



---

## Rapport de visite :

11 au 15 avril 2016 – 1<sup>ère</sup> visite

Etablissement public de santé  
mentale de Saint-Avé

*(Morbihan)*

## SYNTHESE

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite de l'établissement public de santé mentale (EPSM) de Saint-Avé (Morbihan) du 11 au 15 avril 2016. Un rapport de constat a été adressé le 29 juin 2017 au directeur de l'établissement, qui y a répondu par un courrier en date du 2 août 2017. Ses observations ont été prises en compte dans le présent rapport.

Cet établissement, qui couvre six secteurs du département, dont quatorze unités susceptibles de recevoir des patients en soins sans consentement totalisant 328 lits, présente une organisation très originale sur deux points :

- une « intersectorialisation » quasi-totale : les trois unités d'admission regroupent chacune deux secteurs et toutes les autres unités sont totalement mutualisées au profit des six secteurs, chacune étant spécialisée pour un type de soin ou de patient : accueil, orientation, gestion de l'urgence et la réorientation, addictologie, soins au long cours, patients particulièrement difficiles, préparation à la sortie, pédopsychiatrie, gérontopsychiatrie. Cette méthode, qui présente certainement des avantages, entraîne pour les patients des changements d'unité en fonction de l'évolution de leur état, ce qui peut être déstabilisant comme l'ont déclaré des soignants ;
- un projet de soins essentiellement orienté vers l'extrahospitalier ; ce qui va dans le sens de la liberté des personnes, mais peut avoir pour conséquence de ne pas accorder suffisamment d'importance, notamment en termes de budget, à la prise en charge des patients dont l'état ne permet pas un tel parcours.

Outre les deux remarques ci-dessus, voici les principaux constats de cette visite.

### Points positifs :

- un personnel bienveillant, formé à la prise en charge des patients en soins sans consentement et ne faisant pas de distinction a priori entre ces patients et ceux qui sont en soins libres ;
- un accès à de nombreux lieux collectifs (cafétéria, boutique très fournie et proposant notamment un accès gratuit mais contrôlé à internet, banque des patients, bibliothèque, nombreuses activités de sociothérapie), ouverts aux personnes en soins sans consentement ;
- le JLD se déplace pour voir les patients placés en chambre d'isolement ;
- la protection juridique des majeurs est assurée avec un véritable souci de bien faire ; une formation qualifiante est réalisée auprès des tuteurs et les cas complexes sont confiés aux associations ;
- l'offre de soins somatiques dispose de moyens techniques et humains permettant de répondre de façon très satisfaisante aux besoins des patients ;
- le service de gérontologie offre des prestations diversifiées pour une prise en charge respectueuse de tous les patients, quel que soit leur statut de soin – y compris des patients en soins sans consentement.

### Points qui ont questionné les contrôleurs :

- l'avocat ne se déplace jamais dans les unités pour rencontrer les patients qui ne se présentent pas à l'audience pour des motifs personnels ou médicaux ;
- une personne du service « accueil » de l'hôpital, de formation juriste, représente systématiquement le directeur de l'hôpital aux auditions du JLD ; lors de l'audition à laquelle les contrôleurs ont assisté, elle était systématiquement invitée par la présidente du TGI (qui remplace régulièrement le JLD lorsqu'il est absent) à se prononcer, jouant en quelque sorte le rôle « d'avocat de l'hôpital » ;
- la question de l'ouverture des unités recevant des patients en soins sans consentement n'est pas traitée de façon homogène : certaines unités sont ouvertes, d'autres non ;
- la sexualité des patients est un sujet qui n'a donné lieu à aucune réflexion pour des règles partagées au niveau de l'hôpital ;
- la déclaration des incidents fait l'objet de pratiques très différentes d'une unité à l'autre, notamment la décision d'établir ou non une fiche d'évènement indésirable ;
- le service de pédopsychiatrie, séparé des autres services (implanté dans l'hôpital de Vannes), bénéficie d'installations remarquables mais la gestion des crises majeures n'est pas correctement prise en compte, les patients étant alors placés dans l'unité de soins intensifs (USIP) des adultes, à Saint-Avé.

### Points qui doivent être améliorés :

- aucune permanence de psychiatre n'est assurée dans l'unité d'admission le matin ;
- les effets personnels déposés par le patient à son admission ne font pas l'objet d'un inventaire contradictoire ; les objets de valeur (CB, chéquier, ...) ne sont pas conservés à l'hôpital mais déposés au Trésor public de Vannes ; ce qui nécessite un préavis de 48 heures pour les récupérer ;
- les demandes de contact avec le représentant d'un culte autre que le culte catholique sont gérées par l'aumônerie catholique, qui n'est pas toujours destinataire de ces demandes ;
- les modalités d'isolement sont très variées (CSI, chambre de surveillance attentive, chambre de dégrisement, chambre d'apaisement, ...) ; ce qui favorise une prise en compte individualisée, mais la traçabilité de ces nombreuses procédures est très floue voire inexistante ;
- des patients « au long cours », la plupart du temps en soins libres et sous tutelle ou curatelle, sont hospitalisés depuis de nombreuses années, souvent dans des conditions attentatoires à leur liberté (enfermés dans leur chambre pendant une grande partie du temps voire en permanence), sans aucun autre suivi régulier formalisé que les « synthèses » réalisées sous la direction du médecin chef de l'unité donc internes au service ;
- la prise en charge des patients détenus est indigne : un détenu était en chambre d'isolement depuis plusieurs semaines, avec comme seul motif : « c'est un détenu »... Les prises de contact avec l'UHSA – qui ne sont même pas systématiques – se résument à un appel téléphonique au cours duquel l'UHSA déclare généralement qu'elle n'a pas de place.

## OBSERVATIONS

### BONNES PRATIQUES

#### 1. BONNE PRATIQUE ..... 19

Le Guide régional des soins psychiatriques sans consentement à l'attention des médecins et des maires, élaboré conjointement par l'EPSM et l'ARS, permet efficacement la diffusion des droits des patients hospitalisés sans consentement auprès des acteurs concernés ; ce guide mérite d'être généralisé au niveau national.

#### 2. BONNE PRATIQUE ..... 24

Les rencontres régulières entre le TGI, la préfecture et l'EPSM favorisent une meilleure compréhension des missions de chacun.

#### 3. BONNE PRATIQUE ..... 27

La protection juridique des majeurs est assurée avec un véritable souci de bien faire : une formation qualifiante est réalisée auprès des tuteurs et les cas complexes sont confiés aux associations.

#### 4. BONNE PRATIQUE ..... 33

Lorsqu'un patient qui ne peut pas sortir de son unité a besoin de tabac, un membre de l'équipe soignante se charge d'aller en acheter. Cette démarche évite les phénomènes de trafic ou les situations indignes telles que le ramassage de mégots.

#### 5. BONNE PRATIQUE ..... 39

La fiche sur l'exercice des libertés remplie par le médecin récapitule les restrictions de liberté qui répondent à une nécessité médicale et qui donnent lieu à prescription. Elle sert de référentiel pour l'ensemble de l'équipe.

#### 6. BONNE PRATIQUE ..... 46

Les lieux collectifs sont nombreux – cafétéria, boutique très fournie et proposant notamment un accès gratuit mais contrôlé à internet, banque des patients, bibliothèque, nombreuses activités de sociothérapie – et ouverts aux personnes en soins sans consentement.

#### 7. BONNE PRATIQUE ..... 91

Le service de géronto-psychiatrie offre des prestations diversifiées pour une prise en charge respectueuse de tous les patients, quel que soit leur statut de soin – y compris des patients en soins sans consentement.

## RECOMMANDATIONS

- 1. RECOMMANDATION ..... 19**

La conduite d'une personne directement vers l'EPSM sans passer systématiquement par les urgences du CHBA, présente le risque de ne pas diagnostiquer un problème somatique qui prendrait la forme d'une symptomatologie psychiatrique (exemple : une méningite). Il convient de mettre en place une procédure permettant d'éviter un tel risque.
- 2. RECOMMANDATION ..... 19**

Il convient de s'assurer que tous les médecins psychiatres de permanence le week-end se déplacent effectivement à l'établissement lorsqu'un patient y est admis.
- 3. RECOMMANDATION ..... 20**

La procédure de recueil des observations des patients en amont de chaque décision prononçant le maintien des soins doit être mise en œuvre, conformément à l'article L. 3211-3 al.2. du CSP.
- 4. RECOMMANDATION ..... 20**

La suroccupation de certaines unités ne doit pas conduire à placer des patients dans des unités d'hébergement pendant parfois plusieurs semaines avant de les orienter vers l'unité adaptée.
- 5. RECOMMANDATION ..... 21**

Les règles de vies des unités doivent être actualisées et diffusées dans un format lisible.
- 6. RECOMMANDATION ..... 26**

S'il arrive que le JLD se déplace à l'USIP, l'avocat ne se rend jamais dans les unités pour rencontrer les patients qui ne se présentent pas à l'audience pour des motifs personnels ou médicaux. Il convient d'y remédier.
- 7. RECOMMANDATION ..... 28**

La procédure en vigueur pour récupérer les effets de valeur n'est pas adaptée aux cas où les patients sont avisés de leur sortie moins de 48 heures à l'avance. Elle doit être modifiée afin d'éviter que les patients ne sortent de l'hôpital sans moyens de paiement.
- 8. RECOMMANDATION ..... 29**

Un inventaire contradictoire des effets courants du patient à son arrivée doit être réalisé et le document papier systématiquement remis au patient dans toutes les unités.
- 9. RECOMMANDATION ..... 29**

Tout patient doit disposer d'un placard individuel fermant à clé.
- 10. RECOMMANDATION ..... 32**

La demande d'un patient à l'intention du représentant d'un culte doit être transmise systématiquement et le patient ne doit pas avoir à la motiver.
- 11. RECOMMANDATION ..... 38**

La sexualité des patients doit faire l'objet d'une réflexion.

**12. RECOMMANDATION ..... 39**

La fiche « M. Exercice des libertés » doit être revue selon un rythme à définir dès lors que le séjour du patient dans l'établissement se prolonge.

**13. RECOMMANDATIONS ..... 41**

Toutes les mesures d'isolement, quel qu'en soit le lieu (chambre d'isolement, chambre de surveillance attentive, chambre personnelle...), doivent être aussi courtes que possible et n'être décidées qu'après que toutes les alternatives d'apaisement aient été mises en œuvre. Elles doivent toutes faire l'objet d'une décision médicale ne pouvant excéder 24 heures. La surveillance infirmière doit être tracée.

**14. RECOMMANDATION ..... 42**

La contention, sous quelle que forme que ce soit, ne doit être pratiquée qu'exceptionnellement et temporairement. Les prescriptions de « contention si besoin » du type « contention si agitation » doivent être strictement proscrites.

**15. RECOMMANDATION ..... 44**

L'établissement a mis au point différents lieux d'isolement répondant à différentes situations cliniques. Les règles concernant les indications, prescriptions et suivis varient d'un lieu à l'autre. L'article 72 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 impose la mise en place d'un registre. Celui-ci devra concerner tous les lieux d'isolement quelle qu'en soit l'appellation. Les règles de prescription et de surveillance devront être harmonisées. Le département d'information médicale dispose, grâce au logiciel CIMAISE, des informations permettant la mise en œuvre dans des délais très courts de ce registre. Un bilan mensuel pourra être utilement adressé à chaque chef de pôle. Le médecin généraliste doit surveiller les mesures d'isolement et de contention.

**16. RECOMMANDATION ..... 48**

La situation des personnes détenues à l'EPSM de Saint-Avé constitue une atteinte grave aux droits fondamentaux des personnes privées de liberté. Il est essentiel de ne pas placer systématiquement les personnes détenues hospitalisées en chambre d'isolement durant toute la durée de leur séjour pour des motifs uniquement liés à la sécurité et à la discipline et non pour des motifs thérapeutiques comme l'a rappelé le CGLPL à de nombreuses reprises. Les visites, les correspondances et les appels téléphoniques doivent être autorisés selon les mêmes règles que celles applicables au sein des établissements pénitentiaires. Le protocole d'admission existant doit faire l'objet, en lien avec l'établissement pénitentiaire du ressort et la préfecture, d'une réflexion visant à des modifications de pratiques ; ce à quoi se sont engagés le directeur et le président de la commission médicale d'établissement.

**17. RECOMMANDATION ..... 49**

La présence médicale devrait être renforcée au sein du CAO le matin afin de réduire le temps d'attente des patients, de plusieurs heures s'ils arrivent en début de matinée, au moment sensible de leur arrivée.

**18. RECOMMANDATION ..... 51**

Le statut et l'usage fait de la chambre de surveillance attentive dite « ponctuelle », qui sert aussi de chambre d'hébergement, mériteraient d'être clarifiés, car elle ne répond ni aux normes de sécurité, ni au protocole de l'hôpital relatif aux chambres d'apaisement.

#### 19. RECOMMANDATION ..... 55

Le seul signal lumineux pour indiquer un appel des patients en chambres de soins intensifs est insuffisant pour permettre d'assurer leur sécurité. Le bouton d'appel doit faire retentir une sonnerie suffisamment forte pour que les soignants puissent l'entendre y compris hors de leur bureau à l'extrémité du service ; son arrêt doit se faire par un interrupteur situé à proximité de la porte de la chambre concernée.

#### 20. RECOMMANDATION ..... 71

La clinique d'admission Triskell, unité fermée, reçoit des patients en soins libres dont la liberté de mouvement à l'extérieur peut être tributaire d'une permission accordée ou non. Il conviendrait de remédier à cette atteinte à la liberté.

#### 21. RECOMMANDATION ..... 77

Le psychomotricien n'intervient dans l'unité Amaryllis qu'une demi-journée par semaine. Il conviendrait d'augmenter ce temps de présence compte tenu des difficultés spécifiques des patients soignés dans cette unité.

#### 22. RECOMMANDATION ..... 79

L'organisation de l'unité doit permettre l'accès aux chambres dans la journée, en particulier après le déjeuner.

#### 23. RECOMMANDATION ..... 87

Si le service de pédopsychiatrie, séparé des autres services, bénéficie d'installations remarquables, la gestion des crises majeures n'est pas correctement prise en compte, les patients étant alors placés dans l'unité de soins intensifs (USIP) des adultes.

La séparation des enfants doit être assurée dans toutes les formes de soins.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>2</b>
<b>OBSERVATIONS</b> .....	<b>4</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>8</b>
<b>RAPPORT</b> .....	<b>10</b>
<b>1. LES CONDITIONS DE LA VISITE</b> .....	<b>10</b>
<b>2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	<b>11</b>
2.1 L'organisation de la psychiatrie dans le département : une offre de soins en psychiatrie partagée entre trois établissements .....	11
2.2 L'organisation de l'établissement privilégie une mutualisation entre les secteurs qui préserve cependant l'accès aux soins de proximité .....	11
2.3 Le personnel : une gestion des ressources humaines qui ne se heurte à aucune difficulté pour le recrutement des médecins et du personnel soignant et qui garantit une formation satisfaisante .....	12
2.4 Le budget : un plan de retour à l'équilibre qui semble bien maîtrisé par la direction	14
2.5 L'activité : des patients en hospitalisation complète très minoritaires dont un peu moins du quart sont en soins sous contrainte .....	14
2.6 Les contrôles institutionnels : les registres sont bien tenus .....	16
2.7 Les garanties de qualité de la prise en charge : une démarche qualité effective .	16
<b>3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT</b> .....	<b>18</b>
3.1 L'arrivée des patients admis sans consentement est centralisée par une unité qui assure efficacement leur orientation .....	18
3.2 L'information des patients est correctement assurée .....	21
3.3 La préparation de la sortie : les sorties et les levées de mesure participent de la stratégie de réduction de l'hospitalisation complète .....	21
3.4 Le contrôle du juge des libertés et de la détention s'opère sur place dans le cadre d'un dialogue nourri avec la direction .....	24
<b>4. LES DROITS DES PATIENTS</b> .....	<b>27</b>
4.1 La protection juridique des majeurs dont la situation est complexe est confiée de préférence aux associations et les tuteurs reçoivent une formation qualifiante .	27
4.2 La conservation des biens des patients est perfectible .....	28
4.3 L'accès au dossier médical : des demandes d'accès au dossier médical en augmentation qui sont satisfaites dans les délais réglementaires .....	30
4.4 Le droit de vote est mis en œuvre mais peu utilisé .....	31
4.5 Les activités religieuses ou philosophiques sont proposées par l'aumônerie catholique, qui est chargée de faire le lien avec les autres cultes .....	31
<b>5. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION</b> .....	<b>32</b>

5.1	La vie courante est organisée de façon satisfaisante .....	32
5.2	Les relations avec l'extérieur sont plus ou moins restreintes en fonction de l'état du patient, quel que soit le type de soins dont il bénéficie.....	34
5.3	L'offre de soins somatiques dispose de moyens techniques et humains permettant de répondre aux besoins des patients hospitalisés de façon très complète.....	35
5.4	La sexualité : les relations sexuelles, parfois interdites, parfois tolérées, ne donnent lieu à aucune réflexion au sein de l'établissement .....	38
5.5	L'isolement et la contention : les modalités d'isolement et de contention prennent en compte les différentes situations mais leur traçabilité n'est pas correctement assurée .....	38
5.6	Les incidents sont traités rapidement mais signalés de manière non uniforme...	44
5.7	L'accès aux lieux collectifs offre des prestations intersectorielles variées ouvertes notamment aux patients en soins sans consentement .....	45
5.8	L'admission des personnes détenues fait l'objet d'un protocole imposant le maintien à l'isolement systématique qui constitue une atteinte grave aux droits de ces patients .....	47
<b>6.</b>	<b>LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE .....</b>	<b>48</b>
6.1	L'intersecteur « Accueil urgences orientation » : une articulation globalement satisfaisante .....	48
6.2	Les unités d'admission : une expérimentation d'ouverture dans une des unités favorise la liberté des patients en soins sans consentement .....	59
6.3	L'addictologie : un service dynamique mais fermé .....	72
6.4	La réhabilitation : trois unités, l'une à l'ouverture exemplaire, une autre pénalisée par son architecture et une troisième adaptée .....	75
6.5	La pédopsychiatrie : un service préservé mais inadapté à la gestion des crises majeures.....	84
6.6	La gérontopsychiatrie : un ensemble pluridisciplinaire offrant des prestations diversifiées pour une prise en charge respectueuse de tous les patients quel que soit leur statut .....	87
<b>7.</b>	<b>CONCLUSION GENERALE.....</b>	<b>91</b>
	<b>ANNEXE : LISTE DES SIGLES EMPLOYES .....</b>	<b>93</b>

---

# Rapport

## Contrôleurs :

- Cédric de Torcy, chef de mission ;
- Chantal Baysse ;
- Anne-Sophie Bonnet ;
- Isabelle Fouchard ;
- Hubert Isnard ;
- Dominique Lodwick.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite de l'établissement public de santé mentale (EPSM) de Saint-Avé (Morbihan) du 11 au 15 avril 2016.

## 1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le lundi 11 avril à 14h30. Ils l'ont quitté le vendredi 15 avril à 11h45. Ils ont réalisé une visite de nuit le soir du mercredi 13 avril.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur de l'EPSM. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une quarantaine d'auditeurs dont le président de la commission médicale de l'établissement (CME), les directeurs adjoints, des médecins chefs de pôles, de secteurs et d'unités, des cadres de santé, des soignants, des représentants syndicaux et des intervenants extérieurs.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet du Morbihan, le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance (TGI) de Vannes. Les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site ont été avisées de la présence des contrôleurs ; à leur demande, certains représentants ont rencontré les contrôleurs.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un téléphone et de deux ordinateurs permettant d'avoir accès au site intranet. Tous les documents demandés par l'équipe ont été mis à leur disposition et regroupés dans un dossier électronique qui a été alimenté tout au long de la visite.

Des affichettes signalant la visite de contrôleurs ont été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des personnels de santé et des intervenants exerçant sur le site.

Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi matin en présence du directeur.

Un rapport de constat a été adressé le 29 juin 2017 au directeur de l'établissement, qui y a répondu par un courrier en date du 2 août 2017. Ses observations ont été prises en compte dans le présent rapport.

## 2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

### 2.1 L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT : UNE OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE PARTAGEE ENTRE TROIS ETABLISSEMENTS

L'organisation de la psychiatrie dans le département du Morbihan s'appuie sur trois établissements : l'EPSM "Morbihan" à Saint-Avé, l'EPSM "JM Charcot" à Caudan et le centre hospitalier de Plouguernevel (Côtes-d'Armor).

Le territoire couvert par l'EPSM Morbihan compte environ 400 000 habitants. Il inclut la ville de Vannes et son agglomération, Muzillac, Auray, Locminé et Ploërmel. Il est découpé en trois secteurs de psychiatrie générale pour adultes – Auray-Locminé, Vannes-Muzillac, Ploërmel-St-Avé – et un secteur de pédopsychiatrie.

### 2.2 L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT PRIVILEGIE UNE MUTUALISATION ENTRE LES SECTEURS QUI PRESERVE CEPENDANT L'ACCES AUX SOINS DE PROXIMITE

Le projet médical d'établissement 2013-2017 a conduit à une réorganisation de l'offre de soins s'appuyant sur les bassins de vie tels que définis par l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) avec six secteurs de psychiatrie adulte, un secteur de pédopsychiatrie et des intersecteurs proposant des activités plus spécialisées. Les intersecteurs, sont au nombre de quatre : "Accueil, urgences et orientation", "Addictologie", "Gérontopsychiatrie" et "Réhabilitation psychosociale".

Les secteurs et intersecteurs sont organisés en trois pôles de psychiatrie adulte et un pôle de pédopsychiatrie. Chaque pôle de psychiatrie adulte comprend deux secteurs totalisant des populations de taille similaire et un ou deux intersecteurs. Enfin un pôle médicotechnique regroupe, outre deux unités d'hospitalisation – l'unité Tremplin, prenant en charge des patients ayant vocation à sortir vers des structures d'hébergement et l'unité de soins de longue durée accueillant des patients âgés et handicapés –, la médecine générale, la pharmacie, les spécialités médicales, le département d'information médicale et l'unité d'hygiène.

Cette réorganisation est devenue effective en novembre 2014. Elle a permis de diminuer le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet de 312 en 2015, de mieux tenir compte des bassins de vie de la population (par exemple Vannes et son agglomération constituent un seul secteur alors que jusqu'à maintenant la ville était divisée en plusieurs secteurs), de renforcer la prise en charge en ambulatoire, de mieux structurer les prises en charge spécialisées.

Le pôle "Auray-Locminé" regroupe les secteurs G04 (Auray) et G05 (Locminé) disposant chacun d'un centre médico-psychologique de secteur (CMPS) regroupant un centre médico-psychologique (CMP), un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et un hôpital de jour (HJ). Il dispose d'un service d'admission, la clinique "Alré", située sur le site de l'EPSM. L'intersecteur d'addictologie lui est rattaché. Cet intersecteur comprend deux unités d'hospitalisation : le centre de soins et d'alcoologie (CSA) "L'Ancre" situé à Ploeren, l'unité "En Arbenn" située sur le site de l'EPSM, deux structures de prise en charge en ambulatoire : "Er Liamm" sur le site de l'EPSM et une équipe de liaison.

Le pôle "Vannes-Muzillac" regroupe les secteurs G06 (Vannes) et G07 (Muzillac). Le secteur G06 comprend un CMP, un CATTP, un hôpital de jour et un hôpital de nuit ainsi qu'une équipe mobile de précarité. Le secteur G07 comprend un CMP, un CATTP et un hôpital de jour. Les admissions en hospitalisation complète se font dans la clinique "Les Sources" située sur le site de l'EPSM. Sont rattachés à ce pôle, les intersecteurs "Accueil, urgences et orientation" et "Gérontopsychiatrie". L'intersecteur "Accueil, urgences et orientation" gère l'ensemble des admissions avec le centre d'accueil et d'orientation (CAO) situé sur le site de l'EPSM et l'unité médico-psychologique auprès du service des urgences du centre hospitalier "Bretagne-Atlantique" (CHBA) de Vannes, le centre d'évaluation et de préparation au relais ambulatoire (CEPRA) pour des hospitalisations courtes inférieures à 72 heures et qui comprend une unité de dix lits sur le site de l'EPSM et une de six lits au CHBA. Enfin l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) accueille les patients en situation de crise qu'ils arrivent *via* le CAO ou qu'ils soient adressés par les autres unités de l'hôpital.

Le pôle "Saint-Avé-Ploërmel" regroupe les secteurs G10 (Saint-Avé) et G08 (Ploërmel). Le secteur G10 comprend un CMP, un CATTP, un hôpital de jour à Saint-Avé ainsi qu'une antenne (CMP et CATTP) à Questembert. Le secteur G08 comprend, à Ploërmel, un CMP, un CATTP, un hôpital de jour et une équipe de liaison ainsi que deux antennes à Josselin et Malestroit. Les admissions en hospitalisation complète se font à la clinique "Triskell" sur le site de l'EPSM. Est rattaché à ce pôle, l'intersecteur "Réhabilitation sociale" qui comprend trois unités d'hospitalisation – "Arvor", "Argoat" et "Amaryllis" – ainsi que l'unité de psychothérapie. Ces unités sont situées sur le site de l'EPSM.

### **2.3 LE PERSONNEL : UNE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES QUI NE SE HEURTE A AUCUNE DIFFICULTE POUR LE RECRUTEMENT DES MEDECINS ET DU PERSONNEL SOIGNANT ET QUI GARANTIT UNE FORMATION SATISFAISANTE**

Le dernier bilan social disponible porte sur l'année 2014.

#### *a) Le personnel médical*

En 2014, l'effectif médical prévisionnel en équivalents temps pleins rémunérés (ETPR) était de 49,11 médecins permanents, 7,52 médecins à titre provisoire et 9,33 internes. L'effectif rémunéré effectivement sur cette même année était de 48,81 médecins permanents et 6,28 médecins à titre provisoire. La totalité des postes d'interne a été pourvue.

Selon les échanges que les contrôleurs ont eus avec le responsable des ressources humaines et les médecins de l'établissement, l'attractivité de l'EPSM est grande et permet ainsi de n'avoir aucune difficulté à recruter des médecins psychiatres. Le nombre des postes d'internes a pu être augmenté à douze en 2015 et la totalité d'entre eux est à nouveau pourvue.

Le taux d'absentéisme du personnel médical est de 13,97 % en 2014, à mettre en relation avec la situation de cinq médecins en longue maladie.

D'après les tableaux fournis par l'établissement, le temps consacré aux unités d'hospitalisation complète était, en avril 2016, de 10,4 ETP de médecin psychiatre, de 2,05 ETP de médecins généralistes avec diplôme interuniversitaire (DIU) de psychiatrie et de 6,5 ETP d'internes en psychiatrie. Ce temps permet une présence effective des médecins dans les unités.

La permanence des soins est assurée grâce à une organisation comportant trois volets :

- au sein de chaque pôle, une permanence des psychiatres de jour ;
- en journée, un tableau d'activité sur la tranche horaire 8h-18h et une astreinte à domicile adulte et pédiatrique du samedi midi au lundi matin ;
- de 18h à 9h, une garde sur place de première intention, assurée par les internes de spécialité et les médecins généralistes.

Il a été indiqué aux contrôleurs que la nuit, lorsque le cadre de santé de nuit appelait le psychiatre d'astreinte, celui-ci ne se déplaçait pas mais donnait simplement des directives par téléphone.

#### *b) Le personnel non médical*

L'effectif moyen rémunéré prévisionnel pour le personnel non médical était de 1 362,93 en 2014. L'effectif réellement rémunéré a été de 1 367,28 en faveur d'une absence de difficulté de recrutement. Le personnel soignant représente 1 109,78 ETPR.

A noter qu'un quart du personnel soignant est à temps partiel (le plus souvent à 80 %).

Le taux d'absentéisme est de 7,46 %, similaire à la moyenne nationale.

Le personnel soignant est tenu par un « contrat moral » à ne pas demander de changement de poste avant trois ans d'ancienneté dans l'unité.

#### *c) La gestion des ressources humaines*

Le plan de retour à l'équilibre s'est accompagné de la signature d'un accord avec le syndicat majoritaire. Cet accord prévoit entre autres une diminution de trois jours de réduction du temps de travail (RTT) et de 20 % des remplacements. Le plan a par ailleurs entraîné la suppression de 53 postes mais, en contrepartie, 30 postes ont été créés pour la prise en charge des patients en ambulatoire. Selon des déclarations faites aux contrôleurs, « *en conséquence, les transmissions ont été réduites à 15 minutes ; ce qui ne permet pas d'évoquer toutes les situations* ».

La réorganisation de l'établissement en trois pôles a nécessité des mouvements de personnel qui ont concerné environ 200 personnes et ont créé une dynamique de mobilité encouragée par la direction de l'hôpital.

Alors que le personnel soignant ne comportait jusqu'à maintenant que des infirmiers, il est créé au sein de chaque unité d'admission des postes d'aides-soignants et d'aides médico-psychologiques afin de mieux spécialiser les interventions de chacun auprès des malades.

