



**Centre hospitalier
Sainte-Marie
Nice**

(Alpes-Maritimes)

Du 30 mars au 2 avril 2010

Contrôleurs ; Betty Brahmy, chef de mission ;

Bernard Bolze ;

Jean Costil ;

Isabelle Le Bourgeois ;

José Razafinfranaly ;

Yves Tigoulet.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite inopinée du centre hospitalier Sainte-Marie de Nice (Alpes-Maritimes) du 30 mars au 2 avril 2010.

1 CONDITIONS DE LA VISITE.

Les contrôleurs sont arrivés au centre hospitalier, situé 87 avenue Joseph Raybaud à Nice (Alpes-Maritimes), le mardi 30 mars à 9h. Ils en sont repartis le vendredi 2 avril à 13h.

Une réunion de début de visite s'est tenue avec :

- le directeur de l'établissement de santé ;
- le psychiatre, président de la commission médicale d'établissement (CME), responsable d'un des pôles de psychiatrie adulte ;
- deux psychiatres responsables de pôles ;
- le médecin généraliste responsable du pôle « suivi somatique et addictologie » ;
- quatre cadres supérieurs de santé et un cadre de santé représentant le cadre supérieur d'un pôle, en congé ;
- une attachée de direction et son adjointe en charge de la qualité ;
- une attachée administrative en charge des services hospitaliers ;
- l'aumônier de l'établissement de santé ;
- deux représentants de deux organisations professionnelles.

Les contrôleurs ont rencontré durant leur visite :

- le sous-préfet, secrétaire général de la préfecture des Alpes-Maritimes ;
- l'infirmier général ;
- l'aumônier du centre hospitalier ;

- le représentant départemental de la fédération nationale des associations des patients en psychiatrie (FNAPSY) ;
- un représentant de l'association Appel libre des oubliés (ALDO).

Une réunion de fin de visite a eu lieu avec le directeur et le président de la CME.

Un contact téléphonique a été établi avec un représentant de l'Union nationale des amis et familles des malades psychiques (UNAFAM).

L'affichette annonçant la visite, remise à la direction à l'arrivée des contrôleurs, a été apposée dans toutes les unités de soins le jour même.

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

L'ensemble des documents demandés a été mis à leur disposition.

Un rapport de constat a été adressé à la directrice de l'établissement de santé le 15 octobre 2010. Celle-ci a fait valoir ses observations par un courrier en date du 12 novembre 2010. Elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

Deux autres courriers ont été également reçus postérieurement à la visite : l'un d'une organisation syndicale, l'autre d'un praticien.

2 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT.

Le centre hospitalier Sainte-Marie de Nice est un établissement privé participant au service public hospitalier, sur le fondement d'un décret du 3 novembre 1976. Il s'agit d'un hôpital spécialisé en psychiatrie et géré par l'association hospitalière Sainte-Marie dont le siège est situé à Chamalières, dans le Puy-de-Dôme. Il est habilité à accueillir des patients hospitalisés sans leur consentement dans le cadre de la loi du 27 juin 1990.

Cet établissement a été créé en 1862 par le Père Joseph Chiron, fondateur de la congrégation des religieuses de Sainte-Marie de l'Assomption. L'association comprend dix-sept structures médico-sociales, sociales et quatre autres établissements de santé mentale situés à Clermont-Ferrand, Le Puy-en-Velay, Rodez et Privas. C'est dans cette dernière ville que le premier « asile » Sainte-Marie a été fondé en 1827.

Le centre hospitalier Sainte-Marie de Nice assure la prise en charge des personnes résidant dans sept secteurs situés à l'est du département des Alpes-Maritimes, de Menton à Cagnes-sur-Mer. Depuis la création en 1978 des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, il ne s'occupe pas des enfants présentant des troubles mentaux.

La capacité de l'établissement est de 466 lits.

L'établissement s'est constitué en sept pôles :

- le pôle de psychiatrie générale 6/9/13 : communes de Cagnes-sur-Mer, Saint Laurent du Var, Carros, Nice, Menton..., soit une population de près de 300 000 habitants ;
- le pôle de psychiatrie générale 8/10 : communes de Nice, de l'arrière pays niçois et de la vallée du Var, soit une population d'environ 180 000 habitants ;
- le pôle de psychiatrie générale 11/12 : communes de Nice, Villefranche-sur-Mer, Beaulieu, cantons de Contes, de L'Escarène..., soit une population d'environ 157 000 habitants;
- le pôle de psychiatrie légale (intersectoriel) comprenant la structure intersectorielle pour adolescents difficiles (SIPAD), l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) et le service médico-psychologique régional (SMPR) situé à la maison d'arrêt de Nice ;
- le pôle sanitaire de réhabilitation psychosociale (intersectoriel) qui comprend notamment le département pour les autistes ;
- le pôle de psychogériatrie (intersectoriel) ;
- le pôle de suivi somatique et d'addictologie.

Le centre hospitalier est situé au Nord-est de la ville, à 7km du centre ville.

Il est bien desservi par les transports en commun : les lignes des autobus 16, 88, 89 et 90 ont un arrêt devant l'entrée de l'hôpital. Les itinéraires de ces autobus passent par le centre ville.

Pour les visiteurs se rendant au centre hospitalier en voiture, celui-ci est signalisé lorsqu'on arrive en direction du CHS à partir du centre ville. On peut également prendre l'autoroute A8 où la sortie 55 mène directement à 200m de l'entrée de l'hôpital.

2.1 Le bâtimentaire.

La surface au sol de l'hôpital est de 70 000m² dont 25 000m² sont inutilisés pour cause de vétusté ou de non-conformité à la réglementation.

La surface des vingt-quatre unités de soins composant les sept pôles est de 14 076m².

Toutes les unités portent le nom d'un saint à l'exception du service intersectoriel pour adolescents difficiles (SIPAD) qui se trouve dans l'unité Saint-Gabriel mais que l'on appelle SIPAD et l'USIP, située à Sainte-Marguerite.

Les différents services sont situés dans des bâtiments dispersés au sein de l'hôpital :

- Bâtiment 1 : accueil, admissions, direction, chapelle, bureau du département d'informations médicales ;
- Bâtiment 2 : restaurant d'entreprise, service du personnel, service informatique, unité Saint-Louis (fermée le 16 février 2010) ;
- Bâtiment 5 : SIPAD (Saint-Gabriel);

- Bâtiment 6 : Saint-Augustin, Saint-Joseph, Saint-Laurent, Saint-Gilles ;
- Bâtiment 12 : Pôle de psychiatrie 6/9/13 ;
- Bâtiment 13 : Saint-Jérôme, Saint-Maurice, Saint-Amédée, Sainte-Agnès ;
- Bâtiment 14 : service de sécurité et locaux du SMPR et du pôle de psychiatrie 8/10 ;
- Bâtiment 22 : Sainte-Madeleine, Saint-Damien, Sainte-Anne, pharmacie et laboratoire ;
- Bâtiment 25 : Sainte-Geneviève, Saint-Vivien, blanchisserie ;
- Bâtiment 27 : salle de sport, salon de coiffure, pôle de psychiatrie légale, institut de formation en soins infirmiers (IFSI) ;
- Bâtiment 28 : Sainte-Lucie ;
- Bâtiment 31 : Sainte-Catherine, Sainte-Thérèse, IFSI ;
- Bâtiment 32 : Pôle de psychiatrie 11/12, service qualité ;
- Bâtiment 34 : Sainte-Marguerite (USIP), Saint-Pierre, Sainte-Monique ;
- Bâtiment 37 : Saint-Jean, service économique, PC du pôle sanitaire de réhabilitation psychosociale ;
- Bâtiment 42 : Saint-Christophe ;
- Bâtiment 44 : cuisine ;
- Bâtiment 46 : Atelier thérapeutique polyvalent (ATP).

2.2 La population accueillie.

Le 31 mars 2010, 438 patients étaient présents au centre hospitalier dont :

- 91 en hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT), soit 20,7% ;
- 73 en hospitalisation d'office (HO), soit 16,66%, dont 5 dans le cadre de l'article D. 398 du code de procédure pénale relatif à l'hospitalisation d'office des personnes détenues ; une mineure était présente dans ce cadre ;
- Au total 164 patients étaient hospitalisés sous contrainte, soit 37,4% ;
- 266 en hospitalisation libre (HL) ;
- 8 mineurs (hors D.398 du code de procédure pénale) ;
- 22 patients se trouvaient en sortie d'essai d'HO ;
- 11 patients étaient en sortie d'essai d'HDT.

Depuis le 2 janvier 2010, date à laquelle un patient, suivi par une des équipes du centre hospitalier, a commis un homicide, le préfet a considérablement limité les levées des mesures d'hospitalisation d'office et n'a pas renouvelé la majorité des sorties d'essai d'HO, lorsqu'elles arrivaient à leur terme.

Cette décision a entraîné un « blocage » de l'ensemble du système : le centre d'accueil psychiatrique de l'hôpital Saint Roch (CAP) reçoit des patients en urgence mais ne dispose plus de lits pour les hospitaliser et devient surencombré. Il arrive que des patients en crise soient invités à rentrer chez eux. Les secteurs de Sainte-Marie et celui de l'hôpital Pasteur¹ n'ont plus de lits.

A Sainte-Marie, les chambres d'isolement sont parfois occupées par des patients dont l'état ne justifie pas qu'ils y soient placés ; de ce fait, il n'existe plus de chambre d'isolement lorsqu'un arrivant en a besoin. Ceci implique d'une part des transferts de patients préjudiciables et incompatibles avec leur état de santé et de l'autre, l'impossibilité de recevoir des patients autrement que sous contrainte. Cela entraîne des refus d'admissions en hospitalisation libre.

Le sous-préfet, secrétaire général de la préfecture, a indiqué aux contrôleurs que le préfet avait mis en place une commission comprenant :

- Le préfet ;
- Le directeur de cabinet du préfet ;
- Le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales (à l'époque de la visite) ;
- Le sous-préfet, secrétaire général.

Cette commission qui se réunit toutes les semaines depuis un mois, a pour objectif d'étudier le « stock » d'une centaine de dossiers en attente sur l'ensemble du département². Le jour de la rencontre avec le sous-préfet, cette commission avait étudié vingt-et-un dossiers : douze avaient obtenu un accord pour la levée de la mesure d'HO, sept avaient fait l'objet d'un refus et deux étaient en attente de renseignements complémentaires.

Le sous-préfet a fait état de certificats médicaux de demandes de levée d'HO que la commission jugeait « *trop peu laudatifs, tièdes ou trop froids* ». Les contrôleurs ont pu constater que ces certificats médicaux étaient parfois laconiques.

Par ailleurs, le sous-préfet a évoqué le nombre important d'HO dans le département des Alpes-Maritimes et s'est interrogé sur un usage de cette mesure à des fins d'ordre public.

Cette commission, en principe pérenne, témoigne d'un changement de politique depuis janvier 2010 : le préfet procède à une instruction approfondie des dossiers présentés.

¹ Un secteur de psychiatrie générale a ses lits dans cet hôpital universitaire.

² Outre le CHS Sainte-Marie et le CH Pasteur de Nice, des hospitalisations en HO sont réalisées aux CH d'Antibes, de Grasse et de Cannes.

2.3 Les personnels.

Au 28 février 2010, l'effectif du personnel se compose de **69,20 équivalents temps plein (ETP) de personnels médicaux** :

Médecins-chefs	8,00
Praticiens hospitaliers	7,10
Médecins spécialisés temps plein	23,60
Médecins spécialisés temps partiel	11,70
Médecin assistant	1,00
Médecins non spécialisés/internes	17,80
Total	69,20

Le faible nombre de praticiens hospitaliers s'explique par le fait que la majorité des médecins sont contractuels sous le régime de la convention collective de 1951.

Au 28 février 2010, l'effectif comporte également **804,30 ETP de personnels soignants et paramédicaux** ainsi répartis :

Surveillants-chefs + nuit	7,00
Psychologues	28,40
Assistants sociales	23,40
Psychorééducateurs	2,80
surveillants	28
Secrétaires médicales	34,40
Infirmiers-chefs	10,00
Infirmiers	313,55
Aides-soignants	206,65
ASH	100,60
Moniteurs/animateurs/éducateurs	18,00
Ergothérapeutes/coiffeuse	3,50
Temporaires	24,00
Auxiliaires médico-pédagogiques (AMP)	4,00

TOTAL	804,30
--------------	---------------

L'effectif total des personnels est de 1123,45 ETP. Ce dernier chiffre incluant, outre les personnels soignants, les personnels administratifs, les services logistiques et les étudiants de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI).

En 2009, le taux d'absentéisme du personnel médical a été de 6,37% et de 20,23% pour le personnel non médical : 23% pour les infirmiers et surveillants, 21% pour les aides-soignants, 29% pour les ASH. Le congé pour maladie est à l'origine de 79,3% des arrêts de travail, tandis que les accidents de travail en constituent 8,6%.

2.4 L'admission des patients.

En admission directe, il est très rare que les patients arrivent directement à l'unité. Ils passent d'abord par le bureau des entrées où se trouvent un infirmier ou un aide-soignant et un cadre de santé. Ils y sont vus par un médecin généraliste avec lequel ils ont un premier entretien qui permet de faire un bilan et qui donne lieu à une prescription. A l'issue de cet entretien, le patient est affecté dans le pôle de santé qui le prendra en charge. D'après ce qui a été dit aux contrôleurs, il est arrivé quelquefois qu'un patient en hospitalisation libre refuse son hospitalisation et que le médecin transforme alors la mesure en HDT d'urgence. La nuit, après 21h, les admissions peuvent avoir lieu selon le même protocole avec l'équipe de nuit et la permanence médicale assurée par le médecin généraliste.

C'est au cours de cette première prise en charge au bureau des entrées que le patient reçoit par l'infirmier ou l'aide-soignant le livret d'accueil, le règlement intérieur et la charte du patient hospitalisé. Pour les patients qui reviennent effectuer un nouveau séjour dans l'établissement, il arrive que ces documents d'accueil et d'information ne soient pas remis. Le patient ne signe aucun document attestant que ces différents documents lui ont été remis.

Lorsque l'équipe du bureau des entrées a terminé la procédure d'admission du patient, une équipe de soignants de l'unité où il sera affecté vient le chercher pour l'amener dans le service et un infirmier procède à son admission. Il lui fait visiter l'unité, lui attribue sa chambre, procède à un inventaire de ses effets et lui remet la clé de son placard. L'infirmier propose au patient de déposer les choses de prix qu'il détient et ses papiers au coffre du bureau des entrées. Il en est de même pour les rasoirs.

3 HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT ET EXERCICE DES DROITS.

3.1 Le registre de la loi et les voies de recours judiciaires.

3.1.1 Le registre de la loi

Les contrôleurs ont procédé à un examen des registres de la loi. Ceux-ci sont à la disposition des autorités de contrôle dans le bâtiment de la direction générale, au bureau des admissions. Il existe deux catégories de registres, l'une mentionnant les HO, et l'autre les HDT et les hospitalisations dites en procédure d'urgence (HDTU).

S'agissant des HO, ils ont examiné les registres n° 50, 55 et 56. Ils ont relevé les éléments suivants :

Les registres ne mentionnent pas le nom de l'autorité qui les a ouverts, ni la délégation de l'autorité municipale qui cote les registres à l'ouverture. Dans sa réponse au rapport de constat la directrice indique « *qu'aucun texte ne précise cette obligation* ». L'article L.3212.11 du code de la santé publique, non plus qu'aucune disposition réglementaire, ne le prévoit en effet, ce qu'on peut juger regrettable.

