



---

## Rapport de visite :

4 au 14 décembre 2023 – 2<sup>ème</sup> visite

Etablissement public de santé  
mentale de la Sarthe

*(Allonnes - Sarthe)*



## SYNTHESE

Du 4 au 14 décembre 2023, neuf contrôleurs ont effectué une visite, annoncée la semaine précédente, de l'établissement public de santé mentale de la Sarthe (EPSM), contrôlé une première fois en février 2015.

L'EPSM est le seul établissement public de santé, autorisé en psychiatrie adulte et infanto-juvénile, habilité à accueillir les patients en soins sans consentement de la Sarthe, département comptant en 2020, 580 000 habitants selon l'INSEE.

Le contrôle a porté sur les neuf unités d'hospitalisation complète du pôle d'hospitalisation adulte et des personnes âgées. Ce pôle comporte cinq unités de psychiatrie polyvalente déséctorisées pour les patients, les autres unités étant consacrées à la psychiatrie de la personne âgée, aux patients hospitalisés au long court et à la préparation à la sortie dans des établissements médico-sociaux. Les contrôleurs ont également visité l'unité pédopsychiatrique d'accueil et d'hospitalisation du pôle de psychiatrie enfants et adolescents ainsi que le service des urgences du centre hospitalier du Mans et ses structures satellites. Lors de la visite, il restait 197 lits d'hospitalisation complète à la suite de la fermeture en juillet 2023 de 42 lits du fait de la pénurie de ressources médicales et la capacité de trois unités de psychiatrie polyvalente adulte était de 23 lits au lieu de 17.

En 2022, **le taux d'occupation des lits était supérieur à 100 %** ce qui était encore le cas lors du contrôle, les dix chambres d'isolement étant utilisées comme chambres hospitalières. A l'entrée, 35 à 40 patients attendaient chaque jour leur admission, dont 11 à 20 patients aux urgences du centre hospitalier du Mans. De façon concomitante, peu de patients sortent définitivement de l'EPSM, 85 patients occupant un lit depuis plus de 292 jours. Ainsi, l'accès aux soins psychiatriques des Sarthois n'est plus totalement assuré. Les conditions et durée d'attente aux urgences sont toujours indignes malgré la fermeture de l'espace appelé le « Patio » par l'ARS Pays de la Loire en août 2023. Pour tenter d'y remédier, une zone d'attente préhospitalière pour les patients en soins libres a été créée en octobre 2023 sur le site de l'EPSM. De fait, les patients sont hospitalisés dans un service hospitalier sans pour autant avoir droit à l'accès aux soins prévu par les réglementations relatives aux conditions d'hospitalisation, cette zone étant uniquement paramédicalisée. Ceux qui y sont hébergés n'intègrent pas l'établissement, faute de lits, sauf à faire l'objet d'une décision de placement en soins sans consentement.

**Le deuxième constat tient à la pénurie médicale.** En intrahospitalier, ne restent en exercice au sein du pôle de psychiatrie adulte que neuf psychiatres de plein exercice, soit 5,1 ETP. Seules quatre des cinq unités de psychiatrie polyvalente ont un ou des psychiatres référents et les patients des autres unités ne sont vus qu'en cas d'urgence ou pour renouveler les certificats. Si les patients sont examinés à l'admission par un psychiatre, les entretiens suivants sont donc aléatoires. Du fait de la tension capacitaire, de nombreux patients hospitalisés connaissent deux unités différentes au cours de l'année, en cas de ré-hospitalisation. De plus, des sorties sont anticipées pour libérer un lit alors que les délais sont particulièrement longs pour accéder aux psychiatres en ambulatoire, ce qui interroge sur la continuité et l'adhésion aux soins.

Le temps médical au sein de l'unité de pédopsychiatrie ne permet pas d'assurer la présence d'un psychiatre tous les jours de la semaine et aucun pédiatre n'y intervient. Malgré les structures existant en amont pour éviter l'hospitalisation des enfants, 77 mineurs âgés de 16 à 18 ans ont été hospitalisés en secteur de psychiatrie adulte et nombre d'entre eux y ont été isolés et contenus.

Le personnel non médical ne connaît pas la même situation mais les taux d'absentéisme et de *turn-over* sont élevés sauf en pédopsychiatrie, complexifiant et différant l'accès aux formations, avec le risque de laisser de jeunes professionnels désarmés face aux patients violents et prendre de mauvaises habitudes professionnelles. Au sein des unités pour adultes, sauf quelques rares exceptions, plus aucune réunion clinique ni de synthèse n'est organisée alors qu'elles permettent l'élaboration et le suivi des projets de soins ainsi que la formation continue des soignants. Les patients ne sont pas acteurs, leur consentement n'est pas recherché et leurs observations ne sont pas recueillies. Soixante prescriptions d'injection forcée en « si besoin » étaient en cours. Il n'existe pas de directives anticipées en psychiatrie, de médiateur de santé pair, de réunions soignants/soignés. Les personnes de confiance ne sont pas mobilisées et les familles sont associées *a minima* aux soins. De façon générale, le droit à l'information n'est pas compris comme une composante des soins. L'information donnée aux patients est orale et dépend essentiellement du soignant qui la dispense.

L'offre d'activités thérapeutiques est très limitée. Les patients s'ennuient, déambulent dans des espaces clos et majoritairement restreints, sans toujours disposer d'un accès à l'air libre. Ceux des unités installées à l'étage du bâtiment Lantéri-Laura ne peuvent sortir que sur des passerelles, équipement particulièrement inadapté aux patients en crise.

Tout ceci engendre de la violence à laquelle il est répondu par des mesures d'isolement, à l'origine elles-mêmes de violences et nombre de soignants étaient en situation d'épuisement professionnel.

**Le troisième constat majeur tient au fait que la liberté d'aller et venir des patients est inexistante.** Sept des dix unités contrôlées, y compris celles n'accueillant que des patients en soins libres, ont leurs portes fermées en permanence et les décisions d'isolement et de contention sont nombreuses. Les dix chambres d'isolement nécessitent des aménagements pour respecter la dignité, l'intimité et la sécurité des patients. Lorsqu'elles sont occupées, le patient peut être isolé en espace non dédié ou dans une autre unité sans conservation du lit administratif. L'isolement, considéré comme « un soin », a paradoxalement pris une dimension disciplinaire et son recours est banalisé, confinant à une véritable culture de l'enfermement. Plusieurs patients ont fait part de leur ressentiment, voire de leur colère, à « avoir été attachés, enfermés » et d'autres en parlent comme d'un traumatisme. Le port du pyjama est imposé de façon systématique en CI mais aussi de façon punitive ou pour éviter les fugues. Les mesures d'isolement et de contention ne sont pas toutes tracées et les registres, peu fiables, ne donnent lieu à aucune réflexion. La politique visant à limiter le recours à ces mesures en est encore à ses balbutiements et les espaces d'apaisement, peu nombreux, sont très peu investis.

**Les locaux d'hospitalisation sont bien entretenus.** Les patients bénéficient de chambres individuelles avec salle d'eau, sauf en pédopsychiatrie, mais elles ne sont pas toutes équipées d'un verrou de confort. Les restrictions à la vie quotidienne sont globalement prescrites avec discernement (à l'exception du cordon de recharge du téléphone) sauf en pédopsychiatrie. Les unités disposent d'un salon des familles. La cafeteria, qui est un atout, pourrait être plus investie pour des activités.

**Les patients détenus**, une vingtaine par an, arrivent sans fiche de liaison pénitentiaire ce qui prive l'établissement d'informations essentielles et ces patients des droits dont ils disposent en prison. Par ailleurs ils ne sont pas informés de leurs échéances pénales le temps de l'hospitalisation.

Un rapport provisoire a été adressé le 19 mars 2024 pour **échange contradictoire** à la direction de l'établissement, au préfet, aux chefs de juridiction et à l'ARS qui ont tous longuement répondu, en mettant tout d'abord l'accent sur la situation globale de la psychiatrie dans la Sarthe. Depuis trois ans, le département connaît une sous-densité en médecins psychiatres, notamment en psychiatrie adulte où 50 % de postes vacants sont à déplorer à la fin du premier trimestre 2024. Cette pénurie médicale a occasionné des suppressions de lits disponibles. L'accès critique aux soins de proximité conduit à une prise en compte de patients en soins sans consentement dans une proportion très supérieure à la moyenne nationale, lorsque leur situation est plus fortement dégradée. Cela impacte de façon importante leur prise en charge thérapeutique et la durée celle-ci. Le préfet souligne que l'ensemble de ces éléments conduisent les services à se mobiliser et à échanger très régulièrement aux fins d'expertiser des pistes de travail le cas échéant, l'EPSM représentant un enjeu fort d'accès aux soins psychiatriques. Pour remédier à cette situation et trouver des solutions pérennes, l'ARS indique que malgré un élan de solidarité sans précédent dans la région, et devant les difficultés structurelles persistantes de l'établissement, une mission ministérielle composée d'experts en psychiatrie issus du Groupe Opérationnel de la Psychiatrie de la Commission nationale de la psychiatrie sera prochainement lancée.

## SOMMAIRE

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

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

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>2</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>5</b>
<b>RAPPORT</b> .....	<b>12</b>
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE</b> .....	<b>12</b>
<b>2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE</b> .....	<b>14</b>
<b>3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	<b>15</b>
3.1. L'établissement a perdu, au cours de l'année 2023, 17 % de sa capacité du fait de la pénurie de ressources médicales .....	15
3.2. L'établissement ne connaît pas de difficultés financières et les unités ne consomment pas le budget qui leur est alloué.....	17
3.3. Les difficultés de recrutement des psychiatres ont des répercussions sur la prise en charge des patients et les conditions de travail du personnel.....	18
<b>Recommandation 1</b> .....	<b>20</b>
Le recrutement de médecins psychiatres doit bénéficier d'une aide exceptionnelle de la part des autorités de tutelles.	
<b>Recommandation 2</b> .....	<b>23</b>
Les patients dont l'état clinique le nécessite doivent avoir accès à un ergothérapeute et à un psychomotricien.	
<b>Recommandation 3</b> .....	<b>24</b>
Des infirmiers en pratique avancée (IPA) doivent exercer leurs fonctions en intrahospitalier et des médiateurs de santé pair doivent être associés aux soins.	
<b>Recommandation 4</b> .....	<b>26</b>
Les soignants doivent bénéficier de formations spécifiques portant sur les droits des patients hospitalisés sans leur consentement ainsi que sur les mesures d'isolement et de contention.	
<b>Recommandation 5</b> .....	<b>26</b>
Dans chaque unité, des supervisions doivent être proposées aux soignants pour leur permettre d'échanger avec un professionnel indépendant, sur leur vécu et leurs pratiques.	
3.4. Les événements indésirables sont analysés de manière exhaustive et comportent une forte proportion de violences.....	26
<b>Recommandation 6</b> .....	<b>29</b>
Face aux violences, un plan de prévention doit être conçu pour en identifier les causes, mettre en œuvre des solutions correctives et limiter les passages à l'acte.	

3.5. Il n'existe pas de comité d'éthique.....	30
<b>Recommandation 7</b> .....	<b>30</b>
Le comité d'éthique doit être mis en place pour accompagner les professionnels dans leur réflexion relative notamment au respect de la dignité et des droits fondamentaux des patients et à la confrontation des principes déontologiques guidant leurs fonctions aux difficultés et questionnements pratiques.	
<b>4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT</b> .....	<b>31</b>
4.1. La gestion des urgences ne respecte pas les droits des patients.....	31
<b>Recommandation 8</b> .....	<b>33</b>
Une pièce d'apaisement doit permettre aux patients agités aux urgences d'être placés dans un cadre hypo stimulant et protégé.	
<b>Recommandation 9</b> .....	<b>35</b>
Les décisions des urgentistes de poser des contentions sur un patient de psychiatrie doivent être validées par un psychiatre dans l'heure.	
<b>Recommandation 10</b> .....	<b>36</b>
Un protocole de travail devra être mis en place entre le CHM et l'EPSM afin de préciser les modalités pratiques de prise en charge des patients de psychiatrie, entre médecins psychiatres, urgentistes et soignants.	
<b>Recommandation 11</b> .....	<b>37</b>
Les décisions d'admission en soins sans consentement de la directrice d'établissement doivent être prises à bref délai du certificat médical initial sous peine de placer le patient en situation d'enfermement arbitraire.	
<b>Recommandation 12</b> .....	<b>38</b>
Le circuit du médicament doit être sécurisé pour tout patient hospitalisé.	
<b>Recommandation 13</b> .....	<b>39</b>
Un agent de sécurité ne peut pas être présent en permanence à l'intérieur d'un lieu de soin psychiatrique.	
<b>Recommandation 14</b> .....	<b>40</b>
Les soignants doivent pouvoir effectuer, s'ils l'estiment opportun, une déclaration d'événement indésirable quel que soit le sujet de questionnement.	
4.2. La tension capacitaire est importante et le taux de patients en soins sans consentement est supérieur à la moyenne nationale .....	42
<b>Recommandation 15</b> .....	<b>43</b>
L'établissement doit analyser son activité d'accueil de patients en soins sans consentement, afin de comprendre pourquoi cette activité est bien supérieure à la moyenne nationale et y remédier. Le recours aux procédures dérogatoires doit rester exceptionnel. L'établissement doit rendre plus efficiente sa recherche de tiers lorsqu'un patient nécessite des soins sans son consentement.	
<b>Recommandation 16</b> .....	<b>44</b>
L'établissement doit analyser, avec les autorités de tutelles, les raisons expliquant le taux élevé de patients hospitalisés au long cours et qui participent à accroître la tension capacitaire déjà existante.	
4.3. L'information des patients est parcellaire et ne permet pas un exercice effectif des droits.....	45

<b>Recommandation 17</b> .....	<b>47</b>
Chaque patient doit recevoir confidentiellement les informations relatives à sa prise en charge et aux règles de vie de l'unité qui l'accueille. Les professionnels assurant la notification des décisions doivent bénéficier d'une formation leur permettant de communiquer une information adaptée.	
<b>5. LES CONDITIONS DE VIE</b> .....	<b>48</b>
5.1. Le droit à un hébergement et à des conditions matérielles de séjour dignes est assuré dans l'ensemble .....	48
<b>Recommandation 18</b> .....	<b>50</b>
L'établissement doit équiper chaque chambre d'hospitalisation d'un verrou permettant au patient de s'enfermer de l'intérieur et aux seuls soignants d'ouvrir la porte. Aucun patient ne doit être visible dans sa chambre depuis les couloirs. Il doit être remédié aux dysfonctionnements du système de chauffage au sein de l'unité Gaudi. Tous les patients doivent pouvoir librement accéder à l'air libre et ce dans des conditions garantissant leur sécurité.	
5.2. L'hygiène n'appelle pas de remarques particulières.....	50
5.3. L'information sur les conditions de dépôt d'argent à la trésorerie hospitalière sont insuffisantes.....	51
<b>Recommandation 19</b> .....	<b>51</b>
Une information claire et précise doit être donnée sur la possibilité de confier son argent à la trésorerie départementale hospitalière.	
5.4. La restauration est presque unanimement plébiscitée.....	51
<b>6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES</b> .....	<b>53</b>
6.1. Les restrictions à la liberté d'aller et venir s'appliquent indifféremment aux patients en soins sans consentement comme en soins libres.....	53
<b>Recommandation 20</b> .....	<b>53</b>
Les restrictions apportées à la liberté d'aller et venir doivent être individualisées et faire l'objet d'une réflexion institutionnelle. Toute personne privée de liberté doit avoir un accès quotidien à l'air libre, pour s'aérer, marcher, se détendre, profiter d'un environnement naturel ou pratiquer une activité physique. Aucun patient hospitalisé en soins libres ne doit se trouver derrière une porte d'unité fermée, ni se voir imposer l'obtention d'une autorisation médicale pour sortir. Il est urgent de remédier à cette situation afin de respecter les droits des patients.	
6.2. Le port du pyjama porte atteinte à la dignité des patients.....	55
<b>Recommandation 21</b> .....	<b>56</b>
L'indication du port du pyjama institutionnel doit être individualisée plutôt que systématique. Toutes les unités doivent disposer d'un vestiaire de secours.	
6.3. Les communications avec l'extérieur sont fluides mais la confidentialité n'est pas respectée .....	56
<b>Recommandation 22</b> .....	<b>57</b>
Le droit à la confidentialité de l'hospitalisation doit être proposé aux patients dès l'admission et cette possibilité doit être mentionnée dans le livret d'accueil.	
6.4. L'exercice du droit de vote est peu facilité.....	58
<b>Recommandation 23</b> .....	<b>58</b>
L'établissement doit, en période électorale, rappeler explicitement au patient qu'il bénéficie du droit de vote et mettre en œuvre les moyens pour lui faciliter l'exercice de ce droit.	
6.5. Seul le culte catholique dispose d'une aumônerie sur site .....	58

<b>Recommandation 24</b> .....	<b>59</b>
Les coordonnées des aumôniers de différents cultes doivent être mentionnées dans le livret d'accueil et portées à la connaissance des patients par affichage dans les unités.	
6.6. La liberté à la vie affective et sexuelle des patients n'est pas reconnue institutionnellement .....	59
<b>Recommandation 25</b> .....	<b>60</b>
La question de l'accès des patients à une vie affective et sexuelle et de ses conditions doit être abordée et débattue dans un cadre institutionnel.	
<b>7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION</b> .....	<b>61</b>
7.1. La conception des chambres d'isolement est inadaptée et des mesures d'isolement se déroulent en chambre hôtelière .....	61
<b>Recommandation 26</b> .....	<b>62</b>
Toutes les chambres d'isolement doivent respecter l'intimité et la sécurité des patients. Aucune vue sur les toilettes, qu'elle soit directe ou par le truchement d'un miroir de type sécurité routière, ne doit être possible. Elles doivent toutes être équipées d'un dispositif d'appel, d'une horloge avec horodateur et d'un point d'eau. Le cas échéant, il doit être accessible par le patient placé sous contention. Le patient isolé dans les unités de psychiatrie polyvalente doit pouvoir tirer sa chasse d'eau et allumer sa lumière et les chambres doivent être meublées d'un siège pour le patient comme pour le soignant. Les patients isolés doivent avoir un accès à l'air libre.	
<b>Recommandation 27</b> .....	<b>63</b>
Un patient isolé ou contenu doit l'être dans un espace spécifique, distinct de sa chambre hôtelière qui doit être conservée, afin qu'il puisse en disposer à l'issue de la mesure.	
7.2. Les mesures d'isolement et de contention ne se limitent pas à une pratique de dernier recours et sont banalisées .....	63
<b>Recommandation 28</b> .....	<b>64</b>
Les mesures d'isolement et de contention ne doivent intervenir qu'en dernier recours, pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui, avec une motivation en conséquence des décisions médicales.	
<b>Recommandation 29</b> .....	<b>65</b>
Une décision d'isolement pour des patients en soins libres ne doit être maintenue au-delà de quelques heures que si une démarche de soins sans consentement est engagée. Seul un psychiatre peut décider de placer un patient à l'isolement.	
<b>Recommandation 30</b> .....	<b>65</b>
Tout patient isolé doit bénéficier d'un examen par un somaticien. Chaque patient en isolement doit bénéficier de deux évaluations médicales psychiatriques par 24 heures.	
7.3. Le registre n'est ni convenablement renseigné ni analysé au sein des unités et les rares espaces d'apaisement sont sous-investis .....	66
<b>Recommandation 31</b> .....	<b>67</b>
Le registre d'isolement et de contention doit répondre aux exigences de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique et toutes les mesures d'isolement doivent être tracées. Le registre doit faire l'objet d'une analyse régulière pour permettre de réduire le recours à ces pratiques.	
<b>Recommandation 32</b> .....	<b>68</b>
Toutes les unités doivent être dotées d'une chambre d'apaisement. Un outil doit être mis en place pour quantifier leur impact sur le nombre de mesures d'isolement et de contention ainsi que sur la durée de celles-ci.	

<b>8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....</b>	<b>69</b>
8.1. La commission départementale des soins psychiatriques et la commission des relations avec les usagers ne garantissent pas le respect des libertés individuelles .....	69
<b>Recommandation 33 .....</b>	<b>71</b>
Les patients doivent recevoir une information pertinente concernant la commission départementale des soins psychiatriques et la commission des relations avec les usagers et bénéficier d'un accompagnement adapté à la formulation de leurs doléances. Celles-ci doivent faire l'objet d'un véritable suivi.	
8.2. Le registre de la loi ne comporte pas l'ensemble des pièces de procédure prévues par les textes .....	72
<b>Recommandation 34 .....</b>	<b>72</b>
Les décisions de placement en soins sans consentement du directeur de l'établissement doivent être prises à bref délai après le certificat médical initial et notifiées au patient dès que son état clinique le permet.	
<b>Recommandation 35 .....</b>	<b>73</b>
Conformément aux dispositions de l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, toutes les pièces de procédure relatives à une mesure de soins sans consentement doivent figurer dans le registre de la loi.	
8.3. Le contrôle des mesures de soins sans consentement par le juge des libertés et de la détention est effectif mais non efficient en matière d'isolement et de contention ...	74
<b>Recommandation 36 .....</b>	<b>77</b>
L'information de la personne isolée et éventuellement contenue doit être assurée au moment de la prise de décision par la remise d'un support écrit lui précisant ses droits. Dans le respect de la volonté du patient, les proches doivent être informés de la possibilité qui leur est offerte de saisir le juge des libertés et de la détention pour demander la levée de la mesure d'isolement ou de contention.	
<b>Recommandation 37 .....</b>	<b>77</b>
Afin que le juge des libertés et de la détention puisse exercer le contrôle des mesures d'isolement et de contention, ces dernières doivent être rigoureusement tracées. Les deux évaluations médicales effectivement réalisées par un médecin sur une durée de 24h pour l'isolement et de 12h pour la contention doivent être adressées au juge.	
<b>9. LES SOINS.....</b>	<b>78</b>
9.1. Les soins psychiatriques ne sont plus assurés .....	78
<b>Recommandation 38 .....</b>	<b>78</b>
L'établissement et ses autorités de tutelle doivent tout mettre en œuvre pour que les soins de psychiatrie soient assurés par des médecins psychiatres.	
9.2. Les soins somatiques sont assurés sans coordination avec la prise en charge de psychiatrie.....	82
9.3. L'absence de solutions d'hébergement constitue le principal frein au processus de sortie .....	83
<b>Recommandation 39 .....</b>	<b>84</b>
Les patients au long cours qui attendent une place dans une structure médico-sociale doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée.	

<b>Recommandation 40</b> .....	<b>85</b>
L'établissement doit établir et mettre en œuvre des partenariats avec des structures d'aval, afin de répondre aux difficultés d'hébergement des patients sortants.	
<b>Recommandation 41</b> .....	<b>85</b>
En application de l'article L. 3212-7 alinéa 3 du code de la santé publique, l'intérêt du patient et la qualité de son suivi commandent que le collège des professionnels de santé soit réuni pour tous les patients en soins sans consentement depuis plus d'un an, et ce quelle que soit la forme de prise en charge, afin de procéder, après rencontre du patient et recueil de ses observations, à une évaluation médicale approfondie de son état et donner un avis sur la suite à donner à sa prise en charge.	
<b>9.4. Le consentement dans les soins n'est pas réellement recherché</b> .....	<b>86</b>
<b>Recommandation 42</b> .....	<b>86</b>
Chaque patient doit bénéficier d'une information claire et pouvoir exprimer son consentement aux soins proposés. Des partenariats avec des pairs-aidants et la mise en œuvre des directives anticipées incitatives en psychiatrie doivent y concourir.	
<b>Recommandation 43</b> .....	<b>87</b>
La personne de confiance désignée par le patient doit être systématiquement informée et invitée à contresigner le formulaire de demande de désignation. Elle doit être sollicitée lors des différentes étapes du projet de soins.	
<b>Recommandation 44</b> .....	<b>87</b>
La prescription de traitement en « si besoin » est prohibée lorsque le consentement à ce traitement n'est pas recherché ou obtenu par le praticien avant administration. L'administration injectable urgente d'un médicament doit répondre à une prescription médicale, établie immédiatement en réponse à la nécessité de l'apaisement d'un état clinique médicalement évalué.	
<b>10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES</b> .....	<b>88</b>
<b>10.1. La prise en charge en pédopsychiatrie est attentive mais de nombreux enfants sont placés à l'isolement sans base légale</b> .....	<b>88</b>
<b>Recommandation 45</b> .....	<b>89</b>
L'absence de pédiatre dans une unité d'hospitalisation qui accueille des enfants de moins de 16 ans constitue une atteinte grave à l'accès aux soins. Il doit y être remédié sans délai.	
<b>Recommandation 46</b> .....	<b>90</b>
Le livret d'accueil de l'unité doit faire l'objet d'une mise à jour et être remis aux jeunes, comme il l'est aux parents, afin qu'ils puissent s'y référer durant leur séjour.	
<b>Recommandation 47</b> .....	<b>92</b>
Toute mesure d'isolement, <i>a fortiori</i> de contention, d'un patient mineur doit être proscrite dès lors que, sauf s'il est pris en charge au titre de soins sur demande du représentant de l'Etat, elle est contraire à la loi. En outre, une telle mesure, y compris dans cette dernière hypothèse, étant contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant, le CGLPL recommande qu'il n'y soit jamais recouru.	
<b>Recommandation 48</b> .....	<b>93</b>
L'hospitalisation de mineurs dans une unité pour adultes doit être proscrite.	
<b>10.2. Les patients détenus sont contentonnés physiquement pendant le transport, isolés à l'arrivée et n'accèdent pas à leurs droits pendant l'hospitalisation</b> .....	<b>93</b>
<b>Recommandation 49</b> .....	<b>95</b>
Un patient détenu ne doit pas être soumis systématiquement à de la contention et à de l'isolement, les modalités de son transport jusqu'à l'hôpital ainsi que son affectation dans une chambre doivent être individualisées et adaptées à son état clinique.	

Le respect de ses droits doit être assuré dans les mêmes conditions qu'en établissement pénitentiaire, sauf restriction médicale prononcée par un médecin psychiatre : il doit pouvoir se vêtir et user de ses effets personnels, dont il doit se munir en quantité et en qualité suffisante avant de quitter l'établissement pénitentiaire, exercer ses droits de visite et de correspondance dans les conditions autorisées dans l'établissement pénitentiaire.

---

# Rapport

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Isabelle Servé, cheffe de mission ;
- Chantal Baysse ;
- Anne Bruslon ;
- Luc Chouchkaieff ;
- Claire de Galember ;
- Agnès Lafay ;
- Laurent Ludowicz ;
- Fabien Pommelet ;
- Fabienne Viton.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), neuf contrôleurs ont effectué une visite de l'établissement public de santé mentale de la Sarthe du 4 au 14 décembre 2023, contrôlé une première fois en février 2015<sup>1</sup>.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 4 décembre 2023 à 13h30 et l'ont quitté le 14 décembre 2023 à 14h30. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction. Le préfet de la Sarthe, l'agence régionale de santé (ARS) Pays de Loire, le président du tribunal judiciaire (TJ) du Mans, ainsi que la procureure de la République près ce tribunal ont également été avisés de ce contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par la directrice de l'établissement pour une réunion de présentation en présence d'une cinquantaine de professionnels.

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

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

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le directeur général de l'ARS.

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

Les organisations professionnelles représentatives du personnel médical et soignant ont été avisées de la présence des contrôleurs. Deux d'entre elles ont souhaité avoir un entretien.

Une réunion de restitution a eu lieu le 14 décembre 2023 à 13h30, devant une assemblée d'une trentaine de personnes.

---

<sup>1</sup> CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier spécialisé d'Allonnes, fév. 2015 (en ligne).

Un rapport provisoire a été adressé le 19 mars 2024 à la directrice de l'établissement, au préfet de la Sarthe, au directeur général de l'agence régionale de santé Pays de la Loire, au président du tribunal judiciaire du Mans ainsi qu'au procureur de la République près ce tribunal. Le procureur de la République a adressé ses observations le 17 avril 2024, le directeur général de l'agence régionale de santé le 18 avril, le préfet le 21 avril, et la directrice de l'EPSM de la Sarthe le 25 avril. Ces observations sont insérées dans le présent rapport.

## 2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE

A l'issue du contrôle effectué du 2 au 13 février 2015, les contrôleurs avaient relevé les points essentiels suivants :

- la majorité des unités étaient fermées et les explications données tendaient toutes vers une logique sécuritaire. Cette logique sécuritaire, dans les directives comme dans les procédures non écrites, tendait à s'imposer, au détriment de la qualité de la prise en charge, notamment aux patients provenant d'un établissement pénitentiaire, en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE) ou en soins libres placés dans des unités fermées. Pour autant, les contrôleurs avaient relevé que les équipes soignantes, qui ressentaient parfois une absence de soutien de la part de médecins insuffisamment présents dans les unités, semblaient particulièrement attentives à la bienveillance et au respect des personnes soignées ;
- les contrôleurs avaient constaté que dans beaucoup d'unités, notamment celles des admissions, peu d'activités étaient proposées aux patients, gagnés par l'ennui ;
- les données statistiques révélaient que les pratiques en matière d'isolement étaient marquées par des disparités importantes entre les unités, certaines y recourant très fréquemment. Malgré l'absence de données chiffrées, les contrôleurs avaient dressé le même constat s'agissant de la contention. Il n'existait par ailleurs aucun travail d'analyse et de réflexion sur ces pratiques au sein des unités ou des pôles. Or, nonobstant la vigilance des équipes soignantes, le manque d'effectifs médicaux et la défaillance de la supervision médicale avaient pu conduire dans certaines unités à des isolements ou des contentions prolongées en dépit des protocoles établis ;
- les règles de vie et la prise en charge des patients manquaient d'homogénéité entre les pôles, voire entre les unités d'un même pôle, entraînant une perte de repères de la part des équipes soignantes ;
- enfin, les conditions d'hospitalisation des personnes détenues étaient indignes. Elles ne bénéficiaient pas des soins individualisés requis par leur état de santé, étaient maintenues pendant toute la durée d'hospitalisation en chambre d'isolement et exclues de toute activité thérapeutique ou de tout temps partagé.

### 3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

#### 3.1. L'ETABLISSEMENT A PERDU, AU COURS DE L'ANNEE 2023, 17 % DE SA CAPACITE DU FAIT DE LA PENURIE DE RESSOURCES MEDICALES

##### 3.1.1. L'établissement dans le paysage institutionnel

L'EPSM de la Sarthe, situé à Allonnes, est le seul établissement public de santé autorisé en psychiatrie<sup>2</sup> et habilité à accueillir des patients en soins sans consentement (SSC) dans le département de la Sarthe qui comptait une population de 566 993 habitants en 2020<sup>3</sup>.

L'établissement fait partie du groupement hospitalier de territoire (GHT) de la Sarthe (GHT-72) constitué le 31 août 2016 et comportant neuf autres établissements<sup>4</sup>. Le centre hospitalier du Mans (CHM), situé à neuf kilomètres, d'une capacité d'accueil totale de 1 693 lits et places en est l'établissement support et dispose de toutes les spécialités médicales.

Habilité à accueillir des patients en SSC à hauteur de 244 lits, l'EPSM ne comptait plus au moment du contrôle que 197 lits d'hospitalisation complète en psychiatrie dont neuf en psychiatrie de l'enfant, à la suite de la fermeture, le 20 juillet 2023, de 42 lits, soit 17,2 % de sa capacité, en raison de la pénurie de ressources médicales<sup>5</sup>.

Dans ses observations du 17 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le procureur de la République près le tribunal judiciaire du Mans précise que : « le ratio « nombre de lits/nb habitants » est le plus faible des cinq départements de la région Pays de la Loire, alors que pourtant, selon les sources officielles du Ministère de la Santé, « le département compte parmi les taux les plus élevés du territoire pour la mortalité par suicide » [rép. min. n°6728 publiée le 07/09/2021], et qu'est désormais incontestée en Sarthe une « prévalence accrue des pathologies psychiatriques comparativement aux moyennes régionale et nationale ».

##### 3.1.2. Les pôles et services

L'EPSM, qui dessert six secteurs de psychiatrie générale et deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, comporte sept pôles cliniques :

- un pôle d'addictologie situé rue Prémartine au Mans et comportant douze lits ;
- un pôle de psychiatrie d'urgence qui dispose de dix lits au sein d'une unité de court séjour située dans les locaux du CHM ;
- un pôle de psychiatrie enfants et adolescents (pôle PEA) ;
- un pôle d'hospitalisation adultes et psychiatrie personnes âgées (pôle HA-PPA) ;
- les trois autres pôles sont le pôle médico-social (PMS)<sup>6</sup>, le pôle ambulatoire et le pôle des activités cliniques transversales d'éducation et de support (PACTES).

<sup>2</sup> Psychiatrie générale et psychiatrie enfant et adolescent.

<sup>3</sup> Source : Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).