Un portefeuille de formation est garanti dans les cinq années qui suivent le recrutement du personnel soignant. Les formations prioritaires portent sur le risque suicidaire, la gestion des situations de violence (Omega), la contention. Les nouveaux infirmiers bénéficient, au bout d'un an de présence, d'une formation sur une année avec tutorat et ateliers.

Chaque pôle dispose d'une marge de 0,5 à 0,8 % de personnel en plus, lui permettant de gérer les arrêts de quelques jours. Par ailleurs, il existe un pool de cinq infirmiers de remplacement, qui va être étendu aux aides-soignantes et aux agents des services hospitaliers.

## 2.4 LE BUDGET : UN PLAN DE RETOUR A L'EQUILIBRE QUI SEMBLE BIEN MAITRISE PAR LA DIRECTION

L'état prévisionnel des recettes et des dépenses pour l'année 2015 était de 69 850 976 euros au titre des charges relatives au budget principal (santé mentale) de l'établissement. L'exercice 2015 se traduit par un déficit de 69 532 euros pour le budget principal alors qu'il est excédentaire pour les budgets annexes (médico-social et social). Les charges en personnel représentent 81 % du budget.

Le plan pluriannuel de retour à l'équilibre de l'EPSM s'est traduit en 2015 par :

- la fermeture de quinze lits aux Rosiers Peupliers ;
- la fermeture de la clinique des Sables ;
- l'évolution de l'offre de soins en pédopsychiatrie ;
- l'évolution des règles de gestion du temps de travail ;
- la rationalisation des organigrammes administratifs et techniques ;
- la révision des contrats des prestataires de services ;
- la facturation des chambres particulières.

Ces mesures ont permis de maintenir le budget en équilibre.

Le plan triennal d'économies de l'assurance maladie se poursuivant sur l'année 2016 : l'EPSM prévoit une réduction de la dotation annuelle de financement comprise entre 70 000 et 200 000 euros et a construit son état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) sur la base d'un déficit prévisionnel de 200 000 euros.

## 2.5 L'ACTIVITE : DES PATIENTS EN HOSPITALISATION COMPLETE TRES MINORITAIRES DONT UN PEU MOINS DU QUART SONT EN SOINS SOUS CONTRAINTE

En 2015 la file active de l'établissement était de 17 006 personnes dont 13 911 en psychiatrie adulte et 3 095 en pédopsychiatrie. Sur ces 17 006 personnes, 4 160 adultes et 1 037 enfants étaient des nouveaux patients.

La répartition des personnes en fonction de l'âge et du sexe est décrite dans le tableau ci-dessous. Elle montre que les deux tiers de la file active sont âgés de 25 à 64 ans. En 2014 et 2015, le même nombre de mineurs, vingt-sept, a été suivi en psychiatrie adulte.

Age	2014				2015			
	M	F	total	%	M	F	total	%
<18	12	15	27	0,20	19	8	27	0,19
18-24	490	492	982	7,34	495	508	1 003	7,21
25-44	2 118	2 004	4 122	30,81	2 214	2 143	4 357	31,32
45-64	2 297	2 692	4 989	37,29	2 446	2 656	5 102	36,68
65-84	925	1 604	2 529	18,90	1 049	1 643	2 692	19,35
85+	164	567	731	5,46	194	536	730	5,25
	6 006	7 374	13 380		6 417	7 494	13 911	

Près de la moitié de ces patients, soit 45,4 %, est célibataire et un quart (26,3 %) est actif.

Environ 10 % des patients bénéficient du RSA<sup>1</sup> ou de l'AAH<sup>2</sup>.

La file active des personnes ayant bénéficié au cours de l'année d'une hospitalisation à temps complet étaient en 2015 de 2 795 personnes. Parmi ces personnes, 146 avaient été de façon exclusive en hospitalisation temps plein et 118 étaient hospitalisées depuis plus d'un an. Ces patients représentent respectivement 5 % et 4 % de la file active.

La durée moyenne d'hospitalisation à temps plein est de 41 jours en 2015, stable depuis 2009.

Le tableau ci-dessous présente l'évolution de la répartition des durées de séjours entre 2009, 2012 et 2015. Le nombre de séjours en hospitalisation complète a légèrement diminué en 2015 à la suite de la réorganisation de l'offre de soins mais la répartition des séjours en fonction de leur durée reste relativement stable avec une légère augmentation des séjours courts de sept jours et moins, qui passent de 33,8 % en 2009 à 38 % en 2015 avec une baisse des séjours longs supérieurs à trois semaines voire trois mois.

		2009	2012	2015
Nombre de séjours concernés		3944	4187	3722
Durée du séjour	< 3 jours	11,9 0 %	13,0 0 %	11,8 0 %
	3 à 7 jours	21,9 0 %	22,2 0 %	26,2 0 %
	8 à 21 jours	35,8 0 %	36,7 0 %	36,1 0 %
	22 à 90 jours	25,4 0 %	23,8 0 %	21,3 0 %
	> 90 jours	5,1 0 %	4,3 0 %	4,5 0 %
Total		10 0 %	10 0 %	10 0 %

De même, le nombre de séjours sur de très longues durées diminue passant, en nombre absolu, de 74 à 58 sur la période 2009 - 2015.

	2009	2012	2015
Nombre de séjours supérieurs à 292 jours	74	61	58

Le tableau ci-dessous présente l'évolution, entre 2010, 2012 et 2015, du statut des personnes ayant bénéficié d'une hospitalisation à temps complet. On constate en particulier une diminution régulière des personnes admises en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE).

1 RSA : revenu de solidarité active

2 AAH : allocation adulte handicapé

Type de soin	2010	2012	2015
SL <sup>3</sup>	2628	2704	2461
SPDT <sup>4</sup>	525	489	515
SPPI <sup>5</sup>		41	145
SPDRE <sup>6</sup>	105	72	60
D398 <sup>7</sup>		6	1
L3213-7 <sup>8</sup>		6	3
OPP <sup>9</sup>			2

## 2.6 LES CONTROLES INSTITUTIONNELS : LES REGISTRES SONT BIEN TENUS

### 2.6.1 Le registre de la loi

Les registres de la loi sont globalement bien tenus, mais avec un retard de six mois environ au niveau du « collage » des certificats médicaux, qui sont miniaturisés et prédécoupés.

### 2.6.2 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

La CDSP a effectué une visite en 2013, deux en 2014 et une en 2016. Contrairement aux exigences légales, ces visites ne donnent pas lieu à un compte rendu.

### 2.6.3 La visite des autorités

Le directeur de cabinet du préfet a visité l'hôpital en 2014 à son arrivée. Le parquet a effectué une visite en 2014 et 2015, avec le vice-président du TGI lors de cette dernière visite.

## 2.7 LES GARANTIES DE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE : UNE DEMARCHE QUALITE EFFECTIVE

L'établissement a élaboré un projet « Qualité, risques et vigilances 2013-2017 ». Les principes et méthodes retenues dans le cadre de ce projet sont :

- l'analyse des pratiques professionnelles ;
- l'implication des usagers dans la démarche d'amélioration de la qualité des soins : patient, entourage, représentants des usagers, correspondants externes ;
- le renforcement de l'évaluation.

3 SL : soins libres

4 SPDT : soins psychiatriques à la demande d'un tiers

5 SPPI : soins psychiatriques pour péril imminent

6 SPDRE : soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

7 Art. D398 du Code de procédure pénale (CPP) : admission en soins psychiatriques, sur décision du représentant de l'Etat, d'une personne détenue

8 Art. L3213-7 du code de santé publique : admission en soins psychiatriques, sur décision du représentant de l'Etat, d'une personne déclarée irresponsable pénale ou ayant fait l'objet d'un classement sans suite

9 OPP : ordonnance de placement provisoire d'un mineur

L'implication des usagers doit se traduire par :

- la participation d'un représentant des usagers à la consultation éthique. Dans les faits, celui-ci est excusé à chaque réunion ;
- la recherche de collaboration et d'une meilleure implication des familles dans la prise en charge, en lien avec le plan d'amélioration de la qualité (PAQ) ;
- l'information sur la pathologie, le traitement et les soins. Dans l'enquête 2014 auprès des personnes hospitalisées à temps complet, le pourcentage des personnes satisfaites ou très satisfaites de l'information donnée par le médecin sur la maladie et le traitement est de 81 % ; ce qui laisse supposer que deux patients sur dix ne sont pas satisfaits. Ce taux est de 85 % dans l'enquête 2015 auprès des personnes en hôpital de jour et CATTP.

### 2.7.1 La place laissée aux représentants des familles et des usagers

Les contrôleurs ont rencontré un représentant des usagers qui siège à la commission des usagers et au conseil de surveillance de l'établissement. Il décrit un établissement ouvert vers l'extérieur et renforçant les structures de prise en charge extrahospitalières. Les relations avec l'équipe de direction hospitalière sont satisfaisantes.

Les sujets abordés au conseil de surveillance sont ardues et une formation des représentants des usagers serait la bienvenue afin d'être plus actif au sein de ce conseil.

Dans sa réponse, la direction de l'établissement déclare : « *Formation FHF proposée aux administrateurs, quatre administrateurs ont pu y participer en 2016* ».

### 2.7.2 La commission des usagers

La commission des usagers s'est réunie trois fois en 2014. Le directeur de l'établissement y participe.

Une permanence se tient sur le site de Saint-Avé le vendredi de 14h à 16h ; elle permet aux patients et à leurs familles de rencontrer un membre de la commission.

En 2014, la commission a reçu vingt-deux réclamations écrites, deux réclamations orales et trois éloges ; trois réclamations concernaient la liberté de circuler et provenaient de la clinique "Les Sources" et des unités "Daumézon A" et "C".

L'un des représentants des usagers, rencontré par les contrôleurs, a une appréciation positive du fonctionnement de la commission. Ainsi, s'étant fait le relais de la plainte d'une famille auprès du directeur des soins, il a obtenu une réponse rapide de la part de celui-ci et la plainte a été examinée par la commission sans délai.

Cependant il regrette que les réclamations étudiées en commission ne soient pas envoyées avant la séance de façon à pouvoir les étudier et il propose que les événements indésirables soient examinés en commission.

### 2.7.3 Le comité d'éthique

L'établissement a mis en place une consultation d'éthique qui se réunit une fois par trimestre. Les derniers comptes rendus transmis aux contrôleurs sont en date des 26 février 2016, 11 décembre 2015, 2 octobre 2015, 22 mai 2015 et 6 mars 2015.

La consultation a défini ses modalités de fonctionnement, son règlement intérieur et sa composition.

Elle examine notamment, sur proposition d'un soignant ou d'une équipe, les situations de patients présentant des difficultés de prise en charge du fait d'une impasse thérapeutique, des difficultés à trouver une réponse d'équipe.

### 2.7.4 Les questionnaires de satisfaction

Un questionnaire de sortie est systématiquement remis aux patients. Les résultats de l'analyse portant sur les années 2013, 2014 et 2015 ont été remis aux contrôleurs.

Une enquête de satisfaction a été réalisée auprès des patients en hospitalisation complète en 2014 et en ambulatoire en 2015.

L'enquête auprès des patients en hospitalisation complète est répétée tous les deux ans depuis 2006. Elle comprend des items portant sur l'arrivée dans l'établissement, l'admission en unité d'hospitalisation, les informations reçues et la disponibilité du personnel, la qualité des soins, les conditions du séjour (confort, organisation), le service social, la religion, la famille et les visiteurs, la sortie. En 2014 les actions d'amélioration proposées à l'issue de l'enquête portent sur :

- la remise du livret d'accueil dans les unités ;
- la présentation du personnel (nom et fonction) ;
- l'amélioration de la qualité des repas ;
- la diminution du bruit en journée dans trois unités ;
- la simplification des formalités administratives de la sortie du patient.

En 2015, 1 100 patients ont rempli le questionnaire, soit 33 % de la file active. Les appréciations « *très satisfait ou satisfait* » ou « *toujours-souvent* » atteignent plus de 80 % sur la quasi-totalité des items. Seule la qualité des repas obtient des scores plus bas, de l'ordre de 70 % de « *excellent-bon* ».

## 3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

### 3.1 L'ARRIVEE DES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT EST CENTRALISEE PAR UNE UNITE QUI ASSURE EFFICACEMENT LEUR ORIENTATION

#### 3.1.1 Les modalités d'admission

L'admission des patients transite nécessairement par le CAO (voir *infra*), où sont réalisés un entretien infirmier, une consultation par un psychiatre et une consultation par un somaticien, au terme desquels est décidée l'orientation du patient vers l'unité la plus adaptée à son état clinique.

L'EPSM dispose d'une équipe d'ambulanciers spécialisés qui vont chercher à leur domicile les patients en SPDRE, y compris durant la nuit, ce qui évite que soient sollicités les services de police

ou de gendarmerie. Mais cette procédure a pour conséquence que le passage par les urgences du CHBA n'est systématique que lorsqu'un problème somatique a été détecté.

### **Recommandation**

*La conduite d'une personne directement vers l'EPSM sans passer systématiquement par les urgences du CHBA, présente le risque de ne pas diagnostiquer un problème somatique qui prendrait la forme d'une symptomatologie psychiatrique (exemple : une méningite). Il convient de mettre en place une procédure permettant d'éviter un tel risque.*

Un « guide régional des soins psychiatriques sans consentement à l'attention des médecins et des maires » a été élaboré conjointement par l'EPSM et l'ARS. Grâce à sa diffusion auprès des acteurs concernés, les documents nécessaires à l'hospitalisation – certificat médical et arrêtés – sont transmis rapidement à l'EPSM, parfois faxés avant l'arrivée du patient au bureau des entrées entre 9h et 17h ou à l'administrateur de garde *via* le standard entre 17h et 21h30. Très utile et pédagogique, il fait cependant référence seulement à la loi du 5 juillet 2011 et non à la loi du 25 juillet 2013. Il y est notamment fait mention de soins psychiatriques « à la demande » du représentant de l'Etat alors qu'il s'agit de soins psychiatriques « sur décision » du représentant de l'Etat.

### **Bonne pratique**

*Le Guide régional des soins psychiatriques sans consentement à l'attention des médecins et des maires, élaboré conjointement par l'EPSM et l'ARS, permet efficacement la diffusion des droits des patients hospitalisés sans consentement auprès des acteurs concernés ; ce guide mérite d'être généralisé au niveau national.*

Dans sa réponse, la direction déclare : « *L'édition et les mises à jour de ce guide sont effectuées par l'ARS, cette remarque lui sera transmise* »

Il a été signalé aux contrôleurs qu'il était très difficile de trouver un médecin qui accepte de se déplacer le week-end pour établir un certificat en cas de signalement de troubles psychiatriques par une famille, nécessitant un arrêté municipal de placement en soins psychiatriques. Il en résulte que la gendarmerie est parfois contrainte de conduire la personne aux urgences du CHBA, sans certificat médical et contre la volonté de l'intéressé c'est-à-dire hors du cadre légal.

D'après les déclarations faites aux contrôleurs, il arrive que le médecin psychiatre de permanence le week-end ne se déplace pas lorsqu'un patient est admis.

Dans sa réponse, la direction déclare : « *Chaque patient accueilli bénéficie d'une évaluation médicale de 1<sup>ère</sup> intention, en cas de besoin, le psychiatre d'astreinte est sollicité et le cas échéant, se déplace* ».

### **Recommandation**

*Il convient de s'assurer que tous les médecins psychiatres de permanence le week-end se déplacent effectivement à l'établissement lorsqu'un patient y est admis.*

### 3.1.2 La notification de la décision d'admission et les voies de recours

Au terme des entretiens médicaux au CAO, les documents sont transmis au service central des admissions et la décision d'hospitalisation prise par le directeur d'établissement est notifiée au patient dans les plus brefs délais par un infirmier en semaine ou par le cadre de garde la nuit et les week-ends. Si le patient refuse de signer la notification – qu'il prend souvent comme un accord donné à son hospitalisation –, deux infirmiers signent le document. En principe, les voies de recours à la disposition du patient lui sont indiquées au moment de la notification de la décision d'hospitalisation, à condition que celui-ci soit en état de les entendre. Le personnel a indiqué aux contrôleurs que, dans le cas contraire, les explications étaient données quelques heures plus tard, une fois la personne apaisée.

### 3.1.3 Le recueil des observations des patients

Il n'est pas apparu, lors de la visite, que les unités mettaient en œuvre le recueil des observations des patients conformément à l'article L. 3211-3 al. 2 du code de la santé publique.

#### **Recommandation**

*La procédure de recueil des observations des patients en amont de chaque décision prononçant le maintien des soins doit être mise en œuvre, conformément à l'article L. 3211-3 al.2. du CSP.*

### 3.1.4 La désignation d'une personne de confiance

Les patients sont informés de leur droit de désigner une personne de confiance dans le cadre de la notification des droits. Peu en font usage en dehors des patients sous protection juridique, auquel cas c'est le tuteur/curateur qui assure la fonction de personne de confiance, notamment dans les unités "Amaryllis", "Arvor" et "Argoat".

### 3.1.5 La période initiale de soins et d'observation dans chaque unité

La période initiale de soins et d'observation est précisée dans les chapitres spécifiques à chaque unité (Cf. *infra* chap.6).

Le CEPRA joue parfois un rôle d'évaluation en cas de crise et d'hésitation avec une orientation vers l'USIP.

### 3.1.6 Les cas de suroccupation et de transfert

Le CAO répertorie trois fois par jour l'occupation des chambres dans l'ensemble des unités, y compris les chambres d'isolement, pour réserver des places et réguler l'occupation des lits. Une liste d'hébergement est ainsi actualisée en continu pour orienter le plus rapidement possible les patients vers leur unité de destination, la priorité étant donnée aux patients orientés vers l'USIP. En cas de sur occupation dans l'unité de destination, les patients sont placés dans une autre unité le temps qu'une place se libère. Durant cette période, ils sont suivis par l'équipe de l'unité qui les reçoit provisoirement. Selon les unités, le délai peut atteindre plusieurs semaines.

#### **Recommandation**

*La suroccupation de certaines unités ne doit pas conduire à placer des patients dans des unités d'hébergement pendant parfois plusieurs semaines avant de les orienter vers l'unité adaptée.*

Dans sa réponse, la direction déclare : « *La notion d'unité adaptée est relative en psychiatrie puisqu'une seule discipline, en conséquence, le risque est modéré en terme de qualité et de sécurité de PEC par rapport aux compétences des professionnels et psychiatres* ».

En cas d'absence de chambre d'isolement disponible lors d'une urgence, le patient est immédiatement transféré vers un autre hôpital de la région.

## 3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS EST CORRECTEMENT ASSUREE

### 3.2.1 Les informations prévues par la loi

Les informations prévues par la loi, récapitulées dans le guide régional sur les soins sans consentement, sont délivrées aux patients à leur arrivée dans l'unité d'hébergement par un cadre ou un soignant. Les cadres ont reçu une formation spécifique et sont chargés de former les soignants. Dans l'ensemble des unités, et en particulier à l'USIP, unité de gestion de crise (Cf. *infra* chap. 6.1.3), si la personne n'est pas en capacité d'écouter et de comprendre les informations, le formulaire est signé par deux infirmiers et la notification des droits est différée.

### 3.2.2 Le livret d'accueil

Le livret d'accueil de l'EPSM, agrémenté de fiches thématiques, est extrêmement détaillé sur les différentes structures d'accueil, les techniques de soins et les informations liées aux conditions d'hospitalisation et aux droits et obligations des patients. Il semble néanmoins qu'il ne soit pas systématiquement remis aux patients dans les unités (notamment le CEPRA, "Triskell", "Les Sources", l'USIP), même s'il le serait aux familles.

### 3.2.3 Les règles de vie

Chaque unité d'hospitalisation complète dispose d'un « règlement intérieur » rédigé sous une forme et selon une trame standard. Il s'agit de deux pages imprimées côte à côte sur une feuille de format A3, ce qui permet de l'afficher facilement ; cependant, dans certaines unités, comme dans le réfectoire du CEPRA, il est imprimé sur un format A4, ce qui rend le texte quasi-illisible.

Le texte varie légèrement d'une unité à l'autre, notamment concernant les horaires de visite ou les modalités pratiques et le déroulement du séjour, mais certaines informations ne correspondent pas à la réalité, comme par exemple la remise des objets de valeur « au coffre de l'établissement », qui n'existe pas, les règles d'accès aux chambres dans la journée, qui ne sont pas toujours mentionnées, l'heure de fermeture des chambres le soir ou la procédure de contact avec la commission des usagers (exemples pris dans les unités de l'intersecteur de réhabilitation psychosociale).

#### **Recommandation**

*Les règles de vies des unités doivent être actualisées et diffusées dans un format lisible.*

## 3.3 LA PREPARATION DE LA SORTIE : LES SORTIES ET LES LEVEES DE MESURE PARTICIPENT DE LA STRATEGIE DE REDUCTION DE L'HOSPITALISATION COMPLETE

La décision et l'organisation de la sortie du patient, qu'il s'agisse d'une sortie de courte durée ou d'une fin d'hospitalisation, reposent sur les évaluations médicales et sociales.

### 3.3.1 Les sorties de courte durée

Depuis la réforme opérée par la loi du 27 septembre 2013, les sorties, désormais de deux types, peuvent être autorisées afin de favoriser la guérison, la réadaptation, la réinsertion sociale, également dans l'hypothèse où des démarches extérieures sont nécessaires. Il existe deux formulaires distincts en fonction du type d'hospitalisation sans consentement. L'un a trait aux SPDT, éventuellement en urgence, et aux SPPI, l'autre concerne les SPDRE.

Les deux types de formulaire contiennent les mêmes informations : identité et date de naissance du patient, identité et qualité de la personne qui accompagnera le patient : membre du personnel (fonction), membre de la famille (nom et prénom, adresse) ou personne de confiance (nom et adresse). Le formulaire précise également le motif de la sortie.

#### *a) Les sorties accompagnées d'une durée inférieure à 12 heures*

En pratique, lorsque l'état de santé du patient admis en hospitalisation complète est stabilisé, le psychiatre peut prescrire une sortie accompagnée de moins de 12 heures pour participer à des activités ou régler des problèmes administratifs. Les patients sont accompagnés par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement (soignants ou assistante sociale) par un membre de leur famille ou par leur tuteur.

S'agissant des sorties organisées par les unités ou dans le cadre des ateliers thérapeutiques, les patients admis en soins sans consentement qui en bénéficient sont accompagnés dans le groupe par un soignant de leur propre unité. Si la sortie se déroule bien, des sorties de 48 heures peuvent rapidement être autorisées.

#### *b) Les sorties non accompagnées d'une durée maximum de 48 heures*

Il a été rapporté aux contrôleurs que, dans certaines situations de blocage, des soins sans consentement sous la forme d'un programme de soins avec hospitalisation de semaine pouvaient être proposés par le médecin, qui déterminait les aménagements de sortie pour inclure des journées ou week-end au domicile ou chez un tiers.

Si le patient a été admis dans le cadre de soins à la demande d'un tiers, les sorties non accompagnées de moins de 48 heures sont accordées sur avis médical et après information du tiers. Il a été indiqué aux contrôleurs que cette information des tiers était parfois problématique, ces derniers ne comprenant pas que les patients dont ils ont sollicité l'hospitalisation soient autorisés à sortir de l'établissement.

Dans le cadre des admissions en soins libres, toute sortie à l'extérieur de l'établissement est autorisée par le directeur ou, par délégation, par le cadre de l'unité, après avis du médecin psychiatre, dans la limite de 48 heures. Lorsque l'état de santé du patient ne nécessite plus son maintien en hospitalisation complète, la sortie est prononcée sur proposition du médecin psychiatre responsable.

#### *c) Les cas d'opposition écrite du représentant de l'Etat*

Lorsqu'il s'agit d'un patient en SPDRE, le directeur de l'établissement transmet au préfet les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis favorable du psychiatre, au plus tard 48 heures avant la date prévue pour la sortie. S'il souhaite s'y opposer, le préfet doit le notifier par écrit au plus tard 12 heures avant la date prévue.

Selon les propos rapportés aux contrôleurs, des cas d'opposition se produisent parfois vis-à-vis de patients placés à l'USIP.

### 3.3.2 L'avis préalable des médecins psychiatres

#### a) L'avis conjoint

Lorsque le psychiatre référent du patient admis en SPDRE atteste qu'une hospitalisation complète n'est plus nécessaire et que la mesure de soins sans consentement peut être levée, le directeur de l'établissement saisit dans les 24 heures le représentant de l'Etat qui doit statuer dans les 3 jours. Si le préfet ne suit pas l'avis du psychiatre, il en informe le directeur qui demande l'examen du patient par un autre psychiatre, lequel doit donner son avis dans les 72 heures.

Il a été signalé aux contrôleurs que, dans le contexte sécuritaire des derniers mois de l'année 2015 et du premier trimestre 2016, les services préfectoraux s'étaient montrés plus réticents pour accepter les levées de mesures.

#### b) Le collège des professionnels de santé

L'avis du collège des professionnels de santé n'étant nécessaire que dans des situations très précises tenant à la durée de l'hospitalisation (après une année continue) ou au statut (personnes déclarées pénalement irresponsables), toutes les unités de l'EPSM Morbihan ne sont pas amenées à se réunir dans ce cadre.

Au sein des unités de l'intersecteur de réhabilitation psychosociale – "Amaryllis", "Argoat" et "Arvor" –, le collège des professionnels de santé se réunit régulièrement. La situation de chaque patient en soins sans consentement est examinée au moins une fois par an. Le collège est composé du médecin et du cadre – ou d'un infirmier – de l'unité et d'un médecin d'une autre unité.

### 3.3.3 Le passage en programme de soins

Le passage en programme de soins est organisé à partir d'une proposition du médecin psychiatre référent, qui détermine la nature, les lieux et la fréquence de ces soins. Les programmes de soins revêtent des formes et des rythmes qui diffèrent selon l'état clinique, le statut et les activités du patient.

L'EPSM met en place des hospitalisations séquentielles qui varient selon les unités. Au jour de la visite des contrôleurs, un patient de l'USIP en bénéficiait.

Les programmes peuvent être organisés dans l'une des structures extrahospitalières, nombreuses, avec lesquelles travaille l'EPSM.

La prise en charge en hôpital de jour est un outil utilisé dans le cas de programmes de soins proposés aux patients en soins sans consentement. L'hôpital de jour assure un suivi interdisciplinaire et des activités thérapeutiques et permet aux patients de continuer à bénéficier d'un soutien médical et social.

Il existe à Vannes, outre les structures classiques, un hôpital de nuit de quatorze lits. Il est fermé le matin de manière à ce que chacun des patients puisse se rendre aux entretiens et/ou activités programmées mais l'obligation leur est faite d'y prendre le repas du soir et d'y dormir. Au 11 avril 2016, il accueillait en programme de soins deux personnes admises en SPDRE et deux personnes en SPDT. Il a été rapporté aux contrôleurs que l'un de ces patients avait un emploi mais que, restant fragile, il était maintenu en programme de soins dans cet hôpital.

Par ailleurs, chaque clinique dispose d'un appartement thérapeutique sur le site de l'établissement, où un soignant se déplace une à deux fois par jour pour la délivrance du traitement.

Enfin, des placements en appartements associatifs en ville gérés par l'association « Etape » sont accessibles aux patients en soins sans consentement afin qu'ils puissent bénéficier d'un passage en programme de soins.

L'outil thérapeutique que constitue le placement en appartement permet d'évaluer les capacités d'autonomisation des patients tout en gardant le lien avec les soignants.

#### 3.3.4 La levée de la mesure

Dans le cas d'un patient admis en SPDT ou en SPPI, la sortie est prononcée soit par le directeur sur avis du psychiatre, soit par le juge des libertés et de la détention (JLD) à l'occasion du contrôle qu'il exerce.

Dans le cas d'une admission en SPDRE, la sortie est prononcée soit par le préfet sur proposition du directeur après avis du psychiatre, soit par le JLD à l'occasion du contrôle qu'il exerce, soit par la CDSP.

Durant l'année 2015, l'EPSM Morbihan a comptabilisé 595 levées de mesures s'agissant de patients admis en SPDT ou en SPPI et 45 levées de mesures pour les patients admis en SPDRE. Les mains levées judiciaires ont représenté 28 patients dont 10 en SPDRE et 18 en SPDT/SPPI.

Il a été indiqué aux contrôleurs que, dans le cas d'un patient en SPDT, la levée de la mesure pouvait être mise en place très rapidement.

### 3.4 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION S'OPERE SUR PLACE DANS LE CADRE D'UN DIALOGUE NOURRI AVEC LA DIRECTION

Les audiences du JLD ont lieu les mardis et jeudis dans une salle de réunion située au rez-de-chaussée du bâtiment de direction. L'EPSM et le TGI ont fait le choix, dès 2011, de tenir l'audience au sein de l'établissement.

La convention applicable entre l'établissement, le TGI et l'ARS date du 1<sup>er</sup> juillet 2014. Son contenu décline les objectifs suivants : optimiser l'application de la législation sur les soins psychiatriques à l'EPSM Morbihan ; fixer les principes d'organisation des audiences du JLD ; formaliser et rassembler de manière cohérente des supports de travail et de communication correspondant aux besoins de chacun ; créer une dynamique d'évaluation continue des pratiques et des relations.

