pour limiter les appels dans les premiers jours qui suivent l'admission afin de permettre à l'enfant de se recentrer et d'être préservé des appels pouvant parfois être envahissants et toxiques. En outre, certains enfants souffrent d'angoisses inhérente à la mort et à la séparation d'avec la mère. La mise à distance des émotions en limitant les appels revêt alors un aspect du soin. Il a été précisé que selon le contexte et la problématique de l'enfant, les soignants dérogeaient à la règle notamment durant les week-ends.

Les visites des familles sont autorisées tous les jours de la semaine. Ces visites sont parfois médiatisées tout comme les appels téléphoniques.

d) Les règles de vie

Un livret d'accueil, détaillant les règles de vie et le règlement intérieur, est remis aux titulaires de l'autorité parentale ainsi qu'au mineur au moment de son admission.

Un inventaire des effets personnels est systématiquement réalisé en présence du patient. Sont retirés les objets contendants et coupants (notamment pour les mineurs pour lesquels le risque de passage à l'acte suicidaire est élevé) ainsi que le tabac et le briquet. A cet égard, le règlement intérieur rappelle qu'il est interdit de fumer dans les lieux publics. Les mineurs ne peuvent pas non plus conserver avec eux leur téléphone portable mais ils peuvent le récupérer lorsqu'ils ont des permissions de sortie. Ils peuvent aussi conserver avec eux une somme d'argent d'un montant de dix euros maximum. Ces règles sont réajustées selon le profil et la problématique des patients. A titre d'exemple lors de la visite, un adolescent était autorisé à conserver avec lui un flacon en verre contenant une eau de toilette.

Lorsqu'un mineur transgresse le règlement, un dialogue est engagé avec ce dernier, l'objectif étant d'éviter toute confrontation. Lors d'un passage à l'acte violent (acte hétéro agressif par exemple), le mineur est conduit dans sa chambre (porte non fermée à clé) afin qu'il puisse s'apaiser. Selon son état psychique et son comportement, un soignant demeure avec lui et l'invite

à verbaliser autour de l'acte commis. Le mineur peut être invité à rester plusieurs heures dans sa chambre pour y prendre son repas notamment si les soignants constatent qu'il n'est plus dans la capacité d'intégrer le collectif. L'équipe demeure vigilante pour que la dimension éducative n'empiète pas sur le soin qui doit demeurer la colonne vertébrale de la prise en charge. Les contrôleurs ont pu observer que les soignants faisaient preuve de bienveillance, de souplesse et d'inventivité pour offrir une prise en charge individualisée. A cet égard, un soignant a tenu les propos suivants : « on part de la problématique et des besoins de l'enfant et on s'adapte en fonction ».

Le règlement intérieur ne fait pas référence aux relations sexuelles, toutefois les soignants ont indiqué que les « rapprochements physiques » étaient interdits. De même, les mineurs ne sont pas autorisés à se rendre dans les chambres des autres patients. L'équipe soignante est vigilante à l'égard des adolescentes victimes d'abus sexuels et qui ont tendance à s'exposer. Lorsqu'il existe un rapprochement entre deux adolescents, une discussion est engagée avec chacun d'entre eux. La mixité des équipes soignantes permet aux adolescents d'aborder les questions relatives à la vie sexuelle avec un soignant de leur choix. Dans le cadre de la prévention des MST et des grossesses non désirées qui peuvent se produire lors des permissions de sortie, les adolescents bénéficient d'une consultation au planning familial. De même, il est proposé une sérologie aux nouveaux entrants qui évoquent des conduites à risque.

En raison du contexte sanitaire, les repas ne sont plus pris en commun avec les soignants. Ces derniers le déplorent car il s'agit d'un temps propice aux échanges. Ils permettent également d'observer et d'accompagner les mineurs présentant des troubles du comportement alimentaire (TCA). Les adolescents sont invités à participer à certaines tâches de la vie quotidienne : mettre la table, ranger, nettoyer.