<sup>4</sup> Le Groupement hospitalier de territoire de la Sarthe regroupe les dix établissements publics de santé du département : les centres hospitaliers du Lude, Le Mans, Château du Loir, La Ferté-Bernard, Beaumont-sur-Sarthe, Bonnétable, Sillé-le-Guillaume, Saint-Calais, le Pôle Santé Sarthe et Loir (Le Bailleul-La Flèche) et l'EPSM 72.

<sup>5</sup> Selon l'étude Atlas 2022 du Conseil de l'Ordre des médecins, il a été constaté au sein du département, entre 2010 et 2022, une diminution de 19,6 % du nombre de médecins inscrits à l'Ordre.

<sup>6</sup> Il regroupe deux maisons d'accueil spécialisées (MAS) et le foyer de vie « l'Artimon ».

L'établissement comporte également un pôle médico-administratif, à savoir le pôle « parcours, relations usagers, qualité » (PPRUQ).

L'EPSM accueille dans son parc un institut de formation aux professions de santé (IFPS) qui offre 63 places par promotion.

#### *a) La psychiatrie adulte*

Le pôle HA-PPA comprend plusieurs types d'unités d'hospitalisation à temps complet :

- l'unité de psychiatrie de la personne âgée dénommée Orée 4. Elle accueille des personnes âgées d'au moins 65 ans ne présentant pas de troubles neuro-dégénératifs trop importants et comporte 16 lits. Cette unité a fait l'objet d'une simple vérification dans la mesure où n'y sont effectivement hospitalisés que des patients en soins libres (SL) et qu'elle est ouverte ;
- l'unité Antonio Gaudi qui comprend 17 lits et accueille des patients au long court, sans sectorisation. Tous les patients de cette unité fermée, qui comporte deux chambres dites sécurisées, étaient au moment du contrôle destinées aux soins libres ;
- deux unités sanitaires de préparation au médico-social<sup>7</sup> (USPMS 6 et 7). Ces deux unités ont remplacé deux unités de psychiatrie polyvalente. Elles comprennent chacune 15 lits et accueillent des patients en SSC et en SL ;
- cinq unités de psychiatrie polyvalente (unités 1, 1.1, 1.4, 4 et 5) qui totalisent 103 lits. Désectorisées pour les patients depuis fin juillet 2022, elles accueillent toutes des patients en SSC. Concomitamment à la fermeture de lits au mois de juillet 2023, la capacité des unités 1.1, 1.4 et 4 a été portée de 17 à 23 lits pour conserver le plus de lits possibles. Les unités dénommées 1 et 5 comportaient 17 lits. Ces cinq unités comportent chacune deux CI.

Par ailleurs, une zone d'attente pré-hospitalière (ZAP) a été ouverte le 11 septembre 2023 au sein de l'établissement, à la demande de l'ARS, pour accueillir les patients en SL en attente d'hospitalisation depuis le service des urgences adultes du CHM. Comportant initialement 10 lits, sa capacité a été portée à 15 lits à la fin du mois de novembre 2023 (cf. § 4.1).

La prise en charge des patients en ambulatoire dans le département s'articule classiquement autour de centres médico-psychologiques (CMP), d'hôpitaux de jour (HJ) et de centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) implantés au Mans, à Saint-Calais, au Château du Loir, à la Flèche, à Sablé-sur-Sarthe et à Fresnay-sur-Sarthe, à Beaumont-sur-Sarthe, à Mamers et à la Ferté-Bernard. Ce dispositif est notamment complété par les consultations, les soins à domicile, l'accueil familial thérapeutique (AFT), la réponse téléphonique et l'accueil physique en urgence via le dispositif de réponse rapide de l'établissement (DIRRE) et l'équipe psychiatrique d'accueil, d'urgence et de liaison (EPAUL).

#### *b) La psychiatrie infanto-juvénile*

Le pôle PEA dispose d'une unité d'hospitalisation complète de neuf lits sur le site d'Allonnes, à savoir l'unité pédopsychiatrique d'accueil et d'hospitalisation (UPAH). La prise en charge des patients mineurs en ambulatoire est effectuée par un centre de soins pour adolescents se trouvant au Mans et une unité de périnatalité située dans l'enceinte du CHM ainsi que par le biais

---

<sup>7</sup> Les patients sont orientés vers des MAS, des foyers de vie, des logements accompagnés, etc.

de CMP et de CATTP implantés au Mans, à Beaumont-sur-Sarthe, à la Ferté-Bernard, au Château du Loir, à la Flèche, à Sablé-sur-Sarthe et au Silé-le-Guillaume. Cette offre de soins est complétée pour les mineurs par les mêmes dispositifs que pour les majeurs.

### 3.1.3. Les orientations en cours

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2019-2022 donne les orientations stratégiques suivantes s'agissant des droits fondamentaux des patients hospitalisés ou sur le point de l'être :

- renforcer le pouvoir de l'usager sur sa santé et son parcours de santé et d'accompagnement avec notamment pour objectif de réduire le nombre de patients hospitalisés à temps plein depuis plus de 292 jours ;
- accéder aux soins et aux accompagnements utiles et adaptés au bon moment et au bon endroit avec pour objectif la prévention et la gestion des situations de crise et d'urgence psychiatrique.

Le projet d'établissement pour les années 2022-2025 articule les orientations stratégiques autour de deux principes. Le premier tient à la sortie de la logique de crise liée notamment aux fortes tensions capacitaires, au déclenchement de plans blancs successifs et à la validation de procédures dégradées. Le second se rapporte à la nécessité de penser des modes d'organisation différents et innovants du fait du manque de ressources médicales et paramédicales sur le territoire. Ce projet stratégique est structuré autour de quatre ambitions : lutter contre les inégalités d'accès aux soins psychiatriques sur le territoire sarthois ; prévenir les troubles psychiques des Sarthois et éviter le recours tardif aux soins ; proposer une offre lisible et organisée par filières thématiques et, enfin, renforcer l'attractivité de l'établissement et fidéliser les professionnels.

Dans ses observations du 18 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général de l'ARS Pays de la Loire informe que « *la révision du schéma de permanence des soins en établissement de santé intégrera la possibilité de reconnaître une organisation de gardes/astreintes en POSES psychiatrie, financée par l'ARS* ». Le directeur général indique également que « *malgré [un] élan de solidarité sans précédent dans la région, et devant les difficultés structurelles persistantes de l'établissement, une mission ministérielle composée d'experts en psychiatrie issus du Groupe Opérationnel de la Psychiatrie de la Commission nationale de la psychiatrie sera prochainement lancée afin que des propositions de solutions pérennes à la hauteur des enjeux puissent être apportées* ».

## 3.2. L'ETABLISSEMENT NE CONNAIT PAS DE DIFFICULTES FINANCIERES ET LES UNITES NE CONSOMMENT PAS LE BUDGET QUI LEUR EST ALLOUE

En 2022, le budget global de l'établissement s'est élevé à 88 millions d'euros. En situation d'excédent budgétaire, l'EPSM est en mesure de constituer des provisions.

La somme de 237 792 euros a été accordée aux sept pôles cliniques de l'établissement pour les activités<sup>8</sup> et ce montant a été porté à 372 421 euros en 2023. Le pôle HA-PAA a bénéficié de

---

<sup>8</sup> Cette somme comprend notamment les vacances et sorties à l'extérieur, l'art-thérapie, le petit matériel hôtelier, les fournitures scolaires, les fournitures éducatives et de loisirs et le petit matériel et outillages.

54 660 euros en 2023 et percevra, au titre de l'année 2024, 95 522 euros. Le pôle PPEA a obtenu 47 555 euros en 2023 et bénéficiera en 2024 de la somme de 79 167 euros.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que *le pôle PPEA a en réalité obtenu 45 155 euros en 2023 et bénéficiera en 2024 de la somme de 77 237 euros.*

Les sommes reçues par chaque pôle sont ventilées par le cadre supérieur de santé entre les différentes unités. Les dépenses de fournitures éducatives et de loisirs au titre de l'année 2023 sont très variables et traduisent pour certaines unités le peu d'activités proposées aux patients. Ainsi, au moment du contrôle, les unités 4, 1.1 et 1 avaient respectivement dépensé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2023 les sommes de 19,97 euros, 99,13 euros et 64,51 euros.

### 3.3. LES DIFFICULTES DE RECRUTEMENT DES PSYCHIATRES ONT DES REPERCUSSIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ET LES CONDITIONS DE TRAVAIL DU PERSONNEL

Selon les chiffres produits, l'EPSM comptabilisait en 2022, en intra et extra hospitalier, 833,72 équivalents temps plein rémunérés<sup>9</sup> (ETPR) de personnel non médical (PNM) et 30 ETPR de personnel médical (PM)<sup>10</sup>. L'établissement est confronté à une pénurie de médecins psychiatres et les effectifs de PNM sont grevés par des taux de *turn-over* et d'absentéisme importants.

#### 3.3.1. Les effectifs

##### a) Le personnel médical (PM)

Les constats opérés relèvent une pénurie de psychiatres avec un effectif accusant un déficit global de 25,33 % en 2022 et de 26,89 % en 2023 et des difficultés de recrutement.

Cette problématique est bien plus marquée en intrahospitalier où 37,05 % des postes étaient vacants en 2022. La situation s'est dégradée en 2023. En effet, jusqu'à la promulgation de la loi dite Rist<sup>11</sup>, quatre postes de médecins intérimaires à temps plein étaient occupés en permanence pour des missions d'une durée d'un à six mois. Dès la promulgation de cette loi, trois des quatre intérimaires ont annoncé leur départ et le dernier, qui exerçait au sein de l'unité 5, a quitté l'établissement au mois de septembre 2023.

Au moment du contrôle, il n'y avait donc plus que 5,1 ETP de psychiatres sur les unités du pôle HA-PPA<sup>12</sup> et 0,9 ETP à l'UPAH<sup>13</sup>.

Au sein du pôle HA-PPA, les médecins psychiatres étaient affectés sur quatre des cinq unités de psychiatrie polyvalente, à savoir 1, 1.1, 1.4 et 4, comme suit :

- unité 1 : 1,3 ETP (3 psychiatres) ;
- unité 1.1 : 1,2 ETP (2 psychiatres) ;
- unité 1.4 : 1,6 ETP (3 psychiatres) dans laquelle intervient la psychiatre junior (0,9 ETP) ;

<sup>9</sup> Il s'agit de l'ETP qui prend en considération la sur-rémunération éventuelle du temps partiel.

<sup>10</sup> Pour le PM, il s'agit des ETP hors étudiants et internes.

<sup>11</sup> Loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé.

<sup>12</sup> Une psychiatre junior intervenait au sein de l'unité 1.4 à hauteur de 0,9 ETP.

<sup>13</sup> Un interne intervenait à hauteur de 0,4 ETP.

- unité 5 : 1 ETP (1 psychiatre).

L'unité 5 n'a pas de psychiatre référent : le chef de pôle HA-PAA et les médecins de l'unité 1.4 y passent sur sollicitation des soignants. Les deux USPMS sont dans une situation quasi analogue, deux psychiatres n'y intervenant que pour traiter les situations complexes. Enfin, l'unité Gaudi qui accueille des patients au long cours ne bénéficie de la présence d'un psychiatre que lors de la synthèse du mercredi après-midi, suivie d'entretiens avec au maximum trois patients. Par conséquent, dans ces unités, certains patients ne voient pas de psychiatre pendant des mois (cf. § 9.1.1, recommandation 38).

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique qu'au moment du contrôle, il n'y avait plus 4,7 ETP de psychiatres sur les unités du pôle HA-PPA (unité : 1 : 0,9 ETP ; unité 1.1 : 1 ETP ; unité 1.4 (1,2 ETP) ; unité 4 : 1 ETP et unité 5 : 0,6 ETP). Elle mentionne que dans cette dernière unité, il y avait 0,6 ETP dédié.

Il a été indiqué aux contrôleurs que la déssectorisation pour les patients des unités de psychiatrie adulte polyvalente a été la seule solution trouvée pour optimiser le temps médical et sécuriser les équipes en gardant des référents médicaux dans les unités.

Pour autant, un seul médecin psychiatre est affecté à temps plein sur une unité (unité 4). Un patient peut donc être vu successivement par les médecins affectés sur ladite unité, notamment lors des périodes de congés. Ce risque est en outre accru pour les patients dont l'état clinique nécessite une ré-hospitalisation au sein de l'établissement dans la mesure où il sera accueilli dans la première unité de psychiatrie polyvalente disposant d'un lit et donc suivi par un autre psychiatre qui ne le connaît pas. Ceci questionne la continuité et l'adhésion aux soins ainsi que la réalité du projet de soins travaillé avec un praticien (cf. § 9.1.1).

Outre une présence médicale insuffisante auprès des patients, les équipes soignantes souffrent d'un manque d'étayage, alimentant un sentiment de flottement, voire d'abandon. Cela aboutit à des situations d'épuisement professionnel qui contribuent à créer des tensions avec les patients. Par ailleurs, les médecins n'ont plus le temps d'assurer une formation *in situ* des infirmiers ; les réunions de synthèse sont espacées ou inexistantes.

Parmi les neuf psychiatres qui intervenaient au moment du contrôle au sein des unités du pôle HA-PPA, un pouvait prétendre à la retraite et un autre pourra y prétendre dans un an et demi. Au regard de la pénurie de psychiatres au niveau national, les perspectives de recrutement à court terme sont limitées. L'établissement a pu recruter des médecins grâce aux dispositifs de cumul emploi retraite ou de praticien contractuel « motif 2 »<sup>14</sup> mais pas dans les secteurs où les vacances de poste sont les plus criantes, à savoir en intrahospitalier et au sein du pôle de psychiatrie d'urgence. Il a été indiqué que, dans ces secteurs, il n'y avait eu aucune candidature ni même de profil de médecins intérimaires. Pour autant, l'EPSM recrute des médecins titulaires de diplômes étrangers, et les accompagne pendant plusieurs années pour leur permettre un exercice plein de la spécialité acquise dans leur pays. Trois conventions tripartites entre un praticien étranger, la structure employeur et l'EPSM avaient été conclues au moment du contrôle

---

<sup>14</sup> L'arrivée d'un médecin recruté sous couvert d'un contrat de praticien contractuel « motif 2 » à hauteur de 0,6 ETP est prévue au 1<sup>er</sup> janvier 2024 en addictologie. Dans le cadre de la réforme en 2021 du statut des praticiens contractuels, qui a fusionné les anciens statuts de praticien contractuel, de praticien attaché et de clinicien, le ministère a créé quatre motifs de recrutement de contractuels. Le contrat de motif 2 suppose « qu'il existe des difficultés particulières de recrutement ou d'exercice des praticiens, pour une activité nécessaire au maintien d'une offre de soins sur un territoire donné ».

et un quatrième médecin étranger<sup>15</sup> devait arriver au sein de l'établissement d'ici la fin de l'année 2023.

Dans ses observations du 18 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général de l'ARS Pays de la Loire indique que « *l'Agence, dans le cadre des actions complémentaires entreprises pour soutenir la Sarthe, a sollicité les deux centres hospitaliers universitaires et le CESAME afin que des psychiatres de ces établissements apportent leur expertise à l'EPSM* ».

Enfin, l'implantation du centre hospitalier universitaire (CHU) à Angers a pour conséquence d'enraciner les internes dans cette ville. Pour les attirer et les fidéliser, l'EPSM met à leur disposition des logements, les accompagne sur leurs souhaits de formation et l'équipe de direction les rencontre fréquemment pour discuter avec eux de leur projet, notamment lorsque leur titularisation est proche, afin de leur proposer un poste au sein de l'établissement. Au moment du contrôle, une psychiatre junior exerçait au sein de l'unité 1.4, un interne était affecté à hauteur de 0,6 % au sein du pôle de psychiatrie d'urgence et un troisième en ambulatoire.

Dans ses observations du 18 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général de l'ARS Pays de la Loire indique que « *l'Agence, dans le cadre des actions complémentaires entreprises pour soutenir la Sarthe, fournit des efforts pour que des internes et des docteurs juniors soient affectés à l'EPSM* ».

### Recommandation 1

Le recrutement de médecins psychiatres doit bénéficier d'une aide exceptionnelle de la part des autorités de tutelles.

Dans ses observations du 18 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général de l'ARS Pays de la Loire informe que « *la Sarthe connaît depuis plusieurs années une situation objective de sous-densité en médecins psychiatres, qui s'est accrue ces derniers mois du fait de départs en retraites et d'un recours plus difficile à l'intérim. Le déficit RH sur cette spécialité n'est pas propre à ce territoire et d'autres régions sont également concernées ; c'est bien l'intensité de cette difficulté qui est particulièrement marquée en Sarthe, avec 50 % de postes vacants, particulièrement en psychiatrie adulte.*

*Ainsi, l'EPSM de la Sarthe, seul établissement public autorisé en psychiatrie dans le département, a connu ces dernières années une forte réduction du nombre de ses psychiatres. En 2023, le départ de 3 psychiatres l'a obligé à fermer 3 unités soit 42 lits pendant la période estivale. Au-delà de la fermeture de lits à l'EPSM, les parcours des patients en soins psychiatriques sont impactés, notamment au sein du SAU du Centre hospitalier du Mans (CHM), où des patients ont dû rester plusieurs jours faute de solutions d'hospitalisation en psychiatrie post urgences.*

*L'ARS a formalisé une charte-permettant de valoriser financièrement la participation de psychiatres de la région à la médicalisation de la zone d'attente préhospitalière mise en place à l'EPSM de la Sarthe en septembre 2023.*

*Cette aide financière est maintenue pour la médicalisation de la zone d'attente préhospitalière qui redevient la 6<sup>ème</sup> unité d'hospitalisation complète de l'EPSM depuis le 11 avril 2024.*

*De plus, afin de valoriser la participation des médecins psychiatres au dispositif de continuité des soins et de permanence des soins, le directeur général ARS a acceptée de survaloriser l'unique*

<sup>15</sup> Ces quatre médecins sont diplômés hors Union Européenne.

*ligne d'astreinte de continuité. L'EPSM disposait de deux lignes d'astreintes qui ont fusionné du fait de la diminution du temps médical. Ce dispositif d'astreinte est autofinancé par l'établissement. La révision du schéma de permanence des soins en établissement de santé intégrera la possibilité, si les acteurs de la santé mentale le souhaitent, de reconnaître une organisation de gardes/astreintes en PDS-ES "psychiatrie" financée par l'ARS.*

*L'EPSM peut également utiliser les contrats PH de motif 2 pour recruter des contractuels et mieux les valoriser financièrement, avec l'accord de l'ARS. L'établissement, avec l'accord de l'ARS, bénéficie depuis deux ans d'un appui de la réserve sanitaire de Santé Publique France, par des réservistes infirmiers. Cet appui est maintenu pour aider à la para médicalisation de la 6<sup>ème</sup> unité d'hospitalisation.*

*D'autres dispositions sont en place pour permettre à des psychiatres de la région de venir aider l'EPSM : majoration de 30 % du montant de la prime de solidarité territoriale PST, expérimentation de la prime d'exercice territorial PET (à montant entier pour le praticien mobilisé et le praticien en poste), la prime d'engagement de carrière hospitalière PECH, primes financées par l'ARS.*

*Deux psychiatres PADHUE (praticiens à diplômes étrangers) lauréats des épreuves de vérification des connaissances EVC sont affectés à l'EPSM. Huit internes et trois docteurs juniors sont affectés pour le semestre de mai 2024, à l'EPSM. L'ARS oriente au maximum des internes vers les territoires en difficultés dont la Sarthe et son EPSM, dans un dialogue constant avec la Fac de Santé d'Angers ».*

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que « l'ARS a formalisé une charte permettant de valoriser financièrement la participation de psychiatres de la région à la médicalisation de la zone d'attente préhospitalière mise en place à l'EPSM de la Sarthe en septembre 2024. Cette aide financière est maintenue pour la médicalisation de la zone d'attente préhospitalière qui redevient la 6<sup>ème</sup> unité d'hospitalisation complète de l'EPSM depuis le 11 avril 2024. De plus, afin de valoriser la participation des médecins psychiatres au dispositif des soins et de permanence des soins, le directeur général de l'ARS a accepté de survaloriser l'unique ligne d'astreinte de continuité. L'EPSM disposait de deux lignes d'astreinte qui ont fusionné du fait de la diminution du temps médical. Ce dispositif est autofinancé par l'établissement. La révision du schéma de permanence des soins en établissement de santé intégrera la possibilité de reconnaître une organisation de gardes/astreintes en PDS-ES "psychiatrie", financée par l'ARS. L'EPSM utilise les contrats PH de motif 2 pour recruter des contractuels et mieux les valoriser financièrement, avec l'accord de l'ARS ».

Six médecins généralistes représentant 3,3 ETP participent à la prise en charge somatique des patients hospitalisés en psychiatrie adulte.

#### *b) Le personnel non médical (PNM)*

Le PNM ne connaît pas la même situation que le PM : sur le pôle HA-PPA, sur les 122,1 ETP infirmiers diplômés d'Etat (IDE) budgétés, seuls 7,61 ETP sont vacants et sur les 43,8 ETP d'aides-soignants (AS) budgétés, 6,82 ETP.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement mentionne que sur le pôle HA-PPA, sur les 147,55 ETP IDE budgétés, seuls 12,5 ETP sont vacants et sur les 58,6 ETP AS budgétés, 8,9 ETP sont non pourvus.

A l'UPAH, il n'y a pas de vacance de poste. En 2023, 45 IDE ont été recrutés directement sous couvert de contrat à durée indéterminée (CDI). La même année, 2 IDE et 24 AS engagés à durée déterminée ont obtenu un CDI.

Ces données chiffrées sont toutefois à apprécier à la lumière du taux d'absentéisme qui était au premier semestre 2023 de 8,47 % pour les IDE et de 9,16 % pour les AS. Les taux d'absentéisme varient fortement entre les unités, celles dont la capacité en lits a été portée à 23 lits étant les plus touchées. Ainsi, le 7 décembre 2023, l'unité 1.4 comptait six absences sur 21 soignants.

Dans le corps de ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement produit *un tableau relatif au taux d'absentéisme des IDE et des AS pour le 1<sup>er</sup> trimestre 2024, soit des données postérieures au contrôle. Ce taux est de 8,79 % pour les IDE et de 8,66 % pour les AS.*

Ces données sont également à apprécier au regard du taux de turn-over. Celui-ci a atteint 20,27 % en 2022 et 16,79 % au 30 novembre 2023. En découlent un nombre important de personnel à former et des difficultés d'accès aux formations, différées dans le temps notamment pour les jeunes professionnels.

Chacune des unités contrôlées dispose d'un cadre de santé (CS) à temps plein à l'exception de l'unité Gaudi (0,5 ETP). Toutefois, plusieurs d'entre eux sont des IDE faisant fonction.

Des maquettes organisationnelles ainsi que des cycles de travail ont été instaurés dans les unités. Ces outils qui n'existaient pas en 2021 lors de la prise de fonctions de la directrice ont été validés par le comité social d'établissement (CSE) le 7 décembre 2023. Le cycle de travail des soignants est de 7 heures 30 avec 14 jours de réduction du temps de travail (RTT) et une obligation annuelle de travail (OAT) différente selon que l'intéressé est en repos fixe ou variable.

Les transmissions ont généralement lieu le matin de 6h30 à 6h45, le midi de 13h30 à 14h30 et le soir de 20h45 à 21h00. Hormis au sein des unités Gaudi et 7, il n'existe pas de réunions de synthèse.

Dans le corps de ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise *que le CSE s'est finalement réuni le 16 janvier 2024. Elle indique également que les réunions de synthèse ne sont pas protocolisées, se tenant de manière informelle.*

Au moment du contrôle, les absences inopinées des soignants étaient palliées par le recours à la solidarité des agents entre unités, dès lors que le personnel présent est supérieur à l'effectif de sécurité et, au besoin, en faisant appel au personnel de l'extrahospitalier. Pour les arrêts de plus de 48 heures, l'établissement utilisait la plate-forme « Hublo »<sup>16</sup> qui fait appel à du personnel de la structure. Il a été indiqué que 400 IDE et 400 AS y étaient inscrits. De façon plus exceptionnelle, le remplacement peut être effectué par du personnel intérimaire, notamment pour les IDE.

Dans le corps de ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que 282 IDE et 153 AS étaient inscrits sur la plate-forme « Hublo ».

En 2022, une mobilité institutionnelle, qui a lieu une fois par an, a été instaurée entre les services pour les soignants. La première commission d'affectation s'est réunie le 14 décembre 2023 et les changements d'affectation auront lieu le 1<sup>er</sup> janvier 2024. Il est prévu, d'une part, l'affectation de chaque professionnel au sein d'une unité pendant une durée minimale : l'intéressé ne peut pas faire acte de candidature dans un autre service avant la fin de cette période. D'autre part, au

<sup>16</sup> Hublo est une plate-forme qui recense des soignants disponibles pour la gestion des remplacements inopinés.

sein de chaque service, ont été instaurées des durées maximales d'exercice au terme desquelles le poste est mis à la mobilité. Deux ans avant cette échéance, il incombe à l'agent de s'engager dans le processus de mobilité institutionnelle. Cette mobilité aurait pour but d'instaurer un *turn-over* bénéfique à la prise en charge des patients en évitant que des professionnels exercent dix ou quinze ans dans le même service. Au moment du contrôle, un mouvement social était en cours, de nombreux agents contestant notamment cette mobilité vécue comme « forcée ».

Lors des rencontres avec les professionnels, de très nombreux soignants ont fait état de leur épuisement voire de leur souffrance au travail et de la difficulté de soigner dans un contexte de pénurie si ce n'est d'absence de temps médical dans certaines unités. Certains questionnent le sens de leur action et de leur engagement au quotidien, faisant état de « *patients pas bien soignés* » ou affirmant « *on n'est plus dans le soin* ». D'autres, en revanche, ainsi qu'il a été indiqué par plusieurs sources concordantes, « *ne se rendent plus compte de ce qu'ils font et de ce qu'ils disent* », « *enferment et hurlent sur les patients* ».

Chaque unité, à l'exception des unités Gaudi et 4, dispose de psychologues mais leur temps de travail y est très insuffisant, allant de 0,05 ETP à l'unité 6 à 0,3 ETP pour les unités 5 et 7. L'unité 1.4 est la mieux dotée avec 0,6 ETP.

Les patients de toutes les unités bénéficient de la présence d'assistants de service social (ASS), les ETP variant de 0,33 pour l'unité 6 à 1,59 pour l'unité 5.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que « le temps d'ASS affecté à chaque unité est ajusté en fonction de l'évolution des projets des unités. A la date de la visite, les ETP affectés varient de 0,65 à 0,75 ETP sur les unités dites de psychiatrie polyvalente, 1 ETP sur les unités sanitaires de préparation au médico-social (USPMS), 1 ETP sur l'unité filiarisée de prise en charge des personnes âgées et 0,2 ETP sur l'unité Gaudi (patients au long cours) ».

Aucune unité ne dispose de psychomotricien<sup>17</sup>. Seules les unités 6 et 7 bénéficient d'un ergothérapeute (0,6 ETP). Cette sous-représentation limite singulièrement les activités proposées aux patients (cf. § 9.1.2). Les unités 6 et 7 bénéficient en outre d'une équipe socio-éducative commune composée d'un moniteur sportif et d'un moniteur-éducateur. Elles ont également chacune une aide médico-psychologique (AMP).

### Recommandation 2

Les patients dont l'état clinique le nécessite doivent avoir accès à un ergothérapeute et à un psychomotricien.

Dans ses observations du 18 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général de l'ARS Pays de la Loire indique que « l'article D. 6124-256 du CSP indique que le titulaire de l'autorisation en psychiatrie dispose d'une ou plusieurs équipes pluridisciplinaires comprenant en tant que de besoin, un ou plusieurs masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, diététiciens, professionnels habilités à dispenser une activité physique adaptée au sens de l'article L. 1172-1. L'établissement dispose de la plupart de ces compétences au sein de ses différentes unités médico-soignantes. L'EPSM apportera ses précisions ».

<sup>17</sup> Un psychomotricien était en cours de recrutement au sein de l'unité 7 au moment du contrôle.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement informe que « ces métiers sont déjà présents au sein de l'Équipe Locale d'interventions Spécifiques en Ergothérapie (ELISE) à raison d'un ETP d'ergothérapeute notamment. Des nouveaux métiers sont intégrés dans les projets de service des unités :

projet d'unité psychiatrique aigue sécurisée, validé en comité projet du 29.02.2024, au sein duquel il est prévu 5,5 ETP avec moniteurs éducateurs, moniteur sportif, AMP et ergothérapeute ;

projet d'unité Très Long Cours, présenté en Comité projet le 29.02.2024, dont l'équipe éducative est composée, à raison de 7,25 ETP, d'un ergothérapeute, un moniteur éducateur, un psychomotricien et un accompagnant éducateur et social ;

les Unités Sanitaires de Préparation au Médico-Social ont une équipe pluridisciplinaire paramédicale composée d'éducateur spécialisé, de moniteur éducateur, d'accompagnant éducatif et social, d'un ETP d'ergothérapeute, de 0,4 ETP de psychomotricien et d'un ETP d'éducateur en activité physique adapté ».

L'établissement a développé une politique volontariste de formation des infirmiers en pratique avancée (IPA). Les quatre IPA déjà formés exercent toutefois tous en ambulatoire. Par ailleurs, il n'existe pas de médiateur de santé pair.

### Recommandation 3

Des infirmiers en pratique avancée (IPA) doivent exercer leurs fonctions en intrahospitalier et des médiateurs de santé pair doivent être associés aux soins.

Dans ses observations du 18 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général de l'ARS Pays de la Loire précise que « des infirmiers en pratiques avancées (IPA) sont présents à l'EPSM de la Sarthe (nombre 4, + 2 qui partent en formation IPA). L'ARS a financé leur formation et remplacement dans l'établissement. Cet appui est maintenu par l'agence auprès de l'établissement. Des médiateurs en santé peuvent être recrutés par l'EPSM pour accompagner les résidents et professionnels. L'ARS, par appel à projet, a financé le recrutement des pairs-santé et médiateurs en santé auprès de collectivités (ville du Mans) ou de maison de santé pluriprofessionnelle ».

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement mentionne que « Des infirmiers en pratiques avancées (IPA) sont présents à l'EPSM de la Sarthe : 4 en exercice sur l'ambulatoire adultes et enfants et 2 actuellement en formation. A chaque rentrée, il est prévu des IDE en formation IPA. L'ARS a financé leur formation et remplacement dans l'établissement. Depuis 2023, un IPA exerce en intrahospitalier, dans l'unité pédopsychiatrique d'accueil et d'hospitalisation. Cela permet notamment de lutter contre les ruptures de soins pour le passage entre enfants et adultes. A l'été 2024, un IPA intégrera l'intrahospitalier. L'objectif de l'EPSM de la Sarthe est d'avoir 14 IPA.

Le répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie - fonction publique hospitalière - ne définit par le métier de médiateur en santé. L'EPSM de la Sarthe envisage la mise en place de ces professionnels dans le cadre d'une réflexion éthique globale sur la pair-aidance (GTO pair-aidance déjà en place ».

De façon globale s'agissant de la problématique des ressources humaines, le directeur général de l'ARS Pays de la Loire indique dans ses observations du 18 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire que l'ARS a annoncé un plan d'urgence pour la psychiatrie en Pays de la Loire en juin 2023. Le directeur général informe que « l'Agence a accordé à l'EPSM de la Sarthe plus d'un million sur la fin 2023 et plus de 3 millions sur l'année 2024 au vu de leur projet stratégique, soit en tout près de 4,5 millions d'euros. Cet effort de l'Agence ne peut s'envisager que dans une perspective concrète de sortie de crise de la psychiatrie sarthoise. Des mesures RH spécifiques d'attractivité ont également été mises en place pour le déploiement de ressources médicales en santé mentale, en soutien de l'EPSM de la Sarthe : une charte a été signée à cet effet par la Fédération Hospitalière de France, l'EPSM de la Sarthe et l'ARS ».

### 3.3.2. Formation, tutorat et supervision

Les IDE primo-affectés en psychiatrie bénéficient d'une formation intitulée « consolidation des savoirs en santé mentale » de 105 heures à effectuer en principe dans l'année de leur arrivée. Deux groupes de formation sont prévus par an. En 2021, 48 agents ont bénéficié de cette formation<sup>18</sup> et, en 2022, 36 IDE étaient préinscrits<sup>19</sup>. Toutefois, en 2022, seuls 30 des 80 nouveaux arrivants avaient bénéficié de cette formation. Il est difficile d'accéder à cette formation dans le délai imparti du fait de sa durée et des annulations pour nécessité de service. La conséquence dommageable qui en découle est que les jeunes professionnels prennent de ce fait les habitudes professionnelles de leur unité et sont bien souvent désarmés face aux patients violents. Pour tenter d'y remédier, une formation de trois jours, intitulée « Travailler à l'EPSM de la Sarthe, mobiliser des compétences spécifiques », est proposée dans les trois mois de l'arrivée aux IDE et AS. Dispensée par un cadre de santé de l'établissement, diplômé en simulation en santé, elle aborde essentiellement l'accompagnement du patient en crise ainsi que la crise suicidaire.