Des réunions de travail entre le TGI, l'hôpital et le barreau relatives à l'organisation des audiences sont organisées annuellement. Le 5 novembre 2015, le directeur de cabinet de la préfecture du Morbihan a rencontré les médecins à l'EPSM en présence du JLD. Cette réunion a été l'occasion d'échanges destinés à améliorer la compréhension mutuelle des missions et des fonctions de chacun. Selon les déclarations faites aux contrôleurs, cela a abouti à une réduction du nombre de mainlevées prononcées par le JLD.

#### **Bonne pratique**

*Les rencontres régulières entre le TGI, la préfecture et l'EPSM favorisent une meilleure compréhension des missions de chacun.*

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

Les audiences sont notifiées par un formulaire remis aux patients plusieurs jours à l'avance. Lorsqu'ils refusent de le signer ou qu'ils en sont dans l'incapacité, un représentant, généralement un infirmier, signe à leur place.

La veille de chaque audience, l'attachée d'administration en charge de l'organisation des audiences transmet électroniquement aux cadres des unités un tableau récapitulatif de l'heure de passage de chaque patient, puis appelle les unités le matin de l'audience pour s'assurer de la présence des patients. Ces derniers peuvent s'y rendre même s'ils avaient indiqué ne pas le souhaiter dans le formulaire de notification. Pour ceux qui n'avaient pas demandé un avocat, il est fait preuve de souplesse et ils ont également la possibilité de changer d'avis une fois à l'audience.

Les dispositions matérielles de l'audience sont apparues respectueuses de la dignité des personnes privées de liberté. Les audiences se déroulent dans une salle de réunion située au rez-de-chaussée du bâtiment de direction, accessible en fauteuil roulant. Les jours d'audience, un panneau indique où se trouve la salle. Il y a également une salle d'attente et une pièce garantissant la confidentialité des entretiens entre l'avocat et les patients.

### 3.4.2 Le déroulement de l'audience du juge des libertés et de la détention

L'audience se déroule autour d'une grande table à l'extrémité de laquelle siège le JLD, en robe, face au patient qui reste assis à côté de l'avocat commis d'office. Des deux autres côtés, siègent la greffière et la représentante de l'EPSM.

Le jour du contrôle, cinq personnes faisaient l'objet d'un passage devant le JLD. Elles étaient toutes « auditionnables », mais trois d'entre elles avaient décidé de n'être pas présentes à l'audience. En 2015, sur les 526 dossiers soumis au JLD, 96 personnes ont été estimées non auditionnables, soit 18,2 %. Par ailleurs, 118 personnes ont refusé d'être présentes à l'audience, soit 22,4 % des personnes.

Le JLD explique le but et le déroulement de l'audience au patient, puis résume les raisons pour lesquelles il a été admis à l'EPSM sans son consentement, lisant à voix haute des extraits des certificats médicaux.

Le patient est ensuite interrogé pendant une dizaine de minutes.

La parole est alors systématiquement donnée à la représentante de l'EPSM, présente à toutes les audiences. La convention portant sur l'audience devant le JLD prévoit que « *[le directeur ou son représentant] se tient à la disposition du juge ou de l'avocat afin de répondre à toutes les questions concernant la légalité et le bien-fondé de la décision administrative individuelle privative de libertés concernant le patient (hospitalisation complète)* ». En pratique, l'attachée d'administration chargée de représenter l'hôpital, invitée à s'exprimer, fait le bilan de la situation de la personne, évoquant, le cas échéant, ce que l'hôpital envisage pour la suite : « *Il est volontaire mais reste fragile* » ; « *Il est nécessaire qu'il rencontre l'assistante sociale pour sa problématique de logement* » ; « *L'hôpital souhaite maintenir son hospitalisation pour une durée qui ne sera pas longue, puis mettre en place un hôpital de jour* ».

L'avocat est ensuite appelé à présenter ses observations dans l'intérêt du patient. Il est apparu quelque peu « frileux », s'en rapportant généralement à la « sagesse de la cour », face à un représentant de l'hôpital connaissant parfaitement les dossiers et mettant en avant la position

de l'hôpital avec fermeté. A ce titre, l'audience est apparue déséquilibrée au détriment du patient.

Dans sa réponse, la direction déclare : « *La présence systématique d'un représentant de la direction à l'audience a été fortement recommandée par le TGI dans le cadre de la convention* ».

Le JLD ne délibère pas sur le siège. La décision rendue est communiquée au patient le lendemain, au travers d'un formulaire de notification qu'il signe, ou, s'il en est dans l'incapacité ou le refuse, est signé par un personnel qui décline son nom et sa capacité. Le formulaire énonce les voies de recours ; une fois signé, il n'est pas conservé par le patient.

Les patients admis en soins sans consentement se trouvant à l'USIP en chambre de soins intensifs ne sont pas toujours entendus, même s'il arrive que le JLD s'y déplace pour y rencontrer des personnes estimées non auditionnables. Quand une personne est estimée être dans l'incapacité de se rendre à l'audience, elle n'a pas le bénéfice d'un entretien avec un avocat alors qu'une pièce est spécifiquement aménagée pour les recevoir et offre des garanties de sécurité (cf. *infra* chap. 6.1.3). Les patients de l'USIP estimés auditionnables rencontrent toujours l'avocat au sein de l'USIP et non dans la salle d'audience, afin qu'ils sortent le moins longtemps possible de l'unité.

Dans sa réponse, la direction déclare : « *Lorsque le patient est non auditionnable médicalement, le JLD ne le voit pas, il se déplace parfois à l'USIP pour des patients auditionnables. Par ailleurs, les avocats rencontrent exclusivement les patients qui ont souhaité les rencontrer* ».

#### **Recommandation**

*S'il arrive que le JLD se déplace à l'USIP, l'avocat ne se rend jamais dans les unités pour rencontrer les patients qui ne se présentent pas à l'audience pour des motifs personnels ou médicaux. Il convient d'y remédier.*

#### **3.4.3 Les décisions rendues**

En 2015, 18 mesures pour des personnes en SPDT ont été levées, ainsi que 10 mesures pour des personnes hospitalisées en SPDRE ; ce qui a représenté, sur 526 dossiers présentés, 5,3 % de mainlevées.

En 2014, 6 % de mainlevées avaient été prononcées, en net recul par rapport à 2013, où 9,2 % des mesures avaient été levées.

## 4. LES DROITS DES PATIENTS

### 4.1 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS DONT LA SITUATION EST COMPLEXE EST CONFIEE DE PREFERENCE AUX ASSOCIATIONS ET LES TUTEURS REÇOIVENT UNE FORMATION QUALIFIANTE

Deux mandataires judiciaires sont présentes à l'EPSM conformément aux dispositions de la loi du 5 mars 2007. Néanmoins les associations UDAF<sup>10</sup> et ATIS<sup>11</sup> continuent à prendre en charge les situations les plus complexes tandis que les mandataires judiciaires ont essentiellement en charge des mesures relatives à des personnes placées en structures médico-sociales ou en établissement d'hébergement des personnes âgées.

Dans les unités hospitalières de l'EPSM, elles n'assurent la protection que de neuf personnes dont trois patients en SPDRE admises dans l'unité "Arvor".

Tous les tuteurs et curateurs ont suivi la formation et obtenu le certificat national de compétence de mesure judiciaire à la protection des majeurs.

Si la protection juridique était préexistante à l'hospitalisation du patient, l'établissement en demande le jugement. Il est fréquent que l'admission ait été signée par le tuteur.

Lorsqu'une mesure de sauvegarde de justice est demandée par l'un des psychiatres, celui-ci rédige le certificat demandant la mesure. Les mandataires judiciaires effectuent alors les démarches appuyées par les assistantes sociales et saisissent le parquet. Le juge des tutelles désigne alors un tuteur qui peut être l'une des mandataires ou, dans des situations complexes, les tuteurs affiliés aux associations précitées.

Lorsqu'elles sont désignées par le magistrat, les mandataires se déplacent au tribunal d'instance de Vannes pour y consulter les dossiers. Elles rencontrent ensuite le patient en présence de l'assistante sociale et lui remettent les documents explicatifs de la mesure et des droits y afférents.

Leurs relations ultérieures avec les patients font l'objet de visites programmées afin de faire le point sur leur situation. Dans l'intervalle, elles abondent leur compte à la banque des patients de l'argent nécessaire à leurs petites dépenses, leur adressent, à leur demande ou celle des soignants, des bons d'achat pour des vêtements, des produits d'hygiène, etc.

Le juge des tutelles est tenu régulièrement informé de l'évolution des patients protégés par un premier rapport dans les trois mois de la mesure puis par des bilans de situation notamment un compte de gestion annuel.

#### **Bonne pratique**

*La protection juridique des majeurs est assurée avec un véritable souci de bien faire : une formation qualifiante est réalisée auprès des tuteurs et les cas complexes sont confiés aux associations.*

---

10 UDAF : union départementale des associations familiales

11 ATIS : association de tutelle et d'insertion sociale

## 4.2 LA CONSERVATION DES BIENS DES PATIENTS EST PERFECTIBLE

En 2007, une procédure générale d'inventaire et de dépôts des valeurs et objets-armes des patients en hospitalisation complète en psychiatrie a été élaborée. Elle préconise l'état détaillé des biens de valeur et objets divers, dangereux et illicites que possède une personne à son admission ou en cours d'hospitalisation. Peuvent ainsi être déposés les sommes d'argent, les moyens de règlement et bijoux, et doivent l'être les objets dangereux tels que produits toxiques et armes, qui sont transmis dans les plus brefs délais à la sécurité et remis à la gendarmerie, selon les modalités précisées par le protocole du 16 mars 2006.

A l'arrivée du patient dans l'unité d'hébergement, ses objets de valeur font l'objet d'un inventaire, en la présence du patient ou celle de la personne qui l'accompagne, et sont placés à la banque des patients au sein de l'hôpital puis déposés au trésor public de Vannes.

Dans sa réponse, la direction déclare :

«A l'arrivée du patient :

- inventaire de ses valeurs au CAO,
- dépôt des pièces bancaires (CB-chéquier-numéraires) et des bijoux dans le coffre du CAO avec la feuille d'inventaire,
- récupération le lendemain matin des valeurs déposées par un régisseur de la banque des patients,
- vérification de la feuille d'inventaire avec les valeurs déposées,
- création du compte patient,
- enregistrement des valeurs avec émission de 4 quittances pour chaque valeur (1ex patient, 1ex Trésor Public, 1ex dossier patient, 1ex banque des patients),
- signature des quittances par le patient dans la journée et transfert au trésor public par le vagemestre de l'EPSM ».

Le délai minimal de récupération de leurs effets de valeur par les patients à leur sortie est de 48 heures en semaine et de trois jours lors de sorties prescrites un vendredi. Or, les patients peuvent parfois être avisés de leur sortie dans des délais plus courts et ainsi sortir de l'hôpital sans avoir recouvré leurs cartes bancaires et chèquiers notamment.

### **Recommandation**

*La procédure en vigueur pour récupérer les effets de valeur n'est pas adaptée aux cas où les patients sont avisés de leur sortie moins de 48 heures à l'avance. Elle doit être modifiée afin d'éviter que les patients ne sortent de l'hôpital sans moyens de paiement.*

Dans sa réponse, la direction déclare : « Ces situations sont extrêmement rares car ne concernent que des patients sortant contre avis médical. En règle générale, on rencontre 2 cas de figure :

1. Sortie du patient entre le lundi et le vendredi : la récupération des valeurs peut se faire dans un délai inférieur à 2h après sa demande : le vagemestre se rendant deux fois par jour au trésor public (vers 10h30 et 15h) donc le délai de 48h est largement respecté

2. *Le patient est prévenu de sa sortie le vendredi après 15h30 et ses valeurs sont en dépôt au TP ... impossible donc de restituer les valeurs dès le lendemain, le samedi. Sinon, l'envoi recommandé partira le lundi et le patient réceptionnera son bien que le mardi par les services de La Poste ».*

Il n'y a pas de limite à l'argent liquide ou aux objets que les patients peuvent conserver durant le temps de leur hospitalisation mais ils sont avertis que ces biens sont alors sous leur responsabilité.

Pour les effets courants, il n'existe pas de procédure d'inventaire contradictoire standardisée, ce qui peut donner lieu à des réclamations de la part des patients ; par exemple, dans certaines unités, il n'est pas remis au patient une copie de l'inventaire.

Dans sa réponse, la direction déclare : « *La procédure prévoit bien la signature du patient, lors de l'inventaire des effets, cependant, ce document papier ne peut être intégré au dossier patient informatisé ».*

#### **Recommandation**

*Un inventaire contradictoire des effets courants du patient à son arrivée doit être réalisé et le document papier systématiquement remis au patient dans toutes les unités.*

De même, les modalités de conservation et d'accès à ces effets varient selon les unités d'hébergement. Par exemple, parfois, les téléphones portables, tablettes, chargeurs et cigarettes sont conservés dans le bureau infirmier et peuvent être remis sur demande, notamment aux horaires de promenade ; le reste des affaires des patients est conservé en chambre dans des placards parfois dépourvus de clé. Dans une unité, les patients peuvent déposer leur argent dans des enveloppes individuelles qui sont conservées dans un coffre placé dans le bureau de la cadre de santé.

#### **Recommandation**

*Tout patient doit disposer d'un placard individuel fermant à clé.*

Des membres du personnel ont fait part aux contrôleurs de leur étonnement que, dans les unités d'admission, à l'exception de la clinique *Les Sources*, les patients se voient systématiquement retirer un certain nombre d'effets considérés comme dangereux – rasoirs et bouteilles de parfum en verre notamment – alors que la plupart d'entre eux sont admis en soins libres. Les téléphones portables, cordons d'alimentation, tablettes, ordinateurs sont conservés par les patients, sauf avis contraire du médecin, à la Clinique Alré, Les Sources et Triskell. Au CEPRA qui est une unité dédiée à l'évaluation de l'état clinique et en particulier du risque suicidaire, « *la priorité est de protéger le patient de lui-même ou des autres, y compris en limitant l'accès à des objets pouvant être considérés comme dangereux, et ce, sur prescription médicale. Le règlement intérieur est proposé au patient dès son arrivée, il informe le patient sur ces possibles restrictions »*, selon la réponse de la direction.

### 4.3 L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL : DES DEMANDES D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL EN AUGMENTATION QUI SONT SATISFAITES DANS LES DELAIS REGLEMENTAIRES

Le livret d'accueil remis au patient contient une fiche relative aux droits et obligations. Cette fiche comprend un paragraphe sur « La communication de votre dossier médical » qui précise les modalités de consultation sur place ou d'envoi d'une copie du dossier. L'utilisation d'un formulaire de demande édité par l'hôpital est recommandée. Cette information est aussi consultable sur le site internet de l'hôpital à la rubrique « Vos droits ».

L'hôpital a élaboré un « Guide de communication du dossier au patient » très complet dont la version n° 3 date du 1<sup>er</sup> septembre 2014. Il est complété par une fiche décrivant chaque étape de la démarche, les responsables de l'action et les délais à respecter.

L'établissement a transmis aux contrôleurs des tableaux de suivi portant sur les années 2011 à 2015 relatifs aux demandes satisfaites, aux demandes non satisfaites et aux délais.

Ces tableaux permettent de constater une augmentation régulière des demandes de communication d'information essentiellement de la part de patients ou d'anciens patients. Les délais, pour les dossiers de patients hospitalisés depuis moins de cinq ans qui doivent être inférieurs à huit jours, sont respectés depuis 2014. Pour les hospitalisations plus anciennes, le délai est de soixante jours, et a toujours été respecté.

Ancienneté du dossier	Délai Moyen				
	2011	2012	2013	2014	2015
Moins de 5 ans*	28	12	12	7	8
Plus de 5 ans**	44	24	20	23	30

\* délai légal 8 jours

\*\* délai légal 60 jours

#### *Communication des dossiers médicaux : délais de communication*

Qualité du demandeur	2011	2012	2013	2014	2015
Patient	34	44	49	69	67
Ayant droit	10	5	9	8	3
Médecin	8	12	5	5	5
Titulaire de l'autorité parentale	6	5	10	12	12
Tuteur	2	1	2		1
Total	60	67	75	94	88

#### *Communication des dossiers médicaux : demandes satisfaites*

Qualité du demandeur	2011	2012	2013	2014	2015
Patient	7	21	12	10	8
Ayant droit	5	5	4	2	3
Médecin expert					
Titulaire de l'autorité parentale		2		1	1
Tuteur					
Mandataire		1			
Autre		1	1	1	1
Total	12	30	17	14	13

*Communication des dossiers médicaux : demandes non satisfaites*

#### 4.4 LE DROIT DE VOTE EST MIS EN ŒUVRE MAIS PEU UTILISE

Lors de chaque élection, une note de service est envoyée aux cadres des unités, qui doivent en informer les patients. Ils recueillent les noms des personnes hospitalisées sans leur consentement qui ne pourront se rendre au bureau de vote et en informent la direction des soins.

Quelques temps avant les élections, les gendarmes se rendent dans toutes les unités pour remplir les formulaires de vote par procuration avec les patients concernés.

Lors des élections municipales de 2014, six patients ont été concernés. Pour les élections présidentielles de 2012, vingt-six personnes ont voté de cette manière, dont six au deuxième tour.

#### 4.5 LES ACTIVITES RELIGIEUSES OU PHILOSOPHIQUES SONT PROPOSEES PAR L'AUMONERIE CATHOLIQUE, QUI EST CHARGEE DE FAIRE LE LIEN AVEC LES AUTRES CULTES

Seul le culte catholique est représenté à l'EPSM. Deux aumôniers assurent une permanence tous les jours de la semaine dans un local situé près de la chapelle. Une messe est dite tous les samedis.

Un partage œcuménique est organisé une fois par mois ; lorsqu'un patient souhaite s'y rendre alors qu'il était inscrit à une activité à la même heure, il doit le justifier auprès du personnel médical en expliquant la motivation de son choix. Il a été indiqué aux contrôleurs que la participation de patients en soins sans consentement était rare car elle nécessitait l'accompagnement d'un soignant. Il avait été suggéré de confier des accompagnements à deux volontaires bénévoles, anciennes infirmières de l'EPSM ; cette idée n'a pas été retenue.

Une activité de jardinage est organisée, qui permet de fleurir la chapelle, ouverte tous les jours. Une information est diffusée dans toutes les unités sous la forme d'une affiche indiquant les horaires et précisant que les personnes qui souhaitent rencontrer un représentant d'un autre culte peuvent en faire la demande au personnel soignant, qui prendra contact directement ou adressera la demande à l'aumônerie catholique, laquelle détient les coordonnées de ministres des cultes protestant, orthodoxe, israélite, musulman, anglican ainsi que d'un aumônier pour les gens du voyage et d'un représentant du bouddhisme.

Selon les déclarations faites aux contrôleurs, il arrive qu'un patient demande à rencontrer un représentant d'un culte, que l'aumônerie n'en soit pas informée et que le service n'obtienne pas le contact demandé.

### **Recommandation**

*La demande d'un patient à l'intention du représentant d'un culte doit être transmise systématiquement et le patient ne doit pas avoir à la motiver.*

## **5. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION**

### **5.1 LA VIE COURANTE EST ORGANISEE DE FAÇON SATISFAISANTE**

#### **5.1.1 La restauration**

La restauration est externalisée et confiée à la société *SILGOM*, qui reçoit les commandes de chaque unité avec un préavis de 48 heures. Les rations sont livrées froides une à deux heures avant le repas ; chaque unité dispose d'équipements permettant de respecter la chaîne du froid ; les rations sont réchauffées puis délivrées aux patients, selon le cas, par assiettes préparées ou par un système de rampe.

Un « conseiller hôtelier » et une diététicienne élaborent les menus et contrôlent la qualité et la quantité des aliments délivrés. Les régimes sont pris en compte dans les commandes.

Les repas sont élaborés en distinguant quatre types de population : les enfants de moins de 12 ans, les patients de 12 à 60 ans, ceux de 60 à 80 ans et ceux de plus de 80 ans. Il est réalisé un menu principal et des variantes tenant compte notamment des impératifs religieux. Il a été déclaré aux contrôleurs que le taux de satisfaction était supérieur à 80 %.

Dans certaines unités, les repas sont servis en self sans pourtant qu'un choix soit possible. Le mercredi 13 avril, au déjeuner, il était servi de la langue de bœuf qui n'était appréciée par aucun des patients.

Le comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN) se réunit trois à quatre fois par an ; à cette occasion, il est procédé à un test des plateaux.

La direction départementale de la protection des populations (DDPP) procède à un contrôle annuel. Les mesures de températures font l'objet d'une traçabilité.

#### **5.1.2 L'hygiène**

C'est également la société *SILGOM* qui est responsable de la blanchisserie pour l'ensemble de l'EPSM.

Les patients sont invités à confier le nettoyage de leurs effets personnels à leurs familles.

Une laverie automatique est mise à la disposition des patients au prix de 1 euro par lavage ou par séchage. Elle est située à proximité de la cafétéria. Selon les informations données aux contrôleurs, il semblerait que des trafics (cannabis, alcool) y soient opérés par des personnes extérieures à l'EPSM ; il serait prévu de revoir l'emplacement afin de le rendre plus sûr.

Ce n'est qu'en dernier recours que les patients peuvent remettre leur linge à la blanchisserie moyennant finances : 3,90 euros par kilo. C'est notamment le cas de la plupart des patients de l'unité Amaryllis : « *ils se souillent beaucoup* ». Le linge confié à la laverie est préalablement étiqueté puis placé dans des filets. Il a été signalé aux contrôleurs que certains patients se plaignaient du coût de la prestation.

« En cas de situation complexe avec risque d'insolvabilité du patient, le cadre de santé demande l'intervention de l'assistante sociale et informe la DAFSIC<sup>12</sup> de la situation qui appréciera alors la suite à donner et en informera à son tour la DLT<sup>13</sup> »<sup>14</sup>.

### 5.1.3 La sécurité

L'établissement est entouré de murs avec trois entrées qui restent ouvertes dans la journée mais sont couvertes par des caméras de vidéosurveillance avec un enregistrement qui s'efface automatiquement au bout d'un mois.

Selon les indications données aux contrôleurs, durant l'année 2015, il est arrivé à cinq occasions que la disparition d'un patient déclenche la mise en place d'un dispositif de recherche par le personnel de l'hôpital renforcé par la gendarmerie, la police et les pompiers. Les patients ont chaque fois été retrouvés sains et saufs dans l'enceinte de l'établissement ; il s'agissait de personnes désorientées qui n'étaient plus en mesure de retrouver leur chemin.

Chaque unité est équipée du système d'alarme géolocalisée DATI. Ainsi, en cas de déclenchement de l'alerte, les trois unités les plus proches de celle où travaille la victime sont automatiquement prévenues ainsi que l'agent de sécurité ; ce dernier n'intervient jamais à l'encontre d'un patient ; il n'est présent que « pour faire nombre » ou pour intervenir en cas d'alerte pour un sinistre.

### 5.1.4 Les transports

L'établissement dispose de quinze véhicules de cinq à neuf places affectés au transport des patients pour des activités à l'extérieur.

Les personnes détenues sont transportées à l'hôpital dans une ambulance.

### 5.1.5 L'accès au tabac

Le personnel soignant a évoqué les difficultés liées à l'accès au tabac pour certains patients qui ne sont pas autorisés à sortir de l'établissement et ne reçoivent pas de visites. Cette restriction donne lieu à des trocs ou paiements entre patients de nature à créer des conflits.

Il arrive qu'un ambulancier aille acheter du tabac à la demande d'un patient qui ne peut pas sortir de son unité.

#### **Bonne pratique**

*Lorsqu'un patient qui ne peut pas sortir de son unité a besoin de tabac, un membre de l'équipe soignante se charge d'aller en acheter. Cette démarche évite les phénomènes de trafic ou les situations indignes telles que le ramassage de mégots.*

12 DAFSIC : direction des affaires financières, du système d'information et de la contractualisation

13 DLT : direction de la logistique et des travaux

14 Note de service « Entretien du linge personnel des patients dans les unités intra-hospitalières », en date du 29 mai 2015

## 5.2 LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT PLUS OU MOINS RESTREINTES EN FONCTION DE L'ETAT DU PATIENT, QUEL QUE SOIT LE TYPE DE SOINS DONT IL BENEFICIE

### 5.2.1 Le téléphone

Les modalités d'emploi du téléphone, portable ou fixe, sont différentes d'une unité à l'autre. Les téléphones mobiles sont plus ou moins autorisés ; certaines unités disposent de postes téléphoniques dédiés aux patients situés dans les couloirs ou parfois dans les chambres, d'autres pas.

Au CEPRA, un *point phone* est installé dans le couloir d'entrée de l'unité : zone de passage entre la salle de télévision et de visite et l'unité à proprement parler, sa localisation ne permet pas l'intimité des conversations. Seuls quelques patients n'ont pas le droit de téléphoner « *pour raison médicale* ». Le patient autorisé récupère son téléphone lorsqu'il sort en promenade dans le parc. Le médecin peut parfois autoriser les patients, selon une évaluation au cas par cas, à utiliser leur téléphone dans leur chambre pour écouter de la musique ou jouer.

Dans l'unité Amaryllis, les patients viennent téléphoner dans le bureau des soignants et en leur présence ; parfois, un téléphone sans fil est remis à un patient, qui peut alors aller s'isoler pour téléphoner, mais c'est rare car « *les patients ne le demandent pas* ».

Dans l'unité Arvor, deux postes téléphoniques sont situés dans les couloirs ; les patients ne peuvent les utiliser qu'après les heures d'activités, c'est-à-dire à partir de 16h30.

A l'USIP, il est possible aux patients de passer un appel ou d'en recevoir, en fonction des consignes médicales. Lorsque c'est le cas, les soignants passent la communication, en réception ou en appel, dans un des deux *points phone* prévus à cet effet dans le couloir. Ces cabines ne permettent pas d'effectuer des appels directement. Les horaires d'appels et de réception, lorsqu'ils sont autorisés, ont lieu l'après-midi pour les familles, le matin pour les tuteurs ou curateurs. Le téléphone portable est retiré à l'arrivée des patients ; il pourra être remis, sur avis médical, lors des sorties dans le parc pour ceux qui en ont l'autorisation.

A la clinique "Les Sources", si les patients bénéficient d'un téléphone dans leurs chambres, il ne peut être utilisé qu'en réception des appels qui transitent par le bureau infirmier. Un *point phone* est aménagé au rez-de-chaussée de l'unité pour passer des communications. Par ailleurs, le téléphone portable est laissé à disposition des patients sauf contre-indication médicale.

Aux cliniques "Alré" et "Triskell", les chambres sont équipées d'un téléphone installé à la tête des lits. Les appels sont transférés sur ce poste depuis la salle de soins autorisant ainsi des échanges téléphoniques confidentiels. Les téléphones mobiles sont autorisés. Il existe un *point phone* au rez-de-chaussée.

A "En Arbenn", les téléphones mobiles sont autorisés.

### 5.2.2 Le courrier

L'envoi et la réception du courrier ne font l'objet d'aucun contrôle. Cependant, dans certaines unités, lorsqu'un patient reçoit un colis, il est invité à l'ouvrir en présence d'un soignant afin de s'assurer qu'il ne reçoit pas un objet non autorisé dans l'unité, en particulier des produits stupéfiants.

### 5.2.3 La télévision

Dans chaque unité, une ou deux salles sont équipées d'un téléviseur avec télécommande. Les patients font eux-mêmes leurs choix de programmes, « *ce qui ne pose pas de problème* ».

### 5.2.4 L'informatique et l'accès à internet

Aucune unité n'offre l'accès à internet aux patients. La boutique (Cf. *infra* chap. 5.7.2) dispose d'un ordinateur dont l'emploi est gratuit mais limité à une quinzaine de minute et dont l'accès à internet est contrôlé. Les patients peuvent l'utiliser notamment pour charger de la musique sur un MP3 ou pour imprimer un document, au coût de 0,20 euro par feuille.

Dans certaines unités, les patients peuvent conserver leur ordinateur sous réserve de l'accord du médecin et après avoir signé une décharge de responsabilité en cas de disparition.

### 5.2.5 Les visites

Il n'y a pas au sein du CEPRA de salle spécifiquement consacrée à la visite des familles, qui ne sont pas admises dans les chambres. La salle commune, située à l'entrée de l'unité, fait également office de salle de télévision et ne ménage pas plus d'intimité aux patients et à leurs visiteurs que la cafétéria de l'hôpital, occupée par des patients au long court. Reste le parc, fort agréable, pour peu que le temps soit clément. Le CEPRA devrait néanmoins être prochainement relocalisé dans des bâtiments plus adaptés qui prévoient une salle réservée aux visites. Néanmoins, il existe une certaine souplesse ; le jour de la visite, une patiente en soins sans consentement, recevait son époux dans la salle fumeurs et dans sa chambre.

Les visites sont possibles dans toutes les unités à des horaires spécifiques.

Un local est proposé aux personnes qui viennent voir un patient accompagnées d'enfants.

A l'USIP les visites ont lieu en semaine de 17h à 19h ; les week-ends et jours fériés, elles sont étendues de 15h à 19h. Deux salles de visite sont aménagées dans la sous-unité A : l'une est réservée aux familles ; l'autre, destinée aux avocats et aux familles, comporte, outre la porte d'entrée équipée d'un sas de sécurité, un accès direct sur la cour « *pour plus de facilité de gestion* ». Dans la sous-unité B, la salle de visite n'est destinée qu'aux familles ; la salle polyvalente peut également être utilisée en cas de visites multiples.