Les horaires établis sont souples, le tempo des enfants est respecté. A titre d'exemple, le petit déjeuner peut être pris jusqu'à 9h30. Durant les week-ends et les vacances scolaires, ils sont autorisés à regarder la télévision jusqu'à la fin du programme choisi. Pour les plus jeunes, il leur est proposé de leur lire une histoire.

Des temps en chambre, porte non fermée, sont imposés aux enfants durant la journée (13h30 - 14h30 et 17h30-18h15). Le premier créneau coïncide avec le temps de transmission des soignants. Il a cependant été indiqué que certains enfants, épuisés par les activités, en profitaient pour faire la sieste. Durant ces temps de repos, les mineurs sont autorisés à lire, à écouter de la musique ou à dessiner. Un soignant reste à proximité des chambres et se rend disponible pour échanger avec un mineur qui présente un état anxieux.

9.2.5 Le recours à l'isolement et à la contention

La chambre d'isolement présente un aspect carcéral. Elle est adjacente au poste de soins, un fenestron permet d'avoir une vue directe. La pièce est précédée d'un sas et d'une salle d'eau comprenant une douche, des WC et un lavabo. La chambre compte pour seul mobilier un lit, elle n'est pas équipée d'un dispositif d'appel.



Chambre d'isolement

RECOMMANDATION 42

La chambre d'isolement de l'unité d'hospitalisation en pédopsychiatrie doit être remplacée par une véritable chambre d'apaisement.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique : « *Le projet à travailler intègre la réflexion des alternatives à l'isolement, déjà fortement ancrées dans les pratiques : une modularité de l'environnement dans cet espace permettrait de graduer la prise en charge, en prenant en compte la sécurité du jeune, sachant que le service accueille de 6 ans à 16 ans (avec des problématiques et morphologies différentes !).* »

De l'avis des soignants, la décision de placer un mineur à l'isolement est prise en dernier recours lorsque toutes les autres alternatives tentées (jeux, promenade, entretien, utilisation de la salle de détente) se sont soldées par un échec. Il s'agit toujours « d'une décision difficile » qui fait l'objet d'échanges au sein de l'équipe soignante. Cependant, ces décisions ne sont pas rediscutées *a posteriori* en équipe et aucun travail de réflexion et d'analyse portant sur les données statistiques de ces mesures n'a été engagé dans le service.

En 2020, l'unité a eu recours à l'isolement à soixante-huit reprises. Ces mesures ont concerné vingt-deux patients. La durée totale de ces mesures est de 2 420 heures (100 jours d'isolement). Les données ont été extraites depuis l'outil SILLAGE. Les enfants font l'objet d'isolement séquentiels, les durées à l'extérieur de la chambre pouvant être de plusieurs heures. Ce nombre élevé d'heures de mesures d'isolement serait lié à la prise en charge particulièrement complexe et longue d'un adolescent au comportement violent (cf. §1.13). Les équipes soignantes ont été placées dans une situation d'échec puisque la solution identifiée pour arriver à contenir ce jeune fut de l'isoler de façon récurrente. Son passage a profondément marqué les esprits de chacun. C'est d'ailleurs à la suite de cette prise en charge qu'il a été décidé de mettre en place des séances de supervision.

Les contrôleurs ont également examiné le registre recensant l'ensemble des mesures ouvert au début de l'année 2021. Il n'est pas exploitable car il est difficilement possible de suivre le déroulement d'une mesure depuis son instauration jusqu'à sa levée. Les contrôleurs ont relevé un nombre de mesures dont les durées interpellent également : 44 jours, 34, jours, 12 jours, 5 jours. Pour le garçon ayant fait l'objet de 44 jours d'isolement, il s'agissait d'un patient âgé de 10 ans, présentant un déficit mental et qui se cognait la tête contre les murs. Les soignants se sont trouvés démunis.

Toutes ces mesures font, en principe, l'objet d'une décision médicale mais il peut se produire qu'en l'absence de pédopsychiatres dans le service, les infirmiers prennent la décision d'isoler sans que l'interne ou le psychiatre d'astreinte ne se déplace. Ces décisions sont alors validées par téléphone. Il a été indiqué que les titulaires de l'autorité parentale étaient systématiquement informés de la décision.