Les autres formations proposées aux soignants primo-affectés en psychiatrie sont les suivantes :

- évaluation de la crise suicidaire : 48 préinscrits en 2022<sup>20</sup> ;
- conduite de l'entretien infirmier : 36 préinscrits en 2022<sup>21</sup>.

Il n'existe pas de formation spécialement consacrée aux droits des patients hospitalisés sans leur consentement. Ces questions sont abordées dans le cadre de la formation intitulée « *droits des patients et des résidents* » d'une durée de deux jours, axée sur la compréhension des droits fondamentaux des patients et également du résident. La fiche de présentation ne mentionne toutefois pas les différents modes d'hospitalisation ni les mesures d'isolement et de contention. En tout état de cause, seuls dix agents ont bénéficié de cette formation en 2021<sup>22</sup>. Au moment du contrôle, il n'existait aucune formation consacrée aux mesures d'isolement et de contention et à leur moindre recours, hormis la formation OMEGA.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique qu' « en 2023, 94 professionnels soignants ont bénéficié d'une formation

<sup>18</sup> Source : bilan social 2021.

<sup>19</sup> Source : plan de formation prévisionnel 2022.

<sup>20</sup> *Ibid.*

<sup>21</sup> *Ibid.*

<sup>22</sup> Source : bilan social 2021.

action de 45 min dans leurs unités pour manipuler le matériel de contention et avoir un rappel des bonnes pratiques ».

La formation initiale dure quatre jours et, depuis 2021, la journée de recyclage est effectuée via la simulation en santé. En 2022, douze groupes de huit étaient prévus. Le plan de formation prévisionnel 2022 prévoyait cinq groupes de seize pour la formation initiale. En 2023, 56 professionnels de l'établissement, intra et extra hospitaliers, ont suivi le cycle initial et 80 le recyclage.

#### Recommandation 4

Les soignants doivent bénéficier de formations spécifiques portant sur les droits des patients hospitalisés sans leur consentement ainsi que sur les mesures d'isolement et de contention.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que « l'évolution des Ressources Humaines, notamment médicales, a conduit à la diminution des compétences soignantes spécifiques en santé mentale. Le renouvellement des professionnels paramédicaux avec de jeunes diplômés, novices en psychiatrie, ne bénéficie par de transmission par les pairs expérimentés. Parallèlement, l'EPSM de la Sarthe connaît une complexification des prises en charge, en hospitalisation. Fort de ce constat, l'Institution se dote d'un plan de professionnalisation des pratiques qui a pour but de réactualiser le plan de formation en le spécialisant davantage et le complétant, notamment sur les droits des patients. Exemple ; Formation TOPO n°3 relative aux directives anticipées ».

Les nouveaux arrivants ne sont pas tutorés. Il n'existe aucune supervision ce qui pèse sur les équipes d'après les professionnels interrogés qui expriment un manque de « sens clinique » à leur action.

#### Recommandation 5

Dans chaque unité, des supervisions doivent être proposées aux soignants pour leur permettre d'échanger avec un professionnel indépendant, sur leur vécu et leurs pratiques.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement informe que « l'analyse de pratiques est réalisée dans différents services (Unité sanitaire de préparation au médico-social, IDTF et sur le Pôle Médico-social) et a vocation à se généraliser dans l'ensemble des autres services et dispositifs de l'EPSM de la Sarthe, comme le prévoit les projets de services, grâce à un marché notifié dernièrement ».

### 3.4. LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT ANALYSES DE MANIERE EXHAUSTIVE ET COMPORTENT UNE FORTE PROPORTION DE VIOLENCES

La direction du Pôle Parcours, Relations Usagers et Qualité (PPRQ) incite les soignants à déclarer tout événement indésirable (EI), considérant que le principe de la sécurité et de la qualité des soins doit être la préoccupation permanente de l'établissement. L'objectif est d'améliorer la visibilité des risques afin de les prévenir et d'y apporter des correctifs. Dès leur arrivée, au travers du livret d'accueil, les nouveaux membres du PMN bénéficient d'une information sur l'établissement des fiches d'événements indésirables (FEI) et leur traitement.

La direction s'engage à ce qu'aucun soignant ne soit exposé à une procédure disciplinaire pour avoir signalé un manquement aux règles de sécurité ou une erreur dans leur application. Il est

précisé toutefois que ce principe ne peut s'appliquer en cas de manquement délibéré, répété ou, selon les propos recueillis, d'événements indésirables graves (EIG).

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement affirme que le principe de non-sanction ne s'applique pas lorsque le manquement est délibéré, répété ou grave et non pas dans l'hypothèse d'un EIG comme mentionné.

La déclaration d'un EI est réalisable à partir d'une fiche (FEI) disponible dans l'intranet depuis le logiciel Cariatides. Le mode de déclaration permet de conserver l'anonymat. Tout agent a qualité pour décider de signaler un incident.

Dans ces mêmes écrits, la directrice précise que le logiciel utilisé est Kaliweb.

Les FEI sont extraites bi quotidiennement par le service de la qualité et une première analyse (contenu, gravité) est initiée lors d'une réunion quotidienne des membres du service qualité. Les modes d'investigation et compléments d'informations nécessaires sont alors identifiés.

Le déclarant est avisé par un accusé de réception émanant du service qualité, de la prise en compte de sa FEI, l'informant de sa bonne réception, de la qualification retenue et des personnes à qui le signalement a été transmis. Cet accusé de réception est également l'occasion de faire une demande d'informations complémentaires ou d'évaluer le retentissement de l'incident pour le patient ou le professionnel et de proposer, le cas échéant, une réunion d'analyse approfondie des causes.

Les référents du service de la qualité ont élaboré des indicateurs de suivi pour chaque vigilance et les intègrent dans un tableau de bord de la gestion des vigilances sanitaires et des risques.

Deux échelles (fréquence et gravité) sont utilisées pour classer les FEI. L'échelle de fréquence comporte une description synthétique de la fréquence du problème soulevé allant du niveau 1 (improbabilité) au niveau 5 (quotidienneté). L'échelle de gravité comprend également cinq niveaux, le 5<sup>ème</sup> correspondant à une gravité catastrophique à impact irréversible<sup>23</sup>.

Les indicateurs de gravité et de fréquence sont colligés dans un diagramme<sup>24</sup> qui permet de visualiser immédiatement trois niveaux de risque : acceptable, à surveiller et à traiter.

Au regard de l'analyse et de la gravité, les FEI sont soit transmises sans délai à l'encadrement, à la chefferie de pôle et aux acteurs concernés pour suites à donner et mise en œuvre d'actions d'amélioration concrètes, soit compilées sur plusieurs jours ou semaines par thématique et par pôle et déposées dans un répertoire partagé afin que chaque acteur concerné en prenne connaissance. L'ensemble des actions d'amélioration identifiées, mises en œuvre ou à initier sont intégrées dans le programme d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins. Les responsables des actions sont identifiés et des échéances posées.

Le délai de traitement des FEI est compatible avec la mise en œuvre d'actions d'amélioration rapide, permettant à tous les acteurs de pouvoir être réactifs et de mener les actions nécessaires. Dans le cas d'EIG tels que les violences verbales ou physiques (toujours considérées comme de gravité de 3 à 5), le psychiatre référent de l'unité est saisi ainsi que le service de santé au travail, les représentants du personnel et deux cadres de santé, référents « violence ». Ces derniers

<sup>23</sup> Par exemple : décès, survenue d'une menace vitale, incapacité ou handicap permanent, perte d'autonomie permanente ou prolongée, etc.

<sup>24</sup> Le diagramme fréquence-gravité, dit aussi diagramme de Farmer, représente de façon synthétique le risque et les plus importants concepts associés.

utilisent notamment les situations mises à jour pour les intégrer dans le processus de formation qu'ils gèrent (formations en santé mentale, OMEGA, etc.). Ces EI font l'objet d'un travail d'analyse sous la forme de retours d'expériences (RETEX) et de consultation des dossiers des patients.

Les RETEX sont organisés de manière institutionnelle, dans des délais qui ne sont pas figés. Ils regroupent les soignants, le cadre, le médecin psychiatre référent, le service de santé au travail, les deux cadres référents ainsi que l'équipe de prévention de l'établissement. Une fois par an, un bilan des accidents de travail relatifs à des situations à fort impact psychologique est organisé par le service de santé au travail.

Une information sur les EI est transmise par la directrice du PPRUQ aux instances de l'établissement dans le cadre de la présentation annuelle du bilan de ces derniers.

#### 3.4.1. Le bilan des événements indésirables en 2022 (intra et extra hospitalier)

Le bilan de recueil et d'analyse des FEI pour l'année 2022, relatif au versant sanitaire de l'établissement et excluant le médico-social, fait ressortir que 1 051 FEI ont été reçues en 2022 (925 FEI en 2021 soit une augmentation de 14 %) avec en moyenne, 90 FEI émises par mois.

La répartition des FEI par thématiques s'établit ainsi : sécurité 39 %, prise en charge 17 %, RH 14 %, logistique 10 %, achats 6 %, technique 5 %, prise en charge médicamenteuse 5 %, système d'information 2 % et 1 % pour des orientations erronées (non EI). L'analyse détaillée de chacune des thématiques révèle des items majeurs :

- 228 signalements de violences dans la catégorie « sécurité » ;
- 108 signalements concernent l'organisation médicale et le parcours de soins dans la rubrique « prise en charge » ;
- 109 FEI sur les conditions de travail et l'effectif dans la rubrique « RH » ;
- 30 erreurs de dispensation ou administration de médicaments sont recensées dans la thématique « prise en charge médicamenteuse » ;
- 42 signalements sont relatifs à l'entretien et la température dans les locaux au sein du paragraphe « technique ».

Durant l'année 2022, six situations ont fait l'objet d'un signalement sur le portail de signalement des événements indésirables sanitaires de l'ARS au regard de leur gravité. Après examen par l'ARS, ces événements ont été requalifiés au regard des critères de la Haute Autorité de Santé en événement indésirable grave (EIG) puisque ces événements n'étaient pas directement liés aux soins. Il s'agissait d'une tentative de suicide au domicile, de deux dysfonctionnements dans le parcours de patients alcoolisés, d'une tentative de suicide au domicile d'une personne en attente d'hospitalisation et de deux suicides dans le cadre d'une hospitalisation complète.

Des réunions d'analyse approfondie des causes sont organisées. Ainsi, six réunions ont été menées en 2022, pilotées par la qualité pour les situations le nécessitant (telles que les situations de violence, erreurs médicamenteuses). Enfin, toutes les situations de violence, de consommation de drogue ou de trafics illicites remontées sur les FEI sont déclarées anonymement à l'Observatoire national des violences en santé (ONVS) par le secrétariat administratif du comité social et économique (CSE)<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> Anciennement « Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail » (CHSCT).

### 3.4.2. Le bilan partiel de l'année 2023

Du 1<sup>er</sup> janvier au 8 décembre 2023, 1 229 FEI ont été rédigées dont 778 en unités d'hospitalisation complète (HC).

Celles qui relatent des actes en lien avec la violence, verbale ou physique, sont de l'ordre de 255 en HC sur 286 répertoriées pour tout l'établissement. Toutes ont été signalées à l'ONVS.

Les quatre FEI relatives à des tentatives de suicide (TS) en HC (sur cinq au total) ont été signalées en événements indésirables graves liés aux soins (EIGS) sur le portail de signalement des événements indésirables sanitaires du ministère de la santé.

Un décès inattendu en HC a été signalé comme EIGS sur ce même portail.

Enfin, treize RETEX ont été organisés à la suite de l'ensemble de ces EIGS.

Le nombre d'événements indésirables recensés durant les trois dernières années fait apparaître une augmentation sensible, constante, qui, selon les propos recueillis, n'est à attribuer qu'au renforcement des déclarations par les soignants à la suite de la politique de sensibilisation et d'incitation à la déclaration de la direction. Cependant, 32 % des FEI déclarées en hospitalisation complète ont trait à des violences.

#### Recommandation 6

Face aux violences, un plan de prévention doit être conçu pour en identifier les causes, mettre en œuvre des solutions correctives et limiter les passages à l'acte.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « deux référents « prévention et gestion de la violence » sont identifiés au sein de la direction des soins. Les nouvelles unités d'hospitalisation se dotent d'un plan de gestion de la crise du patient. Ce dernier a été validé en instance ».

### 3.4.3. Les fugues et sorties sans autorisation

Les fugues et les sorties sans autorisation font l'objet d'un recensement quotidien. Elles sont déclarées dans les FEI. La notion de fugue concerne les départs des patients en SSC, celle de « non-retour de sortie autorisée » concerne les patients en SL.

La première démarche lors de l'absence d'un patient consiste à tenter de contacter par téléphone la personne à prévenir puis, dans un délai individualisé en fonction de la connaissance du patient, de son statut d'hospitalisation et de son état clinique, un document de déclaration de fugue ou de non-retour de sortie autorisée est établi et adressé aux autorités. Cette démarche est effectuée sans délai s'agissant des patients en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), des irresponsables pénaux, des personnes détenues et des mineurs.

La déclaration est remplie par le cadre de santé dans l'unité concernée après une prise de contact téléphonique avec la police ; la déclaration est ensuite transmise par télécopie. Un référent a été désigné au commissariat d'Allonnes pour recueillir ces éléments et déclencher des recherches actives. Au retour du patient, un rapport de réintégration est transmis aux autorités.

Au jour de la visite des contrôleurs, 11 patients admis en SSC étaient déclarés comme étant en fugue.

Les contrôleurs ont constaté une anomalie dans la formulation de ces sorties. En effet, les patients en soins libres ne sauraient être assujettis à des autorisations de sortie et leur absence ne relève pas d'une recherche par la police.

### 3.5. IL N'EXISTE PAS DE COMITE D'ETHIQUE

Lors du précédent contrôle, un groupe de réflexion éthique avait été formalisé en 2013. Il a disparu depuis 2017.

#### Recommandation 7

Le comité d'éthique doit être mis en place pour accompagner les professionnels dans leur réflexion relative notamment au respect de la dignité et des droits fondamentaux des patients et à la confrontation des principes déontologiques guidant leurs fonctions aux difficultés et questionnements pratiques.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement informe que : « le comité d'éthique existait il y a 5 ans. Comme dans de très nombreux établissements, celui-ci n'a pas été réinstauré à la suite de la crise COVID. Il est bien prévu de remettre en place ce Comité d'éthique. Par ailleurs, le GHT 72 a engagé un Comité d'éthique pour le territoire, dans le cadre du projet médico-soignant partagé. Ce comité territorial a pour objectif d'être un appui méthodologique aux comités éthique internes des établissements. Le premier s'est réuni le 20 mars 2024 ».

## 4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

### 4.1. LA GESTION DES URGENCES NE RESPECTE PAS LES DROITS DES PATIENTS

#### 4.1.1. La gestion des urgences psychiatriques

Le département de la Sarthe dispose de six services d'accueil des urgences (SAU) : le SAU du CH de Bailleul<sup>26</sup>, du CH de La-Ferté-Bernard, du CH de Château-du-Loir, du CH de Saint-Calais, du CH de Mamers et le SAU du CHM qui a réalisé à lui seul 95 223 passages en 2022 dont 31 446 aux urgences pédiatriques, 32 298 passages étant suivis d'hospitalisation.

La pénurie de médecins urgentistes a conduit à la fermeture de plusieurs services d'urgences du département après 18h00 ou à la mise en place d'équipes paramédicales de médecine d'urgence<sup>27</sup> (EPMU) et, au moment du contrôle, la grande majorité des urgences du département, dont les patients de psychiatrie, sont principalement acheminés vers les urgences du Mans.

La gestion des urgences psychiatriques est ainsi assurée par les urgences du CHM ou celles du CH de Bailleul. Les patients relevant de soins sans consentement sont tous acheminés aux urgences du CHM.

Une convention a été signée en 2008 entre le CHM et l'EPSM, mais, en l'absence d'actualisation, elle est obsolète au regard des modifications opérées dans l'offre de soins de psychiatrie comme des modifications législatives intervenues depuis.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « *la convention date non pas de 2008 mais a été conclue le 27 juillet 2017* ».

En amont de l'hospitalisation, l'EPSM a mis en place un dispositif téléphonique d'écoute, d'évaluation et d'orientation (appelé DiRRE) de 8h30 à 18h00 par deux IDE du lundi au vendredi, au profit des patients comme des professionnels. 108 actes d'IDE par mois sont en moyenne réalisés. Il existe parallèlement un DiRRE pour la pédopsychiatrie.

Par ailleurs, un IDE de psychiatrie est positionné au centre 15 depuis août 2022 afin d'apporter une aide à la régulation sur les appels reçus de 12h00 à 20h00 pour les patients de plus de 16 ans, dans le cadre d'un service d'accès aux soins (SAS).

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement mentionne que : « *Les appels sont reçus à compter de 12h30* ». Elle précise par ailleurs que « *dans le cadre d'une expérimentation qui s'est déroulée d'août à septembre 2022, un IDE de psychiatrie a été positionné au centre 15 afin d'apporter une aide à la régulation sur les appels reçus de 12h30 à 20h00 pour les patients de plus de 16 ans, dans le cadre d'un service d'accès aux soins (SAS). Cette expérimentation ayant été concluante, des recrutements puis des formations ont permis de pérenniser cette fonction de manière définitive à partir de juin 2023* ».

Concernant toujours cette filière des urgences psychiatriques, un « hôpital de jour de crise » de 10 places a été créé pour répondre à des prises en charge en urgence pour des durées de 15 jours renouvelables pour les patients de tout le département. Situé au centre-ville du Mans dans les locaux d'un CATTP, il est composé d'un cadre et de six IDE. Les patients sont adressés en « soins

<sup>26</sup> Il s'agit du pôle santé Sarthe et Loire.

<sup>27</sup> Les EPMU ont pour objectif de prendre en charge des urgences vitales préhospitalières en territoire isolé.

renforcés » par les urgences ou les CMP. Un médecin vient deux fois par semaine et un psychologue est présent tous les matins.

Par ailleurs, l'EPSM expérimente un dispositif ambulatoire d'attente à domicile par appels téléphoniques et visites à domicile.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement mentionne que : « *l'établissement a mis en place ce dispositif depuis le mois de juillet 2023* ».

Enfin, face aux difficultés persistantes pour trouver un lit disponible pour les patients admis aux urgences et nécessitant une hospitalisation, une cellule régionale d'ordonnancement en psychiatrie (CROP), impliquant le CHU de Nantes et l'hôpital d'Angers, organise le transfert de patients au-delà du département, parfois dans un établissement à trois heures de route, 12 lits étant en théorie réservés à cet effet<sup>28</sup>. Ce transfert s'effectue avec le consentement du patient.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement mentionne que : « La CROP, implantée à Nantes, implique les établissements psychiatriques de la région et que 10 lits et non 12 sont réservés (8 lits à Nantes et 2 au Césame angevin). La directrice précise que les possibilités de transfert ont été rapidement limitées, le dispositif ayant été saturé par manque de place en unités fermées ».

Dans ses observations du 18 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général de l'ARS Pays de la Loire informe que des mesures, articulées dans une logique de solidarité régionale, ont été prises pour apporter une réponse à la situation de crise que traverse la psychiatrie sarthoise. La CROP a été « confortée par la mise en place, depuis août [2023], d'un staff régional d'ordonnancement psychiatrique en faveur de la Sarthe (SROPS), animé quotidiennement par l'équipe Santé mentale, afin de décider de l'orientation des patients nécessitant une hospitalisation, vers les lits disponibles sur l'ensemble des établissements de la région Pays de la Loire. En mars 2023, l'Agence a demandé l'organisation d'une CROP exceptionnelle devant permettre le transfert de 20 à 25 patients de l'EPSM vers les établissements sanitaires publics et privés volontaires (Prise en charge au maximum 30 jours avant retour en Sarthe avec accord préalable du patient et de la famille). Début avril, 14 patients ont été transférés à la suite à cette CROP exceptionnelle ».

Ainsi, au sein du CHM, le pôle de psychiatrie d'urgence comprend plusieurs entités, totalisant 4 ETP médicaux (y compris le temps de chefferie de pôle à 0,4 ETP) :

- l'équipe psychiatrique d'accueil, d'urgence et de liaison (EPAUL) ;
- l'équipe mobile de prévention du suicide (EMPS) (0,4 ETP médicaux ; 426 entretiens téléphoniques et 153 démarches réalisées) ;
- le dispositif de réponse rapide d'établissement (DiRRE) ;
- l'unité psychiatrique de court séjour (UPCS) ;
- l'unité de psycho-traumatologie pour consultation précoce après traumatisme (0,2 ETP médecin) ;
- la cellule d'urgence médico psychologique (CUMP).

---

<sup>28</sup> En pratique, un staff régional d'ordonnancement de psychiatrie (SROP) est organisé chaque jour, réunissant des représentants de tous les établissements de psychiatrie concernés, afin de faire un point sur les nouvelles demandes d'admission et gérer les éventuelles orientations de patients entre établissements.

Une seconde équipe de liaison en psychiatrie est positionnée aux urgences du CH de Bailleul avec IDE et médecin (0,4 ETP).

Les délais d'attente pour une consultation en CMP avec un psychiatre sont de plusieurs mois.

#### 4.1.2. Le service des urgences du CH du Mans

Les patients faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement sont amenés aux services des urgences, très rarement avec un premier certificat établi par un médecin généraliste. Un certificat initial est ainsi majoritairement établi par le médecin urgentiste. Les certificats initiaux ne sont plus réalisés à domicile par le SMUR mais aux services des urgences.

Les patients allongés ou en crise cheminent directement depuis le sas des véhicules de secours en traversant le couloir des usagers en attente. Ils sont alors positionnés dans la grande salle où sont placés tous les patients sur brancards : 18 personnes en doubles rangées de chaque côté au moment du contrôle (cf. photo) ou dans un box avec rideau, pour bénéficier de l'évaluation par l'infirmière d'orientation et d'accueil (IOA). Celle-ci ne dispose pas d'une pièce mais d'un simple bureau positionné au sein de la grande salle.



*Entrée des véhicules aux urgences*

*Salle des urgences ; brancards placés devant ceux des boxes*

Le service est confronté à une pénurie de médecins urgentistes (12 postes vacants sur 42) alors qu'il assure une moyenne de 178 passages « adulte » par jour et 104 en pédiatrie.

Les urgences du CHM disposent de neuf boxes individuels, dont un situé à proximité de l'accès des ambulances (box 1), utilisé pour les personnes arrivant agitées ou placées sous contention. Deux brancards sont prééquipés par du matériel de contention à l'abri des regards.

Deux unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) comportent 10 chambres pour l'une et 12 pour l'autre ; seule celle comportant 12 lits dispose de chambres avec WC et point d'eau. Il n'y a pas de chambre d'isolement ou d'espace destiné à l'apaisement d'une personne agitée comme le préconisent les recommandations de la société française de médecine d'urgence de mars 2021.

#### Recommandation 8

Une pièce d'apaisement doit permettre aux patients agités aux urgences d'être placés dans un cadre hypo stimulant et protégé.

Dans ses observations du 18 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général de l'ARS Pays de la Loire indique que « *le projet d'investissement du CH du Mans comprend notamment la reconstruction des urgences. Dans ce cadre, l'EPSM a été sollicité sur les besoins fonctionnels ; il est évoqué la mise en place d'une unité d'hébergement de courte durée pour les patients psychiatriques en attente d'une place d'hospitalisation en établissement psychiatrique. La mise en place d'une pièce d'apaisement aux urgences sera suivie par l'ARS dans le cadre du projet immobilier du CH du Mans, et dans le dialogue ESPM-CH du Mans, en intégrant la recommandation n°10, relative à la mise à jour du protocole ESPM-CH du Mans sur l'accueil des patients psychiatrique au sein du service des urgences du CHM* ».

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement informe que : « A l'horizon 2030 : le projet d'investissement du CHM comprend notamment la reconstruction des urgences. A ce stade du projet (= écriture du programme technique détaillé), l'EPSM n'a pas été sollicité pour participer à l'expression des besoins fonctionnels sur la filière psychiatrique au sein des urgences.

A court terme, le CHM prévoit au sein du SAU, conformément à la demande de l'ARS et en accord avec l'EPSM, la mise en place de boxes dédiés dans le cadre d'une unité d'hébergement de courte durée pour les patients psychiatriques en attente d'une place d'hospitalisation en établissement psychiatrique. Ce projet est à co-construire entre les deux établissements en s'inspirant de mises en œuvre récentes (EPSM Ville Evrard, EPSM de la Somme). La mise en place d'une pièce d'apaisement aux urgences doit être intégrée dans le cadre de la mise en œuvre de cette filière psychiatrique, en intégrant la recommandation n°10, relative à la mise à jour du protocole ESPM-CH du Mans sur l'accueil des patients psychiatrique au sein du service des urgences du CHM ».

Le circuit des personnes allongées ou en crise permet, dans la mesure du possible, le respect de leur intimité : les patients sont directement placés dans un box fermé d'un rideau et confiés à l'IOA. Le patient est ensuite examiné par l'urgentiste.

Si le patient relève d'une prise en charge de psychiatrie, l'IOA en informe l'infirmier de psychiatrie. Il a été indiqué que le patient n'est jamais transféré en psychiatrie sans examen somatique par l'urgentiste.

La prise en charge psychiatrique est réalisée par consultation d'une IDE de psychiatrie et d'un médecin psychiatre. L'équipe de psychiatrie de liaison (EPAUL) comprend, avec le service d'accès aux soins (SAS), 1,7 ETP de médecin, 11 ETP d'IDE et un assistant médico-administratif (AMA). Cette équipe a assuré la prise en charge, en 2022, de 3 263 passages aux urgences dont 1 379 hospitalisés, 984 orientés vers des soins ambulatoires, 135 vers d'autres établissements et 765 sortis après avis psychiatrique. Par ailleurs, l'équipe a réalisé 583 actes de liaison dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique et 88 au profit des unités de soins continus et de réanimation. Entre 200 et 250 patients sont vus chaque mois par un IDE.

Un projet de service de l'EPAUL, débuté en février 2023 mais non finalisé, précise l'historique et l'attendu du travail de psychiatrie au sein du CHM mais non les répartitions de tâches et de responsabilité de prise en charge des patients de psychiatrie entre équipes des urgences et de psychiatrie.



Lits prééquipés



Matériel de contention



Chambre UHCD

Une fois que le psychiatre a décidé de la nécessité d'une prise en charge spécialisée, les infirmiers de psychiatrie établissent les pièces médico-légales et les démarches auprès des familles en journée. La nuit, le psychiatre de garde peut être contacté mais, dans la réalité, ne l'est pas au-delà de 22h00, heure à laquelle se termine la présence de l'IDE de psychiatrie.

Les psychiatres ont accès au logiciel Cariatides de psychiatrie ainsi qu'au logiciel Orbis des urgences sur lesquels ils consignent leurs observations le cas échéant mais sans utiliser le module de prescription. Un point mensuel institutionnel est organisé entre les IDE des urgences et de psychiatrie. En revanche, il n'y a aucune réunion clinique commune ni revue de dossiers partagée entre les deux équipes.

Aux urgences, le patient dans l'attente d'une place en psychiatrie est soit placé dans une salle d'examen s'il est cliniquement stable, soit contentonné sur un brancard dans une salle d'examen. La pose de contentions est décidée par l'urgentiste, inscrite sans horodatage dans le logiciel Orbis et jamais validée dans l'heure par un psychiatre.

Les contentions utilisées sont nettoyées entre chaque patient. Elles sont installées par les infirmières des urgences qui effectuent également la surveillance mais sans systématiquement la tracer dans les dossiers des patients. Un protocole médical a été établi le 7 juin 2022 concernant « la mise en place d'une contention physique au SAU ». Ce protocole rappelle le cadre réglementaire des contentions et précise la nécessité d'une prescription médicale dans l'heure lors de pose de contentions en urgence par des IDE. Il prévoit également la tenue d'un registre et sa consultation par le CGLPL, la surveillance des mesures toutes les 15 minutes la première heure puis toutes les deux heures. En revanche, les contrôleurs appellent l'attention de l'établissement sur « l'appel en renfort systématique des agents de sécurité » dont le rôle devra être précisé, et la procédure « de déshabillage et fouille du patient » qui devra elle aussi être précisée dans le respect de l'intimité et de la dignité des personnes.

### Recommandation 9

Les décisions des urgentistes de poser des contentions sur un patient de psychiatrie doivent être validées par un psychiatre dans l'heure.

Dans ses observations du 18 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général de l'ARS Pays de la Loire informe que « l'ARS, à de nombreuses reprises et notamment dans le cadre de la réforme des autorisations, a rappelé à l'EPSM la nécessité de protocoliser les pratiques aux urgences psychiatriques avec le CHM et de réactualiser la convention de partenariat EPSM/CHM/CMCM (cf. article. R. 6123-179 du CSP) ».

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que : « la validation dans l'heure doit être réalisée après que le patient a été évalué et ait reçu une indication de la part d'un psychiatre. La cellule de soins sans consentement, en lien avec les praticiens du PPU et plus généralement, les praticiens psychiatres de l'EPSM participant aux astreintes de psychiatrie, vont intégrer ce point au protocole de fonctionnement des urgences psychiatriques qui doit être mis à jour avec le SAU du CHM ».

Les personnes contentionnées dans l'attente d'une hospitalisation en psychiatrie restent très régulièrement plus de 48 heures aux urgences et sont toujours placées dans un box fermé dans l'attente de leur transfert. Aucun registre des mesures d'isolement et de contention n'est analysé régulièrement par les soignants et ne permet de connaître son ampleur réelle.

#### Recommandation 10

Un protocole de travail devra être mis en place entre le CHM et l'EPSM afin de préciser les modalités pratiques de prise en charge des patients de psychiatrie, entre médecins psychiatres, urgentistes et soignants.

Dans ses observations du 18 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général de l'ARS Pays de la Loire informe que « l'ARS, à de nombreuses reprises et notamment dans le cadre de la réforme des autorisations, a rappelé à l'EPSM la nécessité de protocoliser les pratiques aux urgences psychiatriques avec le CH du Mans et de réactualiser la convention de partenariat EPSM/CHM/CMCM (cf. article. R. 6123-179 du CSP). L'ARS veillera à ce que le dialogue soit engagé entre les trois acteurs cités, dont le CMCM, centre médico-chirurgical du Mans, clinique privée du groupe ELSAN, qui dispose d'une autorisation psychiatrie adulte, soins libres, de 56 lits de psychiatrie, et qui à la demande du DGARS a ajouté 12 lits de psychiatrie depuis mi-septembre 2023 pour répondre aux tensions territoriales, soutenir l'EPSM et les urgences du CH du Mans ».

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « La convention socle Equipe psychiatrique d'accueil d'urgence et de liaison, en date de 2018, doit être remise à jour, au regard des évolutions depuis sa rédaction initiale. Cela permettra d'inclure le travail réalisé depuis, notamment l'instauration d'une grille de tri, le parcours "filiale d'urgence et de liaison courte" ou encore le système de rappel du DiRRE. Dans le cadre du renouvellement des autorisations en psychiatrie, l'EPSM de la Sarthe et le SAU du CHM travaillent à la rédaction d'un protocole partagé relatif à la prise en charge aux urgences des patients psychiatriques ».

Au moment du contrôle, le 7 décembre 2023 à 9h00, 11 patients relevant de soins psychiatriques étaient en attente de consultation (4) ou d'hospitalisation (7) au sein des urgences. Trois avaient fait l'objet d'un certificat médical initial de soins à la demande d'un tiers (SDT) ou pour péril imminent (PI) depuis un jour et 11 heures pour l'un, deux jours et 19 heures pour le second et 23 heures pour le patient placé en PI. Deux patients étaient contentionnés, dont une patiente en soins libres. 3 des 11 patients étaient placés en chambre d'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) dont un en SDT.

Aucune décision du directeur d'établissement de santé mentale n'était prise pour les trois personnes considérées comme en SSC à la suite des certificats médicaux initiaux, ce qui, de fait, les maintenait en soins libres. Les mesures de contention étaient tracées dans le logiciel Orbis dans l'onglet prescription, la surveillance IDE ne l'était pas systématiquement.

Le 21 novembre 2023, 19 patients de psychiatrie étaient recensés à 9h30, dont 3 réputés être en SSC (voir § ci-dessus), aucun sous contention ; une des personnes en SSC était présente depuis six jours et 18 heures aux urgences. Deux autres en soins libres étaient là respectivement depuis plus de trois et cinq jours. Le même jour (21 novembre) à 13h30, 14 personnes étaient encore présentes dont 6 en SSC.