A la clinique "Les Sources", la salle de réception des familles, exiguë, est équipée de cloisons amovibles qui permettent de recevoir deux visites simultanées. Les visites ont lieu en semaine de 16h15 à 18h30 et de 10h à 12h et 13h30 à 18h30 le week-end et les jours fériés.

L'unité "Triskell" dispose aussi de cloisons amovibles dans le hall d'accueil.

L'unité "Alré" possède un salon agréablement meublé avec un téléphone qui est relié au bureau des infirmiers. Les visites sont autorisées de 16h15 à 18h30 en semaine avec une dérogation possible jusqu'à 21h, et, en week-end de 10h à 18h30.

A "En Arbenn", les horaires des visites sont 16h30-18h30 en semaine et 14h30-18h30 en week-end.

## 5.3 L'OFFRE DE SOINS SOMATIQUES DISPOSE DE MOYENS TECHNIQUES ET HUMAINS PERMETTANT DE REpondre AUX BESOINS DES PATIENTS HOSPITALISES DE FAÇON TRES COMPLETE

Le pôle medicotechnique de l'EPSM regroupe plusieurs « structures internes » qui sont la médecine générale, la pharmacie, les spécialités médicales, l'hygiène, les transports des patients,

le département d'information médicale ainsi que deux unités d'hospitalisation : l'unité "Tremplin" et l'unité de soins de longue durée.

### 5.3.1 L'accès au médecin généraliste

La structure interne « médecine générale » regroupe l'ensemble des médecins généralistes intervenant auprès des patients hospitalisés dans les unités psychiatriques et auprès des personnes hébergées dans la résidence "Arc-en-ciel". Elle comprend cinq praticiens hospitaliers dont trois médecins généralistes et deux gériatres. Le cinquième médecin a pris ses fonctions la semaine du contrôle ; il est affecté à l'unité "Arc-en-ciel".

Les patients arrivant au CAO sont vus systématiquement par un médecin généraliste. Ils sont ensuite vus dans leur unité par le médecin généraliste dans les 24 heures, quel que soit leur statut.

Les patients sont inscrits sur une liste de consultation à leur demande ou sur proposition de l'équipe soignante.

Chaque praticien reçoit la liste des patients à voir en consultation. Il y a un passage quotidien dans les unités recevant des admissions. A l'USIP, le médecin voit quotidiennement les patients en chambre de soins intensifs (CSI). Les passages dans les autres unités sont variables selon les praticiens mais au minimum trois fois par semaine.

La garde est assurée en journée par un généraliste senior et la nuit par une garde sur place associant les médecins généralistes et les internes de spécialité. Le médecin de garde, de jour et de nuit, est joignable par téléphone au 4466.

De nombreux protocoles (constipation, sonde urinaire...) ont été élaborés et sont disponibles dans la documentation mise à disposition sur l'intranet de l'établissement.

Les consultations de contraception sont plus particulièrement assurées par l'un des médecins généralistes. La pose d'implants sous-cutanés est réalisée soit par deux gynécologues libéraux soit par la consultation du mouvement français du planning familial (MFPF).

### 5.3.2 Les consultations spécialisées

Il existe sur le site de Saint-Avé un service de spécialités médicales. Celui-ci regroupe les activités suivantes :

- radiologie avec deux salles de radio et un manipulateur en radiologie ; une convention avec le centre hospitalier prévoit la télétransmission des images et leur interprétation ainsi que la réalisation des échographies digestives ;
- dentisterie avec un fauteuil et deux vacations hebdomadaires de dentiste ; le dentiste assure les soins courants, la pose de prothèses, les extractions ; si l'extraction nécessite une anesthésie générale, elle est réalisée au centre hospitalier ;
- électroencéphalographie ;
- électrocardiogramme avec télétransmission des enregistrements au centre hospitalier pour interprétation ;
- luminothérapie et stimulation magnétique transcrânienne (RTMS<sup>15</sup>) ; ces traitements sont assurés par deux praticiens et une infirmière qui vient d'être recrutée ;

---

15 RTMS : *repetitive transcranial magnetic stimulation*

En complément la direction de l'hôpital signale que les traitements par sismothérapie sont aussi réalisés au centre hospitalier depuis plusieurs années, ainsi « 21 actes ont été réalisés pour trois patients entre le 01/01 et 15/04/2016 » ;

- kinésithérapie avec 1,5 ETP de kinésithérapeute ; cette unité assure la kinésithérapie respiratoire, la physiothérapie, la rééducation à la marche chez les personnes âgées ;
- diététique avec une diététicienne à temps plein ;
- consultation en addictologie pour arrêt du tabac, par une infirmière de l'intersecteur d'addictologie ;
- service de transport avec une équipe d'ambulanciers chargés d'assurer les transports des patients pour les consultations et les transferts ;
- coursiers pour le transport des prélèvements ;
- aides-soignants accompagnateurs chargés d'accompagner les patients pour les consultations ou examens réalisés à l'extérieur.

Les actes chirurgicaux sont assurés au centre hospitalier. Si le patient est hospitalisé sans son consentement, il est accompagné d'un infirmier du service.

### 5.3.3 Le laboratoire

Les examens de laboratoire sont prescrits dans le dossier du patient. Les prélèvements sont réalisés par un infirmier du service, qui appelle le service coursier pour leur transport au centre hospitalier. Les résultats sont consultables le jour même sur le site du centre hospitalier et transmis par écrit le lendemain.

### 5.3.4 Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Les infirmiers sont formés à l'évaluation de la douleur et disposent d'outils adaptés aux patients en psychiatrie. Des protocoles sont disponibles dans la documentation accessible sur l'intranet de l'établissement.

Selon le comité de lutte contre la douleur (CLUD), l'évaluation de la douleur serait régulièrement faite mais par contre peu tracée dans le dossier du patient, ceci devant être amélioré avec le nouveau dossier patient.

Le CLUD s'est réuni à cinq reprises en 2015 avec invitation des référents « douleur » des unités. Il a organisé une journée sur les pratiques psychocorporelles ayant réuni près de 80 professionnels.

#### 5.4 LA SEXUALITE : LES RELATIONS SEXUELLES, PARFOIS INTERDITES, PARFOIS TOLEREES, NE DONNENT LIEU A AUCUNE REFLEXION AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

Des échanges, tant avec les équipes soignantes des unités qu'avec les médecins généralistes, il ressort que la question de la sexualité des patients ne donne pas lieu à une réflexion collective au sein de l'établissement et n'est pas pensée comme un droit même si celui-ci doit être encadré du fait de la fragilité des patients. Ainsi, à la question « *les rapports sexuels entre patients sont-ils autorisés ?* », il est répondu qu'ils sont strictement interdits, que l'entrée dans la chambre d'un autre patient est interdite ou encore qu'ils sont tolérés ; d'autres soignants signalent que certains patients ont des relations sexuelles dans le parc et que « *ceux-ci peuvent donner lieu à compensation* ».

En ce qui concerne la mise à disposition de préservatifs, il est le plus fréquemment déclaré qu'il existe un distributeur de préservatifs au pied d'un bâtiment. Les contrôleurs ont vérifié que ce distributeur était en service. Les préservatifs sont parfois remis aux patients lorsque ceux-ci sont connus comme ayant une relation à l'extérieur de l'établissement. Dans un pavillon, les préservatifs remis à l'équipe soignante dans le cadre de la prévention de l'infection par le VIH ne sont pas distribués.

Dans les unités accueillant des patients au long cours, le comportement des patients est surveillé « *pour protéger les patients vulnérables* ».

A plusieurs reprises, la Cour européenne des droits de l'homme a eu l'occasion d'affirmer que le droit à la sexualité, « *qui est l'un des aspects les plus intimes de la sphère privée* », était une liberté fondamentale protégée par l'article 8 de la convention européenne des droits de l'homme.

#### **Recommandation**

*La sexualité des patients doit faire l'objet d'une réflexion.*

#### 5.5 L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION : LES MODALITES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION PRENNENT EN COMPTE LES DIFFERENTES SITUATIONS MAIS LEUR TRAÇABILITE N'EST PAS CORRECTEMENT ASSUREE

L'EPSM s'est doté d'un groupe de travail permanent sur l'isolement et la contention. Les contrôleurs ont pu consulter des comptes rendus de ce groupe de travail : deux en 2014, trois en 2015, un en 2016. Ce groupe de travail mène une réflexion sur les pratiques d'isolement et de contention au sein de l'établissement dans une perspective de limitation de ces pratiques, de protection des droits des patients, d'harmonisation des pratiques et d'assurance qualité. Il a notamment initié une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur le thème de la « *prévention des risques d'une mise en contention physique ou isolement ponctuel* », qui s'est déroulée en 2006 et 2007.

Il a par ailleurs mis en place dans le logiciel CIMAISE de suivi des patients une fiche individuelle, remplie par le médecin, intitulée « *M. Exercice des libertés* » qui détaille toutes les mesures privatives de liberté appliquées au patient concerné. Une synthèse des fiches peut être éditée sous forme de résumés et servir de document de référence à l'équipe soignante lorsqu'elle est sollicitée par le patient. Cette fiche est remise à jour à chaque changement. En revanche, il n'est pas prévu de la réexaminer régulièrement avec une fréquence de révision prédéfinie. Ainsi, dans l'unité "Amaryllis", certaines fiches n'ont pas été remises à jour – et par conséquent pas signées par le médecin – depuis plusieurs mois, voire plusieurs années.

### Bonne pratique

La fiche sur l'exercice des libertés remplie par le médecin récapitule les restrictions de liberté qui répondent à une nécessité médicale et qui donnent lieu à prescription. Elle sert de référentiel pour l'ensemble de l'équipe.

### Recommandation

La fiche « M. Exercice des libertés » doit être revue selon un rythme à définir dès lors que le séjour du patient dans l'établissement se prolonge.

#### 5.5.1 L'isolement

Il existe plusieurs types de lieux d'isolement au sein de l'EPSM, chacun répondant à des règles différentes :

- chambre de soins intensifs (CSI) ou chambre d'isolement thérapeutique ;
- chambre de surveillance attentive (CSA) ;
- chambre d'observation attentive en pédopsychiatrie ;
- chambre de dégrisement dans l'unité "En Arbenn" (addictologie) ; il est noté, dans le document sur l'évaluation des pratiques professionnelles relatif à la contention, que la chambre de dégrisement ne doit pas être utilisée pour l'isolement ;
- chambre « d'apaisement » ou « de mise à l'écart » dans l'unité "Amaryllis".

Ces chambres se répartissent de la façon suivante :

Lieux d'isolement	Unité et nombre	Protocole d'utilisation
Chambres d'isolement thérapeutique	USIP : 4 "Arvor" : 1	oui
Chambre de surveillance attentive	USIP : 5 "Arvor" : 10 "Alré" : 1 "Les Sources" : 1 CEPRA : 1 "Triskell" : 1 "Daumézon A" : 1 "Daumézon B" : 1	oui
Chambre d'observation attentive	Clinique des adolescents : 1	oui
Chambre de dégrisement	"En Arbenn" : 2	oui
Pièce de mise à l'écart	"Amaryllis" : 1	non
Total lieux d'isolement	30	

Ainsi l'établissement dispose de 30 chambres permettant des degrés variés d'isolement pour un total de 312 lits d'hospitalisation soit une chambre pour 12 lits d'hospitalisation.

La version n° 4 du « protocole de mise en chambre d'isolement thérapeutique ou de soins intensifs » date de janvier 2016. Il est accompagné d'un protocole sur la vidéo-protection des chambres de soins intensifs (USIP et "Arvor") et de la chambre d'observation attentive à la clinique des adolescents, datant lui aussi de janvier 2016. La mise en chambre d'isolement (MCI)

thérapeutique nécessite une prescription médicale soit préalable à la MCI soit, lorsque celle-ci a été décidée par l'équipe soignante du fait des troubles présentés par le patient, dans l'heure qui suit la MCI. La prescription doit être renouvelée toutes les 24 heures.

Les unités qui ne disposent pas de chambre de soins intensifs adressent leurs patients en situation de crise à l'USIP ou à l'unité "Arvor". Le retour dans le pavillon d'origine est dépendant de l'état clinique du patient.

Le protocole de la mise en chambre de surveillance attentive date d'octobre 2015. La mise en chambre de surveillance attentive nécessite une prescription médicale pour une durée maximale de 72 heures. Le délai de réalisation de cette prescription lorsque la décision a été prise par l'équipe soignante n'est pas précisé. Les indications sont très proches de celles de la MCI.

Le protocole de la mise en chambre d'observation attentive à la clinique des adolescents, dans sa version n° 2, date de janvier 2016. La chambre est ouverte et comprend un ameublement standard. Elle peut être fermée sur prescription médicale. La prescription de mise en chambre ne peut excéder 72 heures et doit être révisée toutes les 24 heures. Les indications sont celles d'une observation clinique du jeune patient dans les situations suivantes : risque de passage à l'acte hétéro-agressif, mise à distance des stimulations environnementales, état d'ébriété, retour d'une MCI dans une unité adulte, transfert de pédiatrie.

Le protocole d'indication et surveillance des deux chambres de dégrisement de l'unité "En Arbenn" a été actualisé pour sa dernière version (N° 3) en avril 2015. Les chambres de dégrisement sont destinées à accueillir les patients admis ou au retour de permission alors qu'ils sont sous l'emprise de l'alcool. La durée de séjour en chambre de dégrisement est exceptionnellement supérieure à 48 heures. L'entrée et la sortie de la chambre se font sur prescription médicale. Leur situation près de la salle de soins permet une surveillance attentive des patients. La porte des chambres reste en général ouverte.

Le département d'information médicale a transmis aux contrôleurs un fichier anonyme de toutes les MCI et contentions de l'année écoulée ainsi que le tableau ci-dessous. Ces données sont transmises chaque année aux chefs de pôle, qui ainsi peuvent suivre l'usage qui est fait dans leurs unités de la mise en chambre d'isolement. On notera par contre que cette traçabilité ne concerne pas les autres lieux d'isolement.

Dans sa réponse, la direction déclare : « *La surveillance infirmière, dans CIMAISE, était tracée à partir de la page "1. Transmission ciblées". L'outil ne permettait pas de distinguer les surveillances liées aux CSI des autres types d'information. Le nouveau logiciel DPI permet une traçabilité conforme à la réglementation et une remontée des informations dans le registre des contentions et isolements* ».

Mises en chambre de surveillance intensive	2013	2014	2015
File active en soins intensifs (nombre de patients)	200	218	183
Journée en soins intensifs GLOBAL	1 746	1 550	1 281

<b>USIP</b> : nombre de jours d'isolement	1 398	1 331	1 078
Nombre de CSI	4	4	4
Occupation par CSI en jours	349,5	332,75	269,5
<b>"ARVOR"</b> : nombre de jours d'isolement	348	219	203
Nombre de CSI	1	1	1

Le tableau ci-dessus montre une diminution du nombre de journées passées en chambres de soins intensifs et du nombre de patients concernés sur les trois dernières années.

Dans l'unité "Amaryllis" (Cf. chap. 6.4.1), certains patients sont enfermés dans leur chambre pendant tout ou partie de la journée, souvent parce qu'ils ont un comportement violent vis-à-vis des autres patients ; cette pratique est désignée comme « contention en chambre ». Leur surveillance est rendue difficile par la configuration de l'unité, qui est partagée en deux zones : une zone « Nuit » et une zone « Jour ». Les soignants restent dans la zone « Jour » pour être à proximité des patients dans la journée, et n'ont pas de visibilité sur la zone « Nuit » ; ils y passent « *au moins une fois par heure* » pour s'assurer de l'état des patients qui sont enfermés dans leur chambre. Le maintien de ces patients dans leur chambre ne fait pas l'objet d'un protocole spécifique de prise en charge. La nuit, tous les patients sont enfermés dans leur chambre alors que la contention en chambre pendant la nuit n'est explicitement prescrite que pour cinq d'entre eux.

Le logiciel CIMAISE permet de dénombrer les prescriptions de « contention », qu'il s'agisse de mise à la chambre pour une durée inférieure à 12 heures, de mise en chambre de surveillance attentive ou de mise sous contention mécanique (attachés). Ainsi, au cours de l'année 2015, le nombre de prescriptions s'établit ainsi :

- mise à la chambre pendant une période inférieure à 12 heures : 618 prescriptions
- mise en chambre de surveillance attentive : 367 prescriptions
- contention au corps : 99 prescriptions

### **Recommandations**

*Toutes les mesures d'isolement, quel qu'en soit le lieu (chambre d'isolement, chambre de surveillance attentive, chambre personnelle...), doivent être aussi courtes que possible et n'être décidées qu'après que toutes les alternatives d'apaisement aient été mises en œuvre.*

*Elles doivent toutes faire l'objet d'une décision médicale ne pouvant excéder 24 heures.*

*La surveillance infirmière doit être tracée.*

#### 5.5.2 La contention

La contention est réalisée sur prescription médicale donnant lieu à inscription dans la fiche CIMAISE (dossier informatisé). Si la contention a été initiée par l'équipe soignante, elle doit être

validée dès que possible par le médecin de l'unité. La durée maximale de la prescription n'est pas spécifiée dans la procédure. Il semble, d'après celle-ci, qu'une évaluation doit être faite au plus tard au bout de sept jours. La surveillance est assurée par l'équipe soignante et enregistrées dans le plan de soins CIMAISE.

La mise en contention physique bénéficie d'un protocole en date du 5 juillet 2007 qui n'a pas été revu depuis. Il concerne tous les patients hospitalisés dans les unités de soins de l'EPSM ainsi que les résidents des unités sociales et médico-sociales gérées par l'hôpital. La définition utilisée est celle de la haute autorité de santé (HAS) ; de façon pratique, sont concernés toutes les modalités d'attache, les barrières de lit mais aussi le fait d'être enfermé dans sa chambre pour une période inférieure à 12 heures ou tout isolement ponctuel. Ainsi, la pose de barrières sur un lit ou la fermeture de la porte de la chambre d'un patient donne lieu à prescription. Les différentes formes d'isolement ont été abordées au paragraphe précédent et seules les contentions mécaniques sont traitées ici.

Le nombre de prescriptions pendant l'année 2015 est, comme indiqué plus haut, de 99. Cependant, ce chiffre ne semble pas tenir compte des isolements séquentiels tels qu'ils sont pratiqués dans l'unité "Amaryllis", où tous les patients font l'objet d'une prescription de contention séquentielle et perçoivent un traitement sédatif. Dans cette unité, par exemple, une patiente est sous prescription de contention continue en CSA avec un accès dans une cour individuelle. Au CEPRA, en cas d'agitation ou de violence, une procédure de renfort est prévue avec contention potentielle mais, dans ce cas, le patient est transféré immédiatement vers une unité plus adaptée.

Il a été expliqué aux contrôleurs que les contentions étaient parfois pratiquées en raison d'un effectif insuffisant de soignants, alors même qu'une formation proposée au personnel est intitulée : « La contention : un soin ».

### **Recommandation**

*La contention, sous quelle que forme que ce soit, ne doit être pratiquée qu'exceptionnellement et temporairement.*

*Les prescriptions de « contention si besoin » du type « contention si agitation » doivent être strictement proscrites.*

### 5.5.3 Les patients isolés et contenus à l'USIP en avril 2016

Les prescriptions et la surveillance infirmière sont enregistrées dans le dossier informatique CIMAISE du patient. Seules les fiches de prescription CIMAISE pour les patients hospitalisés à l'USIP ont été analysées.

La fiche de prescription comprend les items suivants :

	Date et heure de la prescription
	Nom de l'intervenant (prescripteur)
Soins intensifs	Nature prescription (renouvellement ou initiale)
	Unité d'accueil
	Date et heure
	Mode d'hospitalisation du patient
	Mise en conformité du mode d'hospitalisation
Matériel autorisé	Nature du matériel
	Autres objets autorisés
Contention	Prescrite : oui/non/si agitation
	Levée de contention temporaire autorisée ?
Sorties temporaires autorisées	
Communication avec l'extérieur	Modalités
Divers	Musique
	Vidéosurveillance
	Info/vidéo

Sur les vingt-quatre patients présents dans le service, onze ont été mis en CSI dans le mois précédent pour des durées allant d'un à vingt et un jours (cas du patient détenu). La prescription « contention si agitation » a été faite neuf fois et la prescription effective d'une contention deux fois pour des durées de un et deux jours.

Le renouvellement des prescriptions est fait toutes les 24 heures pour l'ensemble des patients et les rubriques de la fiche CIMAISE sont régulièrement remplies.

Exemple de prescription pour un patient :

- arrivé le 22 mars à l'USIP en provenance d'une autre unité ;
- sur 23 jours d'hospitalisation à l'USIP, 10 jours d'isolement ;
- le matériel autorisé comprend : matelas ignifugé, drap, couverture, vidéo-protection ; parfois complété de : bouteille d'eau, seau hygiénique, tenue de nuit ;
- contentions prescrites « si agitation » avec autorisation de lever de façon temporaire les contentions ;
- sorties dans le service selon comportement et à sa demande ;
- musique à la demande ;
- vidéosurveillance discontinuée.

### **Recommandation**

*L'établissement a mis au point différents lieux d'isolement répondant à différentes situations cliniques. Les règles concernant les indications, prescriptions et suivis varient d'un lieu à l'autre.*

*L'article 72 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 impose la mise en place d'un registre. Celui-ci devra concerner tous les lieux d'isolement quelle qu'en soit l'appellation. Les règles de prescription et de surveillance devront être harmonisées. Le département d'information médicale dispose, grâce au logiciel CIMAISE, des informations permettant la mise en œuvre dans des délais très courts de ce registre. Un bilan mensuel pourra être utilement adressé à chaque chef de pôle.*

*Le médecin généraliste doit surveiller les mesures d'isolement et de contention.*

## **5.6 LES INCIDENTS SONT TRAITES RAPIDEMENT MAIS SIGNALES DE MANIERE NON UNIFORME**

### **5.6.1 Le traitement des plaintes et réclamations**

Les plaintes et réclamations, qu'elles parviennent par courrier ou appel téléphonique de patients ou leurs familles, sont traitées dans les services administratifs. Elles peuvent également être déposées lors d'une permanence de la commission des usagers qui se tient le vendredi de 14h à 16h.

En 2015, l'EPSM a reçu 28 réclamations écrites et 8 réclamations orales.

Les réclamations portent sur les sujets suivants :

- aspects médicaux : mode d'hospitalisation, qualité des soins, relations avec les médecins, prise en charge de la douleur, maltraitance, attente/délai, autres ;
- aspects paramédicaux : qualité des soins, information sortie/transfert, autres ;
- vie quotidienne, environnement : objet volé, perdu ou endommagé, alimentation, autres.

S'agissant des délais de traitement, les réclamations ont été prises en charge entre 2 et 44 jours suivant leur dépôt, avec un délai moyen de 16 jours. Aucune médiation n'a été réalisée.

Quatre éloges ont également été reçus.

### **5.6.2 Les événements indésirables**

En 2015, 1 228 incidents ont été déclarés, ce qui constitue une hausse de 14 % par rapport à 2014. Parmi ces incidents, 42 % étaient d'une gravité importante, 40 % d'une gravité modérée et 18 % d'une gravité minimale.

Les incidents de gravité importante les plus fréquents sont : les violences et agressivité, les usages ou trafics de toxiques, les accidents du travail, les chutes et les dégâts matériels.

Il est apparu aux contrôleurs que l'emploi des fiches d'événement indésirable (FEI) variait d'une unité à l'autre.

A "Amaryllis", des FEI sont réalisées quasiment tous les jours : « *les comportements violents sont fréquents et imprévisibles* » ; ce n'est pas considéré comme une forme de plainte du personnel ; les contrôleurs ont rencontré un soignant qui leur a expliqué qu'ayant reçu des coups violents de la part d'un patient, il avait rédigé une FEI sans pour autant en vouloir au patient, qu'il avait plutôt tendance à excuser. Les soignants peuvent échanger sur la question des violences à l'occasion

des réunions d'équipe ; tous les jeudis, une réunion est proposée par le psychologue de l'unité ; par ailleurs, chaque trimestre, une séance « d'analyse des pratiques » est animée au profit des soignants par un psychologue extérieur à l'établissement.

A "Arvor", où certains patients peuvent régulièrement commettre des actes de violence, il est réalisé en moyenne une FEI par mois.

Dans d'autres unités, la réalisation d'une FEI n'est jamais envisagée. Ainsi, à l'USIP, il n'est pas prévu d'analyse des pratiques avec un psychologue extérieur : les soignants n'en voient pas l'utilité ; pour eux, les violences sont normales et acceptées.

Un incident grave s'est produit à la clinique "Les Sources", trois mois avant la visite, s'agissant d'une tentative de strangulation d'une infirmière par une patiente. Si cet événement a bien fait l'objet d'une FEI, l'infirmière dont l'arrêt de travail a été prescrit pour huit jours n'a pas souhaité déposer plainte.

Une cellule d'intervention et d'écoute auprès des victimes a été créée en 2009, pour faire face aux violences commises à l'encontre du personnel.

## 5.7 L'ACCES AUX LIEUX COLLECTIFS OFFRE DES PRESTATIONS INTERSECTORIELLES VARIEES OUVERTES NOTAMMENT AUX PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

### 5.7.1 Le service de soins infirmiers en sociothérapie

*« Ce dispositif de soin complémentaire est à la disposition des unités de soins intra et extrahospitalier. Il propose, partage et met en œuvre des projets de soins spécifiques en privilégiant l'interface sociale et/ou culturelle et/ou sportive des soins. La sociothérapie peut répondre à des problèmes de santé de manière individualisée et/ou en groupe <sup>16</sup>».*

Pour l'année 2015, l'équipe chargée du fonctionnement de ce service était composée d'un cadre de santé à mi-temps, huit infirmiers, une éducatrice spécialisée, deux ouvriers professionnels qualifiés, un musicothérapeute et un éducateur sportif.

Ce service propose un certain nombre d'activités, notamment :

- tous les jours : menuiserie, jardinage, imprimerie, soins corporels et bien-être, cafétéria, bibliothèque ;
- une fois par semaine : atelier alimentation équilibrée, danse, sortie en VTT, accompagnement socio-éducatif (soutien individuel pour mener une démarche), tennis ou pétanque, PACT (« psychose aide comprendre traiter » : éducation sur la maladie et les médicaments), musique, atelier créatif, marche collective, chant, football, éveil musculaire, gymnastique aquatique individuelle, footing, voile, photo ;
- des animations ponctuelles : soirée musicale, concours de belote, concours de pétanque, randonnée en VTT ou à pied.

La cafétéria est ouverte du lundi au vendredi de 13h à 17h30 et les samedis, dimanches et jours fériés de 9h45 à 11h45 et de 13h à 17h30 ; elle n'est fermée que le 1<sup>er</sup> janvier. Les patients peuvent y consommer et acheter confiseries, journaux, papiers à lettre, enveloppes et timbres.

Les patients de l'USIP qui sont autorisés à sortir dans le parc peuvent se rendre à la cafétéria.

La bibliothèque, largement fournie en livres et revues, est ouverte aux patients du mardi au vendredi de 9h45 à 11h30. Un projet de transformation en médiathèque est à l'étude.

Les animateurs de ces activités adressent des comptes rendus aux unités concernées ou participent aux synthèses.

La gestion financière de la cafétéria, des activités et de la boutique (Cf. *infra*) est assurée par l'association ETAPE, qui gère des logements associatifs pour les patients en programmes de soins et sans logement.

Les patients sont nombreux à s'inscrire à ces activités, y compris des patients en soins sans consentement. Ils doivent parfois attendre quelques semaines avant qu'une place se libère.

A titre d'exemple, cinq patients de l'USIP se rendent aux activités de sociothérapie. Il s'agit de deux patients de la sous-unité A (unité de gestion de crise), et de trois personnes de la sous-unité B (unité de post-crise), tous admis en soins sans consentement.

A la clinique "Les Sources", onze patients sur les vingt-neuf hospitalisés au jour de la visite des contrôleurs sont autorisés à se rendre aux activités proposées par la sociothérapie. Parmi eux quatre patients sont admis en SPDT et un, en SPDRE. Par ailleurs, la clinique « Les Sources » étant une unité ouverte, tous les patients peuvent, dans des horaires autorisés, se rendre dans le parc, à la cafétéria, la bibliothèque, la banque des patients, la boutique etc.

#### 5.7.2 La boutique

Ce magasin, ouvert du lundi au vendredi de 13h30 à 16h30, propose à la vente un très grand nombre de produits dont des objets fabriqués par les patients au sein d'ateliers du service de sociothérapie. Les patients qui sont sous une mesure de protection juridique peuvent ne pas payer directement ; ils sont alors tenus à une somme maximale de dépense et la facture est adressée au tuteur/curateur.

Un ordinateur est à la disposition des patients (Cf. *supra* chap. 5.2.4) ainsi qu'une imprimante/photocopieuse.

#### 5.7.3 La banque des patients

Les patients ont la possibilité de déposer de l'argent à la « banque des patients » ; ils peuvent venir en retirer pour procéder à leurs dépenses, notamment à la cafétéria ou à la boutique.