RECOMMANDATION 43

Il convient de renforcer le temps de présence du pédopsychiatre à l'unité d'hospitalisation pour enfants et adolescents.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique que : « *Les postes de pédopsychiatres sont pourvus.* »

Les enfants sont mis en pyjama et sont en principe autorisés à conserver avec eux un objet transitionnel tel que le « doudou ». Certains peuvent également parfois disposer d'une tablette afin de regarder un film d'animation.

Un passage infirmier a lieu toutes les demi-heures ou toutes les heures. L'accès aux toilettes peut être interdit alors même que la chambre ne dispose pas d'un dispositif d'appel.

Aucun patient n'a fait l'objet d'une mesure de contention en 2020. En revanche, trois enfants ont fait l'objet d'une ou plusieurs mesures de contention depuis le début de l'année 2021. Ainsi donc le patient, âgé de 10 ans (cf. *supra*) a été contenu à douze reprises pour des durées allant de 45 minutes à 4 heures outre une nuit durant laquelle il a été contenu pour une durée de 10 heures.

Il convient de rappeler que tous ces mineurs ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement et/ou de contention n'ont pas fait l'objet d'une décision de soins sans consentement.

RECOMMANDATION 44

Il ne peut être procédé à l'isolement d'un mineur qui n'est pas admis sous le statut de soins sans consentement et toute décision d'isolement doit être prise par un médecin psychiatre.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique : « *Protocole à réajuster en insistant sur la question des mineurs et une communication adaptée sera réalisée. Information en bureau de pôle élargi.* »

9.3 LES MINEURS DE PLUS DE 16 ANS ADMIS DANS LES UNITES D'HOSPITALISATION ADULTE NE BENEFICIENT PAS D'UNE PRISE EN CHARGE ADAPTEE A LEURS BESOINS

Les mineurs âgés de 16 ans et plus sont admis dans les services de psychiatrie adulte faute d'unité spécifique pour les accueillir. Ceux âgés de moins de 16 ans sont généralement accueillis à

l'UHCEA voire en service de pédiatrie si aucun lit n'est disponible. Il existe une bonne collaboration avec le service de pédiatrie qui accepte d'accueillir les jeunes âgés de 16 ans également. Pour les jeunes patients âgés entre 16 et 25 ans, l'hospitalisation à l'UPEC est privilégiée car elle est située sur le plateau de médecine-chirurgie obstétrique (MCO) près du service des urgences, ce qui est moins stigmatisant. Il a également été instauré, en collaboration avec le CHU de Brest, une consultation spécifique conduite par un psychiatre et un psychologue pour les jeunes présentant un premier épisode psychotique. Cette consultation est assortie d'un bilan biologique complet et d'examens d'imagerie médicale.

Un projet de création d'une unité de six lits en hospitalisation complète et de quatre places en hôpital de jour destinée à de jeunes patients âgés de 16 à 25 ans devrait voir le jour en 2022 au sein du CH de Morlaix. (cf. § 4.1.5).

En 2020, quatre mineurs ont été admis dans un service pour adultes. Trois d'entre eux ont été hospitalisés dans le cadre d'une ASDTU, le quatrième a été admis en SL. En 2019, trois mineurs ont été hospitalisés dans un service pour adultes dans le cadre d'une ASDTU. Aucun mineur n'a fait l'objet d'une ordonnance de placement provisoire (OPP) au cours de ces trois dernières années.

Lors du contrôle, un mineur âgé de 16 ans venait d'être hospitalisé à l'unité Trévezel à la demande de ses parents mais son consentement n'a pas été recherché. Il avait déjà fait l'objet d'une première hospitalisation dans cette unité un mois auparavant. Lors de ce premier séjour, il avait été placé à l'isolement durant seize heures en raison d'un risque de passage à l'acte suicidaire élevé. Durant cette seconde hospitalisation, il était installé dans une chambre individuelle située à proximité du poste de soins. Admis la veille et dans l'attente du résultat de son test PCR, il n'était pas encore autorisé à sortir de sa chambre. Le personnel soignant avait laissé à sa disposition son téléphone portable et son chargeur. Il a été précisé que si le résultat de son test était négatif, il pourrait prendre ses repas avec les autres patients et participer aux activités. Les sorties à l'extérieur seront autorisées mais elles devront avoir lieu en présence de ses parents ou du personnel infirmier qui est peu disponible car il s'agit d'une unité d'admission. Ce jeune patient ne fumait pas mais il a été précisé que ceux qui fument sont autorisés à le faire une fois l'accord parental obtenu.