### Recommandation 11

Les décisions d'admission en soins sans consentement de la directrice d'établissement doivent être prises à bref délai du certificat médical initial sous peine de placer le patient en situation d'enfermement arbitraire.

Dans ses observations du 17 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le procureur de la République près le tribunal judiciaire du Mans précise que : « *faute de places disponibles à l'EPSM, certains patients demeurent en « file d'attente » au sein d'un établissement hospitalier classique, sans relever juridiquement d'une mesure de contrainte intervenant sous le contrôle du juge judiciaire* ».

Dans ses observations du 18 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général de l'ARS Pays de la Loire souligne que « *Art L.3212-1 et L 3212-3 du CSP : la décision du directeur est immédiate à réception du certificat d'admission, c'est une obligation légale, de même que l'information devant être faite au préfet de toute décision d'admission sur décision du directeur (art L. 3212-5). Une réponse complémentaire sera apportée par l'EPSM* ».

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement informe que : « pour les situations où les patients sont placés en soins sans consentement sur le SAU du CHM avec une attente de plus de 3 jours pour une admission à l'EPSM, la DAMAJ de l'EPSM de la Sarthe a proposé, en collaboration avec la JLD au Président du tribunal judiciaire du Mans, le Procureur de la République du Mans et l'ARS des Pays de la Loire, la mise en place d'une procédure dérogatoire permettant de replacer les droits du patient au centre de nos préoccupations. A ce jour, seule l'ARS est revenue vers la DAMAJ de l'EPSM. La réponse produite ne cautionne pas la proposition de l'EPSM de la Sarthe. L'EPSM de la Sarthe ne possède pas de solution ».

En revanche, si le placement en SSC est réalisé sous le statut de SDRE, le préfet signe l'arrêté sans délai et le patient est hospitalisé à l'EPSM dans les heures qui suivent.

#### 4.1.3. L'unité psychiatrique de court séjour

L'unité psychiatrique de court séjour (UPCS) a été créée en juillet 2022 pour recevoir des patients en hospitalisation courte de moins de cinq jours, pouvant retourner ensuite à domicile. Y sont accueillis des patients en soins libres, souffrant de pathologie à dominante anxio-dépressive.

L'unité comporte dix chambres individuelles et aucune CI. Les soins y sont assurés par deux IDE et un AS le matin et l'après-midi et 1 ETP médical.

La prise en charge ne comporte aucune restriction de liberté (sauf cordon de téléphone sur prescription médicale) et la porte de l'unité est ouverte.

#### 4.1.4. La zone d'attente dite préhospitalière

Un arrêté a été pris le 26 octobre 2023 « fixant le cadre dérogatoire de fonctionnement d'une zone d'attente préhospitalière (ZAP) paramédicalisée en aval des urgences à l'EPSM de la

Sarthe ». Cet arrêté vise l'article R. 1435-40 et suivants du code de la santé publique (CSP) qui indique que le « directeur général de l'agence régionale de santé peut déroger à des normes arrêtées par l'administration de l'Etat, prévues par le présent code (...), pour prendre des décisions non réglementaires relevant de sa compétence (dont) (...) les autorisations en matière de création et d'activités des établissements de santé, des installations mentionnées aux articles L. 6322-1 à L. 6322-3 ».

Dans ses observations du 18 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général de l'ARS Pays de la Loire précise que « *cette zone tampon devait évidemment évoluer dans son rôle et ses missions, en fonction des besoins du territoire, mais aussi en fonction de son déploiement effectif et d'une évaluation de sa mise en œuvre* ».

Un service de quinze lits d'hospitalisation positionné à l'EPSM a ainsi été créé en octobre 2023 afin de désaturer le service des urgences. Initialement conçu pour accueillir des patients sur une courte période avant de les transférer en service de psychiatrie traditionnel, ce service a été confronté aux mêmes difficultés que les urgences pour trouver un lit d'hospitalisation traditionnelle.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que ce service, créé en septembre 2023 comportait initialement dix lits d'hospitalisation avant que sa capacité ne soit portée progressivement à 12 puis 15 lits en décembre 2023.

Tous les patients sont restés hospitalisés dans ce service « tampon » jusqu'à leur retour à domicile à l'exception des quelques patients placés en soins sans consentement. Aucune restriction de liberté n'y est opérée.

Ce service, créé par « dérogation et de manière expérimentale » par l'ARS, ne respecte néanmoins pas les normes minimales requises pour un service d'hospitalisation. Il n'est en effet pas médicalisé, sauf deux fois par semaine par un médecin intérimaire ou libéral extérieur à l'établissement, avec parfois des phases de six jours sans aucun médecin. Aucun généraliste n'y réalise les examens somatiques d'admission comme ceux sollicités par les soignants, qui doivent composer le centre 15, sans parfois de solution apportée.

Le circuit des médicaments est lui aussi totalement illégal avec une préparation des piluliers par des IDE de nuit, intérimaires ou extérieurs à l'établissement, avec déconditionnement des médicaments empêchant leur contrôle lors de la délivrance.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que « *le service était médicalisé trois fois par semaine et les piluliers étaient préparés par des IDE de nuit ou intérimaires* ».

Des patients arrivent sans prescription de traitement et les IDE doivent délivrer parfois dans l'urgence des traitements de leur propre initiative sans validation pharmaceutique ni examen médical (traitement de diabète par exemple).

### Recommandation 12

Le circuit du médicament doit être sécurisé pour tout patient hospitalisé.

Dans ses observations du 18 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général de l'ARS Pays de la Loire informe que « *l'ARS a demandé courant février 2024 à l'EPSM d'engager la médicalisation de la zone d'attente préhospitalière (ZAPH). La zone d'attente préhospitalière*

redevient la 6<sup>ème</sup> unité d'hospitalisation complète de l'EPSM, « ouverture » effective depuis le 11 avril. L'unité accueillera les patients en soins libres et en soins sous contraintes. Cette recommandation est donc désormais prise en compte ».

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que : « cela concernait la ZAPH - peu médicalisée - avec des problèmes d'ordonnances absentes ou non complètes depuis le SAU. Un rappel a été fait aux urgentistes pour obtenir des ordonnances complètes et utilisables. Demande du DG ARS de médicaliser la ZAPH pour en faire une sixième unité d'hospitalisation de psychiatrie polyvalente à compter du 11.04.2024. Cette médicalisation sécurise par ailleurs le circuit du médicament. Cette recommandation est donc prise en compte ». La directrice indique également que cette unité comporte 17 lits, une chambre d'isolement et un espace d'apaisement. Elle est médicalisée à hauteur de 0,5 ETP de médecin psychiatre, un ETP de médecin étranger et les prises en charge somatiques sont assurées par des médecins intérimaires.

L'absence de psychiatre empêche également toute élaboration de projet de soins et de sortie. Il n'y a parfois qu'un seul IDE et donc très peu d'entretiens infirmiers possibles.

Alors même que l'unité n'accueille que des patients en soins libres et que la porte de l'unité est ouverte, un vigile en tenue de sécurité est positionné près de la porte, installé à un bureau, sans que personne ne sache pourquoi, les soignants rapportant par ailleurs très peu de violence chez les patients accueillis. Le guide opérationnel de cette zone, détaillé *infra*, explique que « cet agent de sécurité présent 24h/24, contrôle les entrées et sorties, alerte en cas d'intrusion et est en appui des équipes ».

### Recommandation 13

Un agent de sécurité ne peut pas être présent en permanence à l'intérieur d'un lieu de soin psychiatrique.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que : « l'objectif initial de la mise en place d'un agent de sécurité au sein de la ZAPH avait pour but de sécuriser les professionnels. Il s'agissait d'une organisation mise en place au patio du SAU du CHM et sa mise en place s'est donc faite par parallélisme des organisations, à la suite à la fermeture dudit patio. L'agent de sécurité de la ZAPH a été retiré le 15.01.2024, à la suite de la visite du CGLPL et à la remarque sur ce sujet ».

Un « guide opérationnel de la zone d'accueil préhospitalière » a été élaboré en octobre 2023. Ce guide précise que la zone doit accueillir des patients psychiatriques en soins libres en attente d'hospitalisation de plus de douze heures aux urgences du CHM, déjà évalués sur le plan somatique par les urgentistes et sur le plan psychique par l'EPAUL.

La zone est localisée au sein de l'unité 8 du bâtiment Simone Weil. La couverture médicale y est indiquée comme « à l'appui de ressources externes à l'établissement » : « présence ponctuelle d'un praticien psychiatre volontaire au titre de la charte de mobilisation territoriale, intervention d'un praticien psychiatre libéral en visio-consultation (Doctolib) deux fois deux heures par semaine et en présentiel deux heures le vendredi de 15h à 17h ». Le guide indique que « la couverture médicale de la zone devra à terme être pourvue quotidiennement ».

Concernant la couverture médicale somatique, le guide indique que « l'intervention d'un praticien libéral médecin généraliste devra également être mise en place deux fois par semaine pour le suivi somatique des patients notamment en cas d'affection au long cours (réévaluation

des prescriptions des médecins urgentistes, traitements médicamenteux et suivi biologique prescrit pour les 24-72 premières heures ».

Les soins sont assurés par un IDE et un AS en permanence.

L'accès à la ZAP est tout d'abord conditionné par une attente d'hospitalisation en psychiatrie depuis plus de douze heures aux urgences. Le guide précise ainsi que ne peuvent pas y être accueillis les patients en SSC et ceux en attente de transfert vers une unité pouvant accueillir ou non des personnes domiciliées en Sarthe.

Le guide indique que tout événement indésirable doit être signalé à l'exception des sujets de questionnements sur l'organisation, les décisions prises hiérarchiquement, « ces éléments étant à remonter par d'autres moyens à l'encadrement et la direction (mail, courrier) ». Cette règle déroge curieusement à la règle nationale de déclaration des événements indésirables.

#### Recommandation 14

Les soignants doivent pouvoir effectuer, s'ils l'estiment opportun, une déclaration d'événement indésirable quel que soit le sujet de questionnement.

Dans ses observations du 18 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général de l'ARS Pays de la Loire mentionne que : « la réponse à cette recommandation qui concerne la ZAPH transformée en unité d'hospitalisation depuis le 11 avril 2024 est à apporter par l'établissement ».

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement mentionne d'une part : « la déclaration d'EI est possible pour l'ensemble des professionnels. Or, dans le cadre de la ZAPH, les FEI étaient limitées aux soins et, pour tous les problèmes organisationnels, il était demandé de contacter directement l'encadrement et/ou la DAMAI, et/ou la Direction Générale, afin de répondre rapidement à la problématique. Dans le cadre de la médicalisation de cette unité, la règle Institutionnelle s'applique et la possibilité de déclarer des EI est générale et absolue ». La directrice indique d'autre part que « selon le guide opérationnel de la ZAPH, tout événement indésirable survenant sur la zone d'attente doit être signalé comme le prévoit la procédure applicable sur l'établissement, intégrant l'obligation de déclaration en externe des EIGS. Comme le prévoient les principes de la Haute Autorité de Santé, il s'agit de déclarer « tout accident, incident ou dysfonctionnement dont les conséquences sont ou auraient pu être dommageables pour les patients, les professionnels, les visiteurs ou les biens ».

De fait, le guide rappelle aussi qu'il ne s'agit pas d'utiliser la FEI comme support de questionnements sur l'organisation de cette zone {questions sur le bien-fondé de cette zone d'attente, questions sur les raisons d'absence de couverture médicale, etc...} : ces questions légitimes de la part des équipes positionnées ne relèvent alors pas du dispositif de gestion des événements indésirables comme défini par la HAS, mais trouvent réponse dans le suivi de proximité assuré par la direction et l'encadrement de cette zone ».

Extrait d'un signalement de soignants, octobre 2023 : « A quand la fermeture de la zone tampon qui ne respecte aucun cadre légal, médical, sécuritaire. Ce matin encore, des patients admis ce week-end non vu médicalement, sans traitement à dispenser, sans solution immédiate. Un patient en placement pour lequel le parcours de soin n'a pas été respecté. Nous travaillons dans l'illégalité, nous dispensons beaucoup d'énergie dans la résolution des problèmes quotidiens et instaure déjà un mal être au sein des équipes soignantes. Toute la direction est informée de la

*situation, à quand des décisions ayant du bon sens et respectueuse de la population accueillie à défaut d'être soignée ».*

*Extrait d'un signalement de soignants, octobre 2023 : « présence d'une patiente en SDTU sur la zone tampon ; patiente en fugue de l'unité 5. Pourquoi n'est-elle pas retournée dans son service ? Pourquoi les consignes d'admission sur la zone tampon ne sont pas respectées ? ».*

Cependant, l'article R.1435-41 du CSP précise que « la dérogation [prévue à l'article R.1435-40] doit répondre aux conditions suivantes : (...) « être compatible avec les engagements européens et internationaux de la France (et) ne pas porter atteinte aux intérêts de la défense ou de la sécurité des personnes et des biens, à la qualité et à la sécurité des prises en charge, ni une atteinte disproportionnée aux objectifs poursuivis par les dispositions auxquelles il est dérogé ».

Les contrôleurs constatent une hospitalisation de patient sans examen systématique d'admission, l'absence d'élaboration de projet de soin et de suivi des patients comme de préparation à la sortie, l'absence de soins somatiques, l'administration de médicaments en total irrespect de la réglementation, le placement de soignants infirmiers et aides-soignants dans des situations contraires à la déontologie et à l'éthique professionnelle. L'instauration de cette prise en charge porte ainsi atteinte à la sécurité des personnes en violation de l'article R. 1435-41 du CSP.

Par ailleurs, l'établissement et l'ARS contreviennent dans cet arrêté à leur obligation de respecter l'article L. 1110-1 du CSP qui dispose que « le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels et les établissements de santé, (...) et les autorités sanitaires contribuent, (...), dans le champ de leurs compétences respectives fixées par la loi, et avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ».

Au regard de ces constats, le CGLPL recommande la mise aux normes sans délai de cette structure, qui même dénommée « préhospitalière » n'en demeure pas moins une structure d'hospitalisation avec admission prononcée par le directeur de l'établissement.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « la ZAPH a été médicalisée et ouverte comme une unité d'hospitalisation le 11 avril 2024 ; il s'agit de la 6<sup>ème</sup> unité d'hospitalisation de psychiatrie polyvalente ».

#### 4.1.5. L'arrivée dans les services

Les personnes en soins sans consentement arrivent principalement des urgences du CHM.

A leur arrivée dans le service, les patients sont accueillis par les soignants qui leur expliquent le fonctionnement de l'unité. Excepté en zone d'attente (*cf. supra*), les patients sont reçus en entretien par le psychiatre du service ou celui de garde, en présence d'un infirmier, au décours de l'admission et bénéficient d'un examen par le somaticien dans les 24 à 48 heures.

Les restrictions en début d'hospitalisation sont décidées après la consultation du psychiatre.

Les certificats médicaux des 24 et 72 heures sont rédigés après entretien médical formel par des médecins différents mais uniquement après l'hospitalisation au sein de l'EPSM (*cf. § 4.1.2*).

## 4.2. LA TENSION CAPACITAIRE EST IMPORTANTE ET LE TAUX DE PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT EST SUPERIEUR A LA MOYENNE NATIONALE

### 4.2.1. L'activité

La file active globale en psychiatrie est relativement stable ces trois dernières années, puisqu'elle représentait 20 606 patients en 2021, 20 552 en 2022 et 19 696 au 30 novembre 2023. Sur la même période, le taux d'hospitalisation à temps complet affiche une légère baisse représentant 9,9 % de la file active globale en 2021 (soit 2 046 patients), 9,8 % en 2022 (soit 2 004 patients) et 8,7 % au 30 novembre 2023 (soit 1 718 patients). Le nombre de journées d'hospitalisation à temps complet apparaît en revanche en net recul au 30 novembre 2023 avec 75 221 jours (soit une projection de 82 059 journées d'ici le 31 décembre 2023) contre 90 635 et 91 538 respectivement en 2021 et 2022.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement mentionne les données consolidées fin décembre 2023, à savoir une file active de 19 739 patients et 75 251 journées d'hospitalisation au 30 novembre 2023. Elle explique également la baisse du nombre de journées d'hospitalisation en 2023 par la fermeture de 42 lits depuis le mois de juillet 2023.

S'agissant des patients en soins en sans consentement, il est constaté une baisse significative depuis 2021, puisqu'ils représentaient 35,7 % de la file active de patients hospitalisés à temps complet, 31,2% en 2022 et 29,7% au 30 novembre 2023. Toutefois, il doit être souligné que ces taux restent tout de même supérieurs à la moyenne nationale qui était en 2021 de 26 %<sup>29</sup>.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que *les pourcentages de 35,7 %, 31,2 % et 29,7 % sont en réalité de 32, 2%, 29, 2 % et 28,6 %.*

Dans ses observations du 17 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le préfet de la Sarthe indique que : « les soins sur décisions d'un représentant de l'Etat (SDRE) sont en hausses. Les motifs en sont principalement les violences, les relations tendues entre individus, les psychoses, la décompensation... Il est observé, de la même manière, un accroissement du nombre d'admission en soins psychiatriques sans consentement (soins à la demande d'un tiers (SDT), soins à la demande d'un tiers d'urgence (SDTU), soins psychiatriques pour péril imminent (SPPI). En Sarthe, la moyenne des hospitalisations sans consentement à l'EPSM se maintient par rapport à 2023 et est supérieure (70 %) à la moyenne nationale (30 %). Il convient de se référer pour le calcul, au nombre de lits occupés par rapport au nombre de lits disponibles pour les soins sous contraintes (103) et non au nombre de lits total (197). Les 94 lits restants sont dédiés à des unités spécifiques, avec pour, la moitié d'entre eux (47 lits), des projets qui admettent uniquement des patients en soins libres (Unité Psychiatrique de Court Séjour, Addictologie, Psychiatrie de la personne âgée, Enfants et adolescents). (...) Cette forte concentration, expliquée ci-dessus, a pour conséquence une durée de séjours plus longue, des actes de violence mais également des difficultés à mettre en place un projet de sortie... Par ailleurs, les hospitalisations s'effectuent malgré la recherche systématique de tiers ».

Les décisions du directeur représentent la très large majorité des admissions en SSC (83,2 % en 2021, 81,7 % en 2022 et 80 % au 30 novembre 2023). Toutefois, cette donnée doit être

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

appréhendée à la lumière du fait que, en progression constante depuis 2021, ces décisions sont prises selon une procédure dérogatoire de soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU) ou en péril imminent (SPI). Ainsi, au 30 novembre 2023, 69,7 % des patients hospitalisés sur décision du directeur l'ont été selon une procédure dérogatoire (SDTU ou SPI), contre 67,7 % en 2022 et 65,7 % en 2021. Si la difficulté d'obtenir un second certificat médical peut s'expliquer par la pénurie de médecins, l'absence de tiers ne peut résulter des seules caractéristiques sociales du département. Les patients se trouvent ainsi très majoritairement privés d'une double évaluation médicale avant leur privation de liberté au titre des soins, et d'une possibilité de levée de la mesure de SSC.

Selon ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que 70,6 % des patients hospitalisés sur décision du directeur l'ont été selon une procédure dérogatoire. Elle précise que les données chiffrées mentionnées ci-dessus sont à nuancer « *car les SPI sont signés par des médecins extérieurs à l'EPSM de la Sarthe, c'est pourquoi il convient d'ajouter le pourcentage de SPI par rapport au nombre de SDT, soit 45,8 % en 2021, 51,3 % en 2022 et 48,0 % en 2023* ».

Dans ses observations du 17 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le procureur de la République près le tribunal judiciaire du Mans précise que : « *l'établissement héberge plus de trente patients ayant commis des faits de nature pénale mais jugés irresponsables pénaux, chiffre sans commune mesure avec ceux des départements voisins* ».

Dans ses observations du 17 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le préfet de la Sarthe précise que : « le département de la Sarthe connaît une sur-représentation des jugés pénalement irresponsables (JPI). Ainsi, en Sarthe, 37 patients font l'objet d'un JPI contre 30 en Loire Atlantique, département dont la population est le double de la Sarthe. Par comparaison, en Mayenne, dont la population est la moitié de celle du département de la Sarthe, il n'est observé que 5 à 6 JPI ».

### Recommandation 15

L'établissement doit analyser son activité d'accueil de patients en soins sans consentement, afin de comprendre pourquoi cette activité est bien supérieure à la moyenne nationale et y remédier. Le recours aux procédures dérogatoires doit rester exceptionnel. L'établissement doit rendre plus efficiente sa recherche de tiers lorsqu'un patient nécessite des soins sans son consentement.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que : « il est à noter que le nombre de patients hospitalisés en soins sous contrainte n'est pas en forte augmentation en comparaison aux années précédentes. Par contre, en raison de la diminution du capacitaire, le taux est plus élevé (= concentration plus forte) des patients en soins sans consentement. Cette forte concentration implique une durée de séjour plus longue, des actes de violence, des difficultés à mettre en place un projet de sortie... Pour mettre en évidence cette difficulté, il est à noter que, à ce jour, 70 % des patients hospitalisés dans les unités de psychiatrie polyvalente (103 lits sur les 197 lits restant à l'EPSM de la Sarthe après fermeture des lits pour manque de ressources médicales) sont en soins sous contrainte. En effet, côté EPSM de la Sarthe, nous n'intégrons pas l'ensemble des lits de l'établissement pour le calcul de ce taux dans la mesure où les lits restant (94 lits) le sont sur des unités dites filiarisées avec, pour la moitié d'entre eux (47 lits), des projets qui admettent uniquement des patients en

soins libre (Unité Psychiatrique de Court Séjour, Addictologie, Psychiatrie de la personne âgée, Enfants et adolescents). La recherche des tiers est toujours réalisée, document de traçabilité à l'appui au sein des dossiers des patients.

La mission ministérielle projetée va permettre d'analyser la situation et de l'objectiver. Il est important de mettre en perspective les données populationnelles de la Sarthe, en y intégrant les patients transférés vers d'autres établissements de la région (CROP).

A noter : la Sarthe connaît une sur-représentation des JPI, 37 patients au 12 avril 2024, A ce titre, la Direction générale a rencontré le 05 février 2024 le Procureur de la République afin d'évoquer ensemble les difficultés d'accès aux soins pour les personnes condamnées et soumises à une injonction de soins ».

#### 4.2.2. La gestion de la suroccupation

Le taux d'occupation de chacune des unités, examiné depuis 2021, est élevé. Les unités sont effectivement occupées au maximum de leur capacité, voire au-delà, puisque l'établissement intègre dans sa capacité les chambres d'isolement. C'est la raison pour laquelle, la plupart des unités affichent des taux d'occupation supérieurs à 100 %.

Cette tension capacitaire est d'autant plus importante que l'établissement a été contraint de réduire sa capacité en juillet 2023 (cf. § 3.1.1.).

Dans ses observations du 17 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le procureur de la République près le tribunal judiciaire du Mans précise que : « *faute de places disponibles, certains patients ne peuvent recevoir de soins de manière contrainte* ».

Dans ses observations du 18 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général de l'ARS Pays de la Loire informe, *d'une part, que 12 lits supplémentaires ont ouverts au Pôle Santé Sud du Centre Médico-Chirurgical du Mans (CMCM) et, d'autre part, que le 25 mars 2024, la psychiatrie au sein du CHU d'Angers, en logique d'appui hémirégionale (Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe) et donc d'augmentation du capacitaire.*

En outre, au jour du contrôle, 85 patients étaient hospitalisés au long cours (soit depuis plus de 292 jours), occupant ainsi 43,1 % des lits.

Face à cette embolisation, l'établissement a créé au début de l'année 2023 une cellule d'ordonnancement au sein de la direction parcours, composée d'un cadre de santé et d'un IDE. Cette cellule est chargée de gérer l'activité des unités et la répartition des lits en coordination avec les cadres de santé de chaque unité, dans un contexte de filiarisation d'une partie des unités (cf. § 3.1.2.). La recherche de solutions à la tension capacitaire est également effectuée à l'échelle de la région Pays de la Loire par la CROP (cf. § 4.1.1).

#### Recommandation 16

L'établissement doit analyser, avec les autorités de tutelles, les raisons expliquant le taux élevé de patients hospitalisés au long cours et qui participent à accroître la tension capacitaire déjà existante.

Dans ses observations du 18 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général de l'ARS Pays de la Loire informe que « *l'ARS, dans le cadre du transfert de patients sarthois vers d'autres établissements psychiatriques de la région, a demandé à l'EPSM de la Sarthe de structurer une équipe psycho-sociale, ayant en charge d'organiser sous 30 jours maximum, le retour en Sarthe des patients transférés hors département, et de trouver les lieux d'accueil ad-hoc,*

en ville, dans le social et médico-social afin d'éviter des retours en hospitalisation avec ou sans passages par les urgences du CH du Mans.

L'ARS avait proposé un appel à projet en 2016, relatif à la situation des patients admis en long cours en psychiatrie, afin d'analyser les raisons, causes de ces accueils « bed bloqueurs », et de trouver les mécanismes de sorties de la psychiatrie vers « la ville, le médico-social, le social ». L'équipe psycho-sociale doit également répondre à ces situations et favoriser les sorties de ces patients au long cours, et poursuivre le travail relatif à l'admission en EHPAD de patients de l'EPSM.

En soutien, l'ARS travaille à une réponse par un projet « ACT un chez-soi-d'abord » pour la Sarthe qui est travaillé avec l'Etat, la DDETS, les acteurs territoriaux. Projet remonté au niveau national pour une effectivité début 2025 ».

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « les patients hospitalisés au long cours (patients hospitalisés depuis plus de 292 jours) font l'objet d'un suivi partagé au sein de l'établissement. Ce suivi a d'ailleurs alimenté la réflexion et conduit à la genèse de deux projets fondamentaux pour l'établissement : mise en place de deux unités sanitaires de préparation au médico-social (été 2022), unité de patients au très long cours (échéance fin 2024). Ainsi, des « revues de projets de sortie » sont mises en place aujourd'hui au sein de chacune des unités d'hospitalisation complète, animées par le cadre de santé supérieur responsable du département parcours et réunissant médecin, cadre et assistante de service social. Le Département de la Sarthe connaît des problématiques de structures d'aval ; l'EPSM de la Sarthe s'est rapproché du Conseil Départemental à ce sujet.

Renforcement d'un accueil en résidence accueil au sein de Nelson Mandela (+ 2 appartements) et ouverture en juin 2024 d'une résidence autonomie GUE DE MAULNY. Un travail important est réalisé avec les équipes mobiles : dispositif d'appui au médico-social (DAMS) et l'équipe mobile de gérontopsychiatrie (EMGP), pour fluidifier et renforcer les liens avec nos partenaires du médico-social.

Dans sa réponse à cette réponse, l'ARS fait référence à la CROP exceptionnelle organisée le 14 mars 2024 et la mise en place d'une équipe psycho-sociale pour accompagner les patients et les structures d'aval.

Par ailleurs, dans ces mêmes écrits, la directrice de l'établissement ne conteste pas que des sorties sont anticipées pour libérer un lit, mais indique que ces sorties qui sont fonction des profils sociaux des patients, résultent de la tension capacitaire et sont effectuées moyennant un relais ambulatoire dans des délais compatibles avec la continuité de prise en charge du patient.

### **4.3. L'INFORMATION DES PATIENTS EST PARCELLAIRE ET NE PERMET PAS UN EXERCICE EFFECTIF DES DROITS**

#### **4.3.1. L'information générale sur les droits**

L'établissement n'était pas doté d'un règlement intérieur au moment du contrôle.

Le livret d'accueil comporte les différents statuts du patient en SSC mais ne mentionne pas les recours devant le juge des libertés et de la détention (JLD). Il donne des renseignements sur la vie quotidienne dans les unités, expose les droits sur la protection des données personnelles et les modalités d'accès au dossier médical, mentionne la possibilité de désigner une personne de

confiance et de faire des directives anticipées de fin de vie et en santé mentale. Il n'est cependant que très rarement donné aux arrivants.

Le service des soins sans consentement (SSC) a élaboré un livret intitulé « modalités de soins psychiatriques sans consentement et droits du patient associés » qui est très complet mais qui ne précise pas le rôle du JLD pour l'isolement et la contention et qui surtout n'est jamais distribué, certains soignants n'en connaissant même pas l'existence.

Les unités ne disposent pas de règles de vie spécifiques distribuées ou affichées. Elles sont expliquées par les soignants à l'arrivée des patients lors de la visite d'accueil et rappelées durant leur séjour.

Les affichages sont relativement complets mais beaucoup trop resserrés et les patients ne les lisent pas.



Tableau d'affichage

Les usagers peuvent demander au directeur d'établissement de consulter leur dossier médical. La procédure est connue. Cependant, dans une unité, la demande d'un patient est bloquée car les soignants soupçonnent qu'elle émane en réalité de son épouse.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que : « la recevabilité des demandes de dossier fait l'objet d'une étude étayée par les éléments garantissant la qualité et l'identité du demandeur. Dans le cas d'espèce, la demande émanait d'un patient en incapacité de s'exprimer, renseignée par sa partenaire (PACS) qui avait sollicité la cellule usagers en première intention pour avoir communication du dossier. La position de la direction, en accord avec le médecin référent du patient, était alors de veiller au respect de la volonté du patient seul détenteur du droit d'accès à son dossier ».

#### 4.3.2. L'information sur les droits spécifiques

Dans le cadre des soins contraints, le psychiatre explique au patient quel est son statut lors du premier entretien. Les notifications des décisions d'hospitalisation sont faites souvent tardivement par les IDE qui n'ont pas de formation spécifique et n'en mesurent donc pas les enjeux. Si son état clinique le lui permet, le patient signe la notification de la remise du document. La collecte des accusés de réception est difficile et nécessite des rappels réguliers du service des SSC. Le système d'enregistrement ne permet pas de savoir si et quand la notification a pu être effectuée en cas d'impossibilité de le faire immédiatement. Les documents sont remis aux patients en copie mais dans certaines unités le certificat sur lequel se fonde la décision n'est pas

donné. Dans une unité au moins, l'information est parfois donnée dans le bureau infirmier où les patients entrent régulièrement ce qui porte atteinte à la confidentialité des soins.

#### Recommandation 17

Chaque patient doit recevoir confidentiellement les informations relatives à sa prise en charge et aux règles de vie de l'unité qui l'accueille. Les professionnels assurant la notification des décisions doivent bénéficier d'une formation leur permettant de communiquer une information adaptée.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que : « dans le cadre de la rédaction des projets d'unités filiarisées, les règles d'unités sont écrites : unité psychiatrique aigue sécurisée, unités long cours, unité psychiatrique de court séjour et unités sanitaires de préparation au médico-social. Dans tous les nouveaux projets d'unités, ce sujet est intégré ».

## 5. LES CONDITIONS DE VIE

### 5.1. LE DROIT A UN HEBERGEMENT ET A DES CONDITIONS MATERIELLES DE SEJOUR DIGNES EST ASSURE DANS L'ENSEMBLE

Depuis la dernière visite du CGLPL en 2015, les locaux d'hébergement ont très peu évolué. La description faite des lieux reste à ce jour pertinente pour l'essentiel<sup>30</sup>. La majorité des unités d'hospitalisation est située dans les bâtiments Lantéri-Laura et Simone Weil, locaux construits au début des années 2010. Seules l'unité de gérontopsychiatrie et l'unité Gaudi se situent dans un bâtiment ancien, L'Orée. L'unité de pédopsychiatrie (UPAH) est quant à elle toujours localisée dans le bâtiment Les Tamaris.

De manière générale, les locaux d'hébergement présentent des conditions matérielles dignes et adaptées aux besoins des patients. Chacun dispose d'une chambre individuelle avec salle d'eau, sauf en pédopsychiatrie. Les chambres sont dotées d'un niveau d'équipement satisfaisant. Toutefois, des différences existent entre les deux bâtiments les plus récents hébergeant la majorité des patients, Lantéri-Laura et Simone Weil, et les bâtiments plus anciens tels que celui de L'Orée. En effet, certaines chambres, notamment au niveau de l'unité Gaudi, sont dépourvues de bouton d'appel, présentant un risque pour la sécurité des personnes en cas d'urgence. En outre, des chambres ne sont pas équipées de verrou de confort (unité Gaudi). Il est ici rappelé que l'article D. 6124-257 du CSP<sup>31</sup> prévoit que « chaque chambre individuelle est équipée d'un verrou permettant au patient de s'enfermer de l'intérieur et aux seuls soignants d'ouvrir la porte ». Il a également été constaté que des verrous de confort sont régulièrement déposés par les soignants dans les unités de psychiatrie polyvalente adulte afin de permettre l'isolement en chambre hôtelière. Par ailleurs, les portes de six chambres hôtelières de l'unité Gaudi sont équipées d'un large fenestron vitré qui permet grâce au miroir de type sécurité routière installé dans un angle de la chambre, une vue sur la totalité de la pièce ce qui porte atteinte à l'intimité et à la dignité des patients.