L'argent peut également être viré depuis un compte en banque, ou géré par le tuteur/curateur.

La banque est ouverte les lundis, mercredis et vendredis de 9h à 11h30. Si un patient ne peut pas sortir de son unité, un soignant peut venir retirer de l'argent pour lui.

#### **Bonne pratique**

*Les lieux collectifs sont nombreux – cafétéria, boutique très fournie et proposant notamment un accès gratuit mais contrôlé à internet, banque des patients, bibliothèque, nombreuses activités de sociothérapie – et ouverts aux personnes en soins sans consentement.*

## 5.8 L'ADMISSION DES PERSONNES DETENUES FAIT L'OBJET D'UN PROTOCOLE IMPOSANT LE MAINTIEN A L'ISOLEMENT SYSTEMATIQUE QUI CONSTITUE UNE ATTEINTE GRAVE AUX DROITS DE CES PATIENTS

### 5.8.1 Le transfert de la personne détenue

Afin d'éviter une évasion durant son transport depuis la maison d'arrêt (située à 4 km), la personne détenue est systématiquement placée sous contention dans le véhicule sanitaire sans que cela réponde à un motif médical. Ce procédé « sécuritaire » ne correspond pas au rôle médical du personnel soignant.

Les soignants considèrent que le transfert à l'aller devrait être à la charge de l'administration pénitentiaire comme c'est le cas au retour à l'établissement. Les infirmiers, qui sont seuls dans un véhicule léger avec le patient détenu, alertent sur la dangerosité de cette situation alors que l'administration pénitentiaire, quant à elle, dépêche trois surveillants munis de trois types de matériel de contrainte – menottes, entraves et ceinture de contention – pour revenir le chercher.

### 5.8.2 Le séjour du patient détenu

Toutes les personnes détenues, quel que soit leur état clinique, sont placées et maintenues en chambre d'isolement à l'USIP. Les contrôleurs se sont ouverts de cette question au personnel médical et à la direction de l'établissement.

Il s'agit de la mise en œuvre d'un protocole interne, lequel établit en effet le placement systématique des personnes détenues en chambre d'isolement, qu'elles arrivent en crise ou qu'elles aient attenté à leurs jours. Ce protocole ne comporte pas, par ailleurs, d'exigence de communication avec l'établissement pénitentiaire et le SPIP, ce qui entraîne une suspension des droits mis en œuvre durant la détention.

*Ainsi le droit fondamental au maintien des liens familiaux n'est pas respecté, l'accès au téléphone n'est pas effectif.* Les patients détenus ne peuvent pas recevoir les visites de leurs proches et de leur conseil, quel que soit leur statut pénal et même si ces visiteurs sont titulaires de permis de visite.

*Comme tous les patients placés dans ces chambres, les personnes détenues ne bénéficient d'aucune activité ; les sorties de la chambre sont limitées à trente minutes deux fois par jour dans la cour spécialement aménagée (cf. infra chap. 6.1.3.a) ; aucun objet n'est autorisé ; il y est interdit de fumer. La visite des infirmiers auprès de ces patients se limite à la satisfaction des besoins élémentaires et à la surveillance des constantes.*

Lors de la visite des contrôleurs, une personne détenue était en chambre d'isolement depuis plus de trois semaines dans un état de dénuement total, sans contact avec sa famille, sans activités. Elle s'est confiée aux contrôleurs sur l'indignité liée aux conditions matérielles dont elle souffrait : constamment en pyjama, pieds nus, se sentant diminuée et sale du fait de l'impossibilité de se laver les mains après le passage au WC situé dans la chambre face au lit.

Si, d'après les éléments recueillis auprès de son médecin psychiatre, son état de santé avait justifié le placement en chambre de soins intensifs du fait d'un risque suicidaire à son arrivée, **la situation ne se justifiait plus depuis une dizaine de jours que du fait de son statut de détenu.**

### **Recommandation**

*La situation des personnes détenues à l'EPSM de Saint-Avé constitue une atteinte grave aux droits fondamentaux des personnes privées de liberté.*

*Il est essentiel de ne pas placer systématiquement les personnes détenues hospitalisées en chambre d'isolement durant toute la durée de leur séjour pour des motifs uniquement liés à la sécurité et à la discipline et non pour des motifs thérapeutiques comme l'a rappelé le CGLPL à de nombreuses reprises.*

*Les visites, les correspondances et les appels téléphoniques doivent être autorisés selon les mêmes règles que celles applicables au sein des établissements pénitentiaires. Le protocole d'admission existant doit faire l'objet, en lien avec l'établissement pénitentiaire du ressort et la préfecture, d'une réflexion visant à des modifications de pratiques ; ce à quoi se sont engagés le directeur et le président de la commission médicale d'établissement.*

Dans sa réponse, la direction déclare : « Une rencontre avec les responsables de la maison d'arrêt a depuis eu lieu et a permis de construire un outil de liaison spécifique. Ce document intègre les droits appliqués au détenu dans le cadre de la détention (appel tel, courrier, visite...) afin de les maintenir durant l'hospitalisation selon l'état clinique du patient, sa prise en charge en psychiatrie étant toujours liée à l'évolution péjorative de son état de santé. La situation du patient rencontré durant la visite du contrôleur demeure exceptionnelle dans la mesure où ces patients sont habituellement transférés rapidement en UHSA, unité spécifique et adaptée à cette population, contrairement à l'USIP de l'EPSM. Le délai d'attente pour ce transfert vers l'UHSA de Rennes a été particulièrement long pour ce patient et la préfecture a été informée de ce dysfonctionnement. »

## **6. LES CONDITIONS PROPRES A CHAQUE UNITE**

### **6.1 L'INTERSECTEUR « ACCUEIL URGENCES ORIENTATION » : UNE ARTICULATION GLOBALEMENT SATISFAISANTE**

#### **6.1.1 Le centre d'accueil, d'urgence et d'orientation**

##### *a) Les locaux*

Créé en 2003, le centre d'accueil, d'urgence et d'orientation (CAO) est un accueil médico-administratif qui a pour mission d'identifier le besoin du patient à son arrivée à l'EPSM et de l'orienter vers l'unité la plus adaptée. Situés au centre de la structure hospitalière, ses locaux sont propres et lumineux.

Le CAO est composé d'un bureau « infirmier », le bureau du cadre de santé, une salle d'attente, trois bureaux de consultations, un bureau d'entretien et une salle réservée au personnel soignant.

Le CAO ne comporte pas de place d'hébergement. Néanmoins il comporte deux chambres équipées d'un lit permettant de faire patienter les arrivants au calme, en cas d'agitation, ainsi qu'une salle de douche qui, encombrée, ne semble pas servir.

Les locaux du CAO sont attenants à ceux de l'USIP ; un accès direct entre les deux unités permet, le cas échéant, de placer en urgence les patients agités à l'USIP.

**b) Le personnel**

Unité: CAO	Nb	ETP
Cadre de santé	1	1
Infirmier	16	15,8
Aide-soignant	0	0
Psychologue	3	0,8
Assistante sociale	0	0
ASH	0	0
Assistant médico-administratif	0	0

Dans sa réponse, la direction déclare : « L'EPSM dispose d'une équipe de 7 PH médecins polyvalents, présents quotidiennement au CAO, avec un examen systématique de tout patient entrant ».

En journée, un psychiatre est présent au CAO de 14h à 18 h et le médecin généraliste du pôle dont dépend le patient se rend au CAO au moment de son arrivée.

La nuit, sont présents un cadre de santé de 20h à 6h et un infirmier de 21h à 7h. S'y ajoute un administrateur d'astreinte 24h/24, présent sur place jusqu'à 23h, auquel sont adressées les éventuelles admissions de soins sans consentement en soirée.

**a) Les patients**

La prise en charge commence par un entretien infirmier qui se déroule dans un bureau réservé, avec la personne seule ou avec son accompagnant si nécessaire. Cet entretien a pour objet de vérifier d'abord si la personne a un dossier médical dans l'hôpital ou des antécédents, puis de procéder à une évaluation de l'état clinique de la personne pour envisager soit une hospitalisation, soit une prise en charge ambulatoire.

Si nécessaire, la personne rencontre ensuite un psychiatre puis un somaticien qui précisent l'orientation vers l'unité d'hospitalisation appropriée. Si, en journée, le patient rencontre systématiquement un psychiatre, lorsque les personnes arrivent le matin, faute de présence médicale avant 14h, elles doivent attendre, parfois de longues heures, dans une salle d'attente dotée d'un poste de télévision et de magazines. Au besoin, il leur est proposé un repas à l'heure du déjeuner.

Une fois l'affectation décidée, ce sont le plus souvent les infirmiers de l'unité d'hébergement qui viennent chercher le patient au sein du CAO, sauf pour les unités de gérontologie ou d'addictologie, vers lesquelles les patients sont conduits en ambulance par le personnel du CAO.

**Recommandation**

*La présence médicale devrait être renforcée au sein du CAO le matin afin de réduire le temps d'attente des patients, de plusieurs heures s'ils arrivent en début de matinée, au moment sensible de leur arrivée.*

## 6.1.2 Le centre d'évaluation et de préparation au relais ambulatoire

### a) Présentation générale

#### i) Les locaux

Le centre d'évaluation et de préparation au relais ambulatoire (CEPRA), ouvert en novembre 2014 et hébergé dans des locaux provisoires, comporte huit chambres dont six individuelles et deux doubles. L'unité ne comporte pas de chambre d'isolement mais l'une des chambres individuelles peut servir ponctuellement de chambre de surveillance attentive (CSA). La présence et la fonction de la CSA sont mentionnées dans le règlement intérieur de l'unité.

Néanmoins, la configuration de la chambre individuelle qui est utilisée comme CSA, après qu'on l'a débarrassée de l'ameublement, en forme de « L », ne permet pas l'observation nécessaire et n'est pas conforme aux normes requises pour ce type de chambre de surveillance renforcée.

Les locaux sont lumineux et agréables, et la salle à manger commune s'ouvre sur un jardin arboré où les patients peuvent se rendre aux heures d'ouverture des portes.

	CEPRA
Nombre de lits	11
Nombre de chambres de soins intensifs CSI (isolement)	0
Nombre de chambres de surveillance attentive (CSA)	1
Nombre de chambres à un lit	6
Nombre de chambres à deux lits	2
Nombre de douches en chambre	5
Nombre de wc (dont 5 en chambres)	9
Salle de bains	1



*Jardin et espace fumeur du CEPRA*

## ii) Le personnel

Unité: CEPRA	Nb	ETP
Praticien hospitalier psychiatre	3	1,4
Interne	1	1
Cadre de santé	1	1
Infirmier	17	16,26
Aide-soignant	3	3
Psychologues	2	0,6
Assistante sociale	2	0,5
ASH	5	4,86
Assistant médico-administratif	2	1,5

Un médecin psychiatre est présent tous les jours dans l'unité, sauf le mercredi après-midi. Le médecin somaticien effectue des visites régulières et, en cas de besoin, se déplace dans l'unité dans un délai maximal de quelques heures.

La nuit, deux infirmiers sont présents dont l'un, rattaché à l'équipe mobile de nuit, peut être appelé à tout moment vers d'autres unités pour un renfort ponctuel, pour assurer des transferts de patients vers les urgences de l'hôpital ou aller chercher un patient à l'extérieur.

## iii) Les patients

Les patients en soins sans consentement y sont rares. Au moment de la visite, le CEPRA accueillait huit personnes – cinq hommes et trois femmes – dont une seule femme était admise en soins sans consentement (SPDT). Tous les patients avaient le droit de recevoir des visites et de téléphoner sauf un avec restriction. De même, ils pouvaient tous participer aux activités sauf restrictions somatiques.

**Recommandation**

*Le statut et l'usage fait de la chambre de surveillance attentive dite « ponctuelle », qui sert aussi de chambre d'hébergement, mériteraient d'être clarifiés, car elle ne répond ni aux normes de sécurité, ni au protocole de l'hôpital relatif aux chambres d'apaisement.*

## b) Le projet thérapeutique

## i) La vie quotidienne

Cette unité a pour vocation d'accueillir des personnes en courts séjours, orientées rapidement vers des solutions ambulatoires. Les chambres y sont donc en principe toujours ouvertes, y compris la nuit, mais l'unité demeure fermée malgré le projet de soins initial. Parmi les raisons du maintien de la fermeture de l'unité, a été évoqué le fait que le CEPRA jouait également un rôle d'observation des patients à leur arrivée dans l'EPSM pour une meilleure évaluation et orientation et un rôle de régulation des flux de patients ; en effet, du fait de la rotation importante des patients dans cette unité, le CEPRA sert souvent d'unité d'accueil temporaire avant que le patient puisse rejoindre son unité d'orientation. Par exemple, au moment de la visite, une patiente en soins sans consentement depuis le 29 mars 2016 avait été placée au CEPRA pour surveillance du risque suicidaire car le CEPRA disposait d'une chambre libre en rez-

de-chaussée, mais elle devait rejoindre la clinique "Les Sources". Ces différents éléments expliquent que la durée moyenne de séjour – environ sept jours – soit bien plus longue que celle prévue dans le projet de l'unité – 72 heures.

Le règlement intérieur est très précis sur les horaires de sorties (un créneau le matin, deux créneaux l'après-midi, élargis le week-end) et de visites (de 16h15 à 18h30 en semaine, de 10h à 12h et de 16h15 à 18h30 le week-end), ainsi que sur les horaires des repas (8h, 12h, 16h, 19h) et du retour en chambre (22h30). Une certaine souplesse est admise selon les contraintes des proches pour les visites autant que les nécessités du service le permettent.

### ii) Les activités

A l'arrivée, l'entretien infirmier permet de procéder à la notification des droits et à l'explication des règles de vie de l'unité. Ni le livret « arrivant », ni le règlement intérieur ne sont remis aux patients mais le règlement intérieur est affiché dans l'unité – la version affichée dans le réfectoire est néanmoins illisible – et, en forme simplifiée, dans la chambre des patients ; le jour de la visite, certaines chambres ne disposaient pas d'un règlement intérieur.

Les activités à l'intérieur de l'unité ne font pas l'objet d'un programme prédéfini mais sont adaptées selon le groupe de patients présents le jour même. Il peut s'agir d'activités collectives, telles que la relaxation, la peinture, le chant, la gymnastique, l'activité photolangage, ou d'activités individuelles comme les soins corporels, le maquillage, l'atelier sur l'image de soi. Sauf empêchement somatique, les activités sont proposées à tous les patients, libres d'accepter ou non de participer. La semaine de la visite, cinq à six patients avaient bénéficié d'une activité par jour (marche, photolangage « Humeur du jour et projection dans six mois », groupe de parole « Bilan ou attentes hospitalisation »).

### iii) Les soins

Les médecins psychiatres voient les patients, en principe, tous les jours, et « *tous les deux trois jours maximum* ». Après le premier entretien infirmier, les patients peuvent en solliciter d'autres sur demande.

En cas de problèmes somatiques, le médecin généraliste du secteur intervient dans la journée.

En cas de violence ou d'agitation, un renfort DATI (dispositif d'alarme pour travailleur isolé) est prévu, avec contention potentielle, mais, dans ce cas, le patient est transféré vers une autre unité, le CEPRA n'offrant pas les conditions adaptées à un placement sous contention, notamment la nuit, où il peut arriver qu'un seul infirmier soit présent.

## 6.1.3 L'unité de soins intensifs psychiatriques : une unité dont le projet thérapeutique tient à la réduction de la crise et au suivi de post-crise

### a) Présentation générale

L'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) est une unité d'hospitalisation complète, intersectorielle, conformément au choix institutionnel qui a été de créer une unité spécifique pour accueillir les patients hospitalisés sous contrainte en état de crise à l'exception des personnes relevant des critères de la gérontopsychiatrie (cf. *infra* chap. 6.6) ou des patients hospitalisés en addictologie (cf. *infra* chap. 6.3).

Dans cet objectif, elle est aménagée d'un dispositif thérapeutique permettant d'intensifier l'observation du patient et renforçant sa prise en charge lorsque son état clinique le nécessite ;

il s'agit de quatre chambres de soins intensifs (ou chambres d'isolement) et de cinq chambres de surveillance attentive.

Seule, une autre unité de l'établissement dispose d'une chambre de soins intensifs.

Au moment de la visite des contrôleurs, la mise en œuvre du registre prévu par l'article 72 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016<sup>17</sup> n'est pas effective.

#### i) Les locaux

Ses locaux se situent en rez-de-chaussée dans la continuité du CAO (cf. *supra* chap. 6.1.1).

L'unité comporte deux sous-divisions bien identifiées – A et B –, toutes deux fermées mais qui proposent un parcours du patient progressivement moins restrictif.

L'aile A est consacrée à la prise en charge des patients dont l'état clinique à l'arrivée ou durant l'hospitalisation nécessite une prise en charge spécifique de gestion de crise ; l'aile B est celle où les soignants assurent le suivi de post-crise permettant de préparer un transfert en unité territorialisée ou en structure extrahospitalière.

D'une capacité de quarante lits, elle a été reconstruite et réduite à vingt-neuf places en février 2016.

Au jour de la visite des contrôleurs, des travaux complémentaires devaient encore être réalisés notamment pour permettre aux patients de l'aile A de disposer d'espaces supplémentaires.

Les patients rencontrés dans cette aile regrettent la fermeture systématique entre les deux parties de l'unité.

	USIP ailes A et B
Nombre total de lits	29
Nombre de chambres de soins intensifs CSI (isolement)	4
Nombre de chambres de surveillance attentive (CSA)	5
Nombre de chambres à un lit	18
Nombre de chambres à deux lits	1
Nombre de douches en chambre	27
Nombre de wc + 2 toilettes communes	27
Salle de bains	2

Les chambres individuelles sont relativement grandes, d'une surface de 11 m<sup>2</sup> ; les chambres à deux lits occupent une surface de plus de 17 m<sup>2</sup>.

Au nombre de quatre, **les chambres de soins intensifs** (CSI) sont aménagées autour d'une petite cour permettant aux patients de sortir brièvement – deux fois trente minutes par jour – si leur état le leur permet, et aux soignants d'y avoir un accès supplémentaire. Leur surface varie (hors salles d'eau de bains) entre 12,23 m<sup>2</sup> et 14,45 m<sup>2</sup> ; les salles d'eau représentent une surface de 4 à 5 m<sup>2</sup>.

17 « Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement (...). Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, il mentionne le nom du psychiatre l'ayant décidée, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. »

L'architecture des chambres a été conçue pour permettre à la fois une surveillance visuelle des personnes hospitalisées, par un fenestron percé dans le mur entre des bureaux « infirmiers » et chacune des chambres situées de part et d'autre, et par vidéosurveillance.

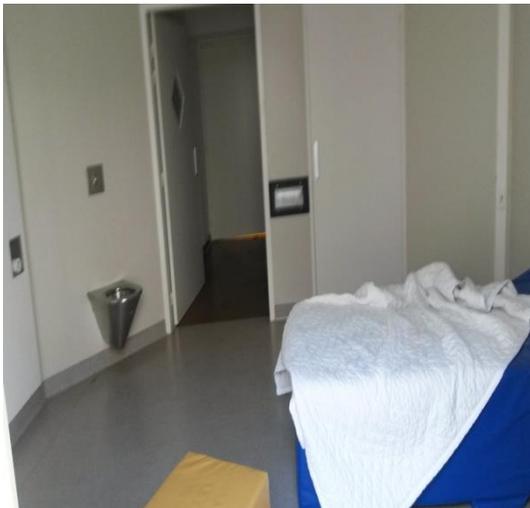
Deux d'entre elles sont totalement séparées et disposent chacune d'une double ouverture sur le couloir, par une porte d'entrée sur un sas et par la porte de la salle d'eau – qui est fermée à clé de l'intérieur – auxquelles s'ajoute l'ouverture par la cour.

Les deux autres chambres ont une ouverture qui donne sur un sas commun. L'une d'entre elles a également une ouverture par la salle d'eau.

Toutes sont équipées de matelas bleus *Cumbria* posés à même le sol, sur lesquels sont posés des couvertures blanches matelassées, sans draps.

Le patient, assis sur son lit, mange sur un pouf carré suffisamment lourd pour ne pouvoir être facilement déplacé. Le repas servi dans des barquettes est posé à même le pouf sans plateau.

Le WC, en inox, est situé face au lit ; un bouton poussoir permet d'actionner la chasse d'eau ; du papier hygiénique est posé à proximité.



*Chambre de soins intensifs (CSI)*



*Cour des chambres de soins intensifs*

Une caméra de vidéosurveillance est placée en hauteur de manière à ne pas avoir de vue directe sur la cuvette. Un placard où sont déposées les affaires personnelles du patient est fermé à clé. La lumière du plafond est éteinte la nuit mais une veilleuse reste allumée près des wc.

La salle d'eau est fermée à clé ; le patient ne peut s'y rendre que pour sa toilette matinale en présence des infirmiers.

L'impossibilité de se laver les mains après avoir fait ses besoins naturels a été indiquée par l'un des patients aux contrôleurs comme étant une humiliation.

Un bouton d'appel situé à côté du matelas allume une lumière dans le couloir et doit faire retentir une sonnerie dans le bureau infirmier. Testé par deux contrôleurs, elle s'est avérée ne sonner ni dans le bureau infirmier de l'aile concernée, ni dans le couloir.

### **Recommandation**

*Le seul signal lumineux pour indiquer un appel des patients en chambres de soins intensifs est insuffisant pour permettre d'assurer leur sécurité. Le bouton d'appel doit faire retentir une sonnerie suffisamment forte pour que les soignants puissent l'entendre y compris hors de leur bureau à l'extrémité du service ; son arrêt doit se faire par un interrupteur situé à proximité de la porte de la chambre concernée.*

Dans sa réponse, la direction déclare : « *Il est à noter que le son est modulable sur le système, modulation gérée par les infirmiers directement du fait de l'état clinique de certains patients (solicitation incessante par exemple) ».*

Au nombre de cinq, **les chambres de surveillance attentive (CSA)** sont réparties sur les deux sous-unités de l'USIP. Leur porte est percée d'une ouverture protégée par un petit volet muni d'un verrou. Ce sont les chambres les plus petites : 9,70 m<sup>2</sup> hors salle d'eau.



*Chambre de surveillance attentive (CSA)*

## ii) Le personnel

USIP	N	ETP
Praticien hospitalier psychiatre	3	1,4
Praticien hospitalier généraliste	1	0,2
Cadre de santé	1	1
Infirmier J/N	26	24,9
ASH <sup>18</sup>	6	6
Assistante sociale	2	0,7
Psychologue	3	0,6
Psychomotricien	1	0,2
Assistant médico-administratif	2	1,4

Si l'USIP est dotée d'infirmiers en nombre, en revanche, elle ne dispose pas d'aides-soignants.

Les soignants sont au nombre de deux dans chaque sous-unité de 6h45 à 14h15. Parallèlement, deux infirmiers assurent une présence dite de journée de 8h à 15h30 à l'aile A et de 9h30 à 17h à l'aile B.

L'après-midi, trois soignants sont présents dans l'aile A et deux dans l'aile B de 13h45 à 21h15.

De 21h à 7h, seuls deux infirmiers sont présents pour les deux ailes, qui sont alors ouvertes entre elles pour exercer la surveillance.

## iii) Les patients

Au jour de la visite des contrôleurs, vingt-deux patients étaient hospitalisés dans cette unité.

La durée la plus longue d'hospitalisation en cours était de 15 mois.

Le patient le plus âgé avait 60 ans, le plus jeune, juste majeur, avait 18 ans.

L'USIP accueille les mineurs en crise pour une très courte durée lorsqu'ils ne peuvent être traités par le pôle de pédopsychiatrie, qui ne dispose pas de chambre d'isolement (cf. *infra chap.* 6.5).

Dans des cas particulièrement aigus, si le jeune a 17 ans, il arrive qu'il reste à l'USIP. C'est le cas de deux patients rencontrés par les contrôleurs, arrivés à 17 ans et demi.

Durant les trois derniers mois, trois adolescents ont été admis à l'USIP pour y être placés une nuit ou deux en chambre d'isolement.

---

18 ASH : agent des services hospitaliers

Le profil et les statuts des patients de l'USIP à la date de la visite des contrôleurs étaient les suivants :

Pôle Vannes-Muzillac - USIP - Situation au 11 avril 2016						
Statut	H	F	Prog. de soins	Patients en CSI	Patients en CSA	Observations
ASPDRE	5	1				
Préfet	1	1	1		1	Placement discontinu en CSA
Maire	2					
Détenu	1			1*		
Décision judiciaire	1					
ASPDT	10	4		2*	2	Contention à la chambre CSA si besoin
Tiers	1					
Urgence	8	4				
Péril imminent	1					
Soins libres		2			1	Contention fauteuil si besoin
Total patients	15	7	1	3	4	

\* au jour de la visite des contrôleurs, le patient-détenu était placé en chambre d'isolement depuis le 22 mars 2016, soit depuis trois semaines (cf. *supra* chap. 5.8). Un deuxième patient y était positionné depuis le 23 mars du fait de son état clinique et le troisième patient était placé en chambre d'isolement depuis deux jours.

### b) Le projet thérapeutique

Le projet thérapeutique de l'USIP tient à la réduction de la crise, au suivi de post-crise et enfin à l'orientation soit à l'interne vers une unité territorialisée, soit vers un suivi par une structure extrahospitalière.

### i) La vie quotidienne et les activités

Les visites ont lieu en semaine de 17h à 19h ; le week-end et jours fériés, elles sont étendues de 15h à 19h.

Les médecins psychiatres de l'USIP proposent aux patients des actions thérapeutiques ciblées sur l'évolution de leur état clinique et selon qu'ils sont admis dans l'aile A ou B.

Cinq patients de l'USIP se rendent aux activités de sociothérapie. Il s'agit de deux patients de la sous-unité A et de trois personnes de la sous-unité B, tous admis en soins sans consentement.

Dans chacune des sous-unités, les patients qui ne sont pas en chambre de soins intensifs ou en chambre de surveillance attentive peuvent regarder la télévision – dont ils disposent de la télécommande – dans la salle à manger. Les infirmiers y proposent également des jeux de carte ou du dessin.

Dans la cour de l'aile B, les patients disposent d'une table de ping-pong et, dans le couloir, d'un baby-foot. Un fumoir est accessible depuis l'intérieur jour et nuit ; les soignants achètent le tabac pour les patients le lundi.

Pour les patients de l'aile A, la salle d'activité a été rendue accessible à partir de la cour pour leur permettre de bénéficier notamment de séances de psychomotricité ou d'art thérapie.

Il est possible de passer des DVD dans deux des chambres d'isolement à partir d'un projecteur positionné dans le bureau des infirmiers.

Le planning des activités remis aux contrôleurs fait état des activités suivantes accessibles suivant prescription médicale et autorisation de sortie.

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Psychomotricité Ping-pong (interne à l'USIP)	Balnéothérapie à l'unité Amaryllis	Activité artistique (interne à l'USIP)	Groupe de parole avec le psychologue (interne à l'USIP)	Marche dans le parc
Jeux de société (interne à l'USIP)	Jardinage dans le parc	Marche dans le parc	Soins esthétiques	Activités sportives (foot dans le parc)

Lorsque les sorties de moins de 12 heures sont autorisées, deux ou trois patients sont accompagnés par deux infirmiers ; au cours de la semaine de la visite des contrôleurs, une sortie au *Mac Donald's™* et une à la crêperie ont été effectuées avec un patient en soins sans consentement. Le 18 mai une sortie est programmée à l'île d'Arz associant un patient de l'aile A à ceux de l'aile B.

Si nécessaire, les tuteurs ou les familles sont sollicités pour le financement des sorties ; si cela s'avère impossible, la régie de l'hôpital prend en charge l'ensemble des frais.

#### ii) Les soins

Le médecin généraliste affecté à l'USIP s'y rend tous les jours et voit systématiquement tous les patients en chambre de soins intensifs.