- en règle générale, les certificats et arrêtés au format A4 sont pliés en six et collés dans les registres, ce qui a pour effet de créer des surépaisseurs très importantes ;
- dans le registre 55, le folio 27 mentionne deux certificats demandant une sortie d'essai pour une personne hospitalisée depuis le 14 avril 2000, restée sans réponse. Le folio 36 mentionne un certificat du 1^{er} mars 2010 demandant une sortie d'essai restée sans réponse à ce jour ;
- dans le registre 56, les contrôleurs ont constaté sur le folio 15 que le délai de régularisation d'une décision avait été de deux mois, en attente du document original. Dans sa réponse au rapport de constat, la directrice précise les dates concernant ce folio : elle met en évidence que les délais sont respectés.

S'agissant des HDT, les contrôleurs ont examiné les registres 163 et 164. Ils ont relevé les éléments suivants :

- les registres ne mentionnent pas le nom de l'autorité qui les a ouverts, ni la délégation de l'autorité municipale qui cote les registres à l'ouverture ;
- il est observé que le nom du tuteur, du curateur ou du mandataire ne sont pas toujours inscrits dans les rubriques correspondantes, de même que la mention du jugement ;
- les certificats et arrêtés, au format A4, sont pliés et collés sur les folios correspondants ;
- le registre 163, exploré sur les folios 30 à 50, n'appelle pas de mention particulière ;
- dans le registre 164 le folio 11 ne comporte pas la copie de la demande du tiers.

Les contrôleurs ont vérifié que les registres sont visés par les autorités, conformément au dernier alinéa de l'article L. 3212-11 susmentionné. Notamment :

- la directrice de la DASS a visé les registres HO 50 et HDT 155 le 2 février 2009, et le président de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) le 12 février 2009 ;
- le juge des libertés et de la détention a visé le 4 décembre 2009 les registres HO 54 et HDT 163 ;

- des membres la CDHP ont visé le 24 février 2010 les registres HO 55 et HDT 165.

Un patient rencontré par les contrôleurs a évoqué sa situation. Sans domicile fixe il avait pour habitude de mendier devant le parvis d'une église d'une commune touristique. Il a fait l'objet d'une HDT en janvier 2010 qu'il considère arbitraire. Il a indiqué que le seul motif invoqué pour l'hospitalisation était un psoriasis et que le tiers était un élu de la commune. Les contrôleurs ont vérifié le registre et ont constaté que dans un premier temps le certificat du tiers avait été refusé du fait du statut d'élu du demandeur. Dans un deuxième temps ce tiers a déclaré qu'en tant que directeur du centre communal d'action sociale il avait effectué des démarches en faveur de cet homme ; l'HDT a alors été acceptée. Le certificat de 24h a confirmé l'hospitalisation. Ultérieurement le certificat médical mensuel fait état de troubles dépressifs apparus depuis l'hospitalisation. Les contrôleurs ont pu constater l'état effectivement dépressif dans lequel le patient se trouve.

3.1.2 Les voies de recours judiciaires.

Les infirmiers remettent au patient, dès son admission, un livret d'accueil. Il contient un document de deux pages contenant les informations relatives aux moyens de recours d'une hospitalisation sans consentement :

- Un extrait de l'article L. 3211-12 du code la santé publique relatif au droit des malades de faire une requête devant le juge des libertés et de la détention ;
- Les adresses :
 - du préfet des Alpes-Maritimes ;
 - du juge du tribunal de grande instance ;
 - du juge des libertés et de la détention (JLD) ;
 - du maire de Nice ;
 - du procureur de la République ;
- L'information de l'existence de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) et son adresse ;
- L'information de la demande d'annulation de la décision d'hospitalisation sous contrainte par simple requête auprès du JLD ;
- La charte de l'utilisateur en santé mentale ; celle-ci est par ailleurs affichée dans l'ensemble des unités de soins.

3.2 La personne de confiance.

Il n'est pas proposé aux patients arrivant dans l'établissement de désigner une personne de confiance comme le prévoit la loi du 4 mars 2002. Selon les informations recueillies, « *cette disposition ne serait pas entrée dans les mœurs de l'établissement* ».

Lorsque cette démarche est effectuée, le formulaire correspondant est alors classé dans le dossier médical du patient qui se trouve dans l'unité.

3.3 Les visites.

Dans le pôle 11/12, il n'existe aucune pièce dédiée aux visites : celles-ci ont lieu dans la cour-jardin (qui existe dans trois unités sur quatre), dans le salon ou dans le réfectoire. Dès que l'état du patient le permet, il est autorisé à sortir de l'unité, les visites peuvent alors se dérouler dans le jardin et à la cafétéria des patients.

Les visites se déroulent de 13h30 à 18h, sur avis médical. Selon les informations recueillies, la politique dans ce domaine est de privilégier le maintien des liens familiaux.

Lorsque les patients sont hospitalisés sous contrainte, il faut d'abord, soit que le médecin prononce une sortie d'essai d'HDT, soit que le préfet prononce une sortie d'essai d'HO, avant que le patient ne puisse sortir de l'unité. S'ils ne sont pas en sortie d'essai, ils doivent sortir accompagnés d'un soignant.

Les patients en chambre d'isolement peuvent recevoir des visites ; l'isolement est alors interrompu durant celles-ci.

Dans l'unité Saint-Pierre (pôle 6/9/13), les visites ont lieu de 13h30 à 18h30, mais elles sont acceptées le matin.

Les rencontres ont lieu dans les chambres des malades, dans les salles communes, le jardin et parfois, s'il y a nécessité de confidentialité, dans un bureau médical vide.

Dans l'unité Saint-Amédée (pôle 8/10), les visites des familles ont lieu tous les jours de 13h30 à 18h30, avec aménagements des horaires possibles. Toutefois, les visites aux patients en HDT et en HO se font sur autorisation médicale, et ceux en chambre d'isolement, exclusivement en phase d'aménagement et sur décision médicale. Le médecin indique que les visites perturbantes pour les patients comme pour les visiteurs peuvent être interdites.

Dans l'unité Saint-Gilles (pôle 8/10), les visites au patient sont libres, sous réserve d'une autorisation de la part du médecin. Elles ont lieu de 14h à 18h et quelquefois le matin quand la famille a un rendez vous avec le médecin. Le personnel soignant s'efforce d'accompagner la visite en apportant quelques commentaires ou explications. Les tuteurs viennent quand ils veulent et les patients sont prévenus de l'heure. Les enfants peuvent aussi venir visiter les patients. Lorsque cela arrive, un bureau peut être mis à la disposition du patient et de sa famille. Sinon, les visites ont lieu dans la chambre du patient ou dans la salle de séjour ou encore, l'été, sur la terrasse. Pour les personnes en chambre d'isolement, le régime est le même, sauf lorsque le patient est contenu. Dans ce cas, les soignants vérifient s'il est possible de lui retirer ses entraves, et si cela n'apparaît pas concevable, ils proposent de différer la visite et de reprendre contact avec les visiteurs.

Dans le service de psychogériatrie, les visites sont autorisées de 14h à 17h30. Cependant, on ne refuse pas l'entrée des familles qui se présentent en dehors de ces horaires. Des rendez-vous doivent être pris pour rencontrer le médecin traitant. Les familles ont accès sans difficulté aux personnels présents lors des visites. Il n'existe pas de lieu spécifique pour les visiteurs qui s'installent le plus souvent dans la chambre du malade, parfois dans la salle de séjour ou dans la salle à manger. En cas de besoin, le bureau médical ou celui des surveillants peuvent être utilisés.

3.4 Le téléphone.

Dans le règlement intérieur de l'association Sainte-Marie, il est indiqué que l'usage des téléphones portables est interdit dans l'enceinte des unités de soins.

Dans le pôle de psychiatrie 11/12, il est conseillé de retirer les téléphones portables à l'admission. Ils ne sont pas confisqués. Ils peuvent être utilisés dans la cour et dans l'enceinte de l'hôpital. Il s'agit d'un aménagement du règlement intérieur.

Il existe un « point phone » à cartes dont le numéro est communiqué au patient dès son admission afin qu'il puisse y être joint par ses proches. Les patients peuvent acheter des cartes téléphoniques à la cafétéria, dès qu'ils ont l'autorisation de sortir.

Dans l'unité Saint-Pierre (pôle 6/9/13), une cabine fermée abrite un téléphone à cartes. On peut se procurer celles-ci à la cafétéria et ce sont les familles qui les apportent. Les familles des patients disposent du numéro de la cabine pour appeler directement leurs proches. La cabine est fermée de 22h à 8h. En cas d'absence de moyens financiers, un patient peut utiliser le téléphone du personnel ou peut se voir remettre une carte téléphonique.

Dans l'unité Saint-Amédée, il existe un poste téléphonique dans un renforcement du couloir, mais la confidentialité n'est pas assurée. Il est en accès libre avec carte prépayée. Ce poste est en panne depuis trois semaines et personne n'a pu indiquer aux contrôleurs à quel moment il sera réparé. En attendant, les patients sont autorisés à appeler depuis un bureau. Les téléphones mobiles personnels sont interdits au motif qu'ils comportent presque tous un appareil photo et que le personnel est en nombre insuffisant pour en surveiller l'usage. Aux questions des contrôleurs, il est répondu que cela pourrait entraîner des difficultés avec l'accès possible à l'internet et la divulgation de l'image ou de commentaires désobligeants de la part d'anciens patients, non pas vis-à-vis des personnels, mais des autres patients. Néanmoins, la question est à l'étude, certains ayant fait valoir qu'ils n'ont pas suspendu leur forfait, celui-ci étant dans bien des cas payé directement par leur tuteur.

Dans l'unité Sainte-Monique (pôle 8/10), un « point phone » à carte et en accès libre se trouve dans la salle de séjour. Cet aménagement ne respecte pas la confidentialité, l'utilisateur est environné par les autres patients. L'usage du téléphone mobile est interdit.

Dans l'unité Saint-Gilles (pôle 8/10), les patients peuvent téléphoner de l'unité à partir des deux postes téléphoniques à carte qui se trouvent dans le couloir de desserte et dans la salle à manger. Ils n'assurent aucune confidentialité. Les cartes peuvent être achetées à la cafétéria. Si le patient ne peut pas utiliser l'un des deux postes à carte, il téléphone à partir d'un poste du service sur lequel la communication est transférée après qu'il en ait fait la demande. Au début de son hospitalisation, il dispose de cette facilité. Il n'existe pas de limitation aux communications téléphoniques en provenance de l'extérieur sauf le matin si le patient est en soin. Dans ce cas, il est proposé au correspondant de rappeler l'après-midi. Il arrive que des patients refusent de prendre la communication.

Les téléphones portables sont interdits par le règlement intérieur, mais tolérés. S'ils disposent d'un appareil photo, ils sont déposés dans un placard du bureau des infirmiers et utilisés à la demande puis restitués après utilisation. Il n'existe aucune traçabilité dans ce cas de leur utilisation.

Dans le service de psychogériatrie, un poste de téléphone à carte est à disposition dans le couloir du service. L'usage en est restreint. Un autre poste installé dans le salon permet de recevoir uniquement des appels de l'extérieur par l'intermédiaire de la salle de soins.

3.5 Le courrier

Dans le pôle de psychiatrie 11/12, les personnels fournissent, à la demande des patients du papier à lettres, des enveloppes et un stylo. L'assistante sociale peut fournir des timbres financés par un fonds de solidarité.

Une boîte à lettres est à la disposition des patients en face du bureau des admissions dans le bâtiment administratif.

Dans le pôle 8/10, unité Saint-Gilles, les patients peuvent recevoir et envoyer du courrier. Le courrier à l'arrivée passe par le vaguemestre et le secrétariat avant d'arriver dans l'unité le matin où il est remis par le soignant au patient. Il arrive qu'il y ait des patients en HO ou en HDT qui soient très amoindris. Dans ce cas, le soignant propose au patient de lire, d'expliquer et de commenter ce qui figure dans le courrier. Pour le courrier au départ, les lettres écrites sont remises par les patients au personnel soignant qui les fait parvenir au vaguemestre. Il n'existe aucune entrave apportée à la réception ou à l'expédition du courrier.

Dans le service de psychogériatrie, du fait de la perte de mémoire et de l'égaré, il est rare qu'un malade demande à écrire. Dans ce cas, il est fourni par le service du papier à lettre, une enveloppe et un timbre ; la plupart du temps un membre du personnel accompagne cette rédaction.

3.6 L'informatique.

Dans le pôle de psychiatrie 11/12, les patients peuvent conserver leur ordinateur portable en signant une décharge compte tenu du risque de vol. Les armoires des chambres ferment à clé ; les patients en ont la clé, oublient parfois de fermer leur armoire et des vols peuvent survenir.

Le médecin responsable du pôle qui est président de la CME a indiqué aux contrôleurs qu'il souhaitait que le règlement intérieur aborde la question des ordinateurs.

Psychiatrie générale 6/9/13

Au jour du passage des contrôleurs, aucun patient n'était autorisé à disposer d'un ordinateur. Un jeune patient, hébergé à l'unité Saint-Maurice et qui avait bénéficié de l'usage ponctuel de son ordinateur lors d'un précédent séjour dans une autre unité, était sur le point d'en disposer à nouveau. Cet accès est effectif au jour de la rédaction de ce rapport. Deux restrictions importantes sont mises à cet usage :

- l'ordinateur ne doit pas disposer de webcam, pour prévenir toute capture d'images ;
- l'utilisation de l'ordinateur apporté par la famille n'est possible qu'en présence d'un membre de la famille et dans la chambre du patient

Dans l'unité Saint-Gilles (pôle 8/10), il est exceptionnel que les patients arrivent avec un ordinateur portable. Un tel évènement ne s'est produit qu'à deux reprises. Le règlement intérieur ne précise rien à ce sujet. Ces équipements sont considérés comme des objets de valeur. Les patients sont mis en garde contre les risques de vol ou de détérioration. Ils peuvent les conserver, s'ils le souhaitent, après avoir signé une décharge.

3.7 Les cultes.

Ils sont essentiellement représentés par l'aumônerie catholique. L'aumônier est un diacre permanent, marié et père de deux enfants, présent sur le site à temps plein depuis dix-huit mois. Il est rémunéré par le centre hospitalier. Il est accompagné de trois bénévoles. Un prêtre vient célébrer la messe pour les grandes fêtes religieuses ou, en cas de nécessité, pour administrer un sacrement.

Le projet de l'aumônerie catholique est d'être un lieu d'accueil et d'écoute pour les personnes hospitalisées, mais aussi pour leur famille et le personnel de l'établissement. En pratique, une permanence est tenue dans le bureau affecté à l'aumônier, tous les matins de 9h à 12h. Sept à huit patients, dont quelques anciens, y passent quotidiennement. Des chaises sont à leur disposition, ainsi qu'une bibliothèque de quelques centaines d'ouvrages, très majoritairement de spiritualité. Peu les empruntent. Il est rapporté aux contrôleurs que les patients aiment venir s'installer dans le bureau pour être au calme. Ils y feuillentent des magazines qui sont à leur disposition. Des visites quotidiennes dans les différentes unités sont assurées par l'aumônier et son équipe. Elles se font à la demande des patients ou sur signalement du personnel.

Les rencontres avec les familles sont plus rares. Les membres de l'équipe d'aumônerie s'entretiennent avec le personnel le plus souvent de façon informelle, au détour d'un couloir. L'aumônerie propose, aussi, des temps de célébration le dimanche matin à la chapelle située au 3ème étage du bâtiment 1. Les patients qui désirent s'y rendre doivent emprunter un escalier. Ceux qui sont à mobilité réduite sont accompagnés de membres du personnel soignant et un ascenseur est à leur disposition. Une quinzaine de personnes, en moyenne, participe à l'office.