---

<sup>30</sup> CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier spécialisé d'Allonnes, fév. 2015, p. 52 s.

<sup>31</sup> Modifié par le décret n° 2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2023.



*Porte vitrée et miroir de l'unité Gaudi*

Enfin, selon les informations recueillies, les patients de l'unité Gaudi, dont les chambres sont situées en bout de couloir, ont froid l'hiver et ce malgré la fourniture de couvertures supplémentaires et le signalement de ce problème à plusieurs reprises auprès du service technique.

S'agissant des espaces communs, les salles d'activités et les espaces de restauration sont spacieux, agréables et investis. Les patios des unités situées au rez-de-chaussée des bâtiments Lantéri-Laura et Simone Weil sont dépourvus d'espaces abrités en cas d'intempéries. A cet égard, plusieurs unités sont installées à l'étage, privant les patients d'un véritable accès à l'air libre et d'un espace de déambulation. C'est particulièrement le cas pour les patients qui séjournent au sein des unités 1.1 et 1.4 qui ne peuvent sortir dehors que sur une passerelle vitrée équipée de deux bancs, dépourvue de tout abri (unité 1.1) ou protégée d'un seul parasol (unité 1.4). De là-haut, le patient ne peut pas voir le parc, sa vue s'arrêtant de tous côtés aux murs du bâtiment. Les vitres de protection d'une hauteur d'environ deux mètres bougent dès qu'on s'y appuie. Les patients de l'unité Gaudi n'ont également aucun accès direct à l'air libre.



*Passerelle de l'unité 1.1*

En dehors des unités, le principal espace partagé par les patients, mais également leurs familles, est la cafétéria située au centre de l'établissement. Appréciée des patients, elle est particulièrement spacieuse et bien décorée. Toutefois, il a été signalé aux contrôleurs de nombreuses fuites d'eau lors de fortes pluies, ainsi que des températures très élevées l'été, limitant ainsi occasionnellement son usage par les patients.

#### **Recommandation 18**

L'établissement doit équiper chaque chambre d'hospitalisation d'un verrou permettant au patient de s'enfermer de l'intérieur et aux seuls soignants d'ouvrir la porte. Aucun patient ne doit être visible dans sa chambre depuis les couloirs. Il doit être remédié aux dysfonctionnements du système de chauffage au sein de l'unité Gaudi. Tous les patients doivent pouvoir librement accéder à l'air libre et ce dans des conditions garantissant leur sécurité.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement informe que : « un schéma directeur immobilier a été validé le 18.12.2023. Il est en cours de discussion (soutenabilité financière) avec l'ARS. Ce schéma directeur 2024-2032, à hauteur de 130 millions d'euros, prévoit des constructions neuves pour plusieurs unités d'hospitalisation uniquement en rez-de-chaussée, facilitant ainsi l'accès à l'air libre et sécurisé. Les bâtiments existants vont être restructurés pour permettre également des unités d'hospitalisation uniquement en rez-de-chaussée, avec un accès libre vers l'extérieur ».

### **5.2. L'HYGIENE N'APPELLE PAS DE REMARQUES PARTICULIERES**

L'ensemble des unités contrôlées présente des conditions d'hygiène satisfaisantes : les lieux sont propres et bien entretenus. Le changement des serviettes de toilette se fait quotidiennement, celui des draps à la demande. En cas de besoin, les patients se voient proposer des kits d'hygiène et un système de prêt de vêtement existe. Le service de blanchisserie est accessible gratuitement. S'ajoutent à cela les services payants d'une coiffeuse présente à l'EPSM, deux demi-journées par semaine et qui se déplace dans les unités si nécessaire.

### 5.3. L'INFORMATION SUR LES CONDITIONS DE DEPOT D'ARGENT A LA TRESORERIE HOSPITALIERE SONT INSUFFISANTES

Dans l'ensemble des unités, les biens du patient font l'objet d'un inventaire contradictoire signé par le soignant et l'intéressé. Un double est remis au patient. Les objets jugés dangereux (dont parfois la recharge de téléphone portable) sont gardés au poste infirmier, auquel cas les soignants s'occupent de leur rechargement.

Les règles régissant le dépôt d'argent manquent de clarté. Rien n'est indiqué à ce sujet dans la rubrique intitulée « biens et valeurs » du livret d'accueil de la personne hospitalisée, si ce n'est qu'il est déconseillé de garder dans le service bijoux, valeurs et objets précieux et que les patients sont engagés à signer une décharge s'ils décident de les conserver avec eux. Dans les unités, la pratique qui prévaut consiste à proposer au patient de conserver ses biens et valeurs dans l'armoire fermant à clef de sa chambre. S'il est jugé trop vulnérable (susceptible de confusion ou d'être victime de racket), les soignants conservent ses biens dans une bannette au poste infirmier. Les sommes plus importantes sont parfois conservées dans l'armoire du cadre de santé, lequel ne dispose pas toujours d'un coffre-fort. La suppression de la « régie argent de poche », solution souple qui facilitait la vie des patients, a été déplorée. Au moment du contrôle, la règle en vigueur est que toutes les valeurs que le patient souhaite mettre en sécurité sont déposées dans un coffre au sein de l'établissement pendant un délai de trente jours. Si le patient les récupère, il ne sera plus autorisé à les redéposer. Passé le délai de trente jours, elles sont envoyées à la trésorerie hospitalière départementale, située à proximité du CHM. Le patient sera tenu d'aller les récupérer sur place du lundi au vendredi de 9h00 à 16h00, à sa sortie de l'EPSM ce qui implique un déplacement. La trésorerie n'accepte toutefois plus de conserver de l'argent liquide : il est crédité sur le compte bancaire du patient qui doit fournir pour cela un relevé d'identité bancaire (RIB). Si le montant des liquidités excède 1 000 euros, celles-ci sont immédiatement transférées à la trésorerie. Il a été indiqué aux contrôleurs que la demande d'un RIB est particulièrement inopportune car anxiogène pour les patients les plus fragiles. En outre, ceux qui ne sont pas titulaires d'un compte bancaire sont *de facto* exclus de ce dispositif

#### Recommandation 19

Une information claire et précise doit être donnée sur la possibilité de confier son argent à la trésorerie départementale hospitalière.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que : « cette information apparaît dans le livret d'accueil mais un affichage doit également être pensé dans les services de soins (affichage décliné et adapté selon le service) ».

### 5.4. LA RESTAURATION EST PRESQUE UNANIMEMENT PLEBISCITEE

L'ensemble des repas (1 400 par jour) est élaboré sur place. Une attention est portée à leur qualité par le service en charge de la restauration qui la considère comme partie prenante du soin. Une trame de menus est élaborée pour l'été et l'hiver et change toutes les six semaines. Des commissions des menus, associant les diététiciennes, le responsable des commandes et des volontaires travaillant aux cuisines, président au choix de ceux-ci. Il est prévu de réorganiser ces

commissions en y intégrant des ASH, des soignants et des usagers et des cahiers de desideratas devraient permettre de faire remonter commentaires et suggestions d'amélioration sur les repas.

La trame des menus prend en compte les régimes alimentaires liées à des contraintes sanitaires (allergie, phobie, anorexie, diabète, etc.) ou à des prescriptions religieuses ou des choix convictionnels (menus sans porc, sans alcool, sans viande, sans poisson, sans œufs, etc.). Il revient aux ASH de porter à la connaissance du service chargé de la restauration les exigences en termes de textures ou informations concernant les régimes spécifiques. Par précaution, ces derniers sont préparés dans une cuisine séparée. Les grammages sont scrupuleusement respectés. Le service chargé de la restauration offre une gamme quotidienne d'options et veille à assurer un équilibre entre les diverses catégories d'aliments (viande, légumes verts, crudités, produits laitiers). Malgré les contraintes budgétaires, il s'attache à proposer des repas spéciaux au moment des fêtes (Noël, Saint Sylvestre, jour de l'an, Pâques, Chandeleur, mardi Gras, nouvel an Chinois, Pentecôte, etc.) ou de la semaine du goût. Le pain est livré tous les matins et les petits-déjeuners des dimanches et jours de fête sont agrémentés de pains au lait.

Les repas sont confectionnés en liaison froide et acheminés au moyen de véhicules réfrigérés. Une fois livrés au sein des unités, ils sont placés dans des réfrigérateurs en attendant d'être réchauffés aux heures des repas. Si la plupart sont servis sous forme de portions collectives, les régimes spécifiques sont en portions individuelles étiquetées au nom du patient. Le service de restauration peut assurer notamment la confection de gâteaux d'anniversaire.

Globalement, aucune récrimination ne s'exprime contre la restauration, si ce n'est les mineurs qui se plaignent de portions trop petites et d'une alimentation trop en décalage avec leurs goûts.

## 6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 6.1. LES RESTRICTIONS A LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR S'APPLIQUENT INDIFFEREMMENT AUX PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT COMME EN SOINS LIBRES

#### 6.1.1. La liberté d'aller et venir

Le droit d'aller et venir n'est pas respecté dans les unités d'hospitalisation à temps plein. Sur les neuf unités visitées par les contrôleurs, sept fonctionnent en portes fermées, y compris l'une d'entre elles qui n'accueille que des patients en soins libres.

Au sein de ces unités, les restrictions dans les déplacements concernent l'ensemble des patients, quel que soit leur statut d'hospitalisation. De manière générale, les personnes hospitalisées en SL doivent se plier au régime des personnes hospitalisées en SSC pour les déplacements à l'extérieur des unités. Elles doivent ainsi solliciter une autorisation médicale pour sortir, en contradiction avec les dispositions légales. Ces autorisations de sortie prennent deux formes : délivrées ponctuellement par le psychiatre à la demande du patient ou tracées dans leur DPI sous la forme « si besoin » et laissées à la discrétion des soignants.

Les justifications des équipes sont d'ordre sécuritaire, afin d'assurer la prévention des fugues, lesquelles sont signalées aux forces de l'ordre et traitées de la même manière s'agissant des personnes hospitalisées en SSC sous l'intitulé de « fugue » et celles en SL sous la formule « sortie sans autorisation » (cf. § 3.4.3).

S'agissant des sorties au sein du parc de l'établissement, une grande hétérogénéité dans les pratiques est constatée. Dans l'une des unités contrôlées, 40 % des patients ne sont pas autorisés à sortir seuls dans l'enceinte de l'établissement, quel que soit leur statut d'hospitalisation. A l'inverse, l'une des unités promeut les sorties non accompagnées dans le parc. De manière générale, les patients en SL sont soumis à « autorisation » du médecin pour sortir au sein même de l'hôpital, autorisation parfois limitée à horaires préétablis (fixés dans le DPI), variant de trente minutes à une heure, le matin et l'après-midi. Dans l'une des unités situées en étage, les patients n'ont aucun moyen de sortir à l'air libre et de se rendre à la cafétéria ou aux activités à moins d'être accompagnés, ce qui les rend dépendants de la disponibilité des soignants.

#### Recommandation 20

Les restrictions apportées à la liberté d'aller et venir doivent être individualisées et faire l'objet d'une réflexion institutionnelle. Toute personne privée de liberté doit avoir un accès quotidien à l'air libre, pour s'aérer, marcher, se détendre, profiter d'un environnement naturel ou pratiquer une activité physique. Aucun patient hospitalisé en soins libres ne doit se trouver derrière une porte d'unité fermée, ni se voir imposer l'obtention d'une autorisation médicale pour sortir. Il est urgent de remédier à cette situation afin de respecter les droits des patients.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « actuellement, des unités d'hospitalisation sont ouvertes : U6, Orée 4, UB, unité psychiatrique de court séjour et l'addictologie. L'ouverture d'une unité psychiatrique aigue sécurisée de douze lits, en novembre 2024, doit permettre la libre circulation des patients pour les autres unités (= ouverture des unités d'hospitalisation) ».

### 6.1.2. La gestion de la sécurité

L'équipe de prévention et de sécurité, composée de dix agents sous l'autorité du responsable de l'accueil et du standard, a été mise en service en 2006. Les agents sont des salariés de l'établissement. Recrutés sous la forme de contrat à durée déterminée (CDD), ils bénéficient d'un contrat à durée indéterminée (CDI) au bout d'un an de fonction et passent ensuite les concours de la fonction publique.

Le service assure une présence sur le site 24h/24. Deux agents sont de permanence le matin de 6h15 à 13h45, deux l'après-midi de 13h30 à 21h00 et un la nuit de 20h30 à 6h30. Ils disposent d'un local situé à l'entrée de l'établissement, contigu au standard. Les agents bénéficient de formations sur les droits des patients, la gestion des situations de violence par la formation OMEGA<sup>32</sup> ainsi que d'une formation sur le contact et la communication avec les personnes présentant des troubles de santé mentale. Tous les deux ans, une journée de simulation de situations de conflit est organisée avec les soignants.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que ces agents « ont également participé à la formation Sauveteur Secouriste du Travail (SST) avec un recyclage biennal, ils détiennent une Habilitation électrique et sont formés en Approche des conduites Addictives ».

La fiche de poste communiquée aux contrôleurs fait état de missions d'assistance et de protection du personnel, d'aide à la maîtrise d'individu en coordination avec les soignants, d'assistance à la recherche de fugueurs ainsi que du contrôle de l'accès et de la surveillance du site.

Dans ce cadre, les agents interviennent en soutien des équipes en cas de déclenchement d'une alarme PTI<sup>33</sup>. Ils se déplacent systématiquement sur les lieux de l'incident afin de « sécuriser les lieux ». Il a cependant été constaté qu'ils pouvaient être amenés à toucher physiquement un patient, en accord avec l'équipe soignante. Ils disposent d'un écran de protection (ou bouclier de contention) localisé dans leur bureau et qu'ils utilisent lors d'agressions. En cas de fugue d'un patient, ils effectuent une ronde sur le site de l'EPSM.

Les agents assurent la surveillance du site et notamment des intrusions. Il a été révélé aux contrôleurs que d'anciens patients, voire des personnes étrangères à l'établissement, pénètrent dans le parc et à la cafétéria pour vendre des produits stupéfiants. La police refuse de se déplacer et laisse à l'équipe de prévention la gestion des inévitables incidents. Certains anciens patients sont ainsi interdits d'accès et leur présence fait l'objet de rédaction d'une FEI.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que : « Les agents se déplacent systématiquement sur les lieux de l'incident pour porter assistance aux personnes. Elle indique également que l'écran de protection est apporté et utilisé à la demande de l'équipe soignante, après évaluation de l'équipe d'intervention sur place. Elle précise également que lors des interventions sur appels à renfort (BIP, téléphone), l'agent de prévention se met à disposition de l'équipe soignante et peut être amené à intervenir physiquement sur le patient, si la situation le nécessite, comme n'importe quel agent de l'équipe d'intervention. Enfin, la directrice mentionne que la police accepte par principe de se déplacer mais qu'elle n'en a pas toujours la possibilité en termes d'effectifs ».

<sup>32</sup> OMEGA : formation à la gestion et la prévention des situations de violence et d'agressivité.

<sup>33</sup> Protection du travailleur isolé.

Le site ne dispose pas encore de caméras (en projet) dans la mesure où, d'une part, le protocole d'utilisation n'est pas écrit et où, d'autre part, il n'y aurait pas d'agent devant les écrans 24h/24. La sécurité incendie relève également des agents de sécurité qui disposent de la certification SSIAP1<sup>34</sup> et qui connaissent parfaitement l'ensemble des bâtiments et la localisation des chambres d'isolement. Sur ce point, il a été rapporté aux contrôleurs que l'équipe n'est pas informée du placement des patients en chambre d'isolement mais que « *toutes étant occupées en permanence, les agents s'y rendraient systématiquement en cas d'incendie* ». Ils ne sont pas informés des isollements en chambre hôtelière ou en chambre dite sécurisée (Gaudi).

Selon les statistiques fournies aux contrôleurs, le nombre d'interventions sur appels d'urgence en 2022 était de 615 et de 606 entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 1<sup>er</sup> décembre 2023 soit plus de 50 appels mensuels. L'écran de protection a été utilisé à neuf reprises en 2022.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement mentionne que : « Les agents de sécurité bénéficient d'un recyclage triennal. Elle précise qu'en 2023, il y a eu 669 interventions et que l'écran de protection a été utilisé à deux reprises ».

## 6.2. LE PORT DU PYJAMA PORTE ATTEINTE A LA DIGNITE DES PATIENTS

### 6.2.1. Le rythme de la journée et l'accès aux chambres

Le rythme de la journée est imposé. Les horaires de lever et coucher varient peu d'une unité à l'autre. Le petit-déjeuner est servi entre 8h00 et 8h30, le déjeuner à 12h00 et le dîner à 19h00. L'horaire d'extinction de la télévision est fixé à 23h00 dans toutes les unités. Les patients ont accès à leur chambre quand ils le souhaitent et peuvent circuler librement au sein des unités.

### 6.2.2. L'accès au tabac

L'accès au tabac est libre sauf si le cadre de soins en impose la restriction. Dans cette éventualité, les soignants gèrent la consommation des patients, distribuant les cigarettes à heures fixes. Cependant, si l'usage en est autorisé dans toutes les unités, l'accès au jardin permettant de fumer n'est pas harmonisé. Si toutes les unités visitées (à l'exception de l'une en étage) bénéficient d'un espace extérieur, que ce soit sous la forme d'un jardin ou d'une passerelle, il est toutefois constaté plus ou moins de souplesse dans leur accès : un accès ouvert 24h/24 dans l'une des unités et une restriction jusqu'à 23h00 pour toutes les autres. Les patients hébergés dans celles des unités en étages qui ne disposent que d'une passerelle sont notamment limités dans leurs mouvements comme dans les horaires d'ouverture autorisés, en raison du problème de sécurité que pose ce type d'aménagement (cf. § 5.1).

Il a été constaté que des patients fument dans des lieux non ou insuffisamment surveillés ce qui peut engendrer des restrictions dans la mise à disposition ultérieure du tabac pour prévenir les risques d'incendie.

### 6.2.3. Le port du pyjama

Le port du pyjama, disparu dans nombre d'établissements, est toujours usuel à l'EPSM. Les contrôleurs ont constaté que des patients déambulaient en pyjama hospitalier au sein de

---

<sup>34</sup> Service de sécurité incendie et d'assistance à la personne.

certaines des unités et ont été témoins de la présence de l'un d'entre eux, couvert d'un blouson, à la cafétéria.

Toutefois, les pratiques des équipes sont disparates. Au travers des constats opérés ainsi que des propos rapportés par les soignants dans les unités visitées, il ressort que le pyjama n'est pas imposé dans deux des unités mais, en revanche, qu'il est éventuellement imposé dans les cinq autres :

- à l'arrivée durant deux ou trois jours ;
- à titre de sanction à la suite d'agressivité ou de manifestation de violence ;
- pour risque de fugue ;
- sans motivation déclarée par les soignants.

De manière générale, le personnel trouve des justifications dans la limitation des fugues ou la prise de conscience supposée de l'hospitalisation par le port de ce vêtement : « *comprendre qu'il ne peut pas sortir, qu'il est dangereux en ce moment, mettre en sécurité, faire un signe... C'est plus préventif que punitif* ».

Certains des patients portent des pyjamas de l'hôpital sans y être médicalement contraints, parce qu'ils sont impécunieux ou que leur famille n'a pas apporté de vêtements. Un vestiaire dans toutes les unités devrait pouvoir résoudre cette question.

Les patients placés en chambre d'isolement et les personnes détenues le portent systématiquement.

#### Recommandation 21

L'indication du port du pyjama institutionnel doit être individualisée plutôt que systématique. Toutes les unités doivent disposer d'un vestiaire de secours.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « Le comité d'éthique devra s'intéresser à la question du port du pyjama afin d'établir une conduite à tenir institutionnelle et homogénéisée. Concernant le sujet d'un vestiaire de secours, une réflexion s'est immédiatement construite à la suite du contrôle opéré par les CGLPL. Ainsi, il est prévu la mise en place d'un groupe de travail qui réunira des cadres, des soignants, la blanchisserie et la DAF et définira :

- le lieu de stockage par bâtiment (centralisé ou par service) ;
- les vêtements nécessaires pour le dépannage (t-shirt, sous-vêtements, survêtements) par taille ;
- l'organisation après le dépannage (dons de vêtements par la blanchisserie) ;
- rédaction de la procédure sur ce sujet ».

### 6.3. LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT FLUIDES MAIS LA CONFIDENTIALITE N'EST PAS RESPECTEE

#### 6.3.1. La correspondance et le téléphone

L'usage du téléphone personnel étant par principe libre, sauf dans l'unité 6 où les portables sont retirés à l'arrivée pendant deux à trois jours mais remis durant la journée, seuls les patients soumis à autorisation sous conditions (d'heures, de personnes à contacter, etc.) doivent s'adresser au personnel pour avoir accès à leur propre téléphone ou à l'appareil sans fil du

service. Le téléphone sans fil peut être emporté par le patient dans sa chambre. Le chargeur des téléphones portables est cependant systématiquement conservé par les soignants.

Le courrier émis ou reçu par les patients est pris en charge par le vaguemestre quotidiennement. Les usagers ouvrent les courriers seuls y compris ceux avec accusé de réception mais les colis sont ouverts en présence d'un soignant. Du papier, des enveloppes et un stylo et éventuellement, si nécessaire, des timbres sont fournis. La gratuité du courrier prévue par les textes est appliquée mais pas mentionnée dans le livret d'accueil. Une boîte de collecte de la Poste est située près de la cafétéria.

### 6.3.2. Les relations avec la famille et les proches

Les visites sont autorisées de 13h30 à 20h00 mais des aménagements sont facilement accordés. Elles peuvent se dérouler dans les chambres, dans le parc, à la cafétéria et dans des salons extérieurs à l'unité. La présence des enfants n'est pas interdite.

### 6.3.3. L'accès à l'information

Contrairement à ce qui est mentionné dans le livret d'accueil, les patients ne peuvent bénéficier d'un poste de télévision personnel dans leur chambre et chaque unité dispose de deux salles d'activités avec télévision et libre disposition de la télécommande. Les patients peuvent apporter leur ordinateur et leur tablette et bénéficient du Wifi.

Chaque unité reçoit le journal local (Ouest France ou Maine Libre).

### 6.3.4. La confidentialité

Une note de service datée du 8 août 2023 prévoit les cas d'attribution d'un pseudonyme (patient ou proches en danger, patient exerçant dans la structure de santé où il est soigné, patient reconnu comme une personnalité publique) à ne pas confondre avec l'anonymat qui permet à l'utilisateur d'être pris en charge sans avoir à décliner son identité, et détaille la procédure à suivre. Cette procédure n'est pas connue des soignants qui ne sont, en outre, dans la plupart des unités pas sensibilisés au problème de la confidentialité de l'hospitalisation. Aucune formation récente n'a été dispensée aux soignants pour rappeler et protocoliser cette notion. Le fonctionnement est empirique et dès lors que l'appelant est en mesure de donner l'unité de soins de l'hospitalisation, la communication y est transférée quand bien même cela ne présage pas de l'accord du patient.

#### Recommandation 22

Le droit à la confidentialité de l'hospitalisation doit être proposé aux patients dès l'admission et cette possibilité doit être mentionnée dans le livret d'accueil.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que : « Une politique d'accueil est en cours de rédaction et propose, entre autres, une procédure pour la gestion des visites et la gestion des appels téléphoniques, garantissant le respect de cette confidentialité. La procédure sera présentée en directoire en mai 2024. Par ailleurs, les patients peuvent demander l'anonymat de leur prise en charge. Ce recours a été présenté lors d'un Comité de direction pour rappel aux administrateurs d'astreinte et en Commission Médicale d'Établissement. Le DIM et le service des admissions sécurisent la possibilité de recours ».

### 6.3.5. La protection des données personnelles

Le livret d'accueil mentionne les droits à la protection des données personnelles et la possibilité de s'adresser à l'établissement par mail ou par courrier pour toutes demandes les concernant. Il précise en outre les modalités de saisine de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

## 6.4. L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE EST PEU FACILITE

Les contrôleurs ont recueilli peu de témoignages concernant la mise en œuvre du droit de vote des patients qui le sollicitent, les professionnels rapportant généralement ne pas se souvenir de tels cas. Il apparaît toutefois dans quelques unités (unités 1.1, 1.4) qu'une information générale a été donnée aux patients par affichage, allant jusqu'à des ateliers d'information au sein de l'unité 7. Le livret d'accueil ne présente rien à ce propos.

L'établissement de procurations ne fait pas se déplacer d'officier de police judiciaire mais, selon les propos recueillis, des procurations ont pu être établies par des patients.

Des patients ont bénéficié dans l'unité 1.1 d'autorisations de sortie pour aller voter, accompagnés ou non.

### Recommandation 23

L'établissement doit, en période électorale, rappeler explicitement au patient qu'il bénéficie du droit de vote et mettre en œuvre les moyens pour lui faciliter l'exercice de ce droit.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement mentionne que : « une note est adressée, avant chaque échéance électorale aux unités rappelant la procédure d'accès aux votes pour les patients. Des procédures sont définies et diffusées sur l'établissement permettant d'organiser le cas échéant le vote par procuration des hospitalisés ».

## 6.5. SEUL LE CULTE CATHOLIQUE DISPOSE D'UNE AUMONERIE SUR SITE

Une chapelle, consacrée, occupe le cœur de l'établissement sur une place comparable à celle d'un village, face à la cafétéria et au salon de coiffure. Les horaires d'ouverture (les après-midis de la semaine, sauf exception), de prière (trois après-midis par semaine) et de messe (le jeudi après-midi et un dimanche sur deux) sont affichés sur la porte, conformément à ce qui est indiqué dans le livret d'accueil de l'établissement et annoncé par écrit dans la plupart des unités.



La chapelle

Une aumônière accueille les patients, il s'agit d'une laïque, nommée à mi-temps pour trois ans et en fin de mandat lors de la visite. Elle est aidée par des bénévoles. Un prêtre, âgé de quatre-vingt-onze ans, vient célébrer l'office.

Lors de la seconde semaine de la visite du CGLPL, les patients ont été informés de la célébration de Noël à venir, le 24 décembre 2023. Un an plus tôt, deux patients ont été baptisés. D'autres ont fait leur première communion dans cette chapelle.

Au fond du lieu de culte a été aménagé un coin-salon avec des bancs et une table basse. On y trouve notamment le journal local du jour. Les patients viennent y passer un moment en compagnie de l'aumônière, qui les accueille chaleureusement et les écoute.

Les patients se rendent *a priori* seuls à la chapelle, mais les contrôleurs ont vu une patiente en SSC accompagnée par une soignante, qui est restée à l'extérieur. Des résidents de la maison d'accueil spécialisée (MAS) viennent en groupe, accompagnés. Selon les propos recueillis, la fréquentation est variable, de trois à une vingtaine de patients par jour. L'aumônière peut se rendre dans les chambres des patients à leur demande mais cela est rare. Les témoignages des soignants dans les unités n'attestent d'aucune généralisation de la connaissance d'autres possibilités culturelles que le culte catholique, ni de celle de l'accès à l'exercice d'un culte comme droit du patient y compris lorsqu'il est en SSC.

Selon le livret d'accueil et l'affichage dans les unités, des aumôniers d'autres cultes peuvent être joints en composant un numéro de téléphone fixe indiqué. Ce numéro est celui de l'aumônier en charge du culte catholique, qui dispose d'une liste de contacts parmi d'autres cultes. En trois années d'exercice, l'aumônière en titre n'a jamais été sollicitée en ce sens. Il n'a pas été possible d'obtenir cette liste de contacts par le biais de la direction de l'EPSM.

#### Recommandation 24

Les coordonnées des aumôniers de différents cultes doivent être mentionnées dans le livret d'accueil et portées à la connaissance des patients par affichage dans les unités.

### 6.6. LA LIBERTE A LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE DES PATIENTS N'EST PAS RECONNUE INSTITUTIONNELLEMENT

Certains propos recueillis par les contrôleurs témoignent encore de la vision exclusive de l'hôpital comme lieu de soins. D'autres propos attestent de l'absence de restriction formelle d'une vie affective et sexuelle mais de la protection des patients entre eux au moyen de l'interdiction de se rendre dans la chambre des autres, sans toutefois attester de la reprise institutionnelle des comportements inappropriés. Dans une unité, le déficit médical et l'absence de psychologue ne permettent pas de corriger les agissements sexuels agressifs d'un patient autrement qu'en enfermant la « victime » quand elle dort. Certains soignants indiquent veiller avant tout au consentement des partenaires lorsqu'ils observent des rapprochements et qu'ils peuvent donner aux patients des préservatifs fournis par la pharmacie ; de tels cas sont rapportés comme rares. Dans une des unités de l'USPSMS, un couple de patients est autorisé à passer du temps ensemble dans leurs chambres en journée ; pour protéger leur intimité, il a été convenu avec l'équipe soignante de le signaler sur la porte de la chambre qu'ils occupent en y plaçant un objet (une chaussette ou un papier ont été évoqués).

Aucune éducation à la sexualité, à la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et information sur la contraception ne sont proposées de manière institutionnalisée, en dehors

du renvoi fait à la maison des usagers dans le livret d'accueil pour se renseigner sur les IST au moyen de dépliants. Cette maison était fermée au moment du contrôle.

#### Recommandation 25

La question de l'accès des patients à une vie affective et sexuelle et de ses conditions doit être abordée et débattue dans un cadre institutionnel.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que : « des préservatifs sont à disposition des patients à la cafétaria, ainsi qu'au sein de certaines unités. Par contre, nous notons que les professionnels ne sont pas tous à l'aise avec le sujet et qu'il est important de poser un cadre institutionnel. Ce sujet sera porté à l'ordre du jour d'un comité d'éthique. Des professionnels de l'institution ont été sensibilisés, via l'espace de Réflexion éthique des Pays de la Loire à « La question de l'accès des patients à une vie affective et sexuelle et de ses conditions doit être abordée et débattue dans un cadre institutionnel » (le replay est disponible sur notre intranet) ».

## 7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

### 7.1. LA CONCEPTION DES CHAMBRES D'ISOLEMENT EST INADAPTEE ET DES MESURES D'ISOLEMENT SE DEROULENT EN CHAMBRE HOTELIERE

L'établissement compte officiellement dix chambres d'isolement (CI), soit deux pour chacune des cinq unités de psychiatrie polyvalente adulte. Par ailleurs, l'unité Gaudi, qui n'accueillait au moment du contrôle que des patients en soins libres, dispose deux chambres dites sécurisées et le principe de l'aménagement d'une troisième chambre de ce type était validé au moment du contrôle. L'UPAH est équipée d'une CI (cf. § 10.1.2).

Les CI des unités de psychiatrie polyvalente adulte, situées à proximité du bureau infirmier, sont placées l'une à côté de l'autre, séparées par un couloir dont la porte qui donne dans l'unité est fermée à clef. Elles sont accessibles à la fois par une porte qui s'ouvre depuis ce couloir et par un sas qui distribue la chambre et la salle de bains. La surveillance du patient peut être faite à travers le large fenestron vitré de la porte de la chambre. Un miroir fixé dans la CI à l'angle de l'un de ses murs permet d'avoir une vue sur l'ensemble de la pièce incluant les toilettes, ce qui porte atteinte à la dignité du patient. La salle de bain n'est pas directement accessible de la chambre mais uniquement du sas. Le patient enfermé en CI n'a pas accès à un point d'eau.

Le mobilier de la pièce est réduit à un lit mousse avec système de passe-sangles de contention et un pouf sur lequel le patient peut poser son plateau repas lorsqu'il n'est pas contenu. Il dispose d'un set de couverts en plastique, d'un gobelet et d'une assiette en carton. Les affaires du patient sont rangées en sécurité dans une armoire se trouvant dans le couloir qui sépare les deux CI.

Le patient ne peut pas de lui-même actionner la lumière dans la chambre ni tirer la chasse d'eau. Il ne dispose pas d'un bouton d'appel accessible lorsqu'il est placé sous contention. Les chambres sont dépourvues d'espaces extérieurs. Le seul accès à l'air libre se fait en ouvrant le sabot de la fenêtre, permettant aux fumeurs de fumer de la sorte en présence d'un soignant. Dans certaines unités, le soignant accompagne le patient pour fumer dans le patio. Le patient placé à l'isolement est systématiquement mis en pyjama institutionnel.



*Ouverture de la fenêtre d'une CI*



*Lit d'une CI*

Il a été indiqué aux contrôleurs que les chambres n°6 et 9 de l'unité Gaudi sont dites sécurisées dans la mesure où elles ne répondent pas aux normes de sécurité des CI. Elles disposent toutes

deux d'un sas. Celui de la chambre n°6 distribue les portes de la chambre et de la salle de bains équipée de toilettes. Le patient n'a pas accès à la salle de bains et la porte de cette pièce présente un large fenestron vitré qui offre une vue directe sur les toilettes ce qui porte atteinte à sa dignité. La chambre n°9 dispose d'une salle de bains et de toilettes accessibles de la chambre. Ces chambres sont dépourvues de bouton d'appel et d'horloge. Le mobilier est réduit à un lit métallique fixé au sol ainsi qu'à un bureau fixe surmonté d'étagères et à une chaise.