#### 6.1.4 Les unités localisées au centre hospitalier Bretagne Atlantique

Deux unités relevant de l'intersecteur « Accueil urgences orientation » sont localisées au sein du centre hospitalier Bretagne Atlantique (CHBA), à Vannes. Elles ne feront l'objet que d'une brève description car elles ne concernent qu'indirectement les personnes placées en soins sans consentement :

- Le CEPRA du CHBA est une unité de six lits destinée à l'accueil de patients exclusivement admis *via* les divers services du CHBA pour de courts séjours (5 jours maximum) en cas de symptomatologie psychiatrique réactionnelle à un événement de vie (séparation, difficultés conjugales, professionnelles ou financières, etc.) sans pathologie psychiatrique avérée et où l'hospitalisation en unité de secteur psychiatrique n'est pas pertinente. Il ne s'agit que de soins libres.
- L'unité médico-psychologique (UMP) est un dispositif qui intervient tant au service d'urgences (UMP-Urgences) qu'en psychiatrie de liaison (UMP-Liaison) :
  - o hébergé par le CHAB à proximité du service des urgences, l'UMP-Urgences dispose d'un bureau médical (un médecin psychiatre présent) et d'un bureau infirmier (deux infirmiers) et assure une coopération importante entre le CHBA et l'EPSM de Saint-Avé. Lorsque le service des urgences accueille une personne présentant des troubles psychiatriques, il peut solliciter une évaluation par un infirmier, qui

lui-même pourra, si nécessaire, saisir pour avis le médecin psychiatre présent en journée et d'astreinte la nuit et le week-end. Sur avis en ce sens, le service des urgences établira un certificat médical d'hospitalisation, en soins libres ou sans consentement si l'état du patient l'exige. Dans ce cas, le patient sera conduit par une compagnie d'ambulanciers privés jusqu'au CAO de l'EPSM de Saint-Avé. S'il présente un état d'agitation trop élevé – risque d'auto ou hétéro agression – ce sont les ambulanciers et infirmiers de l'EPSM qui se déplacent et assurent son transfert ;

- l'UMP-Liaison est tenue par deux infirmières de liaison, qui assurent un dialogue avec les équipes médicales des services du CHBA lorsqu'elles sont confrontées à un patient présentant des troubles psychiatriques. Lorsqu'un patient présent à l'hôpital nécessite une prise en charge à l'EPSM, la priorité est donnée à la recherche du consentement du patient aux soins ; mais, si nécessaire, les infirmières de liaison jouent un rôle important d'information des équipes médicales et de coordination de la constitution des dossiers de soins sans consentement.

## 6.2 LES UNITES D'ADMISSION : UNE EXPERIMENTATION D'OUVERTURE DANS UNE DES UNITES FAVORISE LA LIBERTE DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

### 6.2.1 La clinique "Alré"

#### a) Présentation générale

La clinique "Alré" est l'unité d'admission du pôle Auray-Locminé. Il s'agit d'une unité fermée qui reçoit des patients des deux secteurs. Elle comprend vingt-huit lits et un lit « plan blanc » ainsi qu'une chambre de surveillance attentive (CSA).

#### i) Les locaux

Le bâtiment a été refait en 2008. Il s'agit d'une unité fermée disposant d'une cour extérieure.

Au rez-de-chaussée, se trouvent les espaces suivants :

- la cour extérieure, ouverte en hiver jusqu'à 20h30 et en été jusqu'à la nuit ; il est possible d'y pratiquer des jeux de plein-air : pétanque, palet, ping-pong ;
- la salle à manger ;
- un salon télévision ;
- des toilettes doubles pour les patients, équipées de wc à l'anglaise, d'un lavabo avec un distributeur de savon ; ces locaux sont propres ;
- un coin lecture ;
- le salon des familles, ouvert à tous en l'absence de visites ;
- la lingerie, dans laquelle sont stockés des pyjamas hommes et femmes, des chemises ouvertes, des peignoirs, des changes complets ;
- cinq chambres : deux chambres d'une personne, deux chambres de deux personnes et la CSA ;
- une salle d'activités, accessible depuis l'extérieur par la cour.

On constate la présence dans les chambres d'objets personnels, de photos signant un certain niveau d'appropriation des locaux par les patients.

La chambre d'apaisement (CSA) est occupée par le même patient depuis 2013. Il s'agit d'un patient très handicapé ayant besoin d'être hospitalisé au rez-de-chaussée pour bénéficier de l'aide du personnel soignant de façon permanente.

Sept chambres à un lit et deux chambres à deux lits sont au premier étage ; huit chambres à un lit et deux chambres à deux lits sont au deuxième étage.

Les chambres sont équipées d'un ou deux lits, d'une ou deux tables de chevet. Elles sont éclairées par une fenêtre oscillo-battante qu'il est possible d'ouvrir. Les patients peuvent avoir la clé de leur chambre et peuvent fermer la porte de l'intérieur. Ils disposent d'un placard non fermé à clé. L'interrupteur du volet extérieur est placé dans ce placard.

Le personnel essaie autant que faire se peut de donner des chambres seules lorsque cela est jugé nécessaire.

Les chambres ne sont pas attribuées et il est possible pour un patient de changer de chambre au cours de son séjour, éventuellement pour laisser la place à un autre patient. Tout changement est précédé d'un entretien.

### ii) Le personnel

Au 11 avril 2016, le personnel intervenant à la clinique "Alré" était le suivant :

Clinique Alré	N	ETP
Praticien hospitalier psychiatre	1	0,6
Interne	3	2,25
Cadre de santé	1	1
Infirmier J/N	20	17,7
ASH	4	3,66
Psychologue	1	0,4
Assistant médico-administratif	1	0,5

Le personnel affecté à l'unité permet d'assurer la présence de deux infirmiers la nuit, de deux ou trois (un jour sur deux) infirmiers de matin (6h45 à 14h15) de trois infirmiers d'après-midi (13h45 à 21h15) et d'un infirmier de jour (9h à 16h30) deux jours sur trois.

### iii) Les patients

En 2015, 444 patients ont été hospitalisés à la clinique "Alré". Le taux d'occupation est de 88,2 %. La durée moyenne de séjour est de trois semaines mais avec des extrêmes qui vont de trois jours à trois ans.

Lors du contrôle, dix-neuf patients étaient hospitalisés, sept hommes et douze femmes ; le plus jeune avait 22 ans et le plus âgé, 72 ans. Seize patients étaient admis en soins libres et trois en SPDT avec des durées d'hospitalisation pouvant aller pour certains jusqu'à 920 jours, 283 jours et 243 jours.

## b) Le projet thérapeutique

### i) La vie quotidienne

Un exemplaire du règlement intérieur de l'unité est remis au patient à son arrivée. Ce document précise les horaires des repas, les règles relatives à l'hygiène, les horaires de fermeture des chambres et de sortie du pavillon, les horaires et conditions des visites, les appels téléphoniques, les activités thérapeutiques.

L'emploi du temps des patients est le suivant :

- 8h15 – 9h : petit déjeuner en salle à manger ;
- 9h : ouverture de la clinique, les patients peuvent sortir ;
- 9h30 : fermeture des étages, les chambres ne sont plus accessibles ;
- 12h – 12h30 : déjeuner en salle à manger ;
- 12h30 : ouverture des étages, les patients peuvent intégrer leur chambre ;
- 13h30 – 14h30 : les patients peuvent sortir dans le parc ;
- 14h30 : fermeture des étages ;
- 14h30 – 16h : ateliers ;
- 16h – 16h30 : goûter ;
- 19h – 19h30 : dîner.

Les barquettes d'aliments arrivent dans l'unité en liaison froide et sont réchauffées sur place ; elles sont disposées sur un comptoir permettant ainsi aux patients de se servir eux-mêmes à la façon d'un self-service. Le placement des patients est libre. On trouve dans la salle à manger un tableau d'information générale sur le fonctionnement de l'établissement ainsi qu'un tableau rappelant les rendez-vous des patients.

Les patients disposent de la télécommande de **la télévision** et peuvent choisir leur programme à partir du magazine mis à leur disposition.

Les **téléphones** mobiles sont autorisés et les patients peuvent conserver leur **ordinateur** après avis du médecin. Les appels téléphoniques en provenance de l'extérieur sont transférés sur le téléphone dans la chambre du patient permettant à celui-ci d'échanger avec son interlocuteur en toute tranquillité. Un *point phone* est situé au rez-de-chaussée.

Les patients peuvent recevoir des **visites** en semaine de 16h15 à 18h30 et le week-end de 10h à 12h et de 13h30 à 18h30. Lorsque les personnes ne sont disponibles que le soir, des dérogations peuvent être accordées jusqu'à 21h.

Le **courrier** n'est pas ouvert ; les patients peuvent acheter enveloppe, papiers et timbres à la cafétéria. Si nécessaire l'équipe dépanne le patient.

Les patients achètent leur **tabac** et le gère. Ils peuvent cependant le laisser dans leur casier au bureau des infirmiers. S'ils ne sont pas autorisés ou ne peuvent sortir et sont sous tutelle, ils reçoivent un bon et un ambulancier effectue l'achat à l'extérieur.

Les **relations sexuelles** ne font pas l'objet d'interdit *stricto sensu* mais d'une grande vigilance de la part de l'équipe vis-à-vis des personnes fragiles. Des préservatifs peuvent être donnés si des patients en font la demande.

### ii) Les activités

Les patients ont la possibilité de participer aux activités thérapeutiques suivantes :

- relaxation, écoute musicale (6 patients inscrits au moment de la visite des contrôleurs) ;
- marche dans le parc (7 patients inscrits) ;
- musicothérapie (4 patients inscrits) ;
- groupe de parole (3 patients inscrits) ; les thèmes sont proposés par les patients ou les infirmiers ;
- activités créatives (5 patients inscrits) : peinture, dessin, poterie ;
- activité aquatique à la piscine de Vannes avec un créneau de 45 mn réservé aux patients de l'hôpital (3 patients inscrits) ;
- activité verbalisation sur des sujets d'actualité (5 patients inscrits).

Les patients ont à leur disposition un exemplaire de *Ouest France*, un magazine télévision, des jeux de pétanque et de quille, des jeux de société ; ils ont la possibilité d'emprunter des livres à la bibliothèque.

Une réunion soignants/soignés se tient le jeudi matin ; elle a lieu après le petit déjeuner et présente toutes les activités de la semaine, ce qui est particulièrement intéressant pour les arrivants.

### iii) Les soins

Le *staff* du lundi matin réunit pendant 2 à 3 heures l'équipe, une psychologue, l'assistante sociale, le médecin, le cadre de santé. Il permet de passer en revue tous les patients présents dans l'unité. L'unité n'a pas de chambre d'isolement ; en cas de nécessité, les patients sont transférés à l'USIP. Les contentions sont extrêmement rares ; la dernière en date concernait un patient mélancolique pour lequel l'administration du traitement sous perfusion a nécessité une contention pendant une semaine.

## 6.2.2 La clinique "Les Sources"

### a) Présentation générale

Dans le cadre de l'organisation territoriale de l'établissement, la clinique "Les Sources" est une unité d'admission polyvalente à vocation sectorielle qui permet d'offrir une prise en charge de qualité grâce à la continuité de celle-ci entre intra et extrahospitalier. Elle accueille les patients des villes de Vannes et de Muzillac après l'évaluation réalisée au CAO ou en orientation à partir des unités intersectorielles.

La clinique "Les Sources" fait l'objet d'une expérimentation d'ouverture dans la perspective d'ouvrir les autres unités sectorielles (cf. *infra* chap. 6.2.2.b.i).

## i) Les locaux

La clinique "Les Sources" est installée dans un bâtiment de trois niveaux. Des escaliers sont aménagés de chaque côté du bâtiment ainsi qu'un ascenseur accessible aux patients.

	Clinique « Les Sources »
Nombre de lits	28 + appartement thérapeutique*
Nombre de chambres de soins intensifs CSI (isolement)	0
Nombre de chambres de surveillance attentive (CSA)	1
Nombre de chambres à un lit	15 dont 1 PMR
Nombre de chambres à deux lits	6
Nombre de douches en chambre	22
Nombre de wc	20 + 1 commun
Salle de bains	2

\* La clinique dispose d'un appartement thérapeutique sur le site de l'EPSM, ce qui porte la capacité d'accueil à 29 lits mais, du fait d'une situation de sur occupation de l'EPSM lors de la visite des contrôleurs, une des chambres individuelles au sein de la clinique a dû être doublée. Le patient dort sur un lit de camp aux côtés d'un patient avec lequel il s'entend bien, selon les propos recueillis.

Une chambre de surveillance attentive (CSA) et une chambre pour personne à mobilité réduite (PMR) sont aménagées dans le service. Comme l'ensemble des chambres individuelles, elles occupent une surface de 15 m<sup>2</sup>. Dans la CSA, le lit n'est pas fixé au sol mais la fenêtre ferme à clé et il est possible d'en retirer les meubles. La contention est possible dans cette chambre ; selon les informations recueillies par les contrôleurs, elle ne s'effectuerait jamais sur les quatre membres.

Les patients disposent d'un loquet pour fermer la porte de leur chambre la nuit s'ils le désirent. Aux étages, pour des raisons de sécurité, les fenêtres sont fermées à clé ; l'agent de service aère quotidiennement lorsqu'il fait le ménage des chambres.

## ii) Le personnel

Clinique « Les Sources »	N	ETP
Praticien hospitalier psychiatre	2	1
Praticien hospitalier généraliste	1	0,15
Cadre de santé	1	1
Infirmier J/N	16	14,2
Aide-soignant	6	5,86
ASH	5	3,54
Assistante sociale	2	0,7
Psychologue	3	0,7
Psychomotricien	2	0,3
Assistant médico-administratif	1	1

Au sein de cette clinique, 1,5 ETP d'aides-soignants et 1 ETP d'assistants médico-administratifs sont budgétés et non pourvus.

Le personnel assure le service de la manière suivante :

- un à deux infirmiers sont « de journée » de 9h à 16h30 ;
- de 6h45 à 14h15, deux infirmiers et un aide-soignant ;
- de 13h45 à 21h15, deux infirmiers et un aide-soignant ;
- de 21h à 7h, un infirmier et un aide-soignant.

La nuit, seuls, un infirmier et un aide-soignant assurent la surveillance des trois niveaux. Selon les informations recueillies, pour assurer ces nuits dans les meilleures conditions, il manquerait 0,60 ETP d'infirmier et 0,60 ETP d'aide-soignant, ce qui amènerait l'équipe de jour à compenser.

Les infirmiers sont également sollicités pour être de garde une semaine sur trois afin d'assurer les transferts de patients. Deux infirmiers de deux services sont de garde en même temps le jour et deux la nuit pour se déplacer éventuellement afin d'aller chercher un patient dans le cadre d'une ASPDRE ou une personne détenue ou pour emmener un patient qui a fait appel de son hospitalisation sans consentement à la cour d'appel de Rennes (Ille-et-Vilaine).

Quatre cadres de santé du pôle Vannes-Muzillac sont de garde en semaine de 17h à 20h puis les cadres de nuit de 20h à 6h ; ils sont relayés par un cadre de pôle en astreinte.

Le cadre de garde "hebdomadaire" assure une astreinte de 06h à 08h. Le WE et les jours fériés, un cadre de l'EPSM est de garde au CAO de 10h à 20h et d'astreinte téléphonique de 06h à 10h et un cadre de nuit est présent au CAO de 20h à 06h.

### iii) Les patients

Au jour de la visite des contrôleurs, trente patients y étaient admis dont un en appartement thérapeutique sur le site de l'établissement.

Le plus âgé d'entre eux avait 84 ans et le plus jeune avait 20 ans. La durée de la plus longue hospitalisation en cours était de 22 mois ; il a été indiqué aux contrôleurs que cette durée d'hospitalisation était exceptionnelle et relative à une pathologie particulière et relativement rare.

Statut	H	F	Nb patients en programme de soins
ASPDRE	2		
Préfet	1		
Maire	1		1*
ASPDT	5	3	
Urgence	3	1	
Péril imminent	2	2	
Soins libres	8	11	
Total patients	15	14	1

- \* Un patient en SPDRE occupe l'appartement thérapeutique sur le site de l'EPSM dans le cadre d'un programme de soins. Il est comptabilisé dans le nombre de patients de l'unité, ce qui porte à 30 le nombre de prises en charge.

### b) Le projet thérapeutique

L'expérimentation de l'ouverture de la clinique "Les Sources" induit un fonctionnement particulier. Le service est ouvert de 9h30 à 18h30 mais, dans le cadre du contrat de soins, afin que les patients puissent participer aux entretiens et à la vie du service, il leur est demandé d'être présents de 10h à 12h et de 14h30 à 16h15 en semaine. Le week-end, les horaires de présence sont limités aux moments des repas. L'un des objectifs premiers est l'autonomisation des patients de manière à ce que les soins en hospitalisation complète soient les plus courts possibles, relayés par les structures extrahospitalières.

Un bémol est cependant à signaler quant à cette ouverture : quand un patient est nouvellement arrivé ou se trouve en état de crise (risque suicidaire majeur ou psychose délirante), l'unité est fermée. Il a été rapporté aux contrôleurs que les autres patients étaient alors informés d'une difficulté temporaire imposant cette restriction et que cela ne posait pas de problème majeur.

### i) La vie quotidienne

Une réunion soignants/soignés a lieu une fois par mois ; elle est animée par le cadre de santé, qui propose un ordre du jour complété par des sujets proposés par les patients. La participation à ces réunions n'est pas obligatoire mais la majorité des patients y participent.

Tous les patients ont le droit de recevoir des visites. La salle de réception des familles, exiguë, est aménagée de cloisons amovibles pour permettre à deux familles de s'entretenir simultanément avec leur proche hospitalisé. Les visites ont lieu en semaine de 16h15 à 18h30 et de 10h à 12h et 13h30 à 18h30 le week-end et les jours fériés.

Les repas sont servis en self sans pourtant qu'un choix soit possible. Les menus sont affichés semaine par semaine. Seuls, les régimes sur prescription médicale sont pris en compte et font l'objet d'un repas spécifique. Les barquettes sont réchauffées à l'office. Le petit déjeuner est servi à 8h30, le déjeuner à 12h et le dîner à 19h.

Le mercredi 13 avril, au déjeuner, il était servi de la langue de bœuf, qui n'était appréciée par aucun des patients.

Dans sa réponse, la direction déclare : « Pour les Sources, à chaque entrée d'un patient lors de l'entretien accueil il lui est demandé ses aversions, ses régimes éventuels, ses choix alimentaires en fonction de ses convictions religieuses et le self avec les modalités hôtelières lui sont présentés [ce n'est pas ce qu'ont observé les contrôleurs]. A la mise en place du logiciel ORBIS en 2008, il avait été décidé au niveau institutionnel qu'il n'y avait pas de possibilité de choix mais simplement une prise en compte des aversions, régimes et allergènes (séance du CLAN du 22/05/2008) ».

Les affaires personnelles des patients sont conservées dans des casiers nominatifs, où se trouve également le dossier médical. Les ordinateurs sont laissés à la disposition des patients sauf contre-indication médicale. Les bijoux de valeur sont conservés à la banque des patients ; les cartes bancaires et les chéquiers sont envoyés au trésor public (cf. *supra* chap. 4.2). Les patients ne peuvent conserver sur eux qu'une petite somme (environ 30 euros) leur permettant d'acheter des produits à la boutique ou de consommer à la cafétéria.

## ii) Les activités

Les activités, sur prescription médicale préalable, peuvent être de deux types : celles proposées au sein du service et celles organisées dans le cadre de la sociothérapie.

Sur les vingt-neuf patients hospitalisés au jour de la visite des contrôleurs, onze sont autorisés à se rendre aux activités proposées par la sociothérapie. Parmi eux, quatre patients ont été admis en SPDT et un en SPDR. Ces activités thérapeutiques sont planifiées et leurs indications sont réévaluées régulièrement. Certaines d'entre elles ciblent plus particulièrement les modalités liées à la sortie du patient.

A l'interne, tous les soignants organisent volontairement des activités y compris le week-end. Au rez-de-chaussée, la salle d'activité est gérée par les infirmiers pour la réalisation de : travaux de peinture, collage, dessin, atelier écriture, jeux de société, revue de presse, détente corporelle etc. Un atelier de culinothérapie permet aux patients, après avoir fait les courses, de réaliser des plats ou de la pâtisserie.

Le psychologue anime un groupe de parole. Le psychomotricien organise de la musculation et de la balnéothérapie. Deux fois par semaine, un atelier « musique » est ciblé sur l'écoute et la danse. Deux pièces sont équipées de téléviseurs, dont le self. Les patients disposent de la télécommande ; selon les informations recueillies, le choix des programmes ne pose pas de problème. L'extinction est fixée à 23h.

S'agissant des activités sportives, une salle d'activité est équipée d'un sac de frappe et d'un rameur mais la plupart des patients font du sport dans le parc ou dans le cadre de la sociothérapie.

Le patient en programme de soins qui occupe le studio thérapeutique participe aux activités au sein du service et dans le cadre de la sociothérapie. Il prend ses repas et ses traitements à la clinique. « *Si cette forme de prise en charge est concluante, il lui sera proposé un appartement associatif par le biais de l'association Etape* ».

Les patients se rendent à la messe et à l'église aussi souvent qu'ils le souhaitent. Le personnel n'a pas fait état de demande d'accès à un autre culte.

## iii) Les soins

Le médecin généraliste affecté à la clinique passe quotidiennement et répond à toute demande de visite.

La distribution des médicaments se fait au moment du repas à partir du local de pharmacie. Avant le coucher, l'équipe de nuit remet les traitements à 21h15.

Des réunions institutionnelles ont lieu entre les cadres supérieurs de santé et le médecin chef du pôle tous les lundis matins ; deux à trois réunions par an rassemblent le personnel intervenant à la clinique et les médecins.

Des réunions de synthèse réunissent tous les jeudis les médecins, les infirmiers, les aides-soignants, l'assistante sociale, la psychologue ainsi que l'équipe de soignants en ambulatoire, pour évoquer le cas de chacun des patients. A l'issue de ces réunions, le cadre de santé voit rapidement le médecin sur des sujets liés à l'organisation du service. Un jeudi par mois, il s'agit d'une synthèse relative à un patient en particulier, où sont invités les soignants de la sociothérapie et éventuellement le tuteur.

Les soignants ont exprimé leur satisfaction de travailler dans cette clinique.

### 6.2.3 La clinique "Triskell"

#### a) Présentation générale

La clinique "Triskell" est une unité d'admission à vocation sectorielle accueillant les patients des secteurs de Saint-Avé et Ploërmel, après l'évaluation réalisée au CAO.

#### i) Les locaux

La clinique "Triskell" est installée dans un bâtiment à trois étages.

	Clinique Triskell
Nombre de lits	29 + appartement thérapeutique
Nombre de chambres de surveillance attentive (CSA)	1
Nombre de chambres à un lit	26
Nombre de chambres à deux lits	1
Nombre de douches en chambre	27
Nombre de wc	20 + 1 commun
Salle de bains	2

Le rez-de-chaussée comporte les espaces communs, les bureaux des médecins, la salle de soins, la pharmacie, ainsi que quatre chambres et la chambre de surveillance attentive (CSA).

La CSA a une surface de 17 m<sup>2</sup> plus une salle d'eau de 6,8 m<sup>2</sup>. Elle est équipée d'un lit qui n'est pas fixé au sol, d'un bureau, d'une chaise et d'un fauteuil. Un bouton d'appel permet de se signaler aux infirmiers. Les larges fenêtres baignent la pièce de lumière naturelle ; un film transparent a été appliqué sur une partie de la surface vitrée afin d'éviter que l'intérieur de la chambre soit vu de l'extérieur et préserver ainsi l'intimité de la personne.



*La chambre de surveillance attentive*

Des escaliers aménagés de chaque côté du bâtiment et un ascenseur accessible aux patients mènent aux étages, qui comportent 22 chambres, dont une pour personne à mobilité réduite (23,46 m<sup>2</sup>), et une chambre double (17 m<sup>2</sup>). Les chambres individuelles ont une surface comprise entre 11,3 m<sup>2</sup> et 17 m<sup>2</sup>.

Les chambres ont toutes une salle d'eau avec douche et wc. Elles sont équipées d'un lit, d'un placard, d'un téléphone, d'un meuble de chevet, d'un bureau, de plusieurs prises électriques et de deux boutons d'appel – un près du lit, un dans le sanitaire – reliés au poste infirmier. Les fenêtres sont fermées à clé.

Au moment de la visite, deux chambres individuelles étaient doublées par un lit de camp pour répondre à une situation de sur occupation.



*Une chambre comprenant un lit de camp*

Les portes des chambres ne ferment pas à clé ; un projet de fermeture des chambres par les patients, pouvant être ouvertes par les infirmiers, est à l'étude.

Le premier étage comporte également une salle d'activités et une salle de réunion équipée d'un système de visioconférence. Le deuxième étage comprend deux salles d'activités et une salle de bains thérapeutique.

Au sein de l'unité, un patio librement accessible tient lieu de fumoir.

L'unité comporte également un espace extérieur vaste et arboré avec des tables, des chaises, et à la vue dégagée. Un espace est couvert afin de protéger du soleil et des intempéries.



*L'espace extérieur et le patio*

## ii) Le personnel

Les psychiatres ou internes sont présents tous les jours dans l'unité, sauf le vendredi après-midi. Ils se sont répartis les secteurs afin d'assurer une continuité plus cohérente avec l'extrahospitalier.

L'équipe paramédicale ne comporte pas d'aides-soignants ; il est prévu qu'en 2017 le nombre d'infirmiers soit réduit et que des aides-soignants soient recrutés. Ce changement d'approche n'est pas sans soulever des inquiétudes parmi le personnel infirmier.

Trois infirmiers sont présents le matin, trois l'après-midi, plus un à deux infirmiers de journée, qui sont en charge de conduire des entretiens et d'organiser des activités. Le week-end, trois infirmiers sont présents le matin et trois l'après-midi.

La nuit, deux infirmiers assurent la surveillance des trois niveaux.

Clinique Triskell	Nombre	EPT
Praticien hospitalier psychiatre	3	1,2
Praticien hospitalier généraliste	1	0,5
Interne	2	2
Cadre de santé	1	1
Infirmier J/N	19	18,2
ASH	4	3,8
Assistante sociale	3	0,6
Psychologue	2	0,4
Psychomotricien	2	0,2
Assistant médico-administratif	3	1

## iii) Les patients

Au jour de la visite des contrôleurs, trente et un patients y étaient admis, dont un en appartement thérapeutique sur le site de l'établissement. Deux patients dormaient sur un lit de camp dans une chambre normalement occupée par un patient. Il a été indiqué aux contrôleurs que cette situation de sur occupation, déplorée par le personnel comme par les patients, était exceptionnelle.

Le plus âgé d'entre eux avait 75 ans et le plus jeune avait 19 ans. La durée de la plus longue hospitalisation en cours était de 505 jours.

Une patiente occupait la chambre de surveillance attentive depuis le 20 juillet 2015, dans l'attente qu'une place se libère dans un établissement adapté. Son comportement imprévisible, avec des actes de violences à l'encontre des soignants comme des autres patients, était à l'origine de ce placement. Elle prenait ses repas dans la chambre, assise à sa table. Elle était en possession d'objets personnels : peluches, livre, calendrier, photographies encadrées, et sortait dans le parc après chaque repas, accompagnée d'au moins deux soignants, pour fumer. Admise en SPDT, les certificats médicaux la concernant justifiaient cette mesure par son incapacité à consentir aux soins, du fait de sa pathologie. Pour autant, son statut a été modifié en soins libres en février 2015. Elle faisait l'objet d'une mesure de contention « *si besoin* », évaluée mensuellement.

Un autre patient, admis en soins libres, faisait l'objet d'une mesure de contention nocturne, évaluée mensuellement également.

Statut	H	F	Nb de patients en programme de soins
ASPDRE	1		
Maire	1		1
ASPD	3	3	
DT	2	3	1
Péril imminent	1		
Soins libres*	10+1	13	
Total patients	15	16	1

\*Un patient en soins libres occupe l'appartement thérapeutique sur le site de l'EPSM.

### b) Le projet thérapeutique

La porte de la clinique est fermée. La clinique n'a pas de projet thérapeutique propre.

Dans sa réponse, la direction déclare : « *En ce qui concerne le projet thérapeutique, il s'agit d'un projet commun d'unité polyvalente d'admission sectorielle comme les deux autres cliniques. Pour la clinique Triskell, il s'agit d'une unité d'admission de psychiatrie adulte ayant pour mission la gestion de la crise, mais aussi, l'élaboration du projet de soin individualisé de patients souffrant de pathologies mentales. Rattaché à la clinique Triskell, un appartement thérapeutique (une place en HC) permet d'évaluer les capacités d'autonomie des patients au regard de leur projet individualisé* ».

### i) La vie quotidienne

Une fiche intitulée « informations à retenir » est affichée dans l'unité, comprenant les informations suivantes : horaires de repas, accessibilité du parc, téléphone, horaires des visites, etc.

Un inventaire des effets personnels est réalisé à l'arrivée, mais il n'en est pas laissé de copie au patient. Le port du pyjama n'est pas de mise ; une réserve de vêtements est à disposition pour ceux qui n'en ont pas. Certains effets personnels de valeur ainsi que les rasoirs et les parfums sont conservés dans des casiers et remis à la demande, puis récupérés lorsqu'ils ne sont plus utilisés.

L'accès aux étages est fermé pour le ménage de 10h à 12h30 et de 14h30 à 17h. Le week-end, l'accès n'est pas fermé.

Le petit déjeuner est servi à 8h30, le déjeuner à 12h et le dîner à 19h. Les menus sont affichés pour la semaine. Les régimes sont pris en compte sur prescription médicale. Ils ne sont pas servis à table ; ce sont les patients qui vont les chercher à une rampe de distribution.

Les patients disposent d'un téléphone dans leurs chambres, qui ne peut être utilisé que pour recevoir des appels filtrés par le secrétariat. Un *point phone* est aménagé au rez-de-chaussée de l'unité pour passer des communications. Le téléphone portable est laissé à disposition des patients sauf contre-indication médicale.

Parmi les patients en soins libres, trois d'entre eux ne peuvent sortir dans le parc qu'accompagnés de leur famille et ne peuvent avoir de permission qu'à l'initiative de leur famille pour l'un d'entre eux, à l'initiative des soignants pour un deuxième ; le troisième patient n'a pas l'autorisation d'avoir de permission. Ils peuvent tous recevoir des visites de famille et téléphoner librement, en fonction de son comportement pour l'un des patients.