L'accès à la chapelle n'est pas libre en semaine mais un oratoire, au rez-de-chaussée du bâtiment 1, est à la disposition de tous ceux qui le veulent de 9h à 17h tous les jours.

L'aumônerie musulmane est représentée par un infirmier travaillant sur le site³. C'est un imam extérieur qui donne des corans à l'aumônier catholique pour les distribuer en lien avec l'infirmier.

Aucun aumônier protestant n'est sur le site mais celui du CHU de Nice se déplace en cas de nécessité.

Un rabbin vient à la demande.

Une information sur l'aumônerie est prévue pour être affichée dans les différentes unités. Au jour de la visite, seules quelques unités l'avaient fait.

³ Au jour de la visite il travaillait dans l'unité Sainte-Thérèse

3.8 La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) a établi le 27 mai 2009 son rapport pour l'année 2008. Il en ressort les données suivantes pour cette année-là pour l'ensemble des établissements habilités à recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement : centre hospitalo-universitaire (CHU) de Nice, centre hospitalier (CH) de Cannes, CH d'Antibes, CH de Grasse et CHS Sainte-Marie de Nice.

- La CDHP a effectué cinq visites et s'est réunie à huit reprises ;
- 249 HO ont été prononcées, dont 52 (près de 21%) dans le cadre de l'article D.398 du code de procédure pénale ;
- 1328 HDT ont eu lieu dont 1272 (près de 96%) dans le cadre de l'article 3212-3 du code de la santé publique (admission d'urgence) et 56 dans le cadre de l'article 3212-1 ;
- La commission a examiné 737 dossiers de patients en HDT et 532 dossiers de patients en HO ;
- Elle a saisi le préfet à cinq reprises ;
- Elle a saisi le procureur de la République dans trois cas ;
- Vingt-quatre plaintes ont été portées à la connaissance de la CDHP ;
- La CDHP a proposé la levée de l'HDT dans dix-sept cas ;
- La CDHP a proposé la levée de l'HO dans huit cas ;
- Des expertises psychiatriques sont systématiquement demandées pour des patients qui comptent plus de cinq ans en établissement de soins.

La CDHP a effectué une visite du centre hospitalier Sainte-Marie le 24 février 2010.

Elle a fait les constats suivants :

	2008	2009	Evolution
HDT	694	731	+ 5,33%
HDT d'urgence	661	699	+5,74%
Sortie d'essai HDT et renouvellement	472	504	+6,77%
Levée HDT	682	694	+1 ,75%

HO	186	240	+29%
Levée d'HO	178	204	+14,60%
Sortie d'essai et renouvellement	240	260	+8,33%

Le nombre de fugues ou évasion (en cas de patients hospitalisés dans le cadre de l'article D398) a été de :

	2008	2009
HDT	13	22
HO	11	1

Lors de cette visite, quarante-deux patients ont demandé à être reçus par les membres de la commission.

3.9 Le traitement des plaintes et des réclamations.

3.9.1 La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC),

Prévue par le décret 2005-213 du 2 mars 2005, la CRUQPEC a été mise en place dans l'établissement le 2 février 2006.

Les travaux de la commission sont préparés par la chargée de communication de l'établissement qui a mis en place un tableau de bord de l'état et du suivi des différents dossiers traités par la commission.

A la demande des contrôleurs, elle a fourni les données concernant les dossiers adressés à la commission entre le 24 décembre 2009 et la date du contrôle.

En un peu plus de trois mois, treize dossiers ont été ouverts, ce qui représenterait en tendance annuelle une cinquantaine de dossiers.

Toutefois, dans sa réponse au rapport de constat, la directrice précise qu'« en 2008, treize dossiers avaient été répertoriés et vingt-trois en 2009. »

Les saisines émanent du patient lui-même dans huit cas sur treize, d'un membre de la famille dans quatre cas, et d'un ami dans un cas.

- dans sept cas sur treize, la demande n'est pas de nature médicale (disparition d'objet personnel, disparition d'une prothèse, problème dans le service) ;
- dans cinq cas, elle est de nature médicale (contestation d'une mesure de HO/HDT : deux cas : inquiétude sur la prise en charge ou problème de capacité du personnel : trois cas) ;
- dans un cas, elle concerne un problème lié au forfait hospitalier.

Deux des trois signalements concernant l'inquiétude sur la prise en charge ou la capacité du personnel ont fait l'objet d'une enquête administrative. Les autres signalements ont été pris en compte par la CRUQPEC.

Le tableau de suivi permet de connaître le délai de la première réponse apportée au patient : il a varié de un à douze jours, et a été en moyenne de 2,5 jours.

La réponse de l'équipe soignante a eu lieu dans neuf cas sur treize, et dans un délai variant de deux à vingt-huit jours avec une moyenne de neuf jours environ. Des relances ont été nécessaires dans quatre cas.

La rencontre avec le médiateur médical a eu lieu dans quatre cas sur treize.

A la date du contrôle, sept cas sur treize avaient été résolus.

3.9.2 Demandes de consultation de dossier médical.

Si le patient veut consulter son dossier médical, il en fait la demande par écrit à la direction qui transmet la demande au médecin. Le patient consulte alors les pièces de son dossier en présence du médecin. D'après ce qui a été indiqué aux contrôleurs, très peu de patients en font la demande. Ceux qui l'ont fait souffraient de paranoïa. La procédure est la même pour les familles qui en feraient la demande. Ceci est arrivé rarement, notamment à l'occasion de décès pour des héritages ou des questions d'assurance.

Dans sa réponse au rapport de constat, la directrice précise que « *le dossier peut être communiqué par courrier au demandeur ou à un médecin intermédiaire. La demande peut par ailleurs émaner du patient, de son représentant légal, de la personne exerçant l'autorité parentale ou de ses ayants-droit, sous réserve des conditions prévues par les textes.* »

3.9.3 Les questionnaires de satisfaction.

Les questionnaires de satisfaction se caractérisent par leur faible taux de retour : 10,97 % en 2009 soit 285 questionnaires reçus. Encore a-t-il plus que doublé depuis l'année précédente : 4,25 % correspondant à 99 questionnaires reçus.

Les questions qui y figurent se divisent en cinq parties :

- Accueil et séjour : les pourcentages les plus défavorables de mécontents et très mécontents touchent à la liberté de déplacement (16,84 %) qui satisfait néanmoins 61,05 % des patients, l'information sur la charte du patient hospitalisé (16,14 %) qui en satisfait 72,98 %, l'arrivée dans l'établissement (11,93 %) qui en satisfait 86,32 %. Si l'arrivée dans l'établissement ne génère que 1,75 % de non réponses, l'accès aux cultes entraîne 37,54 % de non réponses et la liberté de déplacement 22,11 % ;
- Qualité des soins : les mécontents et très mécontents se manifestent dans le pourcentage le plus important, 11,23 %, pour le délai d'attente des soins médicaux. La prise en charge de la douleur ne satisfait que 66,67 % des patients mais 25,96 % ne se prononcent pas. La qualité des soins médicaux donne satisfaction à 91,23 % des patients ;
- Relations avec le personnel : la disponibilité du personnel, son écoute et son réconfort, son respect des personnes, sont à l'origine d'un taux de satisfaction allant de 90,18 % à 91,93 % tandis que le taux de non réponses n'atteint que 2,11 % ;
- Locaux : le calme de la chambre ne recueille que 61,05 % de satisfaits, le confort 72,63 %. La propreté et l'accessibilité recueillent plus de 92 % des suffrages ;
- Fonctions hôtelières : si le service des repas emporte l'adhésion de 91,23 % des patients, la quantité et la présentation des plats sont à l'origine de 20,20 % de mécontents et très mécontents. Curieusement, la question de la qualité des repas n'est pas posée. L'entretien de la literie et du linge de toilette génère un fort taux de non réponses (24,21 % et 28,07 %) pour un taux de satisfaction qui n'excède guère 70 %. L'entretien du linge personnel ne satisfait que 59,60 % des patients mais 47,37 % laissent la question sans réponse.

Il est à souligner que nulle question relative au séjour n'interroge l'offre d'activité ou son absence, pas plus que l'accès aux espaces extérieurs sécurisés.

D'une année sur l'autre, le pourcentage des très satisfaits et satisfaits progresse de 69,70 % en 2008 à 89,82 % en 2009. Les mécontents et très mécontents qui étaient 22,22 % passent à 4,21 %. Le chiffre de ceux qui ne se prononcent pas évolue positivement de 8,08 % à 5,96 %.

3.10 L'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM).

L'UNAFAM, basée à Nice, contacté par téléphone, a indiqué aux contrôleurs qu'il n'avait « pas d'observations à faire ». « Les rivalités entre les médecins ne m'intéressent pas et je n'ai pas d'échos particuliers » a-t-elle pu dire.

3.11 La fédération nationale des patients en psychiatrie (FNAPSY).

La FNAPSY assure une permanence dans l'unité Sainte-Cécile les 2^{ème} et 4^{ème} lundis après-midi de chaque mois.

Selon le représentant départemental de l'association, la direction actuelle a permis aux usagers d'être représentés à la commission de la relation avec les usagers et de la qualité (CRUQ) et à la commission de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN). Cependant la FNAPSY ne siège pas au conseil d'administration de l'association qui a lieu à Chamalières.

Le représentant des usagers a fait état de son inquiétude quant à la situation des personnes hospitalisées d'office. Il a évoqué la situation de « *gens dans la rue qui ne seraient pas soignés, faute de place* ». Il estime à soixante-dix le nombre de dossiers en attente.

Il a déclaré aux contrôleurs que l'hôpital faisait un réel effort sur le remboursement des lunettes ou des dentiers perdus par des patients lors de leur hospitalisation.

Il a souhaité évoquer la difficile collaboration entre les praticiens en soins somatiques et ceux exerçant en psychiatrie.

Globalement, il a exprimé aux contrôleurs la satisfaction des usagers sur le fonctionnement du centre hospitalier, malgré la vétusté de certaines installations.

3.12 L'appel libre des oubliés (ALDO).

Fondée en 2006, cette association est présidée par la mère d'un patient du département pour autistes (DPA). Cette personne rencontrée par les contrôleurs s'estime tout à fait satisfaite des relations entretenues avec l'établissement, et, en particulier, avec le pôle sanitaire de réhabilitation psychosociale et son médecin-chef.

L'association est pleinement reconnue par l'hôpital, qui l'associe à la réflexion sur la restructuration avec, selon la présidente, une qualité d'écoute et de transparence tout à fait louables

Elle souligne aussi la modernisation de la signalétique de l'établissement et l'amélioration de l'hygiène générale et de la propreté de l'établissement depuis l'arrivée de la nouvelle directrice.

Elle participe par ailleurs au financement d'un film à caractère pédagogique qui doit être réalisé au sein du pôle et considère comme tout à fait positive la création de groupes de parole pour les parents.

L'ALDO s'implique aussi dans la création par l'établissement d'une maison d'accueil spécialisé (MAS) de trente-six places qui doit ouvrir en 2010. Cette création entraînera une restructuration du DPA qui devrait voir ses unités de soins réduites à deux et sa capacité ramenée à trente lits.

Enfin la présidente a tenu à souligner la qualité des soins dispensés aux patients par le pôle et les progrès réalisés par son fils depuis sa prise en charge.

4 LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION.

4.1 Le pôle de psychiatrie générale 6/9/13

Le pôle de psychiatrie générale 6/9/13 est composé de trois secteurs, allant de Menton à Cagnes sur Mer, et de cinq unités d'hospitalisation à temps plein. Chaque secteur est peuplé d'environ 100 000 habitants. Les patients sont hospitalisés dans le pôle et non par secteurs.

Le nombre des patients vus en 2009 dans le pôle est de 649 et représente 29,89 % des hospitalisations à temps complet de l'établissement. Certains ont quitté l'établissement pour y revenir et le nombre d'admissions total dans le pôle a été de 953. La durée moyenne de séjour (DMS) s'y établit à 58,56 jours contre 71,17 pour l'établissement.

Les unités sont dites d'admission pour trois d'entre elles : Saint-Jérôme, Saint-Pierre et Saint-Maurice. Deux unités sont dites « *de plus long séjour* », Saint-Laurent et Saint-Augustin, et accueillent des malades chroniques. Dans sa réponse au rapport de constat, la directrice précise qu'« *il s'agit de patients stabilisés mais non sortants par manque de structure alternative à l'hospitalisation soit par manque de place ou que leur état clinique demande des soins sur du long terme* ».

Les trois secteurs et leurs unités d'hospitalisation à temps plein sont complétés par un grand nombre de structures extra-hospitalières.

Le responsable du pôle de psychiatrie générale 6/9/13 a été nommé en 2008.

L'ensemble du pôle dispose de 103 lits répartis en cinq unités avec une chambre d'isolement par unité. Au jour du passage des contrôleurs, il accueillait six patients en hospitalisation d'office et une « HO judiciaire ».

Le nombre des assistantes sociales, qui s'est élevé jusqu'à sept, est aujourd'hui de 5,5 ETP. Un mi-temps parental n'est pas remplacé tandis que les congés privent l'équipe de l'une de ses membres en permanence. Il a été indiqué aux contrôleurs que le déficit de travail social est notamment problématique quand un certain nombre de patients, originaires du Vieux Nice et logeant en meublés, ne sont plus en mesure de payer leur loyer pendant leur hospitalisation et en perdent le bénéfice à la sortie. Ils se retrouvent à la rue et réintègrent l'établissement hospitalier.

La détérioration des relations avec le pôle de soins somatiques est telle que les échanges avec celui-ci sont inexistantes. La situation affecte la qualité des soins et les relations avec les patients de plusieurs façons selon les responsables du pôle :

- beaucoup d'énergie est dispersée dans le conflit ;
- des soins somatiques ordinaires qui pourraient être dispensés dans les unités le sont dans le service somatique et exigent la mobilisation de personnels pour des accompagnements au détriment des activités des unités ;
- des entretiens psychiatriques sont abandonnés en cours pour satisfaire à une exigence immédiate du service somatique (une radio des poumons par exemple).

Lors de l'admission, après avoir été vu par un médecin, le patient en provenance du centre d'accueil psychiatrique de l'hôpital Saint-Roch (CAP) est accompagné par un aide-soignant jusque dans son unité. Il est procédé à un inventaire des effets en sa possession, de la remise de ses objets de valeur qu'il peut être aussi autorisé à conserver en signant une feuille de décharge, pour les bijoux par exemple. Un carnet à souche mentionne les effets déposés dans un coffre, un autre l'argent. Les briquets ne sont pas autorisés.

Il est proposé à l'arrivant des vêtements de nuit, des pantoufles, un rasoir, un éventuel prêt de lunettes. Dans sa réponse au rapport de constat, la directrice précise que « *ces accessoires sont fournis avec le budget du fonds de solidarité du pôle 6/9/13* ». Le fonds social de l'établissement est mis à contribution.

Le patient placé en chambre d'isolement est tenu au port du pyjama.

L'accès aux douches n'a semblé faire de difficulté pour personne ; les patients n'ont pas davantage attiré l'attention des contrôleurs sur la qualité des repas servis. Les douches sont accessibles le matin de 7 h à 8 h, avant le petit déjeuner, servi à 8 h 30. Les douches sont ouvertes en fin d'après midi à 17 h, avant le dîner, servi à 18 h 30.