*Gaudi : chambre dite sécurisée*



*Gaudi – Vue depuis le sas de la chambre n°6*

### Recommandation 26

Toutes les chambres d'isolement doivent respecter l'intimité et la sécurité des patients. Aucune vue sur les toilettes, qu'elle soit directe ou par le truchement d'un miroir de type sécurité routière, ne doit être possible. Elles doivent toutes être équipées d'un dispositif d'appel, d'une horloge avec horodateur et d'un point d'eau. Le cas échéant, il doit être accessible par le patient placé sous contention. Le patient isolé dans les unités de psychiatrie polyvalente doit pouvoir tirer sa chasse d'eau et allumer sa lumière et les chambres doivent être meublées d'un siège pour le patient comme pour le soignant. Les patients isolés doivent avoir un accès à l'air libre.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que : « en 2010-2012, lors de la construction des bâtiments d'hospitalisation, le cahier des charges des chambres d'isolement a été travaillé au sein d'un groupe de travail pluriprofessionnel afin de définir la fonctionnalité et l'architecture de cet espace : deux accès à la chambre, pas d'oculus depuis un couloir de circulation, affichage de l'heure, appel malade sécurisé, WC accessible. Par ailleurs, une chambre d'isolement témoin avait été réalisée pour finaliser les aménagements. Dans le cadre de la mise en place du schéma directeur immobilier, l'ensemble des espaces d'isolement seront restructurés pour répondre aux remarques émises par le CGLPL.

Dans cette attente, des adaptations seront faites, dans les unités où les chambres d'isolement ou sécurisées ne respectent pas l'intimité des patients (unité Gaudi par exemple). De plus, l'utilisation des espaces d'isolement et de contention est questionnée au sein des unités d'hospitalisation complète au regard de leur taux d'occupation. Un observatoire est ainsi mis en

place au sein du pôle d'hospitalisation adulte. Un premier axe de travail conduit à la définition d'un cahier des charges visant à aménager une chambre en chambre sécurisée au sein de chacune des hospitalisations : les travaux et achats afférents sont programmés ».

Pour faire face à la tension capacitaire, les CI sont comptabilisées dans la capacité hôtelière des unités et servent indifféremment de CI ou de chambre hôtelière :

- le patient ne conserve pas sa chambre hôtelière pendant son placement en CI. A la levée de la mesure, il reste en CI porte ouverte, dans l'attente d'un lit administratif. Des patients dont la mesure était levée ont confié leur crainte d'être transférés dans une autre unité pour y intégrer une chambre hôtelière disponible ;
- lorsque les CI d'une unité sont occupées, le patient pour lequel une telle mesure a été décidée est soit isolé en espace non dédié soit transféré dans une autre unité le temps de la mesure. Les renouvellements ou les levées de mesures sont alors décidés par un autre psychiatre ;
- des mesures d'isolement sont pratiquées en chambre hôtelière, parfois systématiquement assorties de contention pour prévenir les risques liés à la non-conformité des dites chambres. Le CGLPL rappelle que les chambres hôtelières ne présentent aucune garantie de sécurité et ne sont en l'espèce pas toutes équipées de bouton d'appel ou de sonnette portative permettant au patient d'alerter les soignants en cas d'urgence ;
- les isolements de nuit pour prévenir un risque éventuel sont fréquents.

### Recommandation 27

Un patient isolé ou contenu doit l'être dans un espace spécifique, distinct de sa chambre hôtelière qui doit être conservée, afin qu'il puisse en disposer à l'issue de la mesure.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement mentionne que : « La tension capacitaire induit effectivement que la chambre hôtelière du patient n'est pas conservée le temps de l'isolement du patient. Toutefois il convient de souligner que tout est mis en œuvre pour sécuriser la sortie d'isolement du patient : la cellule d'ordonnancement, en charge de l'orientation des patients sur les unités d'hospitalisation et en lien avec l'équipe d'encadrement de proximité, veille à permettre la sortie du patient sur un lit hôtelier dès la levée de l'isolement en privilégiant son maintien sur l'unité d'accueil initial. Les unités filiarisées permettront à court terme (fin 2024) de régulariser certaines pratiques et restreindront notamment le déménagement de patients d'unité d'hospitalisation après un passage en chambre d'isolement puisque ces derniers seront hospitalisés dans l'unité correspondant à leur projet de soins ».

## 7.2. LES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION NE SE LIMITENT PAS A UNE PRATIQUE DE DERNIER RECOURS ET SONT BANALISEES

Les contrôleurs ont trouvé toutes les CI occupées à leur arrivée et elles l'ont été sans discontinuité pendant toute leur visite, certains patients étant en outre isolés en chambre hôtelière à défaut de CI disponible. En pareil cas, le verrou de confort est enlevé par les soignants et des longerons sont posés le long du lit pour pouvoir, le cas échéant, y attacher les contentions. Les professionnels indiquent presque tous, tous corps confondus, qu'ils ne pourraient pas travailler sans CI, qu'elles sont indispensables à leur sécurité et à celle des patients en raison du

profil de ceux-ci qui seraient particulièrement violents et complexes, de la situation de sous-effectif médical, de la tension capacitaire, plus particulièrement encore dans les trois unités qui comptent 23 lits au lieu des 17 initialement prévus.

La majorité des professionnels avec lesquels les contrôleurs ont échangé considère toujours l'isolement comme un « *soin, nécessaire pour contenir et apaiser les patients* ». De façon paradoxale, cette mesure a pris dans le même temps une dimension disciplinaire : les patients peuvent être menacés d'isolement ou être placés en CI en raison de leurs antécédents de violence au sein de l'établissement, sans véritable approche clinique. Dans certaines unités, les patients sont sous le coup de prescription d'isolement si besoin, notamment le week-end. Plusieurs patients sortis d'isolement ou ayant vécu cette expérience ont indiqué à leur sortie « *avoir été libérés* ». Nombreux sont ceux parmi eux à avoir fait part de leur ressenti, voire colère, à l'égard du fait d'« *avoir été attachés, enfermés* » et d'autres en parlent comme d'un véritable traumatisme.

Les contrôleurs ont constaté que de façon générale, le recours à l'isolement et à la contention est banalisé et que ces mesures qui ne se limitent pas à une pratique de dernier recours, sont devenues un mode de gestion des patients et traduisent une culture de l'enfermement. Les termes de « sécurité des équipes » ont été très souvent employés pour justifier le recours à ces mesures. Pour autant, certains professionnels ont fait état de leur mal être et d'un sentiment de perte de sens, indiquant « *qu'ils n'avaient pas fait ce métier pour attacher les gens et leur hurler dessus* ». Le CGLPL rappelle que les mesures d'isolement et de contention ne doivent intervenir qu'en dernier recours, pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui, avec une motivation en conséquence des décisions médicales.

Deux notes datées du 30 novembre 2023 intitulées « Protocole d'isolement » et « Protocole de contention » énoncent de façon pertinente les règles à suivre en la matière. Elles n'étaient pas encore connues au sein des unités au moment du contrôle. Les fiches réflexes « *isolement – contention* » datées du 15 février 2022 rappellent également les procédures et les dispositions légales.

### Recommandation 28

Les mesures d'isolement et de contention ne doivent intervenir qu'en dernier recours, pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui, avec une motivation en conséquence des décisions médicales.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « Deux notes, datées du 30 novembre 2023, intitulées "protocole d'isolement" et "protocole de contention" énoncent de façon pertinente les règles à suivre en la matière. Elles n'étaient pas encore connues au sein des unités au moment du contrôle. Les fiches réflexes "isolement contention" datées du 15 février 2022 rappellent également les procédures et les dispositions légales. Toutes les nouvelles unités d'hospitalisation comprendront un espace d'apaisement, travaillé en étroite collaboration avec la Cellule Innovation. Les patients y auront systématiquement recours en première Intention, avant une mesure d'isolement ».

Des patients en soins libres sont isolés et contenus, sans modification à bref délai de leur régime d'hospitalisation. Par exemple, au sein de l'unité Gaudi qui n'accueille que des patients en soins libres, les deux patients au long cours qui occupent les chambres dites sécurisées sont régulièrement placés à l'isolement. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'ils le sont en outre sur

« décision des soignants » à défaut de médecin psychiatre dans l'unité et sans traçabilité (cf. § 7.3).

### Recommandation 29

Une décision d'isolement pour des patients en soins libres ne doit être maintenue au-delà de quelques heures que si une démarche de soins sans consentement est engagée. Seul un psychiatre peut décider de placer un patient à l'isolement.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement mentionne que : « Actuellement, nous connaissons une difficulté pour mettre en place une mesure de soins sans consentement pour un patient en soins libres, dans la mesure où, de façon majoritaire, il y a l'absence d'un tiers qui nécessite donc, pour ce placement, d'avoir recours à un médecin extérieur. Des temps de synthèse informels persistent avec les psychiatres afin de permettre aux équipes d'échanger sur les pratiques d'isolement. A la suite de cela, il appartient aux psychiatres de juger de l'opportunité d'un isolement, à l'appui d'une prescription médicale ».

Le passage du médecin généraliste lorsqu'un patient est placé en CI dépend des unités. Dans certaines, il passe voir le patient le jour même, dans d'autres, il ne le voit qu'à la demande des soignants. Il n'existe pas de prévention systématique des événements thrombo-emboliques, il a été indiqué aux contrôleurs que les soignants alertaient les médecins d'un risque pour le patient et demandaient leur passage. Une évaluation psychiatrique est conduite chaque jour pour les patients en isolement strict mais ils ne sont pas tous vus deux fois par jour. Les soignants assurent une surveillance horaire, voire plus fréquente, des patients isolés, tracée dans le dossier patient informatisé (DPI).

### Recommandation 30

Tout patient isolé doit bénéficier d'un examen par un somaticien. Chaque patient en isolement doit bénéficier de deux évaluations médicales psychiatriques par 24 heures.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « Le projet de service du département de médecine générale doit être réécrit. Il faut repenser le déploiement des forces somatiques, notamment en hospitalisation complète adulte et enfant. La question du suivi somatique des patients admis en espace d'isolement doit être un impératif dans les tâches quotidiennes des médecins du département de médecine générale. Cependant, l'organisation actuelle et la répartition des forces médicales ne permettent pas le respect constant de cet impératif ».

Sauf contre-indications médicales, les patients en isolement peuvent fumer (dans les conditions décrites *supra*) et, en tout état de cause, des substituts nicotiques leur sont proposés.

Les proches du patient ne sont pas toujours prévenus du placement en isolement et la question de savoir si l'intéressé en accepte le principe n'est pas systématiquement posée. Leur visite n'est pas possible et le patient isolé n'est pas autorisé à disposer de lecture.

La sortie de la CI est souvent réalisée sous un mode séquentiel (repas, heures de sortie dans l'unité) avant la sortie définitive. Ces sorties séquentielles sont cependant, pour certains patients qui en bénéficiaient au moment du contrôle, prolongées sur plusieurs jours. Le débriefing après

une mesure d'isolement, assortie ou non d'une mise sous contention, n'est pas systématique par les médecins.

Le contrôle du JLD contrôle des mesures d'isolement et de contention n'est pas efficient (cf. § 8.3.4).

### 7.3. LE REGISTRE N'EST NI CONVENABLEMENT RENSEIGNE NI ANALYSE AU SEIN DES UNITES ET LES RARES ESPACES D'APAISEMENT SONT SOUS-INVESTIS

Les contrôleurs ont demandé des extractions du registre de l'isolement et de la contention sur les onze premiers mois de l'année 2023, pour l'ensemble des unités contrôlées. Elles ont révélé des anomalies, à savoir des taux d'isolement compris entre à 66 et 84 % de la file active des patients des deux USPMS.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que les anomalies résultent d'un problème de paramétrage qui n'avait pas encore été mis en exergue et que cette difficulté a été immédiatement corrigée, pendant le contrôle.

Ainsi, des patients indiqués comme ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement et de contention dans les tableaux produits par ailleurs aux contrôleurs n'ont jamais été hospitalisés dans ces unités, à l'exception de deux d'entre eux. En outre, au moment de la visite, la consultation du registre ne permettait pas d'avoir l'assurance de suivre le parcours d'un patient au regard des mesures d'isolement et de contention prises à son encontre : aucune comparaison des pratiques unité par unité n'était possible dans la mesure où un patient d'une unité pouvait être transféré dans une autre le temps de la mesure, la mesure initiale étant comptabilisée au titre de l'unité d'origine et les renouvellements dans celle d'accueil. Par ailleurs, les contrôleurs ont constaté que la configuration du logiciel Cariatides ne permettait pas de tracer toutes les mesures. En effet, dans le « suivi des prescriptions isolement et contention », la liste de décisions des isolements et des contentions par unité de soins, présentée sous forme de menu déroulant, intégrait la ZAP mais ne comprenait pas l'unité Gaudi où des patients sont isolés. Enfin, il a été indiqué qu'il pouvait y avoir des oublis ou des erreurs liés à ce menu déroulant<sup>35</sup> et qu'ainsi les pratiques d'isolement et de contention n'étaient pas toutes tracées ou correctement tracées. Cela est notamment le cas des isolements séquentiels ou lorsque ces mesures ont lieu en espace non dédié.

En tout état de cause, le registre n'est pas exploité en continu comme un outil d'évaluation et de réflexion partagé sur les pratiques, au niveau des unités comme de l'établissement en général. Il devrait faire l'objet d'une analyse et d'un débat pluridisciplinaire tous les trois mois au sein de chaque unité<sup>36</sup>. En 2021, aucun rapport sur l'isolement et la contention n'a été produit et en 2022, il n'a pas été présenté devant la commission médicale d'établissement (CME).

<sup>35</sup> Les deux unités qui présentent des taux d'isolement anormalement élevés apparaissent en première et en deuxième position dans ce menu déroulant. Celle qui a un taux de 84 % est en première position.

<sup>36</sup> Le médecin du département d'information médicale (DIM) présente lors de chaque réunion de la CME un bilan semestriel relatif à l'isolement et à la contention ainsi qu'il ressort des comptes-rendus des mois de juin et septembre 2021 de cette instance.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que le rapport a été rédigé mais il reste à être présenté aux instances de l'établissement.

### Recommandation 31

Le registre d'isolement et de contention doit répondre aux exigences de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique et toutes les mesures d'isolement doivent être tracées. Le registre doit faire l'objet d'une analyse régulière pour permettre de réduire le recours à ces pratiques.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que : « Le registre de d'isolement et de la contention est exhaustif concernant l'activité d'isolement et de contention réalisée en espace d'isolement. Les mesures réalisées en chambre hôtelière sont également tracées au sein du registre. Cependant, il se peut que certaines mesures, brèves, initiées sans présence de psychiatre soient levées lors de l'évaluation psychiatrique. Ces mesures devraient être tracées au sein du registre, que le patient soit en soins libres ou contraints. Les mesures de contention réalisées au SAU ne font pas l'objet de suivis ».

Force est de constater que les alternatives à l'isolement et les outils facilitant la désescalade, hormis l'approche verbale, sont rares. En effet, parmi les cinq unités de psychiatrie polyvalente, seule l'unité 1 dispose d'une chambre d'apaisement. Elle a été décrite comme très peu investie. En outre, aucun outil permettant de mesurer son utilisation et de quantifier son impact sur le nombre de mesures d'isolement et de contention ainsi que sur leur durée n'était instauré au moment du contrôle. L'USPMS 6 dispose d'un espace d'apaisement et d'un espace d'hypo stimulation qui venaient d'être achevés au moment du contrôle. Ils étaient encore peu investis et mutualisés avec l'USPMS 7 dont les deux espaces (apaisement et défouloir) étaient en cours d'aménagement.



*Espace d'apaisement de l'unité 1*



*Espace hypo stimulation*

### Recommandation 32

Toutes les unités doivent être dotées d'une chambre d'apaisement. Un outil doit être mis en place pour quantifier leur impact sur le nombre de mesures d'isolement et de contention ainsi que sur la durée de celles-ci.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « L'espace d'apaisement est prévu au sein des unités filiarisées : unité psychiatrique aigue sécurisée, unité sanitaire de préparation au médico-social, unité longs cours, unité psychiatrique de court séjour et UPAH. Cet espace sera prévu au fur et à mesure des projets ».

L'unité Gaudi dispose d'un espace Snoezelen<sup>37</sup> qui pâtit également d'un défaut d'investissement. Les projets de création des espaces d'apaisement ont été relancés en 2023 en associant les professionnels. Au sein de l'unité 4, un projet de création d'un tel espace était en cours au moment du contrôle. De façon plus large, la politique de moindre recours à l'isolement et à la contention a véritablement été lancée en 2023 à travers le plan de professionnalisation. Deux cadres de santé référents sont affectés aux missions de prévention et gestion de la violence et sont les référents des unités pour les problématiques relatives à l'isolement à la contention. L'un consacre 100 % de son temps de travail à ces missions depuis le mois de mars 2023, le second disposera d'un temps de travail défini sur ces missions à compter de l'année 2024 et sera, comme son collègue, formateur interne OMEGA.

---

<sup>37</sup> Il s'agit d'un espace conçu pour offrir une expérience multisensorielle et apaiser le patient.

## 8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 8.1. LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES ET LA COMMISSION DES RELATIONS AVEC LES USAGERS NE GARANTISSENT PAS LE RESPECT DES LIBERTES INDIVIDUELLES

#### 8.1.1. La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) de la Sarthe

Cette commission couvre l'ensemble du département. Outre deux médecins psychiatres et un médecin généraliste, elle comprend deux représentants d'associations agréées, l'UNAFAM<sup>38</sup> et l'UDAF<sup>39</sup>. Elle est présidée par un psychiatre de l'EPSM qui siège également à la CME et, en cette qualité, au conseil de surveillance<sup>40</sup>.

La CDSP se réunit quatre fois par an à l'établissement et, pour la dernière fois, le jeudi 14 décembre 2023, au moment du contrôle. Le rapport pour l'année 2022 indique qu'« en raison du contexte sanitaire lié à la COVID-19 et du protocole mis en place au sein de l'EPSM aucune visite de locaux n'a été effectuée ».

Le registre de la loi est visé avant chaque réunion « après avoir vérifié que toutes les mentions légales y étaient portées » selon les termes du rapport (cf. § 8.2). Une affiche mentionnant les dates de réunions est apposée dans les unités mais la majorité des professionnels et des patients ignorent le rôle de la CDSP. Néanmoins, sept patients provenant de quatre unités différentes ont demandé à être reçus le 14 décembre 2023.

En 2022, 218 dossiers ont été examinés lors des quatre séances : 69 dossiers de patients placés en soins sans consentement à la demande du représentant de l'Etat (SDRE) et 149 sur décision du directeur de l'établissement (SDDE) dont 94 en situation de péril imminent. Aucune observation particulière n'a été formulée par la CDSP, sauf à l'égard de deux dossiers pour lesquels « les derniers certificats étant strictement identiques, un courrier a été adressé à chaque psychiatre pour les inviter à apporter de nouveaux éléments ».

Il est également noté dans le rapport annuel de 2022 que « deux patients ont souhaité être entendus par la CDSP et ont fait part de leur doléances » et que « les conditions d'hospitalisation ont été jugées satisfaisantes au regard des déclarations des patients ayant souhaité être entendus ».

Aux onze patients qui ont adressé un courrier à la commission « principalement pour demander la levée de leur mesure, la commission a répondu à chaque personne en leur rappelant l'importance des soins délivrés et en les invitant à discuter avec leur psychiatre traitant des éventuelles difficultés rencontrées et de leurs projets ».

Enfin, pour l'année 2022, la CDSP a constaté une hausse du nombre des mesures d'isolement et contention. Elle a indiqué aux contrôleurs être préoccupée par le placement de mineurs en soins libres à l'isolement-contention, et en avoir fait la remarque dans les services sans pour autant l'écrire.

---

<sup>38</sup> Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

<sup>39</sup> Union départementale des associations familiales.

<sup>40</sup> L'article L. 3223-2 du CSP dispose que « les membres de la commission ne peuvent être membres du conseil de surveillance, ou d'une instance habilitée à cet effet, d'un établissement de santé accueillant des malades atteints de troubles mentaux dans le département du ressort de la commission ».

### 8.1.2. La commission des relations avec les usagers (CDU)

La CDU est présidée par un représentant des usagers (UNAFAM). Elle ne comprend plus de médecin médiateur depuis le départ en retraite de ce dernier au mois d'avril 2023, mais un médiateur non-médecin. Elle s'est réunie en session plénière à cinq reprises en 2023. A chaque réunion, un point sur l'actualité de l'établissement est fait par sa directrice. Le règlement intérieur adopté le 9 juin 2023 prévoit la tenue d'un bureau bimestriel pour analyser les plaintes des patients. Il s'est réuni trois fois en 2023. Il n'y a pas de permanence de la CDU auprès des patients : la permanence que l'UNAFAM tenait tous les quinze jours à la « maison des usagers » a cessé depuis le mois décembre 2023 et la maison des usagers est fermée. Elle est pourtant idéalement située, en face de la cafétéria. Un projet est à l'étude pour une réouverture avec une animation partagée entre les différentes associations représentées à la CDU (UNAFAM, ADAPEI 72<sup>41</sup>, L'Arc en ciel<sup>42</sup>).

Au moment du contrôle, il est accusé réception de chaque courrier de patient ou de son entourage. La suite apportée, dans un délai moyen de trois semaines, n'est pas une proposition de médiation mais un entretien téléphonique avec la directrice du pôle « parcours relations usagers qualité ». En 2022, seules deux rencontres de la CDU avec un proche de patient ont eu lieu.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « *La proposition de médiation est faite selon la situation et n'est donc pas systématique et précise que la directrice du service des relations avec les usagers reste disponible pour une rencontre ou un entretien téléphonique. La possibilité d'associer à ces rencontres un représentant des usagers est aussi proposée* ».

En 2022, 52 réclamations ont été enregistrées qui ont donné lieu à neuf actions correctives. Au moment du contrôle, 46 réclamations avaient été formulées, provenant majoritairement de l'entourage du patient qui se plaint des difficultés d'accès au médecin psychiatre qui suit leur proche. La direction de l'établissement analyse les réclamations avant de les transmettre chaque mois à la CDU qui les étudie et demande à la direction de l'établissement la suite qui leur a été donnée.

Une information de la CDU sur les événements indésirables est organisée dans le cadre de la présentation annuelle du bilan de ces derniers mais la CDU n'est pas associée à l'analyse des retours d'expérience. Elle a récemment obtenu d'être informée, au fil de l'eau, des événements indésirables graves. La directrice du pôle « parcours relations usagers qualité » communique donc à ce sujet lors des réunions de bureau.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « *La CDU n'est pas associée aux comités de retour d'expérience/analyses de cause menées avec les acteurs directement impliqués par l'événement survenu. La CDU est informée au fil de l'eau des événements graves survenus et des conclusions des retours d'expériences menés (intervention de la responsable du département qualité à chaque réunion de COU). Par ailleurs le bilan annuel des EI est présenté annuellement en CDU* ».

<sup>41</sup> Association départementale des amis et parents de personnes ayant un handicap mental.

<sup>42</sup> Cette association a notamment pour mission d'accompagner les deuils intra-familiaux et de prévenir les risques suicidaires.

La CDU, qui a demandé à visiter les unités, envisage à l'avenir de tenir chacune de ses réunions dans l'une d'entre elles. Une affiche de la maison des usagers est apposée dans les unités mais n'est pas toujours lisible parce que recouverte par d'autres documents. Il a été indiqué aux contrôleurs que l'ajout du numéro de téléphone de l'UNAFAM et des deux autres associations siégeant à ses côtés était récent. La majorité des soignants et des patients ignorent cependant tout du rôle de la CDU.

Le rapport d'activité de la CDU pour l'année 2022 se présente sous la forme d'un questionnaire de l'ARS rempli par la direction de l'établissement à la rédaction duquel les membres de la CDU ne participent pas. Les observations de la CDU qui figurent à la dernière page sont les suivantes : « la volonté institutionnelle d'associer les représentants des usagers à la dynamique du projet d'établissement est réelle, ainsi que de valoriser leur rôle auprès des équipes et des usagers ».

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que : « *Le rapport d'activité de la CDU est préparé par le service relations usagers et soumis à relecture/ complétude/ validation aux membres de la CDU avant envoi à l'ARS. Si le rapport établi jusqu'alors répond au format sollicité par l'ARS, la CDU prévoit en 2024 (rapport d'activité 2023) d'en éditer une version plus rédigée et communicable en interne* ».

La CDU peine également à faire connaître l'existence des programmes psycho-éducatifs à l'attention de l'entourage de patients schizophrènes tels que « pro famille » ou « BREF », dont les sessions ne peuvent être organisées faute de participants.

En 2022, 386 questionnaires de sortie ont été retournés, ce qui représente un taux de réponse de 22 %. Ce taux est toutefois très variable selon les unités puisqu'il ne dépasse pas 0,8 % dans quatre des unités contrôlées. Il est en revanche de 47,6 % dans l'unité de soins libres en addictologie (clinique Prémartine) où le livret d'accueil est le plus distribué ainsi qu'il a été indiqué par la CDU aux contrôleurs. La CDU n'a pas accès directement à ces questionnaires de sortie. La direction de l'établissement en fait l'analyse et communique celle-ci à la CDU.

### Recommandation 33

Les patients doivent recevoir une information pertinente concernant la commission départementale des soins psychiatriques et la commission des relations avec les usagers et bénéficier d'un accompagnement adapté à la formulation de leurs doléances. Celles-ci doivent faire l'objet d'un véritable suivi.

Dans ses observations du 18 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général de l'ARS Pays de la Loire précise que : « *Pour ce qui est de la CDSP (commission départementale des soins psychiatriques), l'ARS informe l'établissement 15 jours avant la date, et celui-ci se charge de diffuser l'information dans les services d'hospitalisation. L'agence constate que les patients sont bien informés puisque plusieurs sont présents aux audiences de la commission. En revanche, les patients viennent puisqu'il leur est demandé de venir, mais sans savoir ce qu'est la CDSP ni son rôle. La CDSP avait plusieurs fois rappelé ce devoir d'information de l'établissement. Une réponse complémentaire sera apportée par l'EPSM* ».

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement mentionne que : « L'information des patients sur les représentants des usagers et la CDU est effective par voie d'affichage et sur le livret d'accueil. La CDU, présidée par un représentant des usagers, veille à déployer une communication active à destination des usagers

et des professionnels, afin que ceux-ci soient en mesure d'orienter vers un accompagnement si nécessaire : rencontres avec les équipes, mise en place de CDU itinérants au sein même des unités, participation à des groupes de travail, intervention en instances de pôle. Dans l'hypothèse où l'usager contacte la direction des relations avec les usagers, l'accompagnement d'un représentant des usagers peut lui être proposé ».

## 8.2. LE REGISTRE DE LA LOI NE COMPORTE PAS L'ENSEMBLE DES PIECES DE PROCEDURE PREVUES PAR LES TEXTES

Le registre de la loi, non dématérialisé, est constitué de deux livres (un pour les patients en SDDE et l'autre pour les patients en SDRE), tenus et conservés par les agents du bureau des soins sans consentement. La responsable et ses adjointes ont délégué de signature de la directrice. Les décisions d'admission en soins sans consentement sont préparées et signées par la responsable de ce bureau en journée. Le soir et la nuit aucune décision n'est signée, elle le sera le lendemain. Le week-end en journée les décisions sont préparées par l'agent de garde du bureau et signées par le directeur d'astreinte. Tous les documents (certificats médicaux, décisions et demande du tiers) sont scannés puis envoyés au secrétariat de l'unité d'admission pour notification au patient par un soignant. Le registre est renseigné dès réception de l'avis de notification signé du patient mais il peut s'écouler plusieurs jours entre la décision de placement et sa notification.

Par ailleurs, à l'examen du registre, les contrôleurs ont constaté de nombreuses reprises qu'un délai de plusieurs jours pouvait s'écouler entre la date du certificat initial d'hospitalisation et celle de placement en soins sans consentement<sup>43</sup> prise par le directeur de l'établissement. L'explication qui leur a été fournie est que le patient attend, au sein du service des urgences du CHM, qu'un lit se libère à l'EPSM. Le patient qui attend aux urgences, souvent d'ailleurs isolé et contenu, se trouve donc privé de liberté sans titre, de façon arbitraire (cf. § 4.1.2). La décision de placement n'est établie qu'au moment de son admission physique à l'EPSM, voire deux à trois jours plus tard : par conséquent, la computation des délais légaux débutant à compter de cette décision, le contrôle d'office du JLD à douze jours ainsi que sur les mesures d'isolement et de contention est différé d'autant dans le temps.

### Recommandation 34

Les décisions de placement en soins sans consentement du directeur de l'établissement doivent être prises à bref délai après le certificat médical initial et notifiées au patient dès que son état clinique le permet.

Dans ses observations du 18 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général de l'ARS Pays de la Loire souligne que : « Art L 3212-1 et L. 3212-3 du CSP : la décision du directeur est immédiate à réception du certificat d'admission, c'est une obligation légale, de même que l'information devant être faite au préfet de toute décision d'admission sur décision du directeur (art L. 3212-5). Une réponse complémentaire sera apportée par l'EPSM ».

<sup>43</sup> Le directeur d'établissement comme le préfet disposent d'un pouvoir d'appréciation : ils ne sont pas liés par le certificat médical initial. Ils conservent le pouvoir de décider de ne pas placer la personne en SSC au regard par exemple d'un certificat médical initial qui ne caractériserait pas la nécessité du placement en SSC. La décision de placement en soins sans consentement est en effet à distinguer de la décision d'admission prise pour tous patients y compris de MCO et donnant lieu à un bulletin de situation.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que : « Pour les situations où les patients sont placés en soins sans consentement sur le SAU du CHM avec une attente de plus de 3 jours pour une admission à l'EPSM, la DAMAJ de l'EPSM de la Sarthe a proposé, en collaboration avec la JLD au Président du tribunal judiciaire du Mans, le Procureur de la République du Mans et l'ARS des Pays de la Loire, la mise en place d'une procédure dérogatoire permettant de replacer les droits du patient au centre de nos préoccupations. A ce jour, seule l'ARS est revenue vers la DAMAJ de l'EPSM. La réponse produite ne cautionne pas la proposition de l'EPSM de la Sarthe. L'EPSM de la Sarthe ne possède pas de solution ».

Les arrêtés du préfet ou du maire ne retranscrivent pas le contenu des certificats médicaux mais « s'en approprient les termes » après les avoir visés. Les décisions du directeur de l'établissement ainsi que les arrêtés mentionnent les voies de recours qui sont reprises, ainsi que la liste des droits des patients, dans le document de notification des droits.

L'attention des contrôleurs s'est plus particulièrement attachée au registre en cours, ouvert le 2 janvier 2023. Les documents sont reproduits en format réduit. Sur la page de gauche, outre la demande d'admission et le certificat médical qui l'accompagne, figurent les informations sur le patient et sa prise en charge qui sont complètes et permettent d'avoir un aperçu rapide du déroulé de la mesure, excepté sur le recours au JLD puisque la mention concernant la date d'intervention de ce magistrat et la nature de son contrôle (de plein droit ou facultatif) ne sont jamais renseignées. Ceci est contraire aux dispositions de l'article L. 3212-11 7 du CSP selon lesquelles la date et le dispositif des décisions rendues par le JLD doivent être mentionnés au registre.

Sur la page de droite sont collés les certificats médicaux à 24h et 72h – non horodatés –, les arrêtés portant admission pour les SDRE ainsi que les décisions du JLD en cas de mainlevée. En revanche, les décisions d'admission du directeur de l'établissement ne sont pas reproduites, ni les arrêtés préfectoraux postérieurs à l'admission, ce qui interdit d'en apprécier la validité. Par ailleurs, contrairement aux dispositions de l'article L. 3212-11 6 du CSP, les certificats médicaux établis à l'issue des périodes d'un mois ne figurent pas au registre.

Le registre a pourtant été visé sans observation, par la CDSP le 14 septembre 2023 (cf. § 8.1.1) et par le procureur de la République au mois de décembre 2022.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement informe que le procureur de la République a visé le registre de la loi en décembre 2023.

### Recommandation 35

Conformément aux dispositions de l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, toutes les pièces de procédure relatives à une mesure de soins sans consentement doivent figurer dans le registre de la loi.

Dans ses observations du 18 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général de l'ARS Pays de la Loire souligne que : « *Le registre de la loi doit être renseigné dans les 24h suivant la mise en place de chaque procédure ou éléments de procédure. Une réponse complémentaire sera apportée par l'EPSM* ».