### **Recommandation**

*La clinique d'admission Triskell, unité fermée, reçoit des patients en soins libres dont la liberté de mouvement à l'extérieur peut être tributaire d'une permission accordée ou non. Il conviendrait de remédier à cette atteinte à la liberté.*

Dans sa réponse, la direction déclare : « Il est à noter que, depuis la visite du contrôleur général, la clinique Triskell est ouverte en continuité de 9h à 18h30 pour permettre aux patients de sortir dans l'enceinte de l'établissement ».

Dans l'unité, le patio est d'accès libre et l'espace extérieur est accessible de 10h à 18h45.

Parmi les patients hospitalisés sans leur consentement, un patient est autorisé à sortir dans le parc uniquement accompagné d'un soignant et n'a pas l'autorisation d'avoir des permissions. Un autre peut sortir seul trois fois trente minutes par jour. Tous sont libres de recevoir des visites et téléphoner.

Les familles sont reçues dans le hall d'entrée, aménagé de cloisons amovibles pour permettre à trois familles de s'entretenir simultanément avec leur proche hospitalisé. Les visites ont lieu en semaine de 16h15 à 18h30 et de 10h à 12h et 13h30 à 18h30 le week-end et les jours fériés.

Une réunion soignants/soignés a lieu une fois par mois animée par le cadre de santé, qui propose un ordre du jour complété par des sujets proposés par les patients. La participation à ces réunions n'est pas obligatoire mais la majorité des patients y participe.

#### ii) Les activités

Les activités sont proposées sur prescription médicale.

Sur les trente patients de l'unité, onze ne participaient à aucune activité. Pour les autres, six en avaient une par semaine : psychomotricité, groupe de parole, randonnée, imprimerie, tandis que les autres en avaient deux voire plus, généralement pour des patients présents depuis longtemps. Une salle d'activités est réservée à des travaux manuels.

Au sein de l'unité, les infirmiers organisent des activités quand ils en ont le temps, y compris le week-end. Plusieurs patients se sont plaints du fait que les infirmiers étaient peu disponibles voire peu visibles. « On a l'impression de les déranger », a confié une patiente.

Une salle est équipée d'un téléviseur. Les patients disposent de la télécommande, ce qui peut susciter des tensions inhérentes à la vie en collectivité. La télévision est éteinte à 23h selon le règlement, même si une certaine souplesse est de mise pour des occasions particulières.

#### iii) Les soins

Le médecin généraliste passe quotidiennement et répond aux demandes de consultation.

Le psychiatre est présent lors du premier entretien afin d'expliquer l'hospitalisation aux patients. Une infirmière est toujours présente lors des entretiens.

La distribution des médicaments se fait dans la salle de soins au moment du repas. A 21h15, l'équipe de nuit remet les traitements avant le coucher.

Une réunion de synthèse se tient tous les jeudis, réunissant les différents intervenants pour évoquer le cas des patients. La visioconférence permet de faire le lien avec les équipes intervenant sur l'extrahospitalier.

## 6.3 L'ADDICTOLOGIE : UN SERVICE DYNAMIQUE MAIS FERME

### 6.3.1 Présentation générale

L'intersecteur d'addictologie comprend deux unités d'hospitalisation complète – l'unité "En Arbenn" sur le site de l'EPSM et l'unité "L'Ancre" à Ploeren –, deux hôpitaux de jour – L'Ancre et Er Liamm –, deux centres d'accueil thérapeutique à temps partiel et une équipe d'addictologie de liaison.

L'unité "En Arbenn", qui est un service fermé, est issue de la fusion de deux unités en novembre 2014 ; ce rapprochement des deux unités a nécessité une harmonisation des pratiques.

L'unité comprend vingt-huit lits et deux chambres de dégrisement soit au total trente lits auxquels a été rajouté temporairement un lit supplémentaire dans le cadre du plan blanc.

#### a) Les locaux

Le service est constitué de deux ailes reliées par un bâtiment central.

On trouve au rez-de-chaussée : les lieux de vie collectifs – salles à manger, deux salons de télévision, salle d'activité, patio central, deux cours extérieures, lingerie avec deux machines à laver –, les bureaux de consultation, les salles de soins ainsi que sept chambres individuelles et deux « chambres de dégrisement ».

Le patio est ouvert, notamment aux fumeurs, de 7h à 23h.

Les chambres ont une surface comprise entre 9 et 12 m<sup>2</sup>. Elles sont équipées d'un lavabo. Le mobilier comporte un lit, un fauteuil, un bureau, une chaise et un bloc tiroirs. Le patient dispose de deux placards pour disposer ses affaires. Un téléphone, en relation avec le bureau des infirmiers, lui permet de recevoir des appels dans sa chambre. Une sonnette relie la chambre au bureau des infirmiers.

Les patients ont accès à quatre wc, deux salles de douche avec wc et une salle de douche sans wc.

Les chambres de dégrisement ont une surface de 11 m<sup>2</sup> ; l'une d'entre elles est équipée d'un wc. Elles sont à proximité de la salle de soins.

La chambre de dégrisement n° 1 est éclairée par une fenêtre à double vitrage incassable. Le radiateur est protégé. Le volet est fermé grâce à une télécommande actionnée par l'infirmier. Le lit est constitué d'un monobloc de mousse pré-équipé de sangles de contention. En l'absence de placard, les vêtements du patient sont déposés sur le sol.

Dans sa réponse, la direction déclare : « *En effet, les chambres de dégrisement ne sont pas équipées de placard, le patient devant y séjourner de manière temporaire (état d'ébriété, alcoolisation) ce patient devant bénéficier d'une chambre associée où doivent être déposés ses effets personnels* ».

La chambre de dégrisement n° 2, similaire à la précédente, comprend en plus un espace douche, lavabo et wc. Elle est climatisée et dispose d'un bouton d'appel.

Les deux ailes du premier étage comprennent, d'un côté, onze chambres et de l'autre, douze. L'équipement est similaire à celui décrit pour les chambres du rez-de-chaussée. Chaque étage comprend une salle de douche avec wc.

L'ensemble des locaux est propre et en bon état.

#### b) Le personnel

En Arbenn	Nombre	ETP
Praticien hospitalier psychiatre	2	0,8
Praticien hospitalier généraliste avec DIU	1	0,25
Interne	1	1
Cadre de santé	1	1
Infirmier J/N	20	19,86
Aide-soignant	5	4,6
ASH	6	5,8
Assistante sociale	1	0,5
Psychologue	1	0,3
Psychomotricien	2	0,5
Assistant médico-administratif	2	1,9

Le temps de présence médical permet à chaque patient de bénéficier d'un entretien médical hebdomadaire.

### *c) Les patients*

Les admissions sous contrainte sont majoritairement réalisées sous le régime des SPDT et sont très rapidement transformées en soins libres.

Le jour du contrôle, vingt-huit patients étaient présents dans l'unité dont trois admis en SPDT.

L'unité accueillait cinq patients avec des troubles cognitifs sévères (syndrome de Korsakoff) nécessitant une aide aux gestes de la vie quotidienne.

### 6.3.2 Le projet thérapeutique

#### *a) La vie quotidienne*

Un règlement intérieur spécifique à l'unité est remis aux patients. Ces règles peuvent être discutées lors de la réunion soignants-soignés du jeudi. Ce règlement précise les conditions d'accueil au sein de l'unité en différenciant les contraintes pour les personnes en soins libres et celles admises sous contrainte.

Les repas sont pris exclusivement en salle à manger aux horaires suivants :

- petit déjeuner : 8h ;
- déjeuner : 12h ;
- collation : 16h ;
- dîner : 19h.

Les chambres sont fermées de 9h30 à 13h de sorte que les patients soient disponibles pour les entretiens et les activités ; elles restent ouvertes toute la journée pendant les week-ends.

Le coucher se fait au plus tard à 23h, heure à laquelle l'accès aux cours est fermé et la télévision est éteinte.

Les patients peuvent conserver leur téléphone mobile. Il leur est demandé de le laisser sur vibreur et de passer leurs appels depuis leur chambre. Il est interdit de prendre des photos ou de filmer.

Il est demandé aux patients de remettre tablettes et ordinateurs portables pour éviter les vols.

Les sorties de l'unité ne sont pas autorisées pendant les 48 premières heures puis elles le sont tous les jours de 13h30 à 14h30, les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 16h45 à 18h45 et les week-ends et jours fériés de 10h à 12h et de 13h30 à 16h. Les patients hospitalisés sous contrainte doivent obtenir un avis médical pour sortir dans le parc.

Les visites des proches peuvent avoir lieu les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 16h30 à 18h45, les mercredis de 16h30 à 17h45 et les week-ends et jours fériés de 14h30 à 18h45. Un salon « visiteurs », situé à l'entrée du bâtiment, équipé de cinq fauteuils, d'une table et de jeux d'enfants, permet de recevoir les proches dans un lieu à l'écart.

### b) Les activités

Le tableau suivant décrit les activités proposées aux personnes présentant des troubles cognitifs :

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
10h	10h	9h30	10h	10h
Soins hygiène	Atelier chant	Banques + achat tabac + marche	Soins hygiène + réunion soignants - soignés	Banque + achat tabac
15h	15h	13h30-15h30	13h30 – 14h	15h
Oxygénation	Jeux de société	Atelier mémoire	Musicothérapie	Marche + sortie cafétéria

Le tableau ci-dessous présente les activités organisées pour la semaine du 11 au 15 avril 2016 dans le service pour les patients dépendants à un produit psychoactif :

lundi	mardi	mercredi	Jeudi	vendredi
9h45	9h45	9h45	9h45	9h45
Réunion à thème	Atelier chant	Info alcool sur l'organisme	Réunion soignants soignés	Photolangage
11h00	11h00	11h00	11h00	11h00
Entretien infirmier	Entretien infirmier	Entretien infirmier	Entretien infirmier	Entretien infirmier
15h	14h30	14h30	15h00	14h30
Oxygénation	Film	Détente corporelle	Musicothérapie	Atelier création
		18h00		
		« Espoir Amitiés » et « Alcooliques Anonymes » <sup>19</sup>		

Plusieurs salles au sein de l'unité sont consacrées à ces activités.

### c) Les soins

Les hospitalisations se font le plus souvent en urgence. A son arrivée, le patient est vu en entretien par un infirmier puis, dans les 24 heures, par un médecin psychiatre. Pendant les 48 premières heures, le patient n'a aucun contact avec l'extérieur et ne sort pas de l'unité ; il s'agit pour l'équipe d'un temps d'observation. Les huit à dix jours qui suivent vont permettre au patient d'avoir une étape de sevrage puis le relais sera pris avec des activités à l'hôpital de jour. La durée moyenne d'hospitalisation dans le service est de dix-neuf jours. Pendant ce temps, les patients sont vus au moins une fois par semaine par le médecin psychiatre, à chaque fois que nécessaire par le médecin généraliste, en entretien avec les infirmiers et ils participent aux activités de l'unité.

Les patients avec troubles cognitifs sont hospitalisés au rez-de-chaussée. Leur prise en charge est orientée vers, d'une part, l'aide aux gestes de la vie quotidienne ; d'autre part des activités visant à stimuler la mémoire. Ils sont essentiellement pris en charge par les aides-soignants et les aides médico-psychologiques. Une orientation vers une famille d'accueil ou un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est recherchée dès que le patient a acquis une certaine autonomie.

Le suivi des patients est réalisé au cours d'une réunion d'équipe hebdomadaire d'une durée de 1 heure 15 minutes et qui regroupe les médecins, cadres, cadre de l'hôpital de jour, infirmiers, aides-soignants, aides médico-psychologiques, psychologue, psychomotricienne et assistante sociale. Cette réunion permet de passer en revue les situations les plus préoccupantes.

Une réunion de supervision trimestrielle est organisée, sans les médecins, par une psychologue extérieure à l'établissement.

Enfin une transmission est faite entre les équipes chaque jour pendant 15 minutes matin et soir. Un travail approfondi est fait avec les familles.

Il n'y a jamais de prescription de port de pyjama.

## 6.4 LA REHABILITATION : TROIS UNITES, L'UNE A L'OUVERTURE EXEMPLAIRE, UNE AUTRE PENALISEE PAR SON ARCHITECTURE ET UNE TROISIEME ADAPTEE

Il a été créé un intersecteur « Réhabilitation sociale » ouvert à l'ensemble des six secteurs dont l'EPSM a la charge, plus spécialement destiné aux patients « hospitalisés depuis plus de trois mois et dont le recours prolongé à l'hospitalisation temps plein est nécessaire <sup>20</sup> ».

Cet intersecteur est composé de trois unités, chacune ayant une mission bien distincte.

Les trois médecins psychiatres chefs de ces unités, présents dans la journée, assurent à tour de rôle, pour l'ensemble de l'intersecteur, une astreinte à domicile entre 18h et 8h ainsi que le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés, et une présence effective le samedi matin.

Dans sa réponse, la direction précise : « Il s'agit d'une astreinte psychiatrique commune et assurée par l'ensemble des psychiatres pour la totalité des unités et non dédiée uniquement à ces trois unités ».

Des activités spécifiques de réhabilitation psychosociale sont organisées au profit des trois unités, notamment destinées à préparer les patients à vivre à l'extérieur : psychoéducation,

habilités sociales (se présenter, réaliser un budget, les moyens de transport, gérer son temps libre, etc.).

#### 6.4.1 L'unité "Amaryllis"

##### a) Présentation générale

« Cette unité concerne des patients adultes présentant des psychoses infantiles, des troubles autistiques et des pathologies psychiatriques déficitaires. Ces patients ont comme problématique commune d'importants troubles du comportement <sup>21</sup> ».

##### i) Les locaux

L'unité "Amaryllis" est située au sein du parc dans un espace spécifique pourvu d'un large portail qui reste ouvert jour et nuit. Ce sont là les traces d'une ancienne affectation des locaux à la pédopsychiatrie

L'entrée se fait aujourd'hui par un sas qui inclut une pièce réservée aux visites des familles, lesquelles ne pénètrent pas plus avant dans les locaux.

L'unité est composée de deux bâtiments théoriquement réservés, l'un au jour et l'autre à la nuit. Entre les deux, une cour est divisée en plusieurs lots par des grillages. Certaines chambres ont ainsi une petite extension à l'extérieur.

Une galerie permet de passer d'un bâtiment à l'autre. Dans la journée, elle est fermée pour interdire l'accès à la zone « Nuit », bien que des patients puissent être en chambre quasiment 24 h / 24 ; c'était le cas de deux patients au moment de la visite.

Chacun des deux bâtiments est traversé par un long couloir sur lequel donnent les pièces à usage collectif et bureaux pour l'un, les chambres des patients et pièces à usage technique pour l'autre. Le bâtiment de la zone « Jour » débouche sur une salle de balnéothérapie utilisée par l'ensemble des unités de l'hôpital.

Dans cet huis clos, le choix de réserver cinq pièces de la zone « Jour » aux activités – dont une salle de télévision – signe la volonté de permettre, soit l'organisation de temps calmes ou d'échanges entre soignants et patients, soit la possibilité d'extraire un résident du couloir traversant, où chacun peut buter sur le corps allongé au sol d'un autre.

Les vingt-cinq chambres, dont une était en travaux au moment de la visite, sont équipées de placards et d'une salle d'eau avec douche, lavabo et wc. Une chambre accueille deux patientes. Dans la plupart des cas, les lits constituent le seul mobilier. Elles sont lumineuses et d'une surface qui va de 12 à 15 m<sup>2</sup> – 20 m<sup>2</sup> pour la chambre à deux lits. Une salle d'eau avec douche complète l'ensemble.

La disposition générale des lieux induit un ensemble de contraintes : peu de visibilité d'un espace à l'autre, une circulation malaisée et un confinement excessif dans l'un ou l'autre des deux bâtiments pour les patients et personnels.

L'ingéniosité, le renoncement à certains bureaux pour offrir plus d'espaces propices aux activités thérapeutiques ou à l'apaisement des tensions ne peuvent compenser l'inadaptation des lieux à l'accueil de vingt-cinq patients.

---

21 Termes du livret d'accueil

La recherche de zone de repli pour y installer un patient « sous violence » agie ou subie est une préoccupation constante. L'installation en chambres individuelles, en chambres d'apaisement ou de détente est actuellement le seul recours pour éviter les incidents indésirables.

La salle à manger est divisée en deux pièces distinctes séparées par l'office ; dans chacune d'elles, la disposition des tables indique la quête d'un espace suffisant pour que chacun puisse se mouvoir ou se poser. Il y a là une indication on ne peut plus précise sur la nécessité de revoir l'architecture d'une unité de vie dédiée à l'accueil de ces patients.

### ii) Le personnel

Sous la direction d'un médecin psychiatre qui intervient également à l'unité "Arvor" (Cf. *infra* chap. 6.4.2), l'équipe soignante est ainsi composée :

- un interne à 0,25 ETP ;
- un cadre de santé à temps plein ;
- treize infirmiers pour 12,77 ETP ;
- seize aides-soignants pour 15,29 ETP ;
- un psychomotricien à 0,1 ETP ;
- une assistante sociale à 0,2 ETP ;
- cinq ASH pour 5 ETP.

Le tableau des infirmiers fait apparaître la présence de cinq à six soignants présents simultanément en journée et deux la nuit.

L'affectation dans cette unité n'est pas choisie ; les « évènements indésirables » sont fréquents ; selon les déclarations faites aux contrôleurs, certains sont imputables au mode même de communication de patients n'ayant aucun accès au langage, agités ou agressifs. Les échanges très directs que les contrôleurs ont eus à ce sujet font apparaître le souci de ne pas banaliser ces incidents, le déclenchement de leur signalement agissant en prévention pour limiter le risque d'un fonctionnement dans l'entre soi et d'une banalisation des réponses à cette violence par le rejet et la mise à l'écart.

Les soignants rencontrés se sont dits sensibles aux propositions de formation et temps d'analyse des pratiques qui leur sont consentis - quatre par an.

Ils participent à la formation OMEGA.

#### **Recommandation**

*Le psychomotricien n'intervient dans l'unité Amaryllis qu'une demi-journée par semaine. Il conviendrait d'augmenter ce temps de présence compte tenu des difficultés spécifiques des patients soignés dans cette unité.*

### iii) Les patients

Au moment de la visite, l'unité recevait vingt-quatre patients : treize hommes et onze femmes. Deux patientes sont en soins sans consentement : l'une en SPDT en urgence et l'autre en SPDRE ; tous les autres sont placés sous une mesure de protection juridique.

Ils ont eu généralement un long parcours institutionnel. Une partie d'entre eux n'a pas accès au langage et/ou sont incontinents.

Le plus jeune a 22 ans, le plus âgé a 68 ans ; le plus ancien est présent dans l'établissement depuis plus de 15 ans.

Tous les patients font l'objet de restriction des libertés au sein de l'unité fermée. Les mesures de contention en chambre concernent plus particulièrement les deux patientes en soins sans consentement : l'une en continue, l'autre séquentielle. La première de ces patientes présente un syndrome malin aux neuroleptiques, l'arrêt de tout traitement induisant une prise en charge *ad hoc* par une équipe soignante qui rencontre vite les limites d'un accompagnement thérapeutique. La seconde de ces patientes a vécu plusieurs épisodes présentés comme extrêmement violents sans que l'équipe médicale ou ses parents, que les contrôleurs ont rencontrés, n'arrivent à identifier le ou les éléments déclencheurs. Elle sort donc de sa chambre pour voir ses parents ou pour une activité selon son état. La situation de ces deux patientes est revue tous les six mois par le JLD.

La contention en chambre s'applique en fait à tous les patients la nuit (après le diner vers 19h) bien qu'elle ne soit expressément prescrite que pour cinq d'entre eux. Le recours à la prescription de contention « si besoin » permet la fermeture des chambres la nuit et le retour en chambre à certains moments de la journée. Un patient est maintenu par des sangles la nuit (risques de chute) ; deux patients disposent d'un matelas sur le sol auprès de leur lit ; une patiente est maintenue par des sangles et porte des gants la nuit, et évolue l'après-midi en fauteuil avec une contention ventrale et aux poignets. Cette unité accueille donc des patients dont la pathologie et les troubles du comportement, la violence et l'agressivité pour une petite partie d'entre eux induit, du fait du nombre de personnes y évoluant et de la configuration des lieux un recours massif à la contention en chambre « si besoin ». Cette notion « flottante » trouve sa transcription dans le flou entourant la rédaction des fiches de prescription, lesquelles gagneraient à être revues systématiquement conformément aux règles en vigueur.

Les patients en soins libres ne font l'objet d'aucun contrôle périodique par un organisme, un tiers ou une autorité externes à l'intersecteur : la situation de chaque patient est discutée chaque année à l'occasion d'une « synthèse », réalisée par l'équipe, et par le collège des professionnels de santé, composé du médecin en charge du patient, d'un autre médecin de l'intersecteur et du cadre ou d'un infirmier. La direction s'interroge sur le statut de « soins libres » de ces patients au long cours, très déficitaires, placés sous protection juridique : « *Il serait peut-être plus logique qu'ils soient sous un statut de soins sans consentement* ».

#### *b) Le projet thérapeutique*

##### *i) La vie quotidienne*

Le livret d'accueil n'est pas remis aux patients mais le règlement intérieur est affiché en plusieurs endroits de l'unité.

En raison de l'état des patients, leurs effets personnels sont placés dans le placard de leurs chambres, fermé à clé ; la clé est détenue par les soignants.

Les chambres sont fermées toute la journée. Elles ne sont pas ouvertes après le déjeuner pour permettre aux patients de se reposer « *car ce n'est pas possible de surveiller la zone Nuit* ».

Elles sont également fermées la nuit « *pour éviter que des patients déambulent* ».

Les déplacements des occupants de cette unité sont très limités. Six patients ne sortent qu'épisodiquement, notamment pour prendre leurs repas – deux patients prennent leurs repas dans leurs chambres – ; il arrive également qu'ils sortent de l'unité, accompagnés par des

membres de leurs familles. Seuls deux patients n'ont pas accès à l'extérieur de l'unité ; ils sont installés dans des chambres donnant sur des petites cours individuelles ; l'un d'eux peut parfois sortir à l'extérieur, accompagné de trois soignants. La plupart des autres ne peuvent sortir qu'accompagnés d'un soignant. Une patiente va régulièrement chez sa mère.

Une vingtaine d'entre eux ont des visites.

### **Recommandation**

*L'organisation de l'unité doit permettre l'accès aux chambres dans la journée, en particulier après le déjeuner.*

#### ii) Les activités

L'état des patients permet peu d'activités. Quelques patients peuvent participer aux activités de sociothérapie (Cf. *supra* chap. 5.7.1), accompagnés ou non. Tous les autres, sauf un, sont inscrits à une ou plusieurs activités organisées à l'intérieur de l'unité. Une psychomotricienne intervient tous les jeudis.

Des sorties non accompagnées de moins de 48 heures sont accordées à 20 patients ; des sorties accompagnées de moins de 12 heures sont accordées à deux patients.

#### iii) Les soins

Le médecin chef de l'unité rencontre chaque patient de façon informelle au moins une fois par semaine. Il les voit en consultation individuelle à des fréquences très variables selon le cas et parfois « *très rarement : certains n'ont même pas accès à la parole* ».

Les médicaments sont donnés aux patients pendant qu'ils prennent leurs repas.

Le médecin somaticien se déplace chaque fois qu'il en reçoit la demande.

## 6.4.2 L'unité "Arvor"

### a) Présentation générale

« La mission de cette unité est de proposer un cadre contenant et sécurisant pour des patients atteints de pathologies psychiatriques graves, résistantes aux traitements pour certains, soignés sous contrainte (SPDT ou SPDRE) et parfois dans un contexte médico-légal. Il s'agit de mettre en œuvre une prise en charge permettant de stabiliser leurs troubles psychiatriques et en parallèle, préciser, travailler l'éducation thérapeutique et les habilités sociales <sup>22</sup>».

### i) Les locaux

Cette unité a été installée dans les locaux neufs fin 2015. Elle comporte une zone non ouverte aux patients avec notamment des salles de réunion, des bureaux et deux pièces pour les visites des familles.

Vingt-deux chambres individuelles de 13 m<sup>2</sup> sont réparties dans deux « unités fonctionnelles » (UF) :

- l'UF 1 est composée de dix chambres individuelles – dont deux chambres médicalisées – qui sont transformables en CSA ;
- l'UF 2 comporte douze chambres individuelles dont deux sont médicalisées.

Chaque chambre dispose d'un lavabo, une douche et un wc.

Les chambres de l'UF 1 présentent quelques particularités par rapport aux chambres « normales » : le lit est scellé au sol et une étagère en angle est fixée dans les murs ; leur transformation en CSA consiste à fermer le placard et à retirer tout ou partie des autres meubles en tenant compte de l'état du patient qui l'occupe. Il a été indiqué aux contrôleurs que le nombre de chambres transformées simultanément en CSA ne dépassait jamais cinq pour des motifs d'effectifs. Au moment de la visite, trois CSA étaient activées.

Une CSI est située entre les deux UF. Elle comporte deux accès dont un depuis la zone non ouverte aux patients, et un petit patio qui n'est ouvert qu'en présence de deux soignants. Au moment de la visite, elle n'était pas occupée.

Chaque UF dispose d'une salle à manger avec un coin télévision.

Trois salles sont communes aux deux UF pour les activités proposées aux patients : activités manuelles, soins esthétiques et « salle corporelle ».

Deux patios permettent aux patients de prendre l'air à tout moment ; il y en a toujours au moins un ouvert dans la journée.

Près de la sortie de l'unité, un placard permet de stocker des denrées alimentaires achetées par les patients, rangées dans des casiers individuels et auxquelles ceux-ci peuvent accéder au moment où ils sortent.

Le positionnement du bureau des soignants permet d'assurer une surveillance permanente de l'ensemble des locaux du service.

### ii) Le personnel

Sous la direction de deux médecins psychiatres – dont un intervient également à "Amaryllis" – et d'un cadre de santé, l'équipe soignante est composée de vingt et un infirmiers totalisant

---

22 Termes du livret d'accueil

20,8 ETP et cinq aides-soignants à temps plein. Le service est assuré par quatre à huit soignants par demi-journée et deux soignants la nuit.

Les soignants font l'objet d'une supervision clinique avec le psychologue du service. Par ailleurs, environ deux fois par trimestre, une analyse des pratiques est animée par un psychologue extérieur à l'établissement.

### iii) Les patients

La majorité des patients sont admis en soins sans consentement et arrivent de l'USIP.

Au moment de la visite, l'unité recevait vingt-deux patients dont dix-neuf hommes et trois femmes : un admis en soins libres, sept en SPDRE et quatorze en SPDT dont deux en programme de soins. Le patient en soins libres avait été placé dans cette unité à la suite d'un placement non concluant en EHPAD. Deux patients sont en programme de soins.

Le plus jeune avait 24 ans, le plus âgé, 64 ans ; le plus ancien était hospitalisé depuis plus de 18 ans.

Il arrive que des patients soient en attente d'une place. Ainsi, au moment de la visite, deux patients attendaient deux sorties prévues dans la semaine pour pouvoir intégrer l'unité.

### b) Le projet thérapeutique

#### i) La vie quotidienne

Cette unité est fermée.

Cependant, il a été indiqué aux contrôleurs que la plupart des patients pouvaient sortir dans le parc. Au moment de la visite, dix-huit patients peuvent sortir seuls dans le parc, dont six en SPDRE et dix en SPDT ; deux, admis en SPDT, ne sortent qu'accompagnés et un patient ne peut pas sortir, même accompagné ; ce dernier, un patient admis en SPDRE, est le seul qui doit rester en pyjama durant la journée.

Les fugues restent exceptionnelles. Si un patient présente un risque de fugue, son autorisation de sortie est suspendue. En 2015, un patient a fugué trois fois pour aller chez sa mère.

Les contrôleurs ont constaté que, contrairement aux indications portées sur le règlement intérieur de l'unité et en contradiction avec les déclarations ci-dessous de la direction, les chambres n'étaient pas ouvertes entre 13h et 14h30 mais restaient fermées toute la journée ; les patients restent dans les lieux de vie, soit à regarder la télévision, soit à participer à des activités.

Dans sa réponse, la direction déclare : « *Les chambres ont toujours été ouvertes de 13h (voire un peu avant) et fermées avant 15h. De plus, les chambres sont ouvertes jusqu'à 10h et réouvertes à 12h45-13h puis refermées entre 14h45 et 17h. Les chambres restant fermées ne l'étaient que dans le cadre de prescriptions (CSA ou chambre fermée) et ceci pour maximum 3 ou 4 personnes soignées. Des personnes qui faisaient le choix ou qui font le choix de rester dans l'unité sur les temps où les chambres sont ouvertes pouvaient le faire et peuvent toujours le faire. Par ailleurs, les activités ne commencent pas avant 14h30 sauf les prises en charge de la sociothérapie* ».

Les occupants des chambres de l'UF 1 qui sont dans la position de CSA y sont confinés pendant des périodes de la journée variables selon le cas. Ce mode d'isolement fait l'objet d'une simple fiche dite de « contention » dont le renouvellement n'est pas aussi réglementé que celui des placements en CSI.