Ce jeune patient, inconnu du service de pédopsychiatrie, était pris en charge par l'un des psychiatres de l'unité qui le suivait en consultation externe. Pour les nouveaux patients ou pour ceux qui bénéficiaient auparavant d'un suivi avec un pédopsychiatre, les échanges avec le pôle de pédopsychiatrie concernant les modalités de prise en charge et le projet de sortie seraient très limités. Les soignants ont indiqué se sentir démunis car ils n'ont pas bénéficié d'une formation spécifique pour proposer un accompagnement adapté répondant aux besoins de cette population.

RECOMMANDATION 45

Le projet de création d'une unité d'hospitalisation destinée aux mineurs âgés de 16 ans et plus doit se concrétiser afin que cette population bénéficie d'une prise en charge spécifique.

Dans ses observations portant sur le rapport provisoire la direction indique que : « *Le centre pour jeunes adultes en santé mentale est intégré au projet patrimonial. L'institution réfléchit au déploiement de moyens de fonctionnement pour ce centre.* »

10. CONCLUSION

Le CH est actuellement en travaux pour relocaliser les trois unités d'admission et les deux unités de soins de suite dans le bâtiment historique complètement rénové et réadapté à échéance 2023. Ce déménagement conduira à la suppression de sept lits et de six postes de personnel non médical. En attendant, la situation hôtelière est très contrastée, avec des unités qui sont récentes, bien agencées et bien équipées, et d'autres qui sont vétustes et dans un état de dégradation et d'absence d'équipements inacceptables.

La problématique majeure du pôle de psychiatrie tient à la pénurie de médecins psychiatres qui atteint 40% et génère de manière mécanique un ensemble de conséquences néfastes pour une bonne prise en charge des patients : pas de projet de service, pas ou peu de réunion d'équipe, très peu de réflexion institutionnelle sur les pratiques et des équipes qui s'auto organisent, même si elles le font avec une réelle volonté de bien faire et un dévouement évident.

Le travail en réseau intra/extra est bien développé avec un maillage conséquent sur le territoire du GHT, mais la carence nationale de places en structures adaptées pour trouver des solutions de sortie aux patients dans les unités de soins de suite n'épargne pas Morlaix.

Les restrictions de la vie quotidienne sont peu nombreuses et toujours individualisées selon l'état clinique des patients. Cependant, la liberté d'aller et venir fait l'objet de restrictions inexplicables et injustifiables, certains services étant fermés alors que le statut des patients hospitalisés ne diffère pas des unités qui restent ouvertes.

L'information et la notification des droits des patients repose entièrement sur les équipes dans les services, aussi, l'absence de formation des personnels aux soins sans consentement est préjudiciable aux patients. De manière générale, la formation des agents est un point d'amélioration important sur lequel le CH devra orienter ses efforts.

L'isolement et la contention n'ont pu être clairement analysés en raison de l'absence d'un outil d'analyse fiable, une partie des registres papier étant inexploitable en l'état et la partie informatisée sujette à de nombreux dysfonctionnements. Il semblerait que le nombre de décisions de placement à l'isolement et de contention serait plus important dans certaines unités que d'autres, le service des urgences et la pédopsychiatrie étant particulièrement concernés par ce constat.

Il s'agira donc pour le CH de saisir l'opportunité du déménagement des unités pour élaborer un projet médical attractif dans un cadre participatif et pluriprofessionnel pour dynamiser les équipes, ainsi que mettre en place une réflexion sur les pratiques d'isolement et de contention et les droits des patients. Soucieux de faire évoluer leurs pratiques, les professionnels du pôle de psychiatrie ont été très attentifs aux observations émises et le contrôle s'est déroulé dans de très bonnes conditions.

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