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que : « Afin de répondre aux exigences réglementaires qui encadrent les attendus du registre de la loi, L'EPSM de la Sarthe souhaite basculer sur un format numérisé. Actuellement, li peut nous être reproché de ne pas faire figurer au sein du registre de la loi l'ensemble des informations réglementairement attendues. Cependant, toutes ces informations sont à disposition et peuvent être produites lors d'une visite de contrôle. Un point de formalisme sur lequel nous devons progresser et qui nous permettra, par la dématérialisation du registre, un gain d'espace et de temps dans la tenue de ce dernier ».

### 8.3. LE CONTROLE DES MESURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT PAR LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EST EFFECTIF MAIS NON EFFICIENT EN MATIERE D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

Une magistrate JD du TJ du Mans a la charge du contentieux des soins sans consentement.

Pour l'audience qui se tient chaque jeudi à 9h30, l'EPSM met à disposition une salle de réunion de 40 m<sup>2</sup> environ, située au rez-de-chaussée du bâtiment Lanteri-Laura qui abrite quatre unités d'hospitalisation. Spacieuse et claire, avec des tables positionnées de manière à configurer une grande table ovale, cette salle donne sur le couloir central où sont disposées quelques chaises pour permettre aux patients d'attendre que leur dossier soit appelé. Ils peuvent s'entretenir auparavant avec leur avocat dans un local à proximité de la salle d'audience. Les patients se présentent au fur et à mesure afin de ne pas prolonger inutilement leur attente.



*La salle d'audience*

#### 8.3.1. Les modalités d'organisation de l'audience

La saisine du JLD (préparée par l'ARS pour les SDRE) est adressée à son greffe par le bureau des soins sans consentement, accompagnée de tous les documents utiles dont l'avis motivé qui mentionne si le patient est ou non auditionnable. Cette communication se fait par voie électronique selon un dispositif sécurisé au moyen du logiciel AxCrypt, ainsi que le prévoit le protocole tripartite conclu entre la préfecture, le TJ et l'EPSM<sup>44</sup>. En retour, le greffe envoie à ce bureau les convocations qui sont notifiées aux patients par les soignants, signées des intéressés puis retournées au tribunal. Lorsque le patient refuse de se rendre à l'audience, ce refus est matérialisé par un écrit joint au dossier transmis au juge. Lors de l'audience du 7 décembre 2023,

---

<sup>44</sup> Ce protocole est entré en vigueur le 15 janvier 2015.

les contrôleurs ont constaté que les patients appréhendaient d'être confrontés à un juge, n'étant manifestement pas informés de son rôle. Les tuteurs et curateurs sont avisés de l'audience par le greffe du JLD mais se présentent rarement. Une curatrice était toutefois présente à l'audience du 7 décembre.

En application d'une convention du 1<sup>er</sup> décembre 2014 entre le TJ, l'ARS, l'EPSM et l'Ordre des avocats du barreau du Mans, ce dernier communique au greffe du JLD un tableau de permanence comprenant au moins un avocat titulaire et un avocat suppléant. Dès lors que sont prévues les auditions d'au moins cinq patients, il est fait appel à l'avocat titulaire et à son suppléant afin de favoriser la fluidité du déroulement de l'audience.

### 8.3.2. Le déroulement de l'audience

Lors de l'audience du 7 décembre 2023, huit dossiers ont été examinés sur recours obligatoire à douze jours pour cinq d'entre eux et à six mois pour les trois autres. Deux patients n'étaient pas présents : l'un n'avait toujours pas réintégré l'établissement depuis la décision de réadmission en hospitalisation complète du 22 décembre 2022, et l'autre avait indiqué « être en permission de sortie médicale ». Un dossier a été renvoyé à la semaine suivante pour que le patient soit assisté d'un interprète en langue des signes.

Les patients se sont présentés en tenue de ville, sans soignant. Leur avocat s'est assis à leur côté, en face de la juge et de la greffière. Tous les professionnels sont sans leur robe d'audience. La porte de la salle est restée ouverte (audience publique par principe) sauf lorsqu'un patient a demandé sa fermeture. Le JLD leur a indiqué précisément son rôle, a présenté la situation telle qu'elle ressortait du dossier et les a laissé s'exprimer longuement. Après avoir donné la parole à l'avocat, elle a indiqué que sa décision serait rendue le lendemain après-midi. Elle a expliqué quel en serait le sens ainsi que les voies et délais de recours en précisant au patient qu'il pouvait la solliciter à tout moment pour demander la levée de la mesure.

### 8.3.3. Les décisions rendues

Les huit décisions rendues le 8 décembre 2023 ont été pour leur majorité des décisions, motivées, de maintien de la mesure d'hospitalisation complète. Elles ont été transmises le jour même aux secrétariats des unités et notifiées aux patients le 8 décembre 2023 à l'exception de deux d'entre elles qui n'ont été notifiées que le 10 décembre, et des décisions concernant les deux patients absents à l'audience, le patient qui était en permission de sortie ayant fait l'objet d'une levée du placement.

En 2022, le JLD a été saisi de 660 requêtes. Il a autorisé 586 prolongations de la mesure et prononcé 15 mainlevées (dont quatre immédiates et onze différées de 24h) soit 2,27 % du total des saisines. Le surplus se décompose en 40 décisions disant n'y avoir lieu à statuer (quand la mesure a été levée avant l'audience), 17 rejets de la demande sur recours facultatif et 2 ordonnances d'expertise.

En 2023, la JLD a été saisie de 506 requêtes. Elle a prononcé 468 prolongations de la mesure et 9 mainlevées soit 1,78 % du total des saisines. Le surplus se décompose en 23 décisions disant n'y avoir lieu à statuer et 3 rejets de la demande sur recours facultatif.

En 2022, 23 appels ont été interjetés par les patients et 11 en 2023. Le nombre de confirmations par la cour d'appel d'Angers a été de 17 en 2022 et 7 en 2023.

Selon la JLD, avec laquelle les contrôleurs ont échangé, la majeure partie des mainlevées est prononcée pour des irrégularités de forme telles que l'absence de justificatif de la notification de

la décision de placement en soins sans consentement ou bien la notification tardive, voire la notification dans une langue que le patient ne comprend pas, qui font nécessairement grief. La JLD les soulève d'office si l'avocat ne le fait pas. De l'examen des neuf décisions de mainlevée rendues en 2023, les contrôleurs ont également pu relever que pour quatre d'entre elles, il s'agissait d'une constatation que la mainlevée était acquise faute pour le directeur de l'établissement d'avoir saisi le JLD quinze jours au moins avant l'expiration du délai de six mois.

#### 8.3.4. Les contrôles des mesures d'isolement et de contention

Il s'agit d'une procédure écrite et la juge s'entretient par téléphone avec les patients qui ont exprimé la volonté d'être entendus. Elle a fait observer aux contrôleurs que depuis deux semaines elle était beaucoup moins saisie : environ cinq fois par semaine alors qu'antérieurement elle pouvait être saisie jusqu'à huit fois par jour. Au mois de novembre 2023, elle a tenu une réunion avec les psychiatres de l'établissement à qui elle a fait part de ses exigences en termes de motivation des décisions. Sept psychiatres ont assisté à la réunion alors que pour celle tenue par son prédécesseur, aucun n'avait fait le déplacement.

La procédure de saisine est la suivante : une alerte à destination du bureau des soins sans consentement et du greffe du JLD, via le logiciel Cariatide, est générée à 48h du début de la mesure d'isolement (24h pour la contention). Encore faut-il que le traçage tant de la mesure initiale que de ses prolongations soit effectué et en temps réel, sinon il n'y a pas d'alerte ou bien une alerte tardive (cf. § 7.3). Il s'agit d'un souci récurrent dans les unités ainsi qu'en attestent les signalements d'événements indésirables.

Le bureau des soins sans consentement saisit le JLD, par fax, entre 48h et 72h à compter du début de la mesure d'isolement (entre 24h et 48h pour la contention) en lui transmettant l'extrait du journal du patient, la décision médicale initiale ou de renouvellement ainsi que le formulaire sur les modalités d'exercice du contrôle à adresser au patient. Le certificat initial d'hospitalisation et les certificats à 24h et 72h sont également transmis s'il s'agit d'une première saisine.

En matière d'isolement, les documents statistiques communiqués par l'EPSM font apparaître qu'en 2022, le juge a été saisi à 659 reprises par l'établissement et a prononcé 56 mainlevées, soit 8,5 %. Du 1<sup>er</sup> janvier au 11 décembre 2023, le service du JLD a été destinataire de 394 saisines et le juge a rendu 48 ordonnances de mainlevée, soit 12,1 %. S'agissant de la contention, les chiffres sont les suivants : pour l'année 2022, 105 saisines et 18 mainlevées soit 17 % et pour l'année 2023 jusqu'au 11 décembre, 146 saisines et 16 mainlevées, soit 10,9 %. Il est à relever que les chiffres communiqués aux contrôleurs par le JLD font état, pour l'année 2023 jusqu'au 30 juin, de 453 saisines en matière d'isolement.

Le juge n'est jamais intervenu sur le fondement de l'article L. 3211-12 I du CSP qui prévoit sa saisine à tout moment à la demande du patient, de son entourage ou du tiers qui a formulé la demande de soins. Cela peut s'expliquer par le fait que la personne isolée ne reçoit aucun document expliquant ses droits dès le début de l'isolement. A l'approche des 72h, il lui est notifié que le JLD doit intervenir, qu'un avocat peut être désigné et qu'elle peut demander à être entendue par le magistrat. La personne isolée n'est pas non plus convenablement avisée de la possibilité de prévenir ou non ses proches. Lorsque les proches sont avisés, il ne leur est pas clairement expliqué qu'ils ont le droit de demander la levée de la mesure au juge. Il est à noter que le formulaire sur les modalités d'exercice du contrôle à adresser au patient, s'il vise bien, outre le contrôle obligatoire, la requête en mainlevée, mentionne une référence de texte erronée.

### Recommandation 36

L'information de la personne isolée et éventuellement contenue doit être assurée au moment de la prise de décision par la remise d'un support écrit lui précisant ses droits. Dans le respect de la volonté du patient, les proches doivent être informés de la possibilité qui leur est offerte de saisir le juge des libertés et de la détention pour demander la levée de la mesure d'isolement ou de contention.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement mentionne que : « Ces informations apparaissent actuellement au sein du livret d'accueil. Les informations particulières à délivrer et la manière dont elles doivent être délivrées pourront faire l'objet d'un débat en comité d'éthique (en plus de la réglementation et des droits rappelés) ».

Les principales causes relevées par le JLD pour mettre fin à l'isolement sont la saisine tardive, le manque de caractérisation du danger immédiat ou imminent dans les motivations des prescriptions d'isolement et de contention, et le défaut d'actualisation de ces prescriptions lors du renouvellement de la mesure (copié-collé de la motivation de la prescription initiale ou bien mention « idem »). Des informations recueillies par les contrôleurs, il ressort que les deux évaluations médicales par 24h pour l'isolement et par 12h pour la contention, si elles sont tracées, ne sont pas toujours le résultat d'un examen du patient par le médecin.

### Recommandation 37

Afin que le juge des libertés et de la détention puisse exercer le contrôle des mesures d'isolement et de contention, ces dernières doivent être rigoureusement tracées. Les deux évaluations médicales effectivement réalisées par un médecin sur une durée de 24h pour l'isolement et de 12h pour la contention doivent être adressées au juge.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement informe que : « Afin de répondre aux exigences réglementaires qui encadrent les attendus du registre de la loi, l'EPSM de la Sarthe souhaite basculer sur un format numérisé. Actuellement, il peut nous être reproché de ne pas faire figurer au sein du registre de la loi l'ensemble des Informations réglementairement attendues. Cependant, toutes ces informations sont à disposition et peuvent être produites lors d'une visite de contrôle. Un point de formalisme sur lequel nous devons progresser et qui nous permettra, par la dématérialisation du registre, un gain d'espace et de temps dans la tenue de ce dernier ».

## 9. LES SOINS

### 9.1. LES SOINS PSYCHIATRIQUES NE SONT PLUS ASSURES

#### 9.1.1. Les pratiques cliniques

Les patients bénéficient, dans certains services, d'entretiens réguliers avec un médecin psychiatre mais dans de nombreux services, l'absence de médecin rend ces consultations aléatoires et espacées.

En effet, les soins médicaux des services intrahospitaliers ne sont plus assurés que par 4,8 ETP, dont le chef de pôle qui assure à lui seul la chefferie sur les soins aux personnes âgées (intra et extrahospitalier), le département de médecine générale, le pôle de psychiatrie adulte, ainsi que l'intérim sur les unités 5 et 7 et le tutorat du docteur junior de l'unité 1.4. En avril 2023, il ne restait que 27 psychiatres pour toute l'activité de l'établissement, alors qu'il y en avait 60 en 2014. Trois unités étaient ainsi sans encadrement médical et la fermeture de 42 lits a été décidée avec une réorganisation d'un médecin par unité en mai 2023 (cf. § 3.3).

Au moment du contrôle, dans un service, certains patients n'avaient pas vu de psychiatre depuis plusieurs mois. Dans d'autres, ce dernier ne vient qu'une à deux fois par semaine durant deux heures. Toutefois, concernant les services accueillant des patients au long cours, le médecin généraliste est, quant à lui, présent quotidiennement, ou intervient à la demande (Gaudi).

#### Recommandation 38

L'établissement et ses autorités de tutelle doivent tout mettre en œuvre pour que les soins de psychiatrie soient assurés par des médecins psychiatres.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « L'ensemble de notre organisation médicale a été repensée afin d'optimiser la présence médicale au sein de chaque unité et pour l'ensemble des dispositifs ambulatoires. Cette réorganisation s'est faite et se fait dans l'intérêt du patient et afin de permettre à l'ensemble de la population de pouvoir voir un psychiatre. Les secteurs sont d'ailleurs en cours de redécoupage dans une logique de prise en compte populationnelle.

A la suite de la visite, l'ARS a demandé à l'EPSM de la Sarthe de médicaliser la seule unité qui connaissait un cadre dérogatoire : cela s'est fait sans moyens médicaux supplémentaires (reprise d'un temps de psychiatre de 0,5 ETP historiquement mis à disposition de l'EPSM vers la maison des adolescents ».

Un examen psychiatrique est toutefois systématiquement réalisé lors de l'admission dans les unités, un médecin est toujours joignable à défaut d'être présent. Les consultations s'effectuent en présence d'un infirmier, dans la limite de leur disponibilité.

La permanence des soins est assurée par un interne de psychiatrie de garde sur place de 18h00 à 9h00, sur l'ensemble des services intrahospitaliers et un senior d'astreinte à domicile sur l'EPSM et les urgences du CHM. De fait, il ne serait fait qu'exceptionnellement appel aux psychiatres d'astreinte pour les patients du CHM après 22h00 (cf. § 4.1).

Des réunions cliniques comme de synthèse ne se tiennent plus régulièrement dans les unités et souvent plus du tout ; leur absence empêche l'ensemble des acteurs des projets de soins (psychiatres, assistantes sociales, aides-soignants, infirmiers, psychologues, secrétaires, pharmacien, médecin généraliste) de participer collégialement au projet de soin des patients et

de préparer sereinement les sorties. Les transmissions entre équipes de soignants bénéficient d'un temps dédié suffisant. Il n'y a plus de chef de service dans les unités de psychiatrie adulte. Les pôles de psychiatrie (sauf celui de pédopsychiatrie) n'ont pas encore mis en place une organisation pérenne et formalisée de réunions institutionnelles pour aborder les situations complexes, permettant d'évoquer les difficultés de prise en charge ou d'échanger autour de certaines pratiques. Deux réunions institutionnelles du pôle de psychiatrie adulte se seraient tenues sur un an. Un des médecins est responsable des internes de psychiatrie et assure leur formation sur site en lien avec la faculté.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que : « Les patients hospitalisés au long cours (patients hospitalisés depuis plus de 292 jours) font l'objet d'un suivi partagé au sein de l'établissement. Ce suivi a d'ailleurs alimenté la réflexion et conduit à la genèse de deux projets fondamentaux pour l'établissement : mise en place de deux unités sanitaires de préparation au médico-social (été 2022), unité de patient au très long cours (échéance fin 2024). Des « revues de projets de sortie » sont ainsi mises en place aujourd'hui au sein de chacune des unités d'hospitalisation complète, animées par le cadre de santé supérieur responsable du département parcours et réunissant médecin, cadre et assistante de service sociale ».

Le traitement par stimulation magnétique transcrânienne répétitive (RTMs) est développé sur site depuis 2016, mais cette technique est principalement utilisée dans le cadre des prises en charge du centre anti-douleur et pour les personnes souffrant de dépression résistante aux traitements. L'accès à la sismothérapie est provisoirement impossible par défaut de psychiatre formé.

Les IDE participent aux consultations et procèdent à la dispensation des médicaments. Dans certains services, ils ne sont qu'au maximum deux et parfois un par demi-journée et ne peuvent plus alors faire d'entretiens infirmiers ni participer aux activités thérapeutiques ou aux sorties thérapeutiques. Il n'y a pas de réunion soignant-soigné et aucun infirmier de pratique avancé (IPA) n'exerce en intrahospitalier.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement mentionne que les IDE sont au nombre de deux dans les unités classiques et de trois dans les unités dotées d'une extension.

### 9.1.2. Les activités occupationnelles et thérapeutiques

En dehors des salons de télévision, seuls quelques jeux de société sont proposés dans les unités pour les patients. Les possibilités d'animation de ces activités sont dépendantes du nombre de soignants ou professionnels présents dans les services. Aucune unité, sauf l'unité 7, ne bénéficie de la présence d'ergothérapeutes, de psychomotriciens, d'éducateurs. Seule cette unité 7 affiche le planning des activités proposées et prévoit la création d'un espace extérieur pour les activités thérapeutiques.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que les unités 6 et 7 partagent du temps de psychomotricien et d'ergothérapeute.

Par ailleurs, une cafétéria, couplée avec une boutique, propose des boissons chaudes et froides et des friandises, du lundi au dimanche. La boutique propose quant à elle des produits de première nécessité. Toutefois, cet espace ne propose aucune activité ni moments conviviaux. Il n'y a ni baby-foot ni jeux de société et seuls quelques livres sont à disposition. Tenue par une

association jusqu'en 2012, elle est depuis gérée directement par l'établissement et animée par six agents.

Des activités thérapeutiques sont proposées chaque jour en dehors des unités au sein du centre des réhabilitations psycho-sociales (CRPS), espace composé de trois bâtiments. Un premier bâtiment est destiné à accueillir toute personne orientée par un professionnel ou se présentant spontanément pour solliciter une prise en charge de réhabilitation psycho-sociale, au sein d'un « centre de proximité ». Les rendez-vous sont donnés à environ trois semaines et la personne fait l'objet d'un bilan afin de déterminer son éligibilité et, le cas échéant, les activités pertinentes à développer. Deux salles permettent, dans ce premier bâtiment, des activités d'éducation à la santé collective de même qu'un atelier poterie.

Le second bâtiment abrite des salles pour activités collectives mais aussi des espaces destinés à la pratique de la cuisine thérapeutique, du travail du cuir et de la menuiserie.

Un troisième bâtiment sert aux activités physiques adaptées avec deux grandes salles équipées du matériel nécessaire.



*CRPS*



*Cafétéria*



*Une salle de sport*

Le programme de ces activités n'est pas affiché dans les unités (sauf à l'unité 7). Les thérapeutes renseignent les dossiers informatisés des patients sur Cariatides.

Plusieurs programmes d'éducation thérapeutique du patient sont proposés : le programme « comprendre les signes de la maladie et savoir gérer ses soins » (Arsimed Sarthe 2017-2021) pour les patients vivant avec une schizophrénie, le programme « Arsimed ma maladie » (une session par an de septembre à décembre sous la forme de 10 séances hebdomadaires d'1h30 bénéficiant à un groupe de 4 à 8 personnes) et enfin « Arsimed mon traitement ».

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « L'établissement s'est doté d'un IDE chargé de l'événementiel des patients (exemple : la journée d'inauguration des SISM du 07 octobre 2023). De plus, le centre de réhabilitation psycho-sociale (CRPS) permet l'organisation de nombreuses activités thérapeutiques, directement dans les unités d'hospitalisation. Enfin, la refonte de nos espaces verts a permis la mise en place de la médiation animale en éco-pâturage. Outre le temps de balade, les patients, notamment de l'UPAH, participent à raison de deux fois par semaine à des activités thérapeutiques avec les moutons et chèvres ».



*Eco pâturage et médiation animale*

### 9.1.3. Le circuit du médicament

Le circuit du médicament et des produits pharmaceutiques est géré par la pharmacie à usage intérieur (PUI) du CH. Trois pharmaciens (2,7 ETP) et sept préparateurs en pharmacie (6,4 ETP) gèrent l'ensemble de l'établissement et toutes ses structures médico-sociales (333 lits). L'équipe comporte également des agents administratifs et aides préparateurs mais il n'y a pas d'interne ni d'externe.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que les structures médico-sociales comportent 327 lits.

Les locaux actuels sont adaptés mais nécessitent quelques réaménagements de mise aux normes qui sont déjà programmés. La PUI bénéficie d'une robotisation pour les comprimés.

Les médicaments arrivent dans les unités en dispensation hebdomadaire individuelle nominative, les piluliers étant confectionnés la nuit par les IDE.

Les pharmaciens procèdent à la validation pharmaceutique de 100 % des prescriptions. En 2022, 22 821 prescriptions ont ainsi été validées pour la psychiatrie (241 749 lignes), générant 747 interventions ; 423 ont été prises en compte et suivies par les prescripteurs.

Les pharmaciens n'assistent pas aux réunions cliniques. En revanche, ils participent au développement de trois programmes d'éducation thérapeutique : « Ma maladie, ma prise de poids », « Vivre avec ses troubles bipolaires », « Arcimed mon traitement » ; 68 patients en ont bénéficié en 2022.

La conciliation médicamenteuse d'admission est proposée aux patients non encore connus, de plus de 65 ans ou bien prenant un médicament à risque ; 92 patients en ont bénéficié en 2022 soit 50 % de la cible.

Les commissions du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) ne se tiennent plus depuis 2020.

## 9.2. LES SOINS SOMATIQUES SONT ASSURES SANS COORDINATION AVEC LA PRISE EN CHARGE DE PSYCHIATRIE

### 9.2.1. L'accès aux soins somatiques

Les soins somatiques sont dispensés, au sein des unités d'hospitalisation complète, par neuf médecins généralistes. Toutefois, un médecin est en disponibilité, un autre en longue maladie, un troisième est affecté dans une unité du CH général et à l'addictologie sur d'autres sites, un quatrième est en congés (compte épargne-temps) avant retraite. Seuls quatre médecins et un interne œuvrent ainsi réellement sur les services intrahospitaliers, chaque médecin assurant les soins sur deux unités, sauf l'interne de médecine générale qui n'intervient que sur une unité.

Les médecins généralistes examinent tous les patients admis en hospitalisation complète. Ils s'assurent de l'existence ou non d'une contraception et, le cas échéant, proposent sa mise en place via un rendez-vous auprès du gynécologue. Ils réalisent, pour les patients au long cours, le suivi des maladies chroniques et les dépistages de cancers. Ils sont également sollicités pour prescrire les traitements préventifs de la phlébothrombose lors des placements en contention. Aucun somaticien ne participait aux réunions cliniques, même quand elles étaient encore en place.

Les généralistes participent partiellement aux programmes d'éducation à la santé.

Trois diététiciennes viennent s'entretenir avec tous les patients sur prescription du psychiatre, du généraliste ou de l'IPA et font un bilan mensuel avec les équipes soignantes. Elles se rendent également en CMP. Elles travaillent avec un ergothérapeute sur une activité « cuisine réadaptative » pour trois groupes par an de six à sept patients, sur douze séances en quatre mois. L'éducation à la santé est assurée également par dix séances de psychoéducation (les diététiciennes interviennent dans quatre d'entre elles), et par un programme « équilibre santé et plaisir » une fois par trimestre.



*Salle du kinésithérapeute*



*Fauteuil de RTMs*

Les médecins généralistes gèrent l'accès aux autres soins spécialisés, prioritairement par des consultations proposées sur site, une fois par semaine ou tous les quinze jours, avec de nombreux spécialistes comme un podologue, un kinésithérapeute, un dentiste, un ORL, un dermatologue, un pneumologue, un tabacologue et un gynécologue. Ces professionnels sont rassemblés au sein du plateau technique des spécialités médicales et paramédicales (PCSMP). Le chirurgien-dentiste n'a pas accès au logiciel Cariatide et doit rédiger des ordonnances sur papier. Les électro-encéphalogrammes (EEG) sont opérés sur site mais interprétés par des neurologues du CHM.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que les EEG sont en réalité interprétés par des IDE de l'établissement.

Il était prévu une consultation de médecine générale à destination des patients sans médecin référent pour faciliter les sorties lors d'une demi-journée de consultation par mois mais qui a du mal à se mettre en place, faute de médecins.

L'accès aux autres spécialités est organisé avec le CHM ou des professionnels privés (ophtalmologie, panoramiques dentaires). Aucune difficulté d'accès aux soins n'est rapportée lors des hospitalisations dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) avec même un accès rapide aux scanner cérébraux.

### 9.2.2. L'accès aux soins d'addictologie

L'établissement dispose, pour les patients hospitalisés, d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) qui se déplace dans les services et fait le lien avec la prise en charge ambulatoire. Ces professionnels inscrivent leurs observations dans le dossier patient.

Cette équipe est bien connue des soignants et il n'est pas relevé de difficulté pour la mobiliser. Toutefois, la problématique du trafic de stupéfiant au sein du parc ne semble pas déboucher sur une mobilisation accrue ou spécifique de l'addictologie au profit des patients hospitalisés.

L'établissement dispose au Mans d'un centre d'addictologie (clinique Prémartine) avec un service de consultation et une unité d'hospitalisation complète de 12 lits, d'un hôpital de jour de 15 places et de l'ELSA.

## 9.3. L'ABSENCE DE SOLUTIONS D'HEBERGEMENT CONSTITUE LE PRINCIPAL FREIN AU PROCESSUS DE SORTIE

### 9.3.1. Les permissions de sortie

Les sorties dans l'enceinte de l'établissement sont très restreintes, y compris pour les patients en SL qui ne peuvent sortir, dans certaines unités, sans une autorisation de sortie donnée par le médecin (cf. § 6.1). Des sorties de courte durée hors de l'établissement, accompagnées de moins de 12h et non accompagnées de moins de 48h, sont accordées aux patients en SSC. Toutefois, les sorties accompagnées sont souvent limitées par des contraintes organisationnelles dues au manque de soignants. En outre, le préfet s'oppose fréquemment aux sorties non accompagnées des patients en SDRE, ce qui engendre également une forme d'autocensure de l'établissement qui sollicite moins de telles sorties pour ces patients.

### 9.3.2. La sortie d'hospitalisation

L'établissement dispose de deux USPMS ainsi que de deux maisons d'accueil spécialisé (MAS), une située au sein même de l'EPSM et la seconde au Mans, d'un foyer de vie situé en périphérie du Mans, ainsi que d'un appartement « d'évaluation des habiletés à habiter un logement individuel » (appartement ELHI) situé sur le site de l'EPSM.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que l'établissement dispose en fait de deux appartements ELHI.

Toutefois, au sein même des deux USPMS, des patients sont en attente depuis plusieurs années pour obtenir une place dans une structure d'aval. Les patients multiplient les stages dans ces différentes structures, mais sans jamais obtenir une place définitive, créant ainsi une perte de sens dans les projets des patients. Aussi, certains dossiers à destination de la MDPH restent

bloqués plusieurs mois, faute de signature d'un médecin psychiatre, bloquant ainsi l'avancée du projet de sortie de certains patients.

Les contrôleurs ont rencontré trois patients qui présentent des pathologies et handicaps sévères avec une composante de trouble du comportement nécessitant une prise en charge en structure adaptée médico-sociale. Ils sortent régulièrement en journée avec les soignants lorsque ceux-ci peuvent se rendre disponibles mais passent le reste du temps enfermés en chambre, transformée en chambre d'établissement médico-social. Ils ne bénéficient pas de la présence d'un éducateur pour les faire davantage sortir la journée et les mobiliser.

### Recommandation 39

Les patients au long cours qui attendent une place dans une structure médico-sociale doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée.

Dans ses observations du 18 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général de l'ARS Pays de la Loire renvoie à sa réponse relative à la recommandation n°16 et mentionne prendre en compte les besoins de solution d'aval (projet de travailler en EHPAD de patients de l'EPSM, renforcement de l'équipe psycho-sociale de l'EPSM -projet de financement présenté à l'Agence par l'établissement).

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que : « *La mise en place des revues de projet de sortie permet de voir l'ensemble de dossier d'une unité et d'accompagner au mieux le patient vers son lieu de vie. Un travail avec les partenaires est mis en place pour penser la sortie du patient dès son entrée en hospitalisation, avec l'appui de case managers* ».

Au jour du contrôle, 85 patients étaient hospitalisés au long cours, soit depuis plus de 292 jours, représentant ainsi 43,1 % des lits occupés. Cette embolisation des lits d'hospitalisation à temps complet est principalement due au déficit de places dans les structures d'aval adaptées pour ces patients. Le département apparaît en effet sous-doté en foyers de vie, foyers d'accueil médicalisé (FAM), maisons d'accueil spécialisé (MAS), établissements et service d'aide par le travail (ESAT), instituts médico-éducatifs (IME), mais également en maison d'accueil familial pour les personnes âgées (MAFPA) et établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD). Surtout, ces structures restent très réticentes à l'accueil de personnes ayant été hospitalisées en psychiatrie. La stigmatisation des patients de l'EPSM par les structures d'aval, y compris par les bailleurs sociaux, rend très difficile la réalisation des projets de sortie.

Face à cette situation, l'établissement tente de mobiliser ces structures d'aval et de créer des partenariats avec ces dernières pour favoriser la sortie des patients. Ainsi, lors de la visite de l'établissement, une journée portes ouvertes des USPMS était organisée à destination de ces structures afin de leur faire découvrir les unités et rencontrer les professionnels de santé. La direction, comme le pôle social, tentent également de rencontrer régulièrement les bailleurs sociaux. Toutefois, selon les informations recueillies, il apparaît que la coordination entre les équipes soignantes et les assistantes sociales reste très hétérogène selon les unités, ce qui aboutit à un manque de partage d'information, résultant parfois en des dossiers incomplets ou non déposés à temps auprès des structures, constituant des pertes de chance évidentes pour les patients. En outre, les tuteurs ne semblent pas toujours associés pleinement aux projets des patients. Enfin, il a été rapporté que la direction associait très peu le pôle social aux réunions institutionnelles de l'établissement.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement mentionne que : « Le service social, placé sous la responsabilité d'une coordinatrice du service social, est rattaché au pôle parcours relations usagers et qualité. La coordinatrice du service social est associée aux réunions d'encadrement institutionnelles organisées sur l'établissement. Elle est membre invitée par ailleurs de la CDU et du bureau d'analyse des réclamations (problématiques sociales intriquées). Par ailleurs, le projet du service social (élaboré en 2023) vise à articuler l'évolution du service avec la mise en œuvre du projet stratégique de l'établissement et des projets de pôle. A ce titre, les ASS sont associées aux groupes de travail ad hoc et participent aux instances de pôle sur lesquelles elles exercent (assemblée générale de pôle) ».

#### Recommandation 40

L'établissement doit établir et mettre en œuvre des partenariats avec des structures d'aval, afin de répondre aux difficultés d'hébergement des patients sortants.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement mentionne que : « L'établissement veille à développer les partenariats avec les structures d'aval présentes sur le territoire. Cette volonté s'exerce à plusieurs niveaux :

- structuration d'un département parcours : équipe dédiée et un interlocuteur privilégié des acteurs du territoire (structures médico-sociales, bailleurs sociaux, logements accompagnés...) ;
- présence d'équipes mobiles d'appui sur le territoire : dispositif d'appui au médico-Social (DAMS), équipe mobile géronto-psychiatrique (EMGP) ».

#### 9.3.3. Le collège des professionnels de santé

Aux termes de l'article L. 3212-7 alinéa 3 du code de la santé publique, lorsque la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission, le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation médicale approfondie de l'état mental de la personne, réalisée par un collège de professionnels de santé composé de deux psychiatres, dont un seulement participe à la prise en charge du patient, ainsi qu'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire de soins. Cette évaluation est renouvelée tous les ans. Selon les informations collectées, le collège des professionnels ne se réunirait pas systématiquement et l'avis du patient serait rarement recueilli, de sorte que l'avis émis reste purement formel, sans évaluation croisée approfondie.