Neuf patients faisaient l'objet d'une prescription de contention séquentielle.

Les repas sont pris dans la salle à manger ; chacun a ses habitudes d'emplacement. Selon le cas, les assiettes sont apportées sur les tables ou bien les patients vont se servir à la rampe.

Au moment de la visite, cinq patients ne recevaient aucune visite.

#### ii) Les activités

Au moment de la visite, un seul patient ne suivait aucune activité. Les autres étaient programmés sur une à trois activités par semaine auprès du service de sociothérapie (Cf. *supra* chap. 5.7.1) sans compter quelques activités conduites par des soignants de l'unité (détente corporelle, art-thérapie, atelier mémoire) ni les éventuels accompagnements vers la banque, la boutique, la cafétéria ou une promenade dans le parc.

Un lave-linge et un sèche-linge sont à la disposition des patients dans un but essentiellement thérapeutique. Au moment de la visite, six patients y lavaient leur linge ; sept autres confiaient leur linge à *SILGOM*, quatre utilisaient le *lavomatic* situé près de la cafétéria, trois le faisaient laver par un pressing à l'extérieur et les deux patients en programme de soins lavaient leur linge chez eux.

#### iii) Les soins

En principe, chaque patient est reçu en consultation par le psychiatre au moins une fois par mois. Le médecin généraliste de l'intersecteur passe tous les jours et rencontre les patients à la demande du personnel soignant.

La distribution des médicaments se fait avant les repas ; les patients font la queue devant la salle des soins, où ils rentrent un par un.

### 6.4.3 L'unité "Argoat"

#### a) Présentation générale

L'unité "Argoat" a vocation à recevoir des patients hospitalisés depuis plus de trois mois et sans projet de sortie à court terme. « *La mission de cette unité de soins actifs en psychiatrie est d'évaluer, de préciser et de travailler l'éducation thérapeutique et les habilités sociales, de définir un projet thérapeutique individualisé avec le patient, sa famille et l'équipe pluridisciplinaire* <sup>23</sup> ».

La durée de soins, très variable d'un patient à l'autre, est de l'ordre de deux ans, voire plus.

#### i) Les locaux

L'unité occupe un rez-de-chaussée et un étage. Elle comporte 14 chambres individuelles de 9 à 13 m<sup>2</sup> et quatre de 12 à 13 m<sup>2</sup> à deux lits, également réparties sur les deux niveaux, soit 22 lits dont un « lit d'appoint », installé dans une des chambres à deux lits, afin de pouvoir recevoir sans délai un patient qui aurait été déplacé provisoirement dans une autre unité ou qui ferait l'objet d'une expérimentation de placement à l'extérieur non encore confirmée. Chaque chambre possède un lavabo ; sept chambres individuelles et deux chambres doubles n'ont pas de wc et aucune chambre ne dispose de douche ; quatre wc et quatre douches communes sont disponibles dans l'unité.

L'unité dispose de deux salles d'activités. Au sous-sol, trois salles sont utilisées pour les activités organisées au profit de l'ensemble des trois unités de l'intersecteur de réhabilitation psychosociale.

### ii) Le personnel

Sous la direction d'un médecin psychiatre, également chargé du service de psychothérapie, et d'un cadre de santé, l'équipe est composée de vingt-six infirmiers totalisant 24,2 ETP. Chaque jour, le service est assuré par quatre à six soignants par demi-journée et deux soignants la nuit.

### iii) Les patients

La majeure partie des patients sont en soins sans consentement ou sous protection juridique.

Au moment de la visite, l'unité recevait vingt-deux patients dont dix-sept hommes et cinq femmes : quatre admis en ASPDRE – dont deux en urgence et un par décision judiciaire –, dix en ASPDT – dont huit en urgence et un pour péril imminent – et huit en soins libres. Trois patients en SPDRE et cinq patients en SPDT étaient en programmes de soins.

Le patient le plus jeune avait 30 ans, le plus âgé, 57 ans. Le patient le plus ancien était hospitalisé depuis plus de 6 ans.

### b) Le projet thérapeutique

#### i) La vie quotidienne

Il s'agit d'une unité ouverte ; la porte d'entrée n'est pas verrouillée. Les patients peuvent sortir librement pour aller dans le parc ; il leur est simplement demandé de ne pas sortir de l'enceinte de l'hôpital et de respecter les horaires pour rentrer au moment des activités et des repas. Il a été précisé aux contrôleurs qu'il arrivait cependant que l'accès à l'extérieur soit refusé à certains patients, « errants », angoissés ou qui auraient tendance à consommer du cannabis ; la porte d'entrée étant visible depuis le bureau des soignants, il n'est pas nécessaire pour autant de la verrouiller, « *sauf cas exceptionnels* ».

Au moment de la visite, tous les patients pouvaient sortir. Onze patients, dont un en SPDRE et un SPDT, bénéficiaient d'une autorisation de sortie accompagnée pendant moins de douze heures.

Il arrive, « *environ une fois tous les deux mois* », qu'un patient ne rentre pas à l'heure prévue ; en général, il s'agit d'une personne qui était en permission de sortie dans sa famille. Dans ces conditions on appelle le patient ou sa famille par téléphone. Il est arrivé exceptionnellement – « *moins d'une fois par an* » – que, le patient étant considéré comme dangereux pour lui-même ou pour autrui, la gendarmerie soit appelée.

Il a été précisé aux contrôleurs que le port obligatoire du pyjama dans la journée était très rare et était en général destiné à éviter qu'un patient sorte pour consommer du cannabis. Au moment de la visite, aucun patient n'était soumis à cette restriction.

Des repas thérapeutiques sont organisés régulièrement ; à cette occasion, les soignants présents se répartissent de façon aléatoire entre les cinq tables pour déjeuner avec les patients.

Les curateurs, tuteurs et membres de l'entourage du patient sont associés aux soins avec l'accord de celui-ci : le médecin les rencontre en présence de l'intéressé. Au moment de la visite, seuls deux patients avaient formulé leur opposition à ces échanges.

## ii) Les activités

Outre les activités spécifiques de réhabilitation psychosociale organisées au profit de l'ensemble de l'intersecteur, les patients peuvent participer aux activités proposées par l'unité de psychothérapie (Cf. *supra* chap. 5.7).

Contrairement aux déclarations ci-dessous de la direction, les contrôleurs ont constaté que les chambres étaient fermées toute la journée.

Dans sa réponse, la direction déclare : « *Les chambres sont fermées à compter de 9h30 (10h30 les week-end et jours fériés) le matin jusqu'à 12h30, puis de 14h30 à 16h30. Les temps de fermeture des chambres correspondent à la programmation des différentes activités de réhabilitation psycho-sociales, prescrites à l'ensemble des patients de l'Argoat. Toutefois, les chambres peuvent être ouvertes en fonction de l'état de santé physique ou psychique du patient* ».

## iii) Les soins

En principe, chaque patient est reçu en consultation par le psychiatre au moins une fois par mois.

Dans sa réponse, la direction précise : « *Les consultations psychiatriques sont programmées à la demande des patients, du médecin psychiatrique et/ou de l'équipe infirmière. Les patients sont vus par le médecin psychiatre d'une fois par mois à 3 fois par semaine, selon l'état de santé psychique du patient, les besoins d'un changement de traitement, d'évaluation, d'évaluation du planning d'activités thérapeutiques, de formaliser le projet patient...* ».

Le médecin généraliste de l'intersecteur passe tous les jours et rencontre les patients à la demande du personnel soignant.

La distribution des médicaments se fait avant les repas ; les patients font la queue devant la salle des soins, où ils rentrent un par un.

## 6.5 LA PEDOPSYCHIATRIE : UN SERVICE PRESERVE MAIS INADAPTE A LA GESTION DES CRISES MAJEURES

### 6.5.1 Présentation générale

#### a) Les locaux

L'unité de psychiatrie infanto-juvénile se situe sur le site de l'hôpital général, dans des locaux neufs et bien pensés. Sa porte d'entrée est fermée.

Elle comprend dix chambres, dont quatre chambres doubles et six chambres individuelles, ainsi que de nombreuses salles de soins, d'activités (télévision, multimédia, classe, psychomotricité, etc.), un espace extérieur, et une terrasse. L'unité communique avec l'hôpital de jour afin d'assurer une cohérence dans le suivi des patients.

Une chambre de surveillance attentive fait également partie des locaux. Elle comporte un lit fixé au mur et pas de matelas, afin qu'elle ne soit pas comptabilisée comme chambre ordinaire. Elle n'est jamais fermée à clé, et l'heure est visible dans le couloir.



*La chambre de surveillance attentive*

*b) Le personnel*

Unité de pédopsychiatrie	N	ETP
Praticien hospitalier psychiatre	1	1
Interne	2	2
Cadre de santé	1	1
Infirmier J/N	16	1 à 0,8 2 à 0,9 13 à 1
ASH	2	2
Assistante sociale	2	0,8 0,3
Psychologue	1	1
Psychomotricien	1	0.3
Assistant médico-administratif	1	

Il y a également deux instituteurs, dont un à mi-temps à la clinique et un à plein temps sur l'hôpital de jour.

*c) Les patients*

L'unité accueille des enfants de 12 à 18 ans.

Les jeunes sont généralement admis au sein de l'unité après un ou plusieurs entretiens de préadmission, et sont, d'après les propos recueillis, dans la grande majorité des cas, consentants aux soins.

Pour les patients placés sur ordonnance de placement provisoire (OPP), un protocole a été établi, applicable depuis le 15 octobre 2015. Il prévoit le placement du jeune à la clinique des adolescents et exceptionnellement dans une unité du site de Saint-Avé, en cas d'absence de lit ou lorsque l'évaluation médicale impose un placement en CSI ou en CSA. Un pédopsychiatre reste référent du jeune et doit évaluer quotidiennement la situation, et le retour à la clinique doit être fait dès que possible. La levée de la mesure, ou son renouvellement, est demandée par un psychiatre qui adresse des éléments circonstanciés au juge des enfants. La direction de l'établissement est informée à chaque étape de la procédure. L'ordonnance de maintien est

notifiée à l'EPSM, à l'ASE et à l'autorité parentale. Depuis le début de l'année 2016, un patient a été placé sur OPP, et quatre en 2015.

### 6.5.2 Le projet thérapeutique

#### a) La vie quotidienne

A l'arrivée, les contacts avec l'extérieur sont interdits pour une durée de 48 heures en moyenne, sauf pour certains cas particuliers, sur prescription médicale. Un livret d'accueil intitulé « règles de vie » est remis à chacun lors des entretiens de préadmission.

Un inventaire des effets personnels est réalisé à l'arrivée et certains objets sont gardés dans un casier – parfum, maquillage –, ou au coffre – bijoux, argent. Les objets coupants sont interdits et ne sont restitués qu'à la sortie.

Les lundis matins, un médecin passe donner les emplois du temps de la semaine aux patients. Une journée type s'organise de la manière suivante :

- 8h : lever avec toilette, rangement de la chambre, petit déjeuner, traitements
- 9h30 - 12h : entretiens thérapeutiques ou activités
- 12h15 : déjeuner, traitements
- 13h : temps libre
- 13h30 : temps calme en chambre
- 14h30 - 16h30 : activités, entretiens thérapeutiques
- 16h30 - 19h : activités ludiques, entretiens, temps de chambre (télévision possible)
- 17h - 19h : appel des parents ou responsables légaux
- 19h - 20h : dîner, traitements, tâches ménagères
- 21h30 : traitements, tisane
- 22h : coucher

La vie quotidienne s'organise autour des repas, d'activités, des visites des familles (mercredi, samedi, dimanche et jours fériés de 15h à 18h30) et de l'école. Des cours sont accessibles sur place tandis que certains jeunes se rendent à l'école quotidiennement ou quelques fois par semaine selon la prescription médicale.

Les téléphones portables sont interdits dans l'unité mais restitués lors des permissions.

Le tabac n'est autorisé que pour les mineurs de plus de 15 ans, sur autorisation parentale et avec un maximum de cinq cigarettes par jour : à 10h, 13h, 15h, 17h et 20h.

Les lecteurs MP3 et les postes de radio sont autorisés en chambre.

Les relations sexuelles sont interdites.

Les permissions sont prescrites médicalement, et n'ont pas lieu le premier week-end.

#### b) Les activités

Des activités sont organisées à heure fixe : boxe le mardi matin pour quatre patients, et travail de groupe sur la psychomotricité l'après-midi.

Un groupe de parole est animé par un psychologue et un infirmier le mercredi matin.

Les mardis et jeudis soir, l'activité « bol d'air » propose aux jeunes des sorties extérieures.

D'autres sorties extérieures sont organisées ponctuellement.

### c) Les soins

La durée moyenne de séjour est d'une quinzaine de jours ; elle dépasse rarement trois semaines. Les réunions d'équipe se déroulent le mardi de 8h30 à 9h30 et tous les jours de 13h30 à 14h30, lors du temps calme.

La distribution des médicaments se fait au moment du repas dans le local de pharmacie.

Les patients agités peuvent être placés en chambre de surveillance pour des durées qui ne dépassent pas quelques heures ; la porte n'est jamais fermée à clé.

Quand ils sont en états d'agitation importante, les patients sont transférés dans les chambres d'isolement de l'USIP, généralement pour une nuit. Pour un patient resté plusieurs mois à l'USIP, cas exceptionnel, des infirmiers se déplaçaient quotidiennement pour faire des activités avec lui pendant deux heures. Une patiente mineure a également effectué un long séjour dans une chambre d'isolement de l'unité Arvor.

#### **Recommandation**

*Si le service de pédopsychiatrie, séparé des autres services, bénéficie d'installations remarquables, la gestion des crises majeures n'est pas correctement prise en compte, les patients étant alors placés dans l'unité de soins intensifs (USIP) des adultes.*

*La séparation des enfants doit être assurée dans toutes les formes de soins.*

## **6.6 LA GERONTOPSYCHIATRIE : UN ENSEMBLE PLURIDISCIPLINAIRE OFFRANT DES PRESTATIONS DIVERSIFIEES POUR UNE PRISE EN CHARGE RESPECTUEUSE DE TOUS LES PATIENTS QUEL QUE SOIT LEUR STATUT**

### 6.6.1 Présentation générale

L'intersecteur de gérontopsychiatrie de l'EPSM de Saint-Avé a activement participé, au cours des quinze dernières années, à l'élaboration d'une politique de soins spécifiques à destination de la population âgée. La stratégie territoriale adoptée est caractérisée par la structuration de dispositifs permettant de mutualiser ressources et compétences.

L'orientation différenciée des patients âgés vers les équipes de l'intersecteur de gérontopsychiatrie de l'EPSM ou vers les équipes de la psychiatrie générale a pour objectif de garantir continuité et cohérence des soins pour les patients déjà suivis et la mise en œuvre d'un nouvel accompagnement intra puis extrahospitalier pour les patients pris en charge à l'EPSM.

Les trois unités, "Daumézon A", "B" et "C", sont chargées de la prise en charge des malades présentant une première décompensation après l'âge de 62 ans ou n'ayant eu aucun épisode de ce type au cours des cinq dernières années.

Elles assurent selon ces mêmes critères les admissions en soins contraints sauf contre-indication médicale.

### a) Les locaux

Les conditions d'hébergement, aux normes, permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients dans les unités A et B mais ne correspondent pas aux critères spécifiques liés à l'hébergement de personnes âgées pour l'unité "Daumézon C".

Les patients des **unités A et B** sont accueillis pour une durée de 24 heures à trois semaines.

La réalisation architecturale particulièrement « inspirée » permet aux équipes soignantes de rester pratiquement tout le temps à portée de regard et de voix des usagers. Les locaux bénéficient d'un agencement qui concilie l'impératif de discrétion et la vie en collectivité : bureaux d'entretiens, chambres individuelles, mais aussi petits espaces de « retrait » au sein des espaces collectifs.

La vigilance constante et bienveillante des soignants à l'égard de patients âgés et perturbés est facilitée par l'installation de nombreuses vitres et de trois grands patios intérieurs.

Ces deux unités - situées de part et d'autre d'un des patios - communiquent entre elles et comptent vingt lits chacune.

Lors de la visite des contrôleurs, quinze patients étaient présents à « Daumézon A » et seize à « Daumézon B ».

**L'unité C** assure la prise en charge des malades nécessitant un séjour plus long en gérontopsychiatrie.

Ils évoluent dans des locaux relativement anciens sans que l'on puisse y percevoir la moindre lassitude de ces lieux « habités et chaleureux ». On y est frappé par l'activité bruisante des soignants, qui vont d'un espace à l'autre, s'entretenant si besoin dans un couloir tandis que des patients vont et viennent ; chacun fait, selon ses capacités, acte de sociabilité. C'est ici une façon d'habiter des espaces moins fonctionnels que les unités A et B sans trop pâtir de cet agencement quelque peu cloisonné.

L'unité compte vingt lits ; dix-neuf étaient occupés lors de la visite des contrôleurs.

Chacune des unités "Daumézon A" et "B" dispose de vingt chambres individuelles de quelque 20 m<sup>2</sup> chacune, équipée d'une douche et d'un wc, contre onze chambres à "Daumézon C", dont neuf à deux lits, équipées d'un lavabo, dont les surfaces varient de 13 à 20 m<sup>2</sup>. Cette dernière unité dispose de trois douches, une baignoire et trois wc pour les vingt résidents, ce qui est bien peu.

Ce service ne comporte aucune chambre d'isolement, d'apaisement ou de surveillance.

"Daumézon A" et "B" disposent de salles de relaxation et massage ou destinées aux groupes de paroles et activités manuelles.

"Daumézon C" possède une salle d'activité de 15 m<sup>2</sup>. Le jour de la visite, les travaux réalisés par les patients, ainsi que le matériel disposé sur les tables prouvait une réelle fréquentation de ce lieu

Chacune des trois unités dispose d'une pièce pour l'accueil des familles.

Les salles à manger de "Daumézon A" et "B" occupent une surface de 40 m<sup>2</sup>.

La salle à manger de "Daumézon C" doublée d'un office présente au total une superficie de 100 m<sup>2</sup>. C'est là le lieu de vie principal des patients en journée, qui peuvent y évoluer sans difficulté, qu'ils soient en fauteuil ou pas.

L'agencement et le mobilier favorisent la tenue de diverses activités en journée ; les portes s'ouvrent facilement sur les deux couloirs des chambres, qui représentent un espace de déambulation indispensable bien qu'ils soient assez étroits.

En conclusion, les locaux dans chacune de ces unités, malgré leurs différences, sont utilisés au maximum de leur possibilité. On retiendra l'aspect agréablement fonctionnel des unités d'admission et l'effort conséquent des soignants pour tirer parti de tous les espaces disponibles dans l'unité "Daumézon C", en permettant aux patients de s'y déplacer sans contrainte.

*b) Le personnel*

Daumézon A	Nb	ETP
Praticien hospitalier psychiatre	1	0,6
Praticien généraliste avec DIU	1	0,3
Cadre de santé	1	1
Infirmier	14	13,46
Aide-soignant	9	8,37
Psychologue	1	0,2
Psychomotricien	1	0,1
Assistante sociale	1	0,33
ASH	4	4
Assistant médico-administratif	*	

\*2 AMA temps plein sur la gérontopsychiatrie

Daumézon B	Nb	ETP
Praticien hospitalier psychiatre	1	0,5
Praticien généraliste avec DIU	1	0,3
Cadre de santé	1	1
Infirmier	15	13,14
Aide-soignant	4	3,7
Psychologue	1	0,2
Psychomotricien	1	0,1
Assistante sociale	1	0,33
ASH	5	4,57
Assistant médico-administratif	*	

\*2 AMA temps plein sur la géronto-psychiatrie

Daumézon C	Nb	ETP
Praticien hospitalier psychiatre	1	0,3
Praticien généraliste avec DIU	1	0,3
Cadre de santé	1	1
Infirmier	11	10,23
Aide-soignant	9	8,17
Psychologue	1	0,2
Psychomotricien	1	0,1
Assistante sociale	1	0,34
ASH	4	3,86
Assistant médico-administratif	*	

\*2 AMA temps plein sur la gérontopsychiatrie

Chaque unité dispose d'un médecin psychiatre à temps partiel : 0,5 ETP pour les unités A et B et 0,3 ETP pour l'unité C.

L'intersecteur de géronto-psychiatrie bénéficie de la présence d'un médecin généraliste à temps plein.

Les équipes soignantes, en nombre suffisant, sont mobilisées sur les enjeux liés au respect des droits des patients. Associées aux projets de rénovations menés sur "Daumézon A" et "B" au cours des années 2000, elles s'impliquent dans la mise en œuvre des pratiques intra et extra-hospitalières.

Des formations, des temps de travail collectifs autour de résolution des problématiques de prises en charge, un management rigoureux et de qualité permettent de garantir une relation harmonieuse entre médecins et soignants.

Les équipes des unités A et B sont renforcées en journée pour assurer à la fois le suivi des patients en programme de soin et les activités thérapeutiques.

### *c) Les patients*

Les patients orientés à l'EPSM peuvent présenter des états dépressifs, des conduites suicidaires, des états délirants confusionnels, déficitaires débutants, des troubles du comportement, des états démentiels.

Au moment de la visite des contrôleurs, ils étaient trente et un sur les unités A et B, dont cinq étaient hospitalisés en SPDT (urgence ou péril imminent). Le plus jeune avait 61 ans et le plus âgé, 85 ans.

Deux d'entre eux faisaient l'objet d'une prescription de contention si besoin : l'un en chambre fermée la nuit, l'autre en lit et fauteuil.

Ils évoluent librement dans les différents espaces des unités en journée et soirée et sortent accompagnés.

Les procédures d'accueil sont respectées : inventaire contradictoire, information sur les droits des patients admis en SPDT.

Les familles rencontrées ont déclaré peiner à comprendre ce que représentait l'audience du JLD. Elles décrivent un protocole d'accueil respectueux et sécurisant en période de crise mais déplorent la façon dont sont gérés les biens des patients (numéraires et moyens de paiement).

Au moment de la visite des contrôleurs, un seul des patients orientés à l'unité C était admis en soins sans consentement.

Cette orientation débouche sur des séjours de durées variables en fonction des pathologies et des difficultés à trouver des places adaptées en structure médico-sociale.

Lors de la visite des contrôleurs, trois patients faisaient l'objet de prescriptions de contention la nuit : barrières de lit et ceintures ventrales si besoin.

La lecture des historiques de contention sur les six derniers mois fait apparaître un nombre beaucoup plus important de prescription de contention de ce type la nuit à l'unité C qu'aux unités A et B. Elles sont assorties de mesures de surveillance importantes dans un contexte de soin qui privilégie la préservation de la sécurité et la quiétude de ces patients âgés.

Le plus jeune avait 63 ans et le plus âgé, 87 ans.

### 6.6.2 Le projet thérapeutique

L'instabilité, les délires persistants et les troubles importants du comportement de ces sujets âgés requièrent à la fois une extrême souplesse relationnelle et des réponses assez sécurisantes pour contenir les débordements.

La vie quotidienne est rythmée par les soins, toilettes et accompagnements, temps de repas avec une évidente disponibilité des soignants et médecins, lesquels sont très présents au sein des trois unités.

Tous les patients reçoivent des visites.

Ils ont tous le droit de téléphoner.

Ils sont tous inscrits aux activités.

Le statut de soin des patients n'a aucune incidence sur le projet thérapeutique, qui est élaboré au cas par cas : il n'est fait aucune distinction entre les patients admis en soins libres et ceux sous contrainte. L'approche systémique et le travail en réseau permettent en effet de déployer pour et autour du patient tous les supports possibles à la réintégration dans le milieu naturel ou l'accueil en structure médico-sociale adaptée.

L'intersecteur de gérontopsychiatrie intervient en ambulatoire lors de la mise en œuvre de programmes de soins. L'équipe mobile infirmière assure un suivi post-hospitalisation sur avis médical y compris pour des patients en SPDT.

En 2015, l'accueil au sein de l'unité "Daumézon C" de 66 patients qui ne pouvaient réintégrer le domicile ou un établissement adapté a constitué une alternative indispensable.

La mobilisation de l'ensemble des intervenants – médecins, infirmiers, assistants sociaux – sur cet axe de travail « hors les murs » est à souligner.

#### **Bonne pratique**

*Le service de géronto-psychiatrie offre des prestations diversifiées pour une prise en charge respectueuse de tous les patients, quel que soit leur statut de soin – y compris des patients en soins sans consentement.*

## 7. CONCLUSION GENERALE

Après avoir connu un repli sécuritaire avec la fermeture des pavillons d'entrée (les cliniques), cet établissement est en train de revenir vers une plus grande ouverture avec l'expérimentation, conjointe avec l'hôpital de Lorient, d'ouverture d'une des cliniques. Il est souhaitable que ce mouvement s'accélère et se généralise afin de limiter les restrictions de liberté des patients.

Le choix d'une « intersectorialisation » poussée à son extrême entraîne pour les patients des changements d'unité en fonction de l'évolution de leur état, ce qui peut être déstabilisant.

Dans sa réponse, la direction déclare : « *Les changements d'unités, en lien avec l'intersectorialité répondent majoritairement à une préoccupation de qualité et de sécurité des soins dans le cadre de prises en charge spécifiques : géronto-psychiatrie et addictologie notamment. Il est à noter que cette organisation fortement intersectorielle a été régulièrement reconnue comme pertinente par l'ARS (développement de compétences spécifiques des équipes) ».*

Le projet de soins, essentiellement orienté vers l'extrahospitalier, va dans le sens de la liberté des personnes mais peut avoir pour conséquence de ne pas accorder suffisamment

d'importance, notamment en termes de budget alloué, à la prise en charge des patients dont l'état ne permet pas un tel parcours.

Des lieux d'isolement ont été créés afin de répondre à des nécessités cliniques variées ; ils sont devenus nombreux – près de 10 % des lits d'hospitalisation – et font l'objet de pratiques très variables d'une unité à l'autre. Une réflexion globale sur ces lieux, leur usage, les règles à suivre, la surveillance des patients, etc., devrait être menée. La mise au point du registre prévu par la loi devrait pouvoir se faire très rapidement. Si la pratique de l'isolement n'est pas rare, la pratique de la contention mécanique semble très limitée.

L'intervention systématique d'un juriste de la direction de l'établissement lors des audiences du JLD peut être perçue par le patient comme celle d'un « avocat de la défense » et lui donner l'impression très perturbante d'être l'objet d'un véritable jugement.

Plusieurs équipes essaient de ne pas prendre en compte le statut des patients (soins libres ou sous contrainte) pour définir les limitations de liberté mais de s'appuyer avant tout sur l'état clinique. Il est regrettable, dans ce contexte, que les patients détenus ne bénéficient pas de la même démarche.

L'effort de participation des usagers – patients, parents et proches – à la vie de l'établissement, à l'édiction des règles et procédures, aux supports d'information, etc., pourrait être largement renforcé. Il en est de même de l'information des patients sur leurs droits, qui devrait devenir un volet de la démarche de la prise en charge thérapeutique.

## ANNEXE : LISTE DES SIGLES EMPLOYES

AAH	: allocation adulte handicapé
ARS	: agence régionale de santé
ASH	: agent des services hospitaliers
(A)S(P)DRE	: (admission en) soins (psychiatriques) sur décision du représentant de l'Etat
(A)S(P)DT	: (admission en) soins (psychiatriques) à la demande d'un tiers
(A)S(P)PI	: (admission en) soins (psychiatriques) pour péril imminent
ATIS	: association de tutelle et d'insertion sociale
CAO	: centre d'accueil et d'orientation
CATTP	: centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CDSP	: commission départementale des soins psychiatriques
CEPRA	: centre d'évaluation et de préparation au relais ambulatoire
CHBA	: centre hospitalier Bretagne-Atlantique
CLUD	: comité de lutte contre la douleur
CME	: commission médicale de l'établissement
CMP(S)	: centre médico-psychologique (de secteur)
CSA	: centre de soins et d'alcoologie
CSA	: chambre de surveillance attentive
CSI	: chambre de soins intensifs
DAFSIC	: direction des affaires financières, du système d'information et de la contractualisation
DATI	: dispositif d'alarme pour travailleur isolé
DIU	: diplôme interuniversitaire
DLT	: direction de la logistique et des travaux
EHPAD	: établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante
EPP	: évaluation des pratiques professionnelles
EPRD	: état des prévisions de recettes et de dépenses
EPSM	: établissement public de santé mentale
ETP(R)	: équivalent temps plein (rémunéré)
FEI	: fiche d'évènement indésirable
HAS	: haute autorité de santé
HJ	: hôpital de jour
INSEE	: institut national de la statistique et des études économiques
JLD	: juge des libertés et de la détention
MCI	: mise en chambre d'isolement
MFPP	: mouvement français du planning familial

PAQ	: plan d'amélioration de la qualité
PMR	: personne à mobilité réduite
RSA	: revenu de solidarité active
RTMS	: <i>repetitive transcranial magnetic stimulation</i>
RTT	: réduction du temps de travail
SL	: soins libres
TGI	: tribunal de grande instance
UDAF	: union départementale des associations familiales
UF	: unité fonctionnelle
USIP	: unité de soins intensifs psychiatriques