Si les bâtiments ne sont ni tous contemporains, ni toujours fonctionnels, ils sont apparus entretenus et propres. Les difficultés rencontrées résident dans le nombre important des chambres à plusieurs lits, souvent à trois, et dans l'absence de lieux où le patient pourrait s'isoler quand il ne dispose pas de sa chambre.

Les espaces extérieurs, qui peuvent être qualifiés presque tous de jardins, sont d'agréables espaces largement végétalisés et arborés. Placées sous surveillance vidéo, ils n'en demeurent pas moins désertés la plupart du temps, faute de personnels en nombre suffisant pour assurer une présence, impérative sur instruction de la direction. (Note du 29 mai 2009 : « *l'accès de la terrasse n'est possible qu'en présence d'un soignant. A défaut, l'accès de la terrasse est interdit* »)

Les cinq unités se présentent de la façon suivante :

4.1.1 L'unité Saint-Jérôme (entrants) :

L'unité Saint Jérôme, d'une superficie de 693m², dispose de vingt-trois lits répartis ainsi :

- huit chambres individuelles ;
- trois chambres à deux lits ;
- trois chambres à trois lits ;
- une chambre d'isolement.

Vingt-quatre patients séjournent dans l'unité au moment du passage des contrôleurs. Il s'agissait de seize hommes et de huit femmes. Le plus jeune était âgé de 23 ans et le plus âgé de 75 ans. Neuf étaient en HO, trois en HDT avec sorties d'essai et deux en HDT. Cinq patients étaient arrivés en 2009 (le plus ancien le 19 août) ; dix-neuf patients étaient arrivés dans l'année en cours, dont huit en mars.

La durée moyenne de séjour (DMS) dans l'unité s'établit à 29,72 jours.

L'unité Saint-Jérôme dispose des personnels suivants :

- psychiatre : 0,80 ETP ;
- infirmiers : 5,80 ETP ;
- aides-soignants : 6 ;
- ASH : 4 ;
- Psychologue : 0, 50 ETP
- Assistante sociale : 0, 50 ETP.
- Secrétaire : 1
- Cadre de santé : 1.

Il ressort de quatre entretiens avec des patients de l'unité les éléments suivants :

- 1.« La vie quotidienne, ça va. On mange bien. Nous sommes trois dans ma chambre ; je préfère rester seul ; la chambre seule, c'est la tranquillité. Ma sortie d'essai est bloquée à la préfecture ».
- 2.« Le séjour ici se passe bien. Mes frères me visitent ; on est tranquille ; on discute. Les médecins attendent une réponse du préfet pour avoir une sortie d'essai ».
- 3.« Ici on s'ennuie. Je suis dans une chambre à trois. Celui qui est perturbé fatigue tout le monde. Certains ont une pathologie lourde et perturbent toute la vie hospitalière. J'appelle ça incarcération. On pourrait attacher un briquet devant le fumoir ; on est infantilisé ; les infirmiers n'ont pas le temps. Ce n'est pas leur faute. J'ai été hospitalisé d'office le 19 novembre 2009 après un tapage nocturne. Un certificat médical du psychiatre de l'établissement établit le 15 décembre mentionne : « (...) *une sortie d'essai est maintenant nécessaire pour vérifier que la critique de ses comportements n'est pas que de pure forme et qu'il a bien identifié qu'il était bien l'auteur d'un tapage nocturne comme il le reconnaît maintenant* ». Le préfet a cependant reconduit le maintien en hospitalisation d'office pour une durée de trois mois, jusqu'au 18 mars, toujours en vigueur au 31 mars, au jour du passage des contrôleurs.
- 4.« Je dispose d'une chambre seule. La relation avec les soignants est bonne ici ; je suis en hospitalisation libre. Si j'avais un logement, je partirais ».

4.1.2 Unité Saint-Maurice (entrants)

L'unité Saint-Maurice, d'une superficie de 693m², comprend vingt-et-un lits ainsi répartis :

- douze chambres individuelles ;
- trois chambres à trois lits ;
- une chambre d'isolement.

Vingt-deux patients séjournèrent dans l'unité au moment du passage des contrôleurs. Il s'agissait de dix-huit hommes et de quatre femmes. Le plus jeune était âgé de 20 ans et le plus âgé de 66 ans. Onze patients étaient en HO, quatre en HDT avec sorties d'essai et sept en HDT. Un patient avait été admis en novembre 2008, douze en 2009, huit patients avaient été admis dans l'année en cours, dont cinq en mars.

La durée moyenne de séjour (DMS) dans l'unité s'établit à 49,94 jours.

L'unité Saint-Maurice dispose des personnels suivants :

- psychiatre : 0,50 ETP ;
- infirmiers : 6 (sur un effectif prévu de 7 ETP) ;
- aides-soignants : 6 ;
- ASH : 4 ;
- Psychologue : 0, 50 ETP ;
- Assistante sociale : 0, 50 ETP ;
- Secrétaire : 1 ;
- Cadre de santé : 1.

Il ressort des entretiens avec les patients de l'unité les éléments suivants :

- 1.« La Charte des patients hospitalisés stipule que le patient doit avoir accès direct à son dossier. Cela m'est refusé. Ici, on est moins libre qu'en prison : on ne peut pas fumer ; on ne peut pas avoir d'activités, de formation, de téléviseur, ni commander de la nourriture. On nous restreint la cigarette car le service est totalement fermé. J'ai des idées noires... ».
- 2.« Je bénéficiais d'une sortie d'essai et j'ai dû réintégrer l'établissement quand le préfet l'a décidé en janvier pour toutes les HO avec sortie d'essai. Ici on vous laisse un quart d'heure de promenade au bon vouloir, pas d'horaires, pas d'activités. La chambre d'isolement est utilisée comme punition ».

- 3.« Ici c'est carcéral. Tous les jours j'attends la sortie. L'aumônier israélite devait apporter du pain azyme pour les fêtes de Pâques ; il n'est pas venu. Il y a un mois, le médecin-chef a fait une demande de sortie d'essai. J'attends la réponse du préfet. Nous sommes trois dans ma chambre ; je préfère, cela me fait un peu de compagnie. Avant la cour était ouverte, aujourd'hui elle ne l'est plus que pour fumer. En HO, on est privé de cafétéria. Il y a des barreaux partout ; c'est une vie carcérale, c'est inhumain ».
- 4.« Aujourd'hui, je suis en chambre seule ; je préfère. A trois, ça engendre des tensions. J'ai fait quarante-trois jours d'isolement à Saint-Jérôme. Le lit est scellé au sol. Au début on passe toute la journée à l'isolement. J'ai été attaché les pieds et les mains en croix, avec une couche. J'étais en crise. Après je tournais en rond autour du lit pour avoir une activité. Ils ne me faisaient pas sortir pour fumer. Ils me disaient qu'ils allaient le faire et ne le faisaient pas. C'était l'enfer ».
- 5.« J'ai eu deux permissions à Noël. Quand je suis rentré, il y a eu l'affaire de Roquebrune et on m'a remis en HO. On est beaucoup infantilisé. On est des adultes, certes malades. Ça pourrait mieux se passer. La cour devrait être laissée ouverte. C'est arbitraire ».
- 6.« Le médecin a demandé une permission de sortie me concernant et c'est bloqué. Le préfet bloque. Ce n'est pas évident tous les jours de supporter l'enfermement. En prison on a une date de sortie. Là non. Il n'y a aucune activité. On joue à la belote de temps en temps. Les relations sont bonnes avec le personnel soignant. J'ai des visites de ma famille, dans ma chambre ou dans le jardin, si c'est ouvert ».
- 7.« J'ai eu quatre ou cinq permissions de sortie. Rien depuis trois mois ».
- 8.« Ici, le courrier est donné au personnel ; il n'y a pas de boîte aux lettres ».
- 9.« On est en vase clos avec des vécus différents, des pathologies différentes, des cultures différentes. On nous demande d'être sain d'esprit pour sortir mais on ne peut pas l'être ici, on a aucune marge de manœuvre, on est infantilisé ».

4.1.3 Unité Saint-Pierre (entrants).

L'unité Saint-Pierre, d'une superficie de 560m², dispose de dix-neuf lits répartis en :

- trois chambres individuelles ;
- quatre chambres à trois lits ;
- une chambre à quatre lits ;
- une chambre d'isolement.

Dix-neuf patients séjournèrent dans l'unité au moment du passage des contrôleurs, la chambre d'isolement était inoccupée au premier jour de passage. Il s'agissait de douze hommes et de sept femmes. Le plus jeune était âgé de 20 ans et le plus âgé de 73 ans. Six patients étaient en HO et trois en HDT. Tous les patients avaient été admis dans l'année 2010. Deux étaient arrivés le 31 mars et succédaient à deux sorties le même jour.

La DMS dans l'unité s'établit à 28,47 jours.

L'unité Saint Pierre dispose des personnels suivants :

- psychiatre : 0,80 ETP ;
- infirmiers : 5 ;
- aides-soignants : 6 ;
- ASH : 3 ;
- Psychologue : 0, 80 ETP
- Assistante sociale : 0, 50 ETP.
- Secrétaire : 1
- Cadre de santé : 1.

Au jour du passage des contrôleurs, il leur est indiqué que neuf personnes seraient en attente de places pour le pôle au centre d'accueil psychiatrique (CAP).

4.1.3.1 Unité Saint-Augustin (long séjour)

L'unité Saint-Augustin, d'une superficie de 715m², dispose de dix-neuf lits répartis en :

- deux chambres individuelles ;
- quatre chambres à deux lits ;
- trois chambres à trois lits ;
- une chambre d'isolement.

Vingt patients séjournèrent dans l'unité au moment du passage des contrôleurs. Il s'agissait de quatorze hommes et de six femmes. Le plus jeune était âgé de 31 ans et le plus âgé de 73 ans. Cinq patients étaient en HO, quatre en HDT avec sorties d'essai et deux en HDT. Un patient avait été admis en 1987, douze en 2009, sept dans l'année en cours.

La DMS dans l'unité s'établit à 54,43 jours.

Les deux chambres individuelles sont attribuées aux personnes incontinentes et à celles dont la gestion est la plus difficile. Des patients les réclament mais y accèdent rarement. L'unité dispose d'une salle de télévision, d'une salle à manger, d'une salle de jeux et d'une salle d'activité.

Les repas sont pris en commun, très exceptionnellement en chambre sur prescription médicale. Les seuls repas thérapeutiques sont ceux pris à l'occasion de sorties extérieures sous forme de pique-niques. Le patient isolé, en chambre depuis le 19 mars, prend ses repas en commun avec les autres patients.

Les patients de plus long séjour ont accès à diverses activités :

- Atelier expression le lundi après-midi ;
- Atelier corporel le mardi matin ;
- Atelier d'écoute musicale ou expression musicale le mercredi matin ;
- Séances individuelles d'art thérapie le mercredi ou le jeudi après-midi ;
- Groupe de parole avec psychologue et soignants le vendredi matin ;
- « Espace-temps » le vendredi après-midi avec l'art thérapeute.

L'unité ne dispose pas de bibliothèque.

L'unité Saint-Augustin dispose des personnels suivants :

- psychiatre : 0,50 ETP ;
- infirmiers : 4,80 ETP ;
- aides-soignants : 7 ;
- ASH : 4 ;
- psychologue : 0,75 ETP ;
- arthérapeute : 0,50 ETP ;
- éducateur sportif : 0,50 ETP ;
- assistante sociale : 0,50 ETP ;
- secrétaire : 0,50 ETP ;
- cadre de santé : 1.

Il ressort de trois entretiens avec les patients de l'unité les éléments suivants :

- « En HO, je vais à la cafétéria en groupe, à la salle de sports. Je n'avais pas d'argent ; je perçois maintenant une allocation de 660 € par mois d'adulte handicapé. Quelque part, je trouve ici de la tendresse, du bon sentiment. Il y a bien quelques conflits, mais le service est agréable. Il y a un jardin ; on n'y va pas assez souvent. Ça dépend des personnels, même s'il y a des caméras. On a tendance à penser que le jardin n'est pas bien utilisé ».
- « j'ai eu une sortie d'essai de quatre jours avant Noël. Depuis, le préfet ne fait plus rien. La tutelle m'a pris 2500 francs pour ne rien faire. Il faut obliger la tutelle à un état financier mensuel avec entrées et dépenses ».

- « La relation avec le personnel est bonne. Il est accueillant. Je pratique une activité d'ergothérapie. Je regrette l'absence d'un sexologue à l'hôpital ».

4.1.3.2 Unité Saint-Laurent.

L'unité Saint-Laurent, de 668m², dispose de vingt-et-un lits répartis en

- une chambre individuelle ;
- une chambre à deux lits ;
- six chambres à trois lits ;
- deux chambres d'isolement dont une hors service en raison de travaux en cours.

Vingt-deux patients séjournèrent dans l'unité au moment du passage des contrôleurs. Il s'agissait de dix-sept hommes et de cinq femmes. Le plus jeune était âgé de 21 ans et le plus âgé de 67 ans. Cinq patients étaient en HO et sept en HDT avec sorties d'essai (SE). Un patient avait été admis en 1997, un en 2007, trois en 2008, onze en 2009 et cinq dans l'année en cours ; une date d'admission n'était pas renseignée.

La DMS dans l'unité s'établit à 58,12 jours.

L'unité Saint-Laurent dispose des personnels suivants :

- psychiatre : 0,50 ETP ;
- infirmiers : 4,80 ETP ;
- aides-soignants : 7 ;
- ASH : 4 ;
- psychologue : 0,75 ETP ;
- art thérapeute : 0,50 ETP ;
- éducateur sportif : 0,50 ETP ;
- assistante sociale : 0,50 ETP ;
- secrétaire : 0,50 ETP ;
- cadre de santé : 1.

La politique du pôle consiste à disposer en permanence d'une chambre d'isolement au bénéfice de l'ensemble du centre hospitalier. Si tel était le cas au premier jour du passage des contrôleurs, ce ne l'était plus au troisième lors d'un deuxième passage.

Le manque de personnel se traduit par la présence d'un seul infirmier le matin et d'un autre l'après-midi dans chaque unité, un nombre jugé insuffisant par les responsables. Ces infirmiers sont absents le weekend.

4.2 Le pôle de psychiatrie générale 8/10.

Situé dans le bâtiment 14, le pôle de psychiatrie générale 8-10 couvre un bassin d'environ 185 000 personnes. Il comprend quatre unités de soins qui ont pour nom : St-Amédée, Ste-Monique, St-Gilles et Ste-Lucie. Elles sont toutes mixtes.

Le pôle 8-10 est placé sous la responsabilité d'un médecin psychiatre et d'un cadre supérieur de santé, les unités étant chacune sous la responsabilité d'un psychiatre et d'un cadre de santé.

Depuis mai 2008, avec l'accord de la direction, une conférence audio réunit chaque matin de 9h15 à 9h45 tous les responsables des structures extra et intra-hospitalières du pôle 8-10 y compris le CAP, soit une dizaine de personnes. Celle-ci, appelée « WORK FLOW », (flux de travail), se tient par l'intermédiaire du téléphone et des ordinateurs connectés sur l'interface e-conférence du réseau intranet. Cette conférence, animée par le médecin-chef ou un autre médecin du pôle, a pour objet de renseigner les équipes ou d'obtenir des renseignements de leur part sur la prise en charge des patients, leur suivi, les difficultés rencontrées, planifier les entrées à partir de la liste d'attente affichée sur les écrans et les répartir dans les unités en fonction des places disponibles.

Selon les dires, cette organisation encore expérimentale, donne toute satisfaction aux soignants et responsables qui restent sur leur lieu de travail, ce qui permet de gagner du temps. Ce dispositif devrait être prochainement étendu à d'autres pôles.

Le jour de la visite, l'effectif des patients hospitalisés s'établissait à quatre-vingt onze présents pour une capacité de quatre-vingt onze lits et quatre chambres d'isolement, soit une par unité. Dix patients étaient en attente d'admission, dont quatre HDT. En outre, quatre patients provenaient d'autres unités, dont deux en HO et un en HDT. Une chambre d'isolement, à Sainte-Lucie, était occupée par un patient fugueur d'un autre pôle, qui était revenu dans la nuit précédente.

Les indicateurs du pôle pour 2009 montrent que 686 admissions ont eu lieu, ce qui représente 20,89 % des admissions totales du centre hospitalier. Sur la même période la DMS s'établit à 61,09 jours. La file active pour le pôle s'établit à 1996 prises en charge, pour 36 767 interventions et actes de soins.

S'agissant des unités :

- Saint-Amédée a admis 122 patients avec une DMS de 66,25 jours et un nombre moyen par jour de 22,14 patients pour une capacité de 22 lits.
- Sainte-Monique a admis 150 patients avec une DMS de 57,95 jours et un nombre moyen par jour de 23,34 patients pour une capacité de 23 lits.
- Saint-Gilles a admis 188 patients avec une DMS de 44,12 jours et un nombre moyen par jour de 22,73 patients pour une capacité de 23 lits.
- Sainte-Lucie a admis 214 patients avec une DMS de 36,97 jours et un nombre moyen par jour de 21,67 patients pour une capacité de 23 lits.

Ces chiffres indiquent clairement que le taux maximum d'occupation des capacités est atteint de manière permanente.

L'effectif du pôle au 31 décembre 2009 se compose ainsi :

- 10,8 ETP de psychiatre ;
- 65,2 ETP de personnel soignant (infirmiers et aides-soignants, aides médico-psychologiques);
- 15,5 ETP de personnels paramédicaux ;
- 17 ETP ASH,
- 9,1 ETP secrétaires ;
- 23 ETP de personnel de nuit, infirmiers et AS.

A quoi il faut ajouter 3,3 ETP de personnel intérimaire et 1,5 ETP en heures supplémentaires en moyenne annuelle. Le taux d'absentéisme s'élève à 22% pour la période considérée.

Le taux de féminisation est de 80%.

Les horaires de travail sont identiques pour tous, à savoir pour faire fonctionner le service :

- 1 infirmier et 2 AS de 6h45 à 14h33 ;
- 1 infirmier et 2 AS de 13h30 à 21h18 ;
- 1 infirmier et 1 AS de 21h à 7h.

L'équipe de nuit est une équipe spécifiquement dédiée qui ne travaille que la nuit, et pour certains depuis leurs débuts professionnels; un infirmier a indiqué aux contrôleurs qu'il était en équipe de nuit depuis vingt-cinq ans.

4.2.1 L'unité Saint-Amédée.

Positionnée au rez-de-chaussée du bâtiment 13, cette unité, comme les autres d'ailleurs, accueille des patients adultes psychotiques, schizophrènes ou souffrants d'addictions. Il n'y a pas de limite dans la durée du séjour, et les sorties peuvent aussi se faire vers une maison de retraite, ou selon l'état, vers l'unité de psychogériatrie. Les patients proviennent, pour 60 % du CAP et 40 % des CMP du pôle. Il n'y a pas d'entrée le week-end, sauf urgence, HO ou HDT en urgence (HDTU). La charte du patient est remise lors de l'accueil, ainsi que le livret d'accueil de l'établissement. Les droits sont notifiés dès lors que la personne est en état de les comprendre.

S'agissant du placement en maison de retraite, cette opération peut s'avérer laborieuse pour des patients isolés à cause du dossier d'aide sociale qui doit être traité avec le département, ce qui prend parfois un certain temps. Ainsi, est-il précisé aux contrôleurs, deux patients sont en attente depuis un an.

L'unité est fermée mais dispose d'un jardin attenant qui n'est pas sécurisé. De ce fait les patients en HO ne sont pas accueillis pour y séjourner.

Le jour de la visite, l'unité était complètement occupée avec vingt-deux patients dont six en HDT, et deux en HDT avec sortie d'essai. Ponctuellement, des transferts peuvent avoir lieu d'une unité à l'autre sur des critères de sécurité. Par ailleurs, les patients en HL ont la possibilité de se rendre dans le parc de l'établissement ou à la cafétéria. Pour les autres, cela ne peut se faire qu'avec l'accompagnement d'un soignant.

Si le patient le souhaite, sa famille peut être informée. Toutefois, il n'est pas communiqué de renseignements par téléphone. Les appelants sont invités à prendre contact avec le médecin-chef, ou à se rendre à l'établissement.

L'unité est placée sous vidéosurveillance dans les pièces d'activité, les couloirs et la chambre d'isolement, laquelle est aussi sonorisée. L'installation comporte quinze caméras dont les moniteurs se trouvent dans le bureau des soignants.

La mise en isolement se fait sur prescription médicale, suivant le protocole en vigueur dans l'établissement. Il a été dit aux contrôleurs que cela concernait essentiellement des patients en HO ou HDT. La prescription est faite pour 24 heures reconductibles, et en cas de difficultés un transfèrement à l'USIP peut être demandé. La situation est réévaluée toutes les 24 heures. La sortie de l'isolement se fait progressivement par étapes d'une heure, puis deux fois une heure... Si la contention est mise en œuvre, outre la vidéo, une surveillance physique est faite toutes les heures par le personnel soignant. D'après le médecin de l'unité, la mise sous contention est pratiquée par l'équipe d'intervention. L'évaluation est faite au quotidien et la contention est possible plusieurs jours.

Les contrôleurs ont pu vérifier que les fiches de suivi sont renseignées avant d'être classées dans le dossier médical. Toutefois il n'est pas possible de vérifier la traçabilité de l'usage et du déroulement de la contention (qui y est soumis, combien de fois et pour quelle durée) au-delà d'un mois. Pour le mois de mars, deux patients ont été isolés : un en HDT, pendant dix-neuf jours et l'autre, en HL, pendant neuf jours.

Les repas sont pris en commun dans la salle à manger à 8h30, 12h, 18h30 ou 19h45 selon le degré d'autonomie.

Le personnel se compose de :

- un cadre de santé ;
- 7 ETP d'infirmiers dont trois bénéficient de détachements syndicaux, ce qui représente un déficit de 11 % ;
- 4,5 ETP aides-soignants,
- 0,75 ETP de psychologue,
- 0,50 ETP d'assistante sociale,
- 4 ETP d'ASH dont un en congé de maternité.

Aux dires du cadre, la situation est beaucoup trop tendue et les effectifs tout juste suffisants pour assurer les tâches minimales, avec deux ou trois personnes par vacation. De ce fait il n'y a quasiment pas d'activités, personne ne pouvant en assurer l'accompagnement. Seule une activité de collage est conduite par la psychologue pour sept à huit patients, deux heures par semaine. Quatre patients en HL participent à des activités conduites par la fédération sociothérapeutique et culturelle.

L'unité, d'une surface de 594m², comporte vingt-deux lits ainsi répartis:

- cinq chambres à un lit ;
- une chambre à deux lits ;
- cinq chambres à trois lits ;
- une chambre d'isolement.

Les lits sont presque tous médicalisés avec les côtés relevables, et les chambres sont équipées de tables de chevet, tables à écrire, une ou plusieurs chaises et placard-vestiaire individuel fermant à clé. Chacune est équipée d'au moins une fenêtre avec barreaux et moustiquaire, et le plafond comporte, outre le bloc lumineux, un détecteur de fumée. Seule une chambre à deux lits comprend une douche. Les autres ne disposent bien souvent que d'un lavabo, simple ou double, quelquefois deux. Deux blocs toilettes avec WC différenciés hommes et femmes sont accessibles depuis le couloir qui distribue les pièces, de même qu'une salle de douches. Toutefois, la chambre n°3 avec trois lits dispose d'un coin douche et d'un WC accessible aux personnes à mobilité réduite.

La chambre d'isolement de 9 m² et de 3,5 m de hauteur sous plafond est équipée d'un lit scellé avec protections pour la tête et les pieds. Il est muni de quatre sangles pour les membres. La fenêtre est barreaudée et munie d'une moustiquaire. Le plafond est équipé avec deux caméras, un détecteur de fumée, la climatisation et un micro. Le bloc sanitaire de 3m² se trouve dans le sas d'accès à la chambre, et n'est accessible que depuis celui-ci. Il comprend une douche et un lavabo, mais pas de WC. Un urinoir et un bassin en font office.

Dans sa réponse au rapport de constat la directrice indique que « la chambre d'isolement a été entièrement refaite et agrandie en date du 29 septembre 2010 ».

En parcourant le couloir, outre les locaux réservés au personnel on trouve la salle à manger de 30 m² meublée de sept tables et de leurs chaises. Les fenêtres donnent sur le jardin, ce qui rend l'endroit agréable. La salle avoisine l'office où sont reçus les repas. Celui-ci est équipé de deux fours de réchauffage et d'un réfrigérateur pour le maintien en température.

Plus loin sur la même façade on trouve le salon bibliothèque de 30m² jouxtant la salle de télévision de 20m² avec une dizaine de fauteuils. Ces pièces sont climatisées. Le salon comporte des tables, des fauteuils et des chaises, des rayonnages de livres et de jeux de société, ainsi qu'un babyfoot. La pièce ouvre sur le jardin. La porte qui y donne accès est surplombée d'un store extérieur en toile qui est troué sur toute sa surface par les brûlures des cigarettes jetées par les patients de la fenêtre de leurs chambres situées en étage.

Le jardin, d'une surface de 250 m² environ, est entouré d'un grillage de 3m de hauteur, ce qui ne confère pas une sécurité suffisante pour dissuader un patient désireux de s'échapper. Ce jardin comprend des massifs d'arbustes, des arbres, un rocher artificiel ainsi que des parties herbeuses. Sur sa surface sont disposés de chaises longues, des bancs, des fauteuils et une table de ping-pong.

Les locaux de l'unité ont été repeints et sont globalement en bon état général. Néanmoins, et ceci vaut pour l'ensemble des unités, l'eau du robinet est impropre à la consommation et contient des bactéries dont les contrôleurs n'ont pu connaître le nom. Une cartouche filtrante est disposée sur la tête de chaque robinet. L'eau potable est fournie en bouteilles.

4.2.2 Unité Sainte-Monique.

Située au troisième étage du bâtiment 34, l'unité Sainte-Monique, d'une superficie de 480m², est accessible par un ascenseur monte-malade et un escalier intérieur. Les locaux sont desservis par un couloir central qui suit la configuration en L du bâtiment. Sur la façade ouest, on accède directement par une porte depuis la salle commune sur la seule aire extérieure de l'unité, constituée par une cour de 150m² sécurisée sur les côtés par des claustras, et recouverte d'un grillage. Cette cour est équipée de mobilier de jardin, tables et fauteuils ainsi que d'une table de ping-pong.

La salle commune qui ouvre sur la terrasse occupe une surface de 60m² pour une hauteur sous plafond de 3,2m. Elle comprend un téléviseur, une chaîne HI FI avec lecteur de DVD ainsi qu'une quinzaine de fauteuils neufs avec des tables basses. Cette salle est climatisée.

A proximité la salle à manger de 50m², équipée de mobilier neuf, comporte sept tables et leurs chaises et jouxte l'office qui réceptionne et prépare le service des repas. Il comprend deux fours et un réfrigérateur pour le maintien en température. Les menus sont affichés sur le panneau d'affichage situé dans le couloir de circulation. Les régimes médicaux sont respectés, mais les changements de plats pour commodités personnelles ne sont pas admis.

La salle de soins d'une surface de 15m², sert aussi de bureau au personnel soignant. Elle réceptionne sur deux écrans les images de huit caméras qui équipent les circulations et les lieux communs ainsi que la chambre d'isolement. Cette pièce sert aussi d'issue de secours en cas de nécessité.

Donnant sur le couloir, on trouve deux salles d'eau avec douche, un bloc WC, un placard contenant une bouteille d'oxygène, comme d'ailleurs dans toutes les autres unités du pôle, et une salle de bain équipée d'une baignoire avec système élévateur ainsi que d'un fauteuil élévateur pour personne à mobilité réduite.

Le jour de la visite, vingt-trois patients étaient présents dont six en HO et quatre en HDT pour vingt-trois places réparties dans douze chambres, à savoir:

- six chambres à un lit de 10 à 12m² de surface et 3,2m sous plafond ;
- une chambre à deux lits de 16m² et 3,2m sous plafond ;

- cinq chambres à trois lits de 18 à 20m² et 3,2m sous plafond.

Toutes ces chambres sont équipées avec des lits médicalisés comportant des côtés relevables, des chevets et tables avec chaises. Chacune comporte seulement un lavabo, mais les chambres 12 et 13 ont une salle d'eau commune avec douche, lavabo et WC. Chaque patient dispose d'un placard fermant à clé. Les fenêtres sont de grandes dimensions, 1,7m sur 0,80 m, comme dans les autres unités du pôle, et toutes barreaudées. Certaines, situées au-dessus de la cour de l'USIP, sont aussi équipées de dispositifs pare-vue et anti-projection. Ni l'aération ni le rafraîchissement nocturne des chambres ne s'en trouvent facilités, s'agissant de fenêtres orientées plein Sud.

La chambre d'isolement de 11m² et 3,2m sous plafond est équipée d'un lit scellé avec matelas, protection de la tête et du pied et quatre sangles d'attache. La fenêtre est barreaudée et ne peut être ouverte que par l'action du personnel.

Le bloc « toilettes » communique par une porte directe depuis la chambre. Il ne comprend qu'un WC. La toilette s'effectue dans les sanitaires communs sous la conduite d'un soignant.

Cette chambre est climatisée, l'éclairage au plafond est variable et commandé depuis le poste de soins, et elle est munie de deux caméras ainsi que d'un micro pour la surveillance du patient isolé.

La mise en isolement et la mise sous contrainte s'effectuent selon le protocole commun, et dans les mêmes conditions que dans les autres unités du pôle. En mars, deux placements en isolement ont été effectués pour deux personnes en HO d'une durée de six et seize jours. Une mise en contention a eu lieu pour le premier mais il n'a pas été possible d'en connaître la durée, le dossier médical n'étant pas accessible aux contrôleurs.

Une patiente en HO depuis le 6 mai 2007 conteste son placement et est en recours devant la cour d'appel d'Aix-en-Provence où elle est convoquée le 19 avril 2010.

Une autre patiente admise en HO depuis le 24 février 2010 est en instance de transfert à l'unité pour malades difficiles (UMD) de Montfavet (84).

Une patiente en HO réintégrée d'autorité à la suite du drame de Roquebrune a bénéficié le jour de la visite en sortie d'essai.

Un patient admis depuis le 17 octobre 2009 s'est vu suspendre une sortie d'essai autorisée.

Enfin, s'agissant des soignants, le cadre de l'unité a fait part aux contrôleurs de sa satisfaction des efforts faits pour renforcer son personnel. Le service fonctionne à présent avec 4,5 ETP d'infirmière, 5,8 ETP d'AS, 4 ETP d'ASH. Aucun poste de psychologue n'existe dans l'équipe ; le cadre espère une assistante sociale au 1^{er} avril. Ce renforcement lui permet de fonctionner avec deux infirmiers, un AS et un ASH par poste, avec certains jours un poste en journée de 8h30 à 16h18. « *Toutefois les problèmes de personnels ne permettent pas d'accueillir des intervenants extérieurs, mais des projets existent qui devraient voir le jour prochainement* ».

L'unité est propre et en bon état général, mais connaît néanmoins des difficultés dans la distribution d'eau. En effet, outre l'état sanitaire de celle-ci, sa température ne peut être réglée convenablement, ce qui crée des risques de brûlures lors de la douche et le débit est insuffisant par manque de pression.

4.2.3 Unité Sainte-Lucie.

Située dans le bâtiment 28, cette unité d'une superficie de 651m², est accessible par un ascenseur monte-malade et un escalier. Elle occupe le deuxième étage où sont disposés les bureaux, locaux communs, terrasse et six chambres pour quatorze places, et une partie du premier étage au-dessous de l'unité comprenant cinq chambres pour neuf places. Les deux parties sont reliées par un escalier intérieur, et la chambre d'isolement se situe en partie supérieure.

Les différents locaux sont desservis par un couloir de circulation. La salle de détente occupe une surface de 50m² avec une hauteur sous plafond de 3,2m. On y trouve une télévision, des jeux de société, plusieurs tables avec chaises et un coin salon avec table basse et chauffeuses. Cette salle donne sur une terrasse d'environ 80m². Cette surface est enclose par une grille de 3m de hauteur avec des bas-volets, et une partie, environ un tiers, est recouverte d'un grillage. Différentes zones sont aménagées, avec pour l'une une table de ping-pong, une autre avec tables et fauteuils de jardin, une autre avec massif d'arbustes et circulation. Aux dires des soignants, cette terrasse n'est pas suffisamment sécurisée et cela en restreint l'usage, en particulier en cas de présence de patients en HO si les soignants ne sont pas suffisamment nombreux pour assurer la surveillance.

A proximité de la salle commune se trouve la salle de soins avec les moniteurs qui reçoivent les images des neuf caméras disposées dans les locaux communs, le couloir, la chambre d'isolement (2) et la chambre médicalisée (1).

La salle à manger comprend six tables avec leurs chaises et avoisine l'office équipé de deux fours et un réfrigérateur pour le maintien des plats en température. Les menus de la semaine sont affichés sur le panneau dans le couloir. Les régimes médicaux sont respectés, mais les changements de plats pour convenance personnelle ne sont pas autorisés.

Sur ce panneau sont aussi affichés le règlement intérieur de l'unité, la charte de la personne hospitalisée ainsi que des propositions d'activités et des annonces de rencontres avec des associations.

On trouve aussi ouvrant sur le couloir :

- un bloc sanitaire réservé aux femmes avec deux douches et un lavabo ;
- un bloc WC pour les femmes ;
- un bloc toilettes avec accès pour les personnes à mobilité réduite ;
- une salle d'eau avec baignoire et lavabo ;

- un bloc sanitaire réservé aux hommes ;
- un bloc WC pour hommes.

L'unité a une capacité de vingt-trois lits répartis comme suit :

- six chambres à un lit et quatre chambres à deux lits au deuxième étage, soit quatorze places.
- une chambre à un lit, quatre chambres à deux lits à l'étage inférieur, soit neuf places.

Les chambres à un lit de l'étage supérieur occupent chacune une surface d'environ 10m² et sont toutes équipées d'un lavabo. Elles comprennent un lit avec côtés relevables, un chevet, une table et une chaise, ainsi qu'un placard de rangement.

La fenêtre de 1,70m sur 0,80 m est barreaudée, et comporte des volets.

L'une d'entre elles, la chambre 1, est médicalisée avec la proximité d'une bouteille d'oxygène et la surveillance par caméra au plafond. Elle comprend en outre un cabinet de toilette complet à deux accès.

Les chambres à deux lits occupent une surface de 18 à 20m². Les lits sont équipés de côtés relevables, et le mobilier est constitué de tables de chevets, tables et chaises, avec placard personnel fermant à clé. Certaines disposent d'un lavabo ou d'un cabinet de toilette avec lavabo et douche (chambre 9), et l'une d'elles ne comporte aucun équipement sanitaire (chambre 8). Les fenêtres sont barreaudées et comportent des volets.

Les chambres de l'étage inférieur sont identiques à celles du dessus, et comportent toutes un bloc WC et un cabinet de toilette avec douche et lavabo. On trouve aussi dans un placard du couloir une bouteille d'oxygène. Ce niveau est occupé en général par des patients stabilisés ou proches de la sortie, donc plus autonomes.

La chambre d'isolement située à l'étage supérieur occupe une surface de 10m² pour une hauteur sous plafond de 3,20m. Elle dispose d'un lit scellé équipé avec un matelas, la tête et le pied étant munis de protection. Quatre sangles sont en place pour la contention. La fenêtre, identique aux autres est munie de barreaux et de volets. Au plafond sont disposés le bloc d'éclairage, la climatisation et deux caméras de surveillance ainsi que le micro de prise de son. Il n'y a pas de variateur d'éclairage. Cette chambre ne dispose pas de local de toilette ; celle-ci se fait dans le bloc commun avec accompagnement d'un soignant. Selon les soignants, cette chambre est peu utilisée par le service. Néanmoins, six mises en isolement ont été effectuées en mars, dont trois pour des patients venant d'autres pôles, certains avec mise sous contention. Les contrôleurs ont constaté que les procédures sont identiques aux autres unités.

L'ensemble des locaux ne paraît pas en mauvais état général, mais les peintures auraient besoin d'un rafraîchissement. C'est aussi le souhait des soignants.

Le jour de la visite, vingt-quatre patients étaient présents dont deux en HO et huit en HDT. Ordinairement, selon ce qui a été dit aux contrôleurs, cette unité ne reçoit pas de patients en HO pour des raisons liées à l'insuffisance de sécurité relative aux possibilités de fugue depuis la terrasse. Ces deux patients est-il précisé, se trouvent là en transit, par suite des restrictions de sorties consécutives à l'événement de Roquebrune.

Cette présence oblige à interdire l'accès à la terrasse dès lors qu'il n'y a pas de personnel disponible pour en assurer la surveillance. Les contrôleurs ont pu en constater la fermeture au cours de leur visite. Cette situation est source de tension entre les patients à cause du tabac. En effet, les fumeurs sont tolérés dans la salle commune et indisposent les non fumeurs qui se sentent intoxiqués par l'accumulation de fumée due au manque de ventilation. Il est précisé que les fumeurs doivent se tenir devant les fenêtres et rejeter la fumée à l'extérieur, mais cette manière de faire est insuffisante. Le service, pris entre le manque de personnel, la demande des patients et l'exigence de la direction de renforcer la sécurité, procède selon les dires et lorsque c'est possible, à l'ouverture sous surveillance de la terrasse pour aérer et détendre l'atmosphère. Cela dure en général moins d'une heure. La salle commune ne dispose pas de sièges en nombre suffisant lorsque la terrasse est fermée.

Plusieurs patients se sont plaints aux contrôleurs de l'accès à la terrasse. Une pétition signée par les patients et les soignants, y compris un médecin, demande une amélioration de cette situation.

Enfin l'occupation au moment de la visite de la chambre d'isolement par un patient fugueur d'un autre pôle, en hébergement hôtelier, explique le sureffectif constaté. Aux dires des soignants, il serait revenu seul au cours de la nuit précédente.

Les horaires de service sont identiques aux autres unités avec un infirmier et deux AS le matin et l'après midi. L'unité dispose de 6,5 ETP d'infirmier, cinq ETP d'AS, et quatre ETP d'ASH, une assistante sociale à 50 %.

Il existe une activité de dessin conduite par une psychologue à raison de 1h30 par semaine pour un groupe de cinq patients.

4.2.4 Unité Saint-Gilles

Située au troisième étage du bâtiment 6, cette unité, d'une superficie de 622m², accueille de manière temporaire des patients adultes (c'est-à-dire âgés de plus de quinze ans et neuf mois) qui sont en phase aigüe et qui feront l'objet à leur sortie d'un suivi en ambulatoire. La DMS a été de 44,12 jours en 2009.

L'unité a une capacité de vingt-trois lits et d'une chambre d'isolement répartis ainsi :

- quatre chambres individuelles de 8m² dont deux sont communicantes et disposent d'un WC, d'un lavabo et d'une douche commune ;
- deux chambres doubles de 11m² ;
- cinq chambres de trois lits de 16m² ;
- une chambre d'isolement.

Dix de ces onze chambres sont équipées d'un WC. Les onze chambres sont dotées d'un lavabo ou de deux (pour les chambres triples), et disposent d'une douche. Le mobilier des chambres est neuf, fonctionnel et de couleur claire. Les lits sont médicalisés. Chaque patient dispose d'un chevet et d'une armoire dont il a la clef. Chaque chambre est équipée d'au moins une petite table et d'une chaise, quelquefois de deux pour les chambres à deux ou trois lits.

La chambre d'isolement de 11m² est une chambre individuelle climatisée qui dispose de son propre cabinet de toilette. Elle est équipée de deux caméras de vidéosurveillance et d'un détecteur de fumée placés au plafond. C'est une pièce carrelée et aux murs clairs dont la fenêtre standard à deux battants est condamnée et qui comporte une grille extérieure en fer forgée. Un lit fixé au sol et dont la tête et le pied sont capitonnés occupe le centre de la pièce. Deux entraves de tissus sont fixées à demeure sur chacun des deux bords du lit. La pièce est équipée d'une table roulante. Elle ne comporte pas de bouton d'appel. Le cabinet de toilette est situé à l'extérieur de la pièce et comprend un WC à cuvette et un compartiment douche sans lavabo.

Il a été indiqué aux contrôleurs que la chambre d'isolement était utilisée régulièrement à titre « hôtelier », lorsqu'il n'y avait pas de place libre dans une des chambres de l'unité. C'était le cas à la date du contrôle : le patient qui l'occupait, en HDT, se trouvait auparavant à l'unité Saint-Amédée où il avait été placé en chambre d'isolement. En régime « hôtelier », la porte de la chambre d'isolement est alors laissée ouverte.

L'ensemble de l'unité est placée sous vidéosurveillance. Au total, seize caméras ont été installées : six dans le couloir, deux dans la salle à manger, deux dans le salon, quatre sur la terrasse et deux dans la chambre d'isolement. Les images sont reçues sur deux écrans de contrôle situés dans le bureau des infirmiers. Un projet de « charte d'éthique de la vidéosurveillance », un document de cinq pages, a été remis aux contrôleurs.

A la date du contrôle, les vingt-quatre lits de l'unité étaient occupés : neuf hommes et quinze femmes. Sur les vingt-quatre patients, quatre étaient en HO et sept en HDT. Le personnel soignant rencontré a souligné les problèmes considérables que provoquaient depuis quelques mois le ralentissement voire la suppression des sorties d'essai demandées avec l'accord du médecin par les patients placés en HO : perte de crédibilité des personnels soignants, incompréhension et désespoir des patients et de leur famille, allongement des périodes d'hospitalisation pour les patients, diminution des capacités d'accueil et engorgement pour l'accès aux soins des nouveaux patients.

L'effectif de l'unité comprend :

- un psychiatre qui est présent cinq demi-journées par semaine ;
- un psychiatre à mi-temps ;
- un médecin généraliste à mi-temps ;
- 7 ETP d'infirmier ;
- 6,5 ETP d'aides-soignants ;
- 4 ETP d'agents de service hospitalier ;
- 0,5 ETP d'assistante sociale.
- 0,3 ETP de psychologue.

- Il faut ajouter à ces moyens, le médecin généraliste de garde pour tout l'hôpital, le psychiatre d'astreinte à compter de 17h et les week-ends, ainsi que le psychiatre qui est de garde le week-end pour les consignes en cas de prolongation d'isolement pour l'ensemble du pôle.

En journée, les effectifs en personnel soignants permettent généralement de disposer de trois infirmiers et/ou aide soignants au cours de chaque cycle de travail.

Les activités socio-thérapeutiques et culturelles destinées aux patients se déroulent à l'extérieur de l'unité. Ceux qui sont en HO ou en HDT et qui ont une autorisation de sortie ne peuvent pas y participer sauf s'ils sont accompagnés, ce qui n'est jamais possible en raison de l'insuffisance des effectifs d'après ce qui a été indiqué aux contrôleurs.

Les patients placés en HO arrivent à l'unité en admission directe par le Centre d'accueil psychiatrique (CAP), ou quelquefois par transfert de l'USIP. Il en est de même pour les patients placés en HDT, qui peuvent aussi avoir été transférés d'un autre service hospitalier psychiatrique ou d'un CMP.

Il arrive que la famille, présente au moment de l'admission, accompagne le patient pour ces formalités de présentation du service. Il a été indiqué aux contrôleurs que des mesures d'organisation avaient été prises pour faire en sorte que l'accueil des patients ait lieu surtout à partir de 14h30 pour permettre d'effectuer convenablement l'ensemble des formalités de leur accueil et de leur installation.

L'information sur la possibilité d'exercer des recours est apportée dans le cadre de la consultation avec le médecin qui a lieu soit le jour même, soit le lendemain. Le personnel soignant considère que pour des raisons thérapeutiques, les premiers entretiens qui ont lieu avec les patients doivent être des entretiens de « *réassurance* » plutôt que des entretiens « *centrés sur les conflits* », et qu'il ne faut pas mettre l'accent sur les possibilités de recours en allant au devant de demandes potentielles inconsidérées de la part des patients.

L'accès à l'unité se fait par une porte commandée par un dispositif d'ouverture à distance situé dans le bureau des soignants. La demande d'ouverture par les visiteurs du service se fait par un interphone vidéo placé à l'extérieur.

Sur le mur placé en face de la porte d'entrée, sont affichées à titre permanent le règlement intérieur des unités de soin et la charte de la personne hospitalisée. Le plan d'évacuation de l'unité, placé sous une feuille rigide transparente entourée d'une protection métallique, est également fixé au mur, ainsi qu'une petite vitrine murale fermant à clef destinée à recevoir diverses affiches. Au moment de la visite, cette vitrine comportait quatre documents : le règlement intérieur des unités de soins, une note d'information sur la mise en place d'un dispositif d'informatisation des données médicales, et deux notes concernant le groupe d'entraide mutuelle animé par la FNAPSY. Une petite affiche annonçant la visite des contrôleurs était également scotchée au mur.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il n'y avait pas d'exercice d'évacuation en cas d'urgence.

Les différents locaux de l'unité sont distribués par un long couloir. Les chambres et les locaux professionnels sont répartis de part et d'autre de ce couloir. A son extrémité se trouvent les pièces de vie collective des patients qui forment un ensemble fonctionnel comprenant :

- Une pièce de détente de 50m² où se trouvent un grand poste de télévision devant lequel sont alignées trois rangées de quatre fauteuils, une table de ping-pong située en retrait et une armoire bibliothèque dont les trois rayons supérieurs comportent des livres. C'est à partir de cette pièce qu'il est possible aux patients d'accéder à une grande terrasse en forme de L, à ciel ouvert et en partie couverte en dur. Cette terrasse, d'une surface de près de 150m² est entièrement enclose par des claustras en fer forgé et recouverte d'un treillis métallique. Quatre tables rondes en plastique blanc entourées chacune de quatre fauteuils de jardin y sont disposées ainsi que plusieurs fauteuils empilés les uns sur les autres. Quelques jardinières sont placées le long des petits murets d'enceinte. La vue à partir de la terrasse embrasse tout le paysage environnant constitué de zones d'habitation, de bois et de collines. La terrasse est équipée de caméras de surveillance ;
- La salle à manger se trouve dans la continuité de la salle de détente. Un pilier central et une cloison mobile légère à claire-voie marquent visuellement la séparation entre les deux pièces. D'une surface de 30m², la salle à manger est équipée de quatre tables rondes de cinq places et d'une table rectangulaire de quatre places, ainsi que de deux buffets bas. Ces meubles sont modernes, de couleur claire et en harmonie avec le design et les coloris du lieu. Un des murs est percé d'un passe plat avec la cuisine qui avoisine la salle à manger. Dans le coin du même mur se trouve un poste téléphonique à carte. Ce téléphone n'assure pas la confidentialité. Un second poste téléphonique identique se trouve à la sortie de la pièce de détente dans un renforcement du couloir de desserte de l'unité. Ce second poste n'assure pas non plus la confidentialité.

Ces deux pièces collectives sont carrelées. Les murs sont peints de couleurs claires, et les meubles sont fonctionnels et confortables.

Le nombre peu élevé de chambres individuelles contribue à renforcer le caractère collectif de la vie de l'unité. Un patient qui souhaiterait s'isoler ne disposerait que de la terrasse pour le faire, la télévision contribuant à capter l'attention de nombreux patients.

L'unité comprend aussi en principe une salle de bains équipée d'une baignoire. Mais cette pièce sert à présent de salle de dépôt pour le linge sale, et pour un certain nombre de produits ou d'effets de rechange. Elle sert aussi de salle de remise pour le chariot destiné à faire le ménage et comportant tous les équipements nécessaires à cet effet.

L'information donnée aux familles sur le patient est particulièrement surveillée. Aucune information n'est donnée par téléphone. En cas de demande exprimée par téléphone, la consigne est de renvoyer vers le médecin en proposant de solliciter une rencontre qui pourra avoir lieu si le patient est d'accord, et de s'en tenir à des généralités sans conséquences en évoquant le bon appétit du patient ou en proposant de lui rendre visite.

La CDHP a été saisie deux fois en 2009 par des patients de l'unité.

Les repas des patients sont pris collectivement. Le petit déjeuner est pris à partir de 8h, le déjeuner de 12h et le dîner de 18h30. Un rafraîchissement est servi vers 16h (lait, sirop et éventuellement biscuits ou gâteaux). Les repas servis arrivent à l'unité sous forme de barquettes à réchauffer. Cette opération est effectuée dans les étuves de la cuisine de l'unité. Aucun repas n'est confectionné sur place. Il n'y a jamais de repas commun entre patients et soignants. Les personnes en chambre d'isolement et qui font l'objet de cette mesure, se voient apporter leur plateau repas par un infirmier ou un aide-soignant et mangent en sa présence et avec son aide éventuelle. Si la personne est contenue, elle est détachée.

Les patients s'habillent comme ils veulent. Ils portent leur pyjama la nuit et s'ils n'en ont pas, l'établissement leur en fournit un. Souvent ils entretiennent eux-mêmes leur petit linge. Du savon doux leur est donné à cet effet. Si ce n'est pas le cas, leurs effets sont envoyés à la lingerie ou bien confiés à leur famille. Les draps sont changés en fonction des besoins : parfois tous les jours, et au maximum tous les deux jours. Les couvertures le sont en général tous les trois ou quatre jours.

Les cigarettes sont en principe interdites dans l'établissement, mais cette règle fait l'objet, avec le plein accord du corps médical, de nombreux accommodements. L'interdiction de fumer s'applique aux chambres et aux autres locaux de l'unité, mais pas à la terrasse. Les briquets sont tolérés et les patients peuvent conserver leurs cigarettes dans leur placard. Le briquet peut être confisqué par les soignants. Dans ce cas, c'est eux qui donnent le briquet aux patients à leur demande.

Les patients qui sont en chambre d'isolement peuvent être autorisés à fumer en présence d'un soignant et avec la fenêtre ouverte pour éviter un déclenchement du dispositif de lutte contre l'incendie. D'après ce qui a été dit aux contrôleurs, le thème de la cigarette a été régulièrement abordé en réunion de cadres de santé, sans déboucher d'ailleurs sur l'adoption de mesures adaptées aux particularités du sujet, mais il n'aurait pas été abordé en CME. Le directeur des soins, après un incident de départ de feu dans la chambre d'un patient, a rappelé dans un message du 12 mars 2010, la règle de l'interdiction de détention de briquets ou d'allumettes par les patients et l'obligation pour l'encadrement de procéder à « *un contrôle et à un suivi effectif* » de cette règle auprès des patients. La suggestion lui a été faite de procurer des briquets au personnel soignant ou d'équiper la cour de dispositif d'allumage.

Les patients en HO ou en HDT peuvent circuler librement dans l'unité y compris sur la terrasse qui est laissée ouverte au maximum. Pour sortir de l'unité, ils doivent être accompagnés de deux soignants. Cette règle les oblige, de fait, en raison de l'insuffisance des effectifs, à rester dans l'unité. Il est très rare qu'ils puissent participer à des activités ou à des animations qui se déroulent en dehors de l'unité. Le cas d'un patient en HO qui était en fauteuil roulant a été cité aux contrôleurs : il avait assisté au spectacle de Noël. Il a été indiqué aux contrôleurs à ce sujet qu' « *il ne fallait prendre aucun risque* ». Les activités auxquelles ont accès ces patients sont la télévision, la lecture ou les jeux de société qui peuvent être amenés par le personnel soignant. Ils peuvent également regarder des films vidéo ou jouer au ping-pong.

En cas de comportements violents ou d'agitation d'un patient, un traitement injectable est administré si nécessaire. Il est prescrit par le psychiatre de l'unité s'il est présent, sinon par le médecin généraliste, ce qui arrive, d'après ce qui a été dit aux contrôleurs, dans la moitié des cas environ.

En matière de contraception, les patientes sont orientées sur le médecin généraliste. Les traitements prescrits privilégiés sont des traitements mensuels.

Chaque patient a un psychiatre référent, mais pas d'infirmier référent. Deux réunions de synthèse ont lieu toutes les semaines, une le lundi matin et une le vendredi matin.

Les temps de transmission entre les équipes de soignants sont de quinze minutes le matin (de 6h45 à 7h), un peu plus d'une heure l'après midi (13h30 à 14h33), et de dix-huit minutes le soir (21h à 21h18). En principe, au moment de chaque transmission, les infirmiers passent ensemble dans les chambres.

4.3 Le pôle de psychiatrie générale 11/12.

Le pôle de psychiatrie générale 11/12 comprend quatre unités de soins :

- unité Saint-Jean ;
- unité Sainte-Thérèse ;
- unité Sainte-Catherine ;
- unité Saint-Lazare.

Selon les informations recueillies, il n'existe pas de critère qui différencierait les différentes unités ; cependant, comme à Sainte-Thérèse, il n'existe pas de cour-jardin, contrairement aux trois autres unités, le médecin-chef avait fait le projet d'en faire une « unité ouverte », mais le recrutement récent des patients a rendu impossible la mise en œuvre de ce projet.

La plupart des patients proviennent du centre d'accueil psychiatrique (CAP) à l'exception des patients en HO et de quelques patients dont l'indication d'hospitalisation a été faite en CMP.

Un grand nombre de patients sont sous le régime de la curatelle renforcée.

Selon le responsable du pôle, 25% des patients relèveraient du secteur médico-social et seraient en attente d'une place dans une structure telle qu'un foyer d'accueil médicalisé, une maison d'accueil spécialisée (MAS) ou un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Une MAS devrait ouvrir d'ici la fin de 2010 sur la commune proche de Saint André de la Roche.

Le pôle comprend des personnels communs aux quatre unités :

- le médecin-chef du pôle ;
- le cadre supérieur de santé ;
- trois secrétaires médicales ;
- trois assistantes sociales.

4.3.1 Unité Saint-Jean.

- L'unité Saint Jean, d'une surface de 517m² a une capacité de vingt-et-un lits et une chambre d'isolement : Les chambres se répartissent de la façon suivante :
- **Pour les femmes :**
- sept chambres individuelles équipées d'un lavabo avec eau froide et eau chaude et une fenêtre barreaudée qui s'ouvre. Une de 8,66m² et sept autres de 9,52m²
- une chambre d'isolement de 11m² équipée d'un coin WC, mais sans point d'eau.
- deux chambres à trois lits d'une surface de 22,55m², équipées d'un coin toilette, d'une douche et d'un lavabo, d'une surface de 6m². Une fenêtre barreaudée coulissante donne sur un jardin. chaque personne a une armoire fermée à clé et une table de nuit.
- **Pour les hommes :**
- une chambre à trois lits de 23,6m² (5,90m sur 4,00m) sans lavabo et équipée d'une fenêtre coulissante barreaudée.
- une chambre à quatre lits de 28,60m² (4,85m sur 5,90m) sans lavabo et équipée de deux fenêtres coulissantes barreaudées.

Les douches et les WC sont à l'extérieur. Les douches sont accessibles le matin ou après 17h. Les fenêtres coulissantes sont barreaudées. Chaque patient a une armoire fermant à clé et une table de nuit. Les murs sont peints en blanc, sans aucun emplacement pour que les patients puissent individualiser l'espace.

Dans l'espace commun sont affichés des informations concernant la vie de l'établissement : un résumé du règlement intérieur, le fonctionnement de l'unité ainsi qu'une note à l'attention des familles qui dresse la liste des objets nécessaires lors de l'hospitalisation d'un proche (cela va du nécessaire d'hygiène quotidienne à un minimum de linge de rechange).

Le jour de la visite des contrôleurs, vingt patients étaient présents : un allait sortir ce jour-là (mercredi 31 mars) et deux admissions étaient attendues. Un patient était en chambre d'isolement en raison de son état clinique.

Sur les vingt patients : quatre hommes sont en HO; un homme et une femme sont en HDT.

Au total, six patients sont hospitalisés sous contrainte soit 30%

Trois patients sont en sortie d'essai d'HDT : deux hommes et une femme.

Le patient le plus ancien dans l'unité a été hospitalisé en novembre 2004.

Le personnel de l'unité se compose de :

- 1 cadre de santé ;
- 6,5ETP d'infirmier ;
- 5 aides-soignants ;
- 4 ASH ;
- 0,7 ETP de psychiatre ;
- 0,3 ETP de psychologue ;
- 1 interne ;
- Un médecin généraliste attaché à l'unité, présent tous les matins.

Pour faire fonctionner le service, deux infirmiers et une aide soignante ou une infirmière et deux aides-soignantes ainsi qu'une ASH sont présentes, le matin et l'après-midi, en semaine, comme les weekends et jours fériés. La nuit, une infirmière et une aide-soignante assurent la prise en charge des patients ; ces personnels ne dépendent pas des cadres de santé de jour. Des périodes de chevauchement (dix-huit minutes le soir) permettent d'assurer les transmissions.

Une réunion a lieu une ou deux fois par an entre l'équipe de jour et celle de nuit pour aborder le fonctionnement du service.

Une réunion de synthèse clinique a lieu toutes les semaines.

La chambre d'isolement est actuellement occupée par un patient hospitalisé depuis six mois, dont cinq mois à l'isolement. Il arrive qu'il soit mis sous contention quand son état le nécessite. Ce patient a fait un séjour à l'USIP qui s'est soldé par un échec thérapeutique et les symptômes présentés nécessiteraient son maintien permanent en chambre d'isolement.

L'ensemble de ces prescriptions se fait dans le dossier médical. L'occupation permanente de la chambre d'isolement pose le problème d'une admission d'un patient agité pour lequel, il n'existerait pas de solution dans ce secteur.

Selon les informations recueillies, afin de préparer le suivi ultérieur au centre médico-psychologique, environ deux-tiers des patients reçoivent un traitement par injection de neuroleptique d'action prolongée.

Faute de personnel, il n'existe pas dans l'unité d'activité structurée mais seulement quelques unes de type occupationnel. Les personnels soignants ont évoqué aux contrôleurs l'époque où ils pouvaient emmener les patients en sorties pour la journée ou en séjour thérapeutique.

Selon les informations recueillies, les patients n'auraient accès à la cour que deux heures par jour, par temps fractionné puisqu'ils doivent y être accompagnés d'un personnel soignant. Les patients ont remis aux contrôleurs une pétition pour avoir accès à la cour.

En 2009, 231 admissions ont eu lieu dans l'unité Saint-Jean au bénéfice de 190 patients. La durée moyenne de séjour a été de 31,88 jours.

4.3.2 Unité Sainte-Thérèse.

L'unité Sainte-Thérèse, d'une surface de 752m², dispose de vingt-quatre lits et d'une chambre d'isolement :

- quatre chambres à trois lits d'une surface de 27,61m² (3,30m sur 7,5m et un sas d'entrée de 2,86m²). Trois de ces chambres ont été refaites, la quatrième doit l'être prochainement.
- deux chambres à deux lits d'une surface de 19,36m² avec un sas d'entrée de 2,86m². elles sont équipées d'un espace réservé aux sanitaires avec lavabo, WC et douches de 4m².
- huit chambres individuelles, d'une surface de 10,23m².
- une chambre d'isolement d'une surface de 10,23m².

Chaque patient a à sa disposition, un placard fermant à clé et une table de nuit. Les fenêtres coulissantes sont barreaudées. Beaucoup de volets sont à commande électrique.

Cette unité, située au premier étage, ne dispose pas de cour-jardin. Il existe un passage intérieur reliant l'unité avec Sainte-Catherine située au rez-de-chaussée. En pratique il est peu utilisé car quinze patients ont l'autorisation de sortir seuls ou accompagnés et se rendent dans le jardin ou à la cafétéria.

Pour les patients fumeurs qui n'ont pas l'autorisation de sortir, il existe un fumoir sans extracteur de fumée avec une baie vitrée coulissante, accessible dans la journée.

Il n'existe pas de salle d'activité, hormis la salle de télévision.

Le jour de la visite, vingt-quatre patients étaient présents dont une patiente en chambre d'isolement. Cette dernière avait son lit réservé pour sa sortie de l'isolement, mais une admission était attendue, ce qui ne permettrait pas de conserver le lit réservé. Cependant, selon les informations recueillies, le projet de sortie de la patiente était une sortie directe de l'isolement avec retour et suivi au domicile.

Quatre hommes étaient en HO, deux hommes et deux femmes en HDT, soit un tiers de patients hospitalisés sous contrainte. Dix-sept patients sont sous curatelle renforcée.

Le cadre du service prévient le bureau des admissions du nombre de lits disponibles avant 12h. Il a su en début d'après-midi du jour de la visite que le centre d'accueil psychiatrique (CAP) adresserait un patient du secteur. Du fait des problèmes administratifs et des délais pour obtenir une ambulance, le patient pourrait n'arriver dans le service que vers 19h, soit au moment du repas, après le départ du psychiatre de l'unité, soit dans de mauvaises conditions. C'est le médecin généraliste de garde qui l'accueillera.

Le personnel de l'unité comprend :

- Un cadre infirmier ;
- 7,5 ETP d'infirmier ;
- 5 aides-soignants ;
- 3,5 ASH ;
- 1,4 ETP de psychiatre ;
- 0,5 ETP de psychologue ;
- Un médecin généraliste attaché à l'unité qui vient tous les matins.

En 2009, 164 admissions ont eu lieu dans l'unité Sainte Thérèse au bénéfice de 149 patients. La durée moyenne de séjour a été de 50,62 jours.

4.3.3 Unité Sainte-Catherine.

Située au rez-de-chaussée, l'unité Sainte-Catherine d'une surface de 725m², dispose de vingt-quatre lits répartis de la même façon qu'à Sainte-Thérèse ainsi que d'une chambre d'isolement.

Le jour de la visite, un homme et une femme étaient en HO, trois hommes et deux femmes étaient en HDT soit 29% de patients hospitalisés sous contrainte. Tous les lits étaient occupés. Deux hommes étaient en sortie d'HDT et deux hommes en sortie d'essai d'HO.

Sur les vingt-cinq patients présents, douze ont l'autorisation de sortir seuls et trois accompagnés. Un patient est en chambre d'isolement depuis décembre 2009 en attente d'une place dans le département pour autistes.

Le patient le plus ancien dans l'unité a été hospitalisé en HO le 9 novembre 2001.

Le personnel soignant de l'unité comprend :

- 6,80 ETP d'infirmier mais 4,80 sont effectivement présents car 2 sont en congé maternité ;
- 5 aides-soignants ;
- 4 ASH ;
- 0,5 ETP de psychologue ;
- 2 psychiatres effectuant au total 0,9 ETP ;
- Un médecin généraliste attaché à l'unité, présent le matin.

Faute de personnel soignant, aucune activité n'est organisée mise à part lorsque la présence d'un étudiant en soins infirmiers permet de mettre en place une activité à caractère ludique. Il n'existe pas de salle d'activité, hormis la salle de télévision.

En 2009, 189 admissions ont eu lieu dans l'unité Sainte Catherine au bénéfice de 175 patients. La durée moyenne de séjour a été de 43,66 jours.

4.3.4 Unité Saint-Lazare.

L'unité Saint-Lazare d'une superficie de 690m² dispose de vingt lits et d'une chambre d'isolement :

- cinq chambres à trois lits d'une surface de 20,25m² (5,40m sur 3,75m) elles sont équipées d'un coin lavabo de 1,40m sur 0,80m.
- cinq chambres individuelles d'une surface de 14,40m²
- Une chambre d'isolement d'une surface de 14,40m².

Les sanitaires sont les suivants : quatre WC (dont un pour personne à mobilité réduite), trois douches et une salle d'eau équipée de trois douches dont une est aménagée pour des personnes à mobilité réduite.

Une cour est ouverte aux patients de 14h à 15h15, de 16h à 16h30 pour le goûter de 18h20 au dîner et après le dîner. Les fumeurs sont invités à fumer à l'extérieur, mais comme dans beaucoup d'autres lieux, la pièce de télévision sert, aussi, de fumoir. Il n'y a pas d'extracteur de fumée.

Le jour de la visite, tous les lits étaient occupés ; un patient se trouvait dans la chambre d'isolement en raison de son état clinique.

Le personnel soignant de l'unité comprend :

- 1 cadre de santé ;
- 7 infirmiers ;
- 6 aides-soignants ;

- 4 ASH ;
- 0,5 ETP de psychiatre ;
- 1 interne ;
- Un médecin généraliste attaché à l'unité qui vient le matin.

En 2009, 153 admissions ont eu lieu dans l'unité Saint Lazare au bénéfice de 151 patients. La durée moyenne de séjour a été de 50,67 jours

4.4 Le service intersectoriel pour adolescents difficiles (SIPAD).

4.4.1 Les locaux du SIPAD.

Le service intersectoriel pour adolescents difficiles (SIPAD) occupe trois étages du bâtiment 5, dans l'unité Saint Gabriel.

Il est accessible par un ascenseur qui arrive au 1^{er} étage ou par un escalier qui dessert aussi les niveaux 2 et 3. Il n'est donc pas accessible aux adolescents à mobilité réduite. *Dans sa réponse au rapport de constat, la directrice précise que « l'ascenseur dessert le deuxième étage librement (salle d'attente). L'accès via l'ascenseur aux autres étages de l'unité est possible de l'intérieur de la structure. Seule la salle de sport n'est pas accessible par l'ascenseur ».*

Les locaux d'une superficie de 590m² se répartissent ainsi :

- Au 1er étage :
 - salle de sport ;
- Au 2^{ème} étage :
 - cinq chambres destinées aux garçons ;
 - le bureau infirmier ;
 - la salle de classe ;
 - la salle à manger ;
 - le bureau du psychologue ;
 - le bureau des éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ;
 - les vestiaires du personnel.
- Au 3^{ème} étage :
 - cinq chambres pour les filles ;

- la chambre d'isolement ;
 - la salle de soins ;
 - le bureau du psychiatre responsable du service ;
 - la salle de pause pour le personnel ;
 - la salle de télévision ;
 - Les bureaux du cadre de santé, des éducateurs spécialisés ;
 - Une salle d'activité esthétique ;
 - Une lingerie.
- une terrasse-jardin clôturée, située entre le 2^{ème} et le 3^{ème} étage.

Théoriquement les garçons sont au 2^{ème} étage et les filles au 3^{ème} ; le jour de la visite, une jeune fille était hébergée au 2^{ème} étage.

4.4.2 L'hébergement.

Toutes les chambres sont identiques, individuelles. Leur équipement comprend : un lit, une armoire de 2,20m sur 0,54m comportant deux étagères avec penderie, dont le jeune possède la clé, une table de 0,69m sur 0,49m avec une chaise en bois, un radiateur, une poubelle, un lavabo en émail doté d'un miroir incassable de 0,60m sur 0,42m. L'éclairage est assuré par quatre néons encastrés dans le plafond, une applique murale au-dessus du lit et un néon au dessus-du lavabo. La pièce dispose d'une fenêtre barreaudée qui ne peut être ouverte que par un personnel soignant. Selon les informations recueillies, du fait de la température des radiateurs et du climat, les fenêtres sont la plupart du temps ouvertes dans la journée et fermées la nuit. Elles sont dotées de stores dont la commande est à la disposition de l'occupant de la chambre.

Les portes des chambres restent ouvertes la nuit, ce qui crée, pour certains jeunes patients un sentiment d'insécurité et d'absence d'intimité. Selon les informations recueillies, des vols se seraient produits, du fait de l'oubli de fermeture du placard.

Les chambres peuvent être décorées par des posters ou des photos en utilisant une colle ne laissant pas de trace type « Patafix ». Il n'existe pas de panneau spécifique.

Dans les chambres, on trouve des postes de radio, des MP3 et toutes les affaires personnelles des adolescents, à l'exception des chaussures : les jeunes portent des chaussons, sauf lorsqu'ils pratiquent une activité sportive au 1^{er} étage où ils retrouvent leurs baskets placés dans un casier nominatif, de même s'ils obtiennent le droit de sortir dans l'enceinte du CHS ou en permission.

Les jeunes n'ont pas le droit de conserver leurs ceintures qui sont retirées lors de l'admission. Les produits d'hygiène pouvant présenter un caractère « dangereux » tels que les rasoirs ou les eaux de toilette sont mis de côté. Le rasage se fait sous surveillance d'un personnel.

Il existe un local sanitaire à chaque étage d'hébergement. Chacun comporte :

- une douche réservée aux jeunes ayant des problèmes dermatologiques pour éviter une contamination éventuelle. Ce local carrelé comporte un bac carré de 0,86m de côté et un radiateur. La douche fonctionne avec de l'eau chaude et froide ; dans sa réponse au rapport de constat, *la directrice précise que cette douche « peut être réservée aux jeunes nécessitant des mesures d'hygiène spécifiques (avis médical). »*
- une douche avec les mêmes caractéristiques que la précédente pour tous les jeunes de l'étage ;
- une pièce carrelée disposant d'une fenêtre, comportant une baignoire de 1,56m sur 0,70m ; selon les informations recueillies, les jeunes peuvent l'utiliser selon leur souhait dans les horaires prévus ;
- un WC en émail sans rabat (selon les directives de l'infirmière hygiéniste) qui ferme de l'intérieur mais que les soignants pourraient ouvrir de l'extérieur ; ce WC est doté d'une balayette et de papier hygiénique ; il est en accès libre ;
- un lavabo en émail avec un miroir de 0,60m sur 0,42 ;
- une armoire fermée à clé constituant d'une part la réserve de papier hygiénique, mouchoirs en papier, sacs poubelle, produits d'entretien et d'autre part le lieu de rangement des casiers nominatifs décorés des jeunes où sont rangés leurs produits d'hygiène.

La chambre d'isolement.

La chambre d'isolement mesure 3,40m sur 3,10m, soit une surface de 10,54m². Elle vient d'être refaite à neuf aux normes de la Haute autorité de santé (HAS). Le lit fixé au sol, est muni de sangles. La pièce, dont les murs sont peints en rose saumon dispose d'une fenêtre barreaudée de 1,62m sur 1,27m donnant sur le jardin, dont les poignées ont été moulées dans la structure de la fenêtre. Le store est activé par une télécommande dont disposent les soignants. La chambre est dotée d'un cabinet de toilette de 2,66m sur 1,48m, soit 3,93m² qui comprend un lavabo en inox doté d'un mitigeur, un WC en inox avec papier hygiénique et une douche. Le sol est carrelé ainsi que les murs sur toute leur hauteur.

Un détecteur de mouvement déclenche la lumière s'allume dans le sas puis s'éteint cinq minutes après le départ de la personne. Deux caméras de surveillance se trouvent dans la chambre.

4.4.3 Le fonctionnement du SIPAD

Le petit déjeuner a lieu à 8h30, le déjeuner à 12h, le goûter à 16h et le dîner à 19h. Lorsqu'il fait beau et que la dynamique du groupe le permet, les repas peuvent être pris sur la terrasse.

Selon le règlement intérieur, aucun produit alimentaire, ne peut être introduit dans le service. Les jeunes entendus par les contrôleurs se sont plaints de la monotonie des menus, de l'insuffisance de la quantité de la nourriture et de la rareté des frites dans les menus.

La terrasse constitue de l'avis des personnels et des patients un réel exutoire à la tension et à la violence potentielle des jeunes. Selon l'avis de tous, elle n'est pas suffisamment ouverte, puisqu'il faut un soignant pour en assurer la surveillance, ce que ne permet pas toujours l'effectif en service.

Elle est équipée d'une table de ping-pong, d'un panier de basket-ball ; elle permet la pratique de jeux extérieurs tels que la pétanque avec des boules en plastique et le football...

Une petite salle d'activité au 3^{ème} étage a été transformée en « atelier esthétique » car une étudiante en soins infirmiers l'a mis en place et l'anime durant la durée de son stage.

Le poste de télévision à la disposition des jeunes offre les dix-huit chaînes de la TNT. La salle est accessible entre 17h et 19h en semaine et de 10h à 19h et de 20h à 22h30 les weekends, jours fériés et vacances scolaires.

Les jeunes doivent prendre obligatoirement une douche deux fois par jour : l'une avant le petit déjeuner qui a lieu à 8h30, l'autre entre 17h et 19h. Si un adolescent pratique une activité sportive dans l'après-midi, il pourra prendre sa douche à son retour dans le service. Selon les informations recueillies, il peut arriver que la douche soit proposée avec succès dans un moment de crise ou de tension pour apaiser le jeune, même après 20h.

Le linge peut être lavé soit par la famille, soit par le foyer d'où vient le jeune, soit par la buanderie de l'hôpital. Le linge est déposé dans un filet envoyé à la lingerie les lundis et mardis. Selon certains jeunes, il est arrivé que du linge soit perdu et qu'ils soient obligés de le signaler au cadre du service et d'envoyer une fiche de signalement, signée par ce cadre à la direction. Selon eux, ils n'auraient pas eu de remboursement des pièces perdues.

Les draps sont changés tous les jours.

4.4.4 L'admission et la vie au SIPAD

Trente-six adolescents ont été admis au SIPAD pendant l'année 2009 : vingt filles et seize garçons. Cela représente 1761 journées réalisées pour une durée moyenne de séjour de quarante-huit jours. Quatorze de ces adolescents ont été admis à la demande de leurs parents, vingt-deux par le biais d'une ordonnance de placement provisoire (OPP) dont quatorze au civil et huit dans un cadre pénal.

Une commission d'admission se réunit toutes les semaines avec l'ensemble de l'équipe. Elle statue sur les dossiers de pré-admission. Les adolescents ne sont jamais admis en urgence. Cependant un engagement d'admission entre 48h et 72h peut être émis quand le jeune est déjà hospitalisé dans un service de pédopsychiatrie ou pédiatrie départemental. Au jour de la visite, quatre personnes étaient sur la liste d'attente.

L'admission du jeune est se fait avec toute l'équipe en présence des parents. Ce moment est comme « un rituel » : un entretien avec toute l'équipe, où sa vie va être « parlée » devant tout le monde. Un exemplaire du règlement de fonctionnement lui est remis, il est signé par lui et par ses parents ou son représentant légal.

Le séjour débute par une période de deux jours où le jeune est mis en pyjama, où il ne participe pas aux sorties et ne reçoit ni visite, ni appel téléphonique.

Par la suite, les communications téléphoniques sont autorisées de 17h à 19h après avis médical. Les appels aux familles sont effectués par le personnel qui leur demande de rappeler dans le service et de limiter les appels à quinze minutes pour que tous puissent être appelés.

Les visites sont autorisées après avis médical et de l'équipe, tous les jours de 17h à 19h. Les enfants de moins de dix-huit ans ne sont pas admis dans le service, sauf sur dérogation médicale.

Les deux premiers week-ends, aucune permission n'est accordée, par la suite elles sont soumises à l'avis médical et à l'équipe.

La consommation de tabac est interdite à l'intérieur de l'unité. Le tabac est géré par le personnel soignant. Les fumeurs ont droit à cinq cigarettes par jour qu'ils vont fumer sur la terrasse aux horaires définis. Une consultation pour arrêter de fumer est proposée.

La participation aux activités est obligatoire. Des activités internes et externes au service sont proposées :

- L'école : depuis septembre 2009, il n'y avait pas de professeur spécialisé, ce sont des bénévoles d'une association qui assurent les cours deux fois par semaine. Dès avril 2010 une convention signée avec la PJJ permettra à un professeur d'intervenir quatre demi-journées par semaine ;
- Activités autour du corps : esthétique, musculation, sports de combat, couture, tricotin, arts et loisirs créatifs, apprentissage de la détente « ne rien faire » ;
- Activités à visée thérapeutiques comme le génogramme ;
- Chaque semaine une sortie pour la journée avec deux adultes pour trois jeunes autour d'activités saisonnières comme le ski, le kayak, la randonnée, le football, le jardinage, les expositions temporaires... ;
- Ces activités ont lieu de 9h30 à 11h30 et de 14h30 à 16h ou de 9h30 à 16h.

Des recherches de subvention pour ces activités sont en cours car les dons faits par un laboratoire pharmaceutique depuis quelques années ont pris fin en 2010.

Un projet d'accompagnement et d'insertion par l'apprentissage préprofessionnel ou professionnel permet :

- d'évaluer si le jeune peut s'inscrire dans une activité professionnelle ;
- de faire avec lui un apprentissage à l'autonomie (être à l'heure, s'orienter, savoir se présenter devant l'employeur...);
- Ceci a lieu trois fois par semaine de 9h à 12h, à l'ATA-artisans, par des visites dans les ateliers de l'ATA ou chez l'artisan pour voir la motivation du jeune, par des apports des professionnels de l'ATA, par des rendez-vous et des portes ouvertes dans des établissements professionnels.

Toutes les semaines une réunion générale de l'équipe permet de faire le point sur chacun des jeunes et des échanges réguliers avec les familles, foyers, services sociaux permettent, aussi, de faire avancer les projets pour la sortie.

4.5 Le pôle sanitaire de réinsertion psychosociale.

4.5.1 La Fédération socioculturelle.

Elle dépend du pôle sanitaire de réhabilitation psychosociale. L