#### Recommandation 41

En application de l'article L. 3212-7 alinéa 3 du code de la santé publique, l'intérêt du patient et la qualité de son suivi commandent que le collège des professionnels de santé soit réuni pour tous les patients en soins sans consentement depuis plus d'un an, et ce quelle que soit la forme de prise en charge, afin de procéder, après rencontre du patient et recueil de ses observations, à une évaluation médicale approfondie de son état et donner un avis sur la suite à donner à sa prise en charge.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « L'article L 3212.7 alinéa 3 concerne les patients sous mesures SDT, SDTU et SPI présents en hôpital complet ou en programme de soins depuis plus d'un an. L'avis du collège pour les patients concernés est réclamé auprès du secrétariat médical, via un échancier. La secrétaire médicale prend en charge d'organiser l'échange entre le psychiatre qui

prend en charge le patient, un autre psychiatre et le membre de l'équipe pluridisciplinaire. Après avoir vu le patient, ils en échantent sur sa situation et cela se traduit par le document "Avis du Collège", transmis à la cellule de soins sans consentement. Cet avis peut être concordant ou discordant. Cet avis du collège est renouvelé tous les ans à date anniversaire, tant que le patient est sous mesure de placement. Cette procédure est respectée car la non-production d'un avis du collège vaut levée de la mesure, au même titre que l'absence d'un certificat obligatoire ».

#### 9.4. LE CONSENTEMENT DANS LES SOINS N'EST PAS REELLEMENT RECHERCHE

La recherche du consentement est insuffisamment développée et les patients ne sont pas toujours associés à leurs soins.

Les projets de soins individualisés pour les patients ne sont pas formalisés, d'autant qu'il n'y a souvent plus de réunion clinique hebdomadaire dans de nombreux services, permettant de le suivre en pluridisciplinarité. Chaque patient rencontre néanmoins régulièrement un médecin psychiatre et fait le point avec lui sur son traitement, sauf dans plusieurs unités où l'absence de médecin rend ces entretiens aléatoires.

Si les observations du patient sont recueillies lors de cet entretien et souvent retranscrites sur Cariatide, elles ne sont pas reproduites sur les certificats médicaux. Ce point avait déjà été évoqué lors du contrôle de 2015<sup>45</sup>.

Les directives anticipées incitatives en psychiatrie (DAIP) ne sont pas déployées, alors qu'elles permettraient de déterminer les soins souhaités lors des moments de crise. Pour autant, le livret d'accueil mentionne et précise ces directives anticipées en santé mentale en les distinguant précisément des directives anticipées de fin de vie.

Aucun pair-aidant n'œuvre au sein de l'établissement.

#### Recommandation 42

Chaque patient doit bénéficier d'une information claire et pouvoir exprimer son consentement aux soins proposés. Des partenariats avec des pairs-aidants et la mise en œuvre des directives anticipées incitatives en psychiatrie doivent y concourir.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « L'EPSM de la Sarthe développe le recours aux nouveaux métiers, toujours dans une dynamique d'optimisation de la ressource médicale. La pair-aidance est développée, notamment en partenariat avec les GEM et dans le cadre du PTSM ».

Les familles sont associées au projet de soins dès que possible ainsi qu'à la préparation à la sortie et sont reçues par les médecins psychiatres lorsqu'elles le sollicitent. Toutefois, la pénurie de médecins empêche ces entretiens de manière satisfaisante pour les familles.

S'agissant de la personne de confiance, le livret d'accueil en explicite le rôle et mentionne la possibilité pour le patient de procéder à sa désignation. Les soignants connaissent son rôle, les patients en sont informés oralement et peuvent la désigner. Au moment du contrôle, cette désignation est inégalement réalisée selon les unités, mais majoritairement renseignée.

<sup>45</sup> CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier spécialisé d'Allonnes, fév. 2015, p. 29, § 3.2.3.

En revanche, le formulaire de désignation n'est que rarement signé par les patients et contresigné par la personne de confiance qui n'est pas informée de sa désignation. En outre, les personnes de confiance ne sont que rarement associées aux soins.

#### Recommandation 43

La personne de confiance désignée par le patient doit être systématiquement informée et invitée à contresigner le formulaire de demande de désignation. Elle doit être sollicitée lors des différentes étapes du projet de soins.

S'agissant de l'administration des médicaments, à l'exception de la zone d'attente, les piluliers sont préparés par les soignants qui distribuent les traitements au moment des repas, sans respect de la confidentialité. Ceux qui demandent des informations sur leurs traitements sont invités à venir ensuite en salle de soins. Le rapport du CGLPL de 2015 mentionnait déjà que « la distribution des médicaments au moment du repas doit être réalisée en respectant la confidentialité »<sup>46</sup>.

Enfin, le consentement aux soins n'est pas systématiquement recherché lors de l'administration de traitements en phase de crise ou en cas de refus de traitement. En effet, 60 prescriptions de traitement injectable de Loxapac<sup>®</sup> sont actives en « si besoin » au moment du contrôle.

Le CGLPL rappelle que l'administration d'un traitement n'est pas possible sans avoir préalablement recherché le consentement du patient. Seul le médecin est habilité à venir examiner le patient physiquement, rechercher son consentement et décider, en fonction de la clinique alors obtenue, si l'administration non consentie d'un traitement est toujours nécessaire et cela en dernier recours. L'infirmier ne peut donc pas exécuter seul de traitement « si besoin » sans le consentement du patient.

#### Recommandation 44

La prescription de traitement en « si besoin » est prohibée lorsque le consentement à ce traitement n'est pas recherché ou obtenu par le praticien avant administration. L'administration injectable urgente d'un médicament doit répondre à une prescription médicale, établie immédiatement en réponse à la nécessité de l'apaisement d'un état clinique médicalement évalué.

---

<sup>46</sup> CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier spécialisé d'Allonnes, fév. 2015, recommandation 21, p. 5 (cf. chap. 4.2.5.3.4).

## 10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

### 10.1. LA PRISE EN CHARGE EN PEDOPSYCHIATRIE EST ATTENTIVE MAIS DE NOMBREUX ENFANTS SONT PLACES A L'ISOLEMENT SANS BASE LEGALE

#### 10.1.1. L'organisation de la pédopsychiatrie dans la Sarthe

Le pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA) comporte deux secteurs en extrahospitalier. Le secteur Nord dispose de cinq centres médico-psychologiques (CMP) adossés à des centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP). Le secteur Sud est doté de quatre de ces structures. En outre, des structures départementales situées au Mans prennent en charge des patients jusqu'à l'âge de 16 ans :

- l'unité de périnatalité de futurs parents et leurs enfants jusqu'à l'âge de 18 mois ;
- la plate-forme de coordination et d'orientation des repérages des troubles du neurodéveloppement pour les enfants de 0 à 7 ans ;
- le dispositif de détection et d'intervention précoce des troubles psychotiques émergents (DIPPE) ;
- l'institut départemental de thérapie familiale ;
- l'équipe mobile d'appui au médico-social ;
- le centre de soins consultation pour adolescents (CSA) se compose d'un CMP et d'un CATTP. Il propose pour des patients de 13 à 16 ans des entretiens individuels ou des groupes thérapeutiques afin d'accompagner leur parcours de soins.

Au CHM, l'équipe de liaison pédopsychiatrique (ELPP) est placée sous la responsabilité d'un praticien hospitalier qui intervient également à l'UPAH. Il est secondé par un pédopsychiatre ainsi que par cinq IDE et deux psychologues. Cette équipe assure le lien entre la pédiatrie et l'hospitalisation complète en pédopsychiatrie à Allonnes.

#### 10.1.2. L'unité pédopsychiatrique d'accueil et d'hospitalisation (UPAH)

L'hospitalisation en psychiatrie d'un mineur relève d'une demande de l'autorité parentale, d'une ordonnance de placement provisoire par un juge des enfants (OPP) ou de soins sur décision du préfet, représentant de l'Etat (SDRE).

Sur l'emprise de l'EPSM, une unité pédopsychiatrique d'accueil et d'hospitalisation, dont la capacité est limitée à neuf places, est l'unique lieu de soins des mineurs de 2 à 16 ans en hospitalisation complète, pour tout le département. Son projet de service, daté du 23 février 2023, liste en cinq chapitres les missions du service, l'organisation médicale et soignante, les partenariats, les principes et valeurs ainsi que des actions de formation, décrits *infra*.

##### a) Le personnel

Sous l'autorité d'une cheffe de pôle pédopsychiatre et d'un cadre de santé, l'unité d'hospitalisation du pôle PEA s'adresse aux mineurs officiellement de 2 ans<sup>47</sup> à 16 ans qui présentent des troubles psychologiques et des pathologies psychiatriques en leur proposant des prises en charge variées.

---

<sup>47</sup> Aucun enfant de moins de 4 ans n'aurait été hospitalisé en psychiatrie depuis des dizaines d'années.

Les mineurs de 16 à 18 ans sont quant à eux dirigés vers les unités d'adultes. Ainsi, au moment du contrôle, 77 mineurs avaient été hospitalisés en unités d'adultes entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 novembre 2023.

L'organisation médicale et soignante repose sur la présence de deux pédopsychiatres (0,9 ETP), en insuffisance pour couvrir tous les jours de la semaine et d'un interne (0,40 ETP) ; ainsi, au moment du contrôle, aucun médecin n'était présent les mercredis et jeudis matin. L'équipe soignante est composée de dix-huit infirmiers (17,2 ETP) dirigés par un cadre de santé (1 ETP), d'un éducateur spécialisé (1 ETP), d'une psychologue (0,5 ETP), d'une psychomotricienne (0,50 ETP) et d'une enseignante (0,50 ETP). A cette équipe s'ajoutent quatre agents des services hospitaliers dont l'un en CDD. Il a été rapporté aux contrôleurs que contrairement à la situation chez les adultes, l'absentéisme chez les IDE est quasi inexistant. Comme mentionné par le projet de service, tous les soignants, qui doivent posséder un minimum de connaissances en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, se forment de manière régulière sur les évolutions de prise en charge.

Le service ne dispose plus d'assistant de service social (ASS) et l'assistant administratif est un remplaçant.

Enfin, aucun médecin somaticien n'exerce plus dans le service depuis le départ de la pédiatre il y a deux ans et aucun dispositif spécifique n'est organisé pour les soins somatiques des enfants. En cas de problème aigu, l'équipe doit faire appel au cadre supérieur de santé qui va se rapprocher des somaticiens exerçant dans les unités des adultes pour obtenir une consultation.

#### Recommandation 45

L'absence de pédiatre dans une unité d'hospitalisation qui accueille des enfants de moins de 16 ans constitue une atteinte grave à l'accès aux soins. Il doit y être remédié sans délai.

Dans ses observations du 18 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général de l'ARS Pays de la Loire mentionne que : « *Le recours si besoin à des compétences de pédiatre n'est recommandé que pour les titulaires de la mention de psychiatrie périnatale (D. 6124-263. 16\* du CSP). Elle n'est pas citée pour la mention psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (cf. supra). L'EPSM déclare par ailleurs recourir aux ressources de pédiatre du CH du Mans pour son unité de périnatalité* ».

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que : « *Les directions générales de l'EPSM de la Sarthe et du Pôle Santé Sarthe et Loire se sont rencontrées fin 2023. L'arrivée d'un pédiatre au sein du PSSL va permettre aux mineurs de l'UPAH d'être vus, sur le plan somatique, par un spécialiste. Un partenariat avec un circuit de consultations est en cours de travail conjoint entre les deux établissements et est attendu pour la fin du 1<sup>er</sup> semestre 2024. Nos sollicitations auprès des pédiatres libéraux sont restées vaines* ».

#### b) Les réunions

Outre les transmissions propices à l'échange en raison notamment de leur durée, des synthèses réunissent l'équipe pluridisciplinaire et les médecins, le mardi après-midi et le vendredi matin. Si une sortie est envisagée, ce qui a été le cas lors de la visite, une réunion est organisée par les médecins avec les membres de l'équipe et l'un des intervenants de l'extrahospitalier qui assurera

la prise en charge. Lors de cette réunion, un échange en visio-conférence était aussi organisé avec les soignants parisiens qui avaient précédemment pris en charge l'adolescente.

Un agent du CSA est détaché à l'UPAH tous les vendredis matin de manière à assurer le lien dedans/dehors.

### *c) Les locaux*

Les locaux, clairs et décorés avec soin, sont en excellent état de maintenance et d'équipement. L'unité dispose de neuf chambres individuelles d'environ 10 m<sup>2</sup>, agréablement meublées. Cependant, elles ne sont équipées ni de sanitaires ni de douches qui prennent une forme collective : trois WC, trois douches et une baignoire sont aménagés dans l'unité. Les espaces collectifs sont suffisants et appropriés pour organiser des activités, allant de la scolarité (avec accès à l'informatique) aux activités occupationnelles et thérapeutiques (salle de musique, de travaux manuels, bibliothèque).

Une salle à manger collective complète les lieux destinés aux enfants. Enfin, un salon des familles permet les rencontres avec les parents.

Les soignants disposent d'un bureau infirmier, de bureaux d'entretien et d'une salle d'examen médical. Dans un espace non accessible aux jeunes patients se trouvent les bureaux des médecins et des intervenants ainsi qu'une salle de réunion.

### *d) Les modalités de prise en charge*

La file active du 1<sup>er</sup> janvier au 30 novembre 2023 s'établit à 109 jeunes patients pour des séjours en moyenne de 10 jours à 21 jours. Au moment du contrôle, huit jeunes de 12 à 15 ans étaient pris en charge en hospitalisation complète. Aucun d'entre eux ne faisait l'objet d'une OPP ni de SDRE. Cependant, l'un d'entre eux avait été placé par un juge d'instruction en contrôle judiciaire à la condition de bénéficier de soins psychiatriques. Les contrôleurs ont répondu à des demandes d'entretien de ces jeunes patients dont l'un était présent dans l'unité depuis trois semaines, un autre depuis quatre semaines et un dernier depuis trois jours.

L'équipe de liaison pédopsychiatrique présente aux urgences pédiatriques ou un psychiatre du CMP oriente l'enfant vers l'unité lorsque son état clinique implique une hospitalisation.

Réservée à des enfants dont la pathologie psychique affecte la scolarisation, la socialisation et le milieu familial ou éducatif, l'hospitalisation est toujours programmée et s'inscrit dans un parcours de soins n'ayant pas trouvé de résolution en soins extrahospitaliers. Lors de l'hospitalisation, un projet thérapeutique personnalisé est mis en place après une évaluation clinique sous forme de synthèse qui tient compte des soins précédemment proposés, de la scolarité et de l'histoire familiale. Chacun des adolescents est suivi par l'un ou l'autre des deux médecins, en revanche, aucun membre de l'équipe éducative n'est exclusivement le référent de l'enfant.

Dès l'arrivée, en compagnie de leurs parents ou tuteurs, les jeunes sont accueillis par un IDE qui leur présente le service et remet aux représentants légaux le livret d'accueil spécifique. Si la remise de ce livret est notable, il est toutefois daté de 2011 et n'est pas remis aux enfants.

### **Recommandation 46**

Le livret d'accueil de l'unité doit faire l'objet d'une mise à jour et être remis aux jeunes, comme il l'est aux parents, afin qu'ils puissent s'y référer durant leur séjour.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que : « Le livret d'accueil est remis aux patients. La traçabilité ne permet pas d'en témoigner. La requête sur notre DPI n'est pas aisée - cet élément sera pris en compte lors de l'étude prospective pour un nouveau DPI ».

#### *e) Les activités*

La direction octroie à l'UPAH, sur projets, un budget destiné aux activités d'un maximum de 5 800 euros annuels ce qui, selon les propos rapportés, correspond aux besoins des enfants.

Pendant la journée, les jeunes patients sont astreints à « des temps calmes » en chambre, lorsque les soignants effectuent les transmissions, l'un d'entre eux restant cependant à leur disposition. Pour le reste, l'enfant est pris en charge dans le cadre d'activités de groupe quand il n'est pas en entretien individuel avec le médecin ou les soignants.

Trois périodes de scolarité sont prévues dans le planning : deux heures le lundi matin, deux heures le mardi après-midi et une heure et demie le vendredi matin. Huit périodes d'activités s'étagent dans la semaine dont certaines sont réalisées en interne à l'UPAH : musique, sport et séance en pluridisciplinarité avec la psychomotricienne autour de l'utilisation d'appareils photos. D'autres ont lieu en externe au CRPS : expression scénique et zumba ainsi que deux temps d'éco-pâturage auprès des animaux élevés dans les bois qui entourent l'établissement. Le principe est que les adolescents se rendent au CRPS pour effectuer des activités, mais il arrive que l'un des animateurs intervienne au sein de l'unité.

Enfin, deux activités limitées à deux patients se déroulent, en partenariat avec le CSA, au sein de la commune d'Allonnes : sport au gymnase le lundi et piscine le vendredi.

Le mardi et le vendredi soir, les enfants bénéficient d'une soirée TV, en réalité le visionnage d'un DVD. Les permissions, avec retour à domicile pour le week-end, sont octroyées en fonction de l'état clinique des enfants.

#### *f) Les restrictions de liberté et le respect des droits*

L'unité est fermée. Le livret d'accueil précise que les jeunes patients peuvent éventuellement être maintenus en pyjama les premières heures de leur séjour. Toutefois, lors de la visite des contrôleurs, tous étaient vêtus y compris les derniers arrivés.

La circulation dans l'unité est libre et les chambres sont ouvertes. S'il est mentionné au livret d'accueil que la chambre est un espace privé, il est cependant interdit d'y recevoir de la visite et selon les propos recueillis auprès des adolescents, sa décoration n'est pas autorisée.

Il est fait interdiction aux enfants de conserver leur téléphone portable, de fumer, de garder des denrées alimentaires, même non périssables apportées par la famille, de conserver de l'argent, une console de jeux ou un ordinateur.

Les visites des familles, qui ont conduit le jeune à l'arrivée, ne sont autorisées qu'à l'issue d'une évaluation de 48 heures.

Les seuls ordinateurs sont ceux de la salle de classe mais l'unité dispose de deux tablettes avec accès à Internet afin d'effectuer des recherches, dont l'utilisation est conditionnée à la présence d'un soignant.

L'accès au culte est limité à l'accompagnement à la messe, à la chapelle de l'hôpital.

### g) Les pratiques d'apaisement, d'isolement et de contention

#### i) La salle d'apaisement

Selon les échanges avec les médecins et les soignants, outre les moyens de désescalade par les entretiens infirmiers, les sorties de l'unité accompagnées pour diminuer les tensions, les soignants utilisent la salle d'apaisement unanimement considérée comme un moyen adéquat de prévention des éventuelles périodes d'agitation.

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

#### ii) La chambre d'isolement

En situation de crise, le placement en CI nécessite la validation d'un psychiatre dans l'heure (cf. § 7.2). La CI est vétuste et son aménagement est indigne. Elle n'est pas équipée d'un bouton d'appel, l'horloge apposée dans le sas n'est pas visible du lit. Les fenêtres occultées par un film opacifiant laissent voir depuis l'extérieur tous les mouvements du jeune patient ce qui perturbe son repos et porte atteinte à son intimité.

De plus, la CI dont il avait été indiqué aux contrôleurs qu'elle n'était quasiment plus employée depuis plus d'un an, est pourtant utilisée de manière régulière, ainsi qu'il ressort des données chiffrées fournies par le DIM, pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 30 novembre 2023. Sur une file active de 109 jeunes de moins de 16 ans, 32 mesures d'isolement ont été répertoriées concernant 16 patients (soit 15 %) durant une moyenne de 7 heures. A ces périodes d'isolement sont associées 10 mesures de contention pour 4 des patients (soit 25 %) durant 3 heures en moyenne.

#### Recommandation 47

Toute mesure d'isolement, *a fortiori* de contention, d'un patient mineur doit être proscrite dès lors que, sauf s'il est pris en charge au titre de soins sur demande du représentant de l'Etat, elle est contraire à la loi. En outre, une telle mesure, y compris dans cette dernière hypothèse, étant contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant, le CGLPL recommande qu'il n'y soit jamais recouru.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « L'espace d'isolement situé à l'UPAH n'est plus utilisé, sauf sur de très courtes périodes et de manière très exceptionnelle. Le projet est de le fermer, à terme, et de le transformer en espace d'apaisement ». La directrice mentionne également que « le nombre de mesures d'isolement au sein de l'unité de pédopsychiatrie d'accueil et d'hospitalisation en 2022 s'élève à 43 (pour une file active de 15 patients), contre 33 en 2023 (pour 16 patients) ».

La mise en œuvre des DAIP reste à l'état de projet.

#### 10.1.3. Les mineurs âgés de 16 à 18 ans admis en unités pour adultes

La prise en charge des mineurs en extrahospitalier limite de manière drastique les hospitalisations grâce au maillage du réseau territorial et aux partenariats mis en place depuis plusieurs dizaines d'années sur l'ensemble d'un département.

L'hospitalisation en pédiatrie évite par ailleurs une hospitalisation en psychiatrie dans la mesure où les pédopsychiatres interviennent dans le service de pédiatrie du CHM.

Lors de la visite, cinq mineurs de 16 à 18 ans étaient hospitalisés en unités pour adultes dont trois à l'unité 1.1 et deux à l'unité 5. Il a été rapporté aux contrôleurs que s'agissant de ces cinq patients, toutes les solutions en extrahospitalier avaient été envisagées. En réalité, pour au moins trois d'entre eux aux lourdes pathologies psychiatriques, il s'agissait d'une continuité de prise en charge après de nombreuses hospitalisations à l'UPAH.

Les données fournies aux contrôleurs démontrent la fréquence d'hospitalisation de mineurs de 16 à 18 ans. Comme indiqué *supra*, 77 mineurs de 16 à 18 ans ont été hospitalisés en secteur de psychiatrie adulte entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 novembre 2023, tandis que, pour rappel, durant la même période, 109 mineurs de moins de 16 ans étaient admis à l'UPAH.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement affirme que : « 52 mineurs en 2022 et 57 mineurs en 2023 âgés de 16 à 18 ans ont été hospitalisés en secteur de psychiatrie adulte ».

Aucune spécificité n'a été rapportée dans leur prise en charge sinon qu'ils sont placés au plus près du bureau infirmier. Ils sont principalement hospitalisés en unité fermée. Cette approche est justifiée par les interlocuteurs rencontrés par des raisons de sécurité. Pourtant, comme pour les autres patients, cette orientation doit être individualisée.

#### Recommandation 48

L'hospitalisation de mineurs dans une unité pour adultes doit être proscrite.

Dans ses observations du 18 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général de l'ARS Pays de la Loire mentionne que : « L'hospitalisation de mineurs de 16 ans et plus en secteur adulte peut être avoir lieu à titre exceptionnel (article R. 6123-200 du CSP) et selon des conditions architecturales adaptées (articles D. 6124-266 du CSP : chambre individuelle). Une réponse complémentaire sera apportée par l'EPSM ».

Deux projets à l'horizon 2028 seraient à l'étude, sans toutefois être formalisés. Il est évoqué le transfert de l'UPAH à proximité du CHM, sans CI, ainsi que la création d'une unité de « primo décompensant » pour les 18 à 25 ans.

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement informe que : « Le projet d'unité des 16-25 ans est en cours de rédaction. Cette nouvelle unité va nécessiter une double compétence, adulte-enfants ». Elle précise également que « l'unité de pédopsychiatrie d'accueil et d'hospitalisation restera finalement sur le site d'Allonnes (et non pas au CHM, comme évoqué) ».

Toutefois, aucun de ces projets ne viendrait régler la question de l'hospitalisation de mineurs parmi les adultes.

### 10.2. LES PATIENTS DETENUS SONT CONTENTIONNES PHYSIQUEMENT PENDANT LE TRANSPORT, ISOLES A L'ARRIVEE ET N'ACCEDENT PAS A LEURS DROITS PENDANT L'HOSPITALISATION

Une psychiatre (0,8 ETP contre 2 ETP budgétés), des infirmiers, des psychologues, un ergothérapeute et un cadre de santé (0,2 ETP) de l'EPSM<sup>48</sup> interviennent à la maison d'arrêt du

<sup>48</sup> Rattachés au pôle ambulatoire.

Mans-Les Croisettes (MA) au sein de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) qui relève à titre principal du CHM. L'établissement pénitentiaire de 399 places accueille à peine moins de 600 personnes détenues. En 2022, 904 personnes détenues ont été prises en charge, 1 204 consultations avec un psychiatre ont été assurées (mais 1 380 n'ont pas pu l'être).

L'EPSM a comptabilisé des hospitalisations de patients détenus dans les proportions suivantes :

	2023 (au 30/11/2023)	2022	2021
Nombre de mesures	16	23	24
Nombre de patients	14	21	20
Nombre de journées	76	282	349
Durée moyenne de séjour (jours)	4,8	12,3	14,5
Durée moyenne d'hospitalisation (jours)	5,4	14,1	16,6

La durée moyenne de séjour a été fortement réduite et le nombre de patients hospitalisés a diminué. D'autres patients détenus ont été hospitalisés à l'EPSM en décembre 2023 (au moins deux, dont un présent en seconde semaine de la visite). Le transit par les urgences du CHM à la suite d'une extraction demandée en urgence est majoritaire mais des procédures d'hospitalisation en SDRE sont aussi initiées depuis la MA : c'était le cas pour un patient accueilli en décembre 2023. Les hospitalisations se déroulent dans l'une des unités de psychiatrie adulte polyvalente.

En outre, six patients ont été pris en charge dans une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), celle de Rennes étant la référence, tous directement en provenance de la MA. Le transfert à l'UHSA n'est demandé qu'exceptionnellement depuis l'EPSM une fois que le patient y est admis.

Dans ses observations du 17 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le procureur de la République près le tribunal judiciaire du Mans indique que : « *L'accès aux soins psychiatriques est particulièrement complexe, y compris pour les délinquants condamnés, à raison des faits commis et de leur personnalité, à un suivi socio-judiciaire, lequel ne peut plus être correctement mis en œuvre* ».

Deux documents datés du 13 mars 2018 décrivent à destination des soignants les conditions d'organisation des transferts des patients détenus ainsi que les conditions de leur hospitalisation complète, en rappelant que « le détenu hospitalisé [est] un patient comme les autres ». Leur contenu est concret mais il n'est que partiellement mis en œuvre. Le projet de règlement intérieur communiqué aux contrôleurs évoque des modalités de prise en charge des patients détenus sans lien avec la réalité de l'hospitalisation dans un établissement de santé mentale.

Dans ses observations du 17 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le procureur de la République près le tribunal judiciaire du Mans précise qu' : « *Un protocole est finalisé, et en cours de signature, entre mon Parquet, la Préfecture, l'EPSM et les services d'enquête du département (police et gendarmerie) ; il intervient précisément en considération du malaise parfois ressenti par les protagonistes face à la nécessité d'échanger des données couvertes par divers secrets (médical, judiciaire, défense, etc...). Ce protocole prévoit les modalités de la circulation indispensable de la bonne information, au sujet de la dangerosité éventuelle de la personne conduite au sein de l'EPSM, soit à l'issue d'une garde à vue, soit au cours de l'exécution d'une*

*peine d'emprisonnement ferme. Cette formalisation de bonnes pratiques, déjà en œuvre, doit permettre de renforcer la sécurité des personnels ainsi que celles des autres patients présents au sein de cet établissement ».*

Si la volonté institutionnelle est de ne pas systématiser les contentions mécaniques et chimiques qui dépendent d'un médecin pendant le transport, il ressort d'autres éléments recueillis que le transport couché en ambulance accompagné par deux soignants de l'EPSM s'effectue, au moins souvent, sans traçabilité de la contention en cinq points. Les soignants quittent l'EPSM avec une mallette dite « SDRE » contenant les contentions en tissu et un traitement sédatif en *per os* et en injectable. Une escorte par la police ou la gendarmerie se met parfois en place, sur demande pénitentiaire ou sur initiative des forces de l'ordre qui ont effectué la garde statique au CHM. L'escorte quitte l'ambulance à des endroits divers (devant l'EPSM, devant le pavillon d'hospitalisation) voire, suit les soignants dans l'unité et assiste même parfois à l'installation en chambre. Les agents de prévention sont informés de l'arrivée et parfois présents dans l'unité pour l'accueil. Aucune règle ne semble présider à la mise en place de ces dispositifs, incompris des soignants.

A l'arrivée, le placement en CI est systématique dans les conditions précédemment décrites (cf. § 7) et tracé, ainsi que la mise en pyjama. Il est possible de garder des sous-vêtements. Faute de CI disponible, il a pu arriver qu'un patient détenu soit accueilli dans une chambre hospitalière. En revanche, le maintien en CI n'est pas systématique au cours de l'hospitalisation. Des patients détenus peuvent parfois revêtir leurs vêtements. Les contrôleurs ont rencontré un patient détenu en pyjama dans le salon de l'unité au quatrième jour de son hospitalisation, la porte de la CI étant ouverte en journée, les repas se prenant dans la salle à manger, les consultations médicales ayant lieu dans un bureau.

Les patients sont démunis de vêtements de rechange, de tabac, d'argent. La préparation d'un paquetage avant l'hospitalisation est pourtant prévue en annexe du protocole relatif à l'organisation des transferts. Les soignants ont le réflexe d'appeler le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) pour tout besoin, mais sans obtenir de réponse. Les patients sont présentés au JLD en pyjama. Un patient malentendant n'a jamais pu entrer en possession de son appareil auditif laissé à la MA et les agents pénitentiaires ont usé de la force lors de la levée d'hospitalisation car il n'entendait pas les ordres donnés. Les besoins matériels liés à l'hygiène personnelle sont assumés par l'EPSM et de la nicotine est fournie en patch et comprimés.

Si des éléments médicaux sont bien communiqués, aucune fiche de liaison pénitentiaire ne l'est. Les soignants n'ont aucune information relative à la date de fin de peine, aux autorisations de correspondance écrite et téléphoniques, aux droits de visite de proches, de l'avocat, des aumôniers. Il leur est arrivé de prendre l'initiative de visites avec la famille à hauteur de « deux fois une heure, comme à la prison ».

Aucun document ne présente aux patients détenus les conditions de leur prise en charge.

#### Recommandation 49

Un patient détenu ne doit pas être soumis systématiquement à de la contention et à de l'isolement, les modalités de son transport jusqu'à l'hôpital ainsi que son affectation dans une chambre doivent être individualisées et adaptées à son état clinique.

Le respect de ses droits doit être assuré dans les mêmes conditions qu'en établissement pénitentiaire, sauf restriction médicale prononcée par un médecin psychiatre : il doit pouvoir

se vêtir et user de ses effets personnels, dont il doit se munir en quantité et en qualité suffisante avant de quitter l'établissement pénitentiaire, exercer ses droits de visite et de correspondance dans les conditions autorisées dans l'établissement pénitentiaire.

Dans ses observations du 17 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le procureur de la République près le tribunal judiciaire du Mans précise que : « *Des directives vont être rappelées sans délai par la direction de l'établissement pénitentiaire, formalisant ainsi la nécessité de remise d'une fiche de liaison à l'EPSM pour tout détenu conduit jusqu'à lui. En pratique, le détenu est le plus fréquemment conduit à l'EPSM depuis l'hôpital, où il a été préalablement admis au service des urgences psychiatriques. Dans ces hypothèses, il n'y a donc pas de remise officielle de la fiche de liaison, et c'est donc de manière très informelle que le lien est fait ensuite entre la détention et les infirmiers de l'EPSM (en vue de la remise des vêtements, et de tabac, par exemple). L'importance de la transmission de la fiche de Liaison, y compris dans ces hypothèses, va cependant être rappelée, afin que les interdictions de contact (téléphoniques, ou par visites physiques, notamment avec les victimes) préexistant en détention conservent leur même stricte application* ».

Dans ses observations du 18 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général de l'ARS Pays de la Loire mentionne que : « *La contention des détenus est prescrite souvent à visée sécuritaire plus que médicale, pour limiter le risque d'évasion ; c'est parfois une demande du corps préfectoral. C'est une situation qui s'exprime dans tous les départements.*

*Les fiches de liaison transmises par la Pénitentiaire (profil psychologique, comportement du détenu en détention) sont systématiquement transmises à l'établissement avec l'arrêté d'admission. Les permis de visite, si la Pénitentiaire les transmet, sont également communiqués à l'établissement car ils s'appliquent à l'hôpital. L'Agence note toutefois que c'est rarement le cas. De même, les détenus arrivent très peu souvent avec leur sac de voyage. L'EPSM dispose de produits de première nécessité qu'il remet aux patients, voire des vêtements. Une réponse complémentaire sera apportée par l'EPSM* ».

Dans ses observations du 25 avril 2024 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement informe que : « *L'EPSM de la Sarthe a rencontré dernièrement son nouveau correspondant au parquet, à la suite du départ de l'ancien professionnel. Un travail souhaite être entrepris, avec la maison d'arrêt (nouvelle directrice rencontrée début décembre 2023), afin de convenir de l'ensemble des règles de collaboration entre les trois institutions. Il s'agit de la révision de la convention Hôpital, Police, Justice* ».

A la levée de l'hospitalisation, des surveillants viennent récupérer la personne détenue dans l'unité. Le personnel soignant veille à écarter les autres patients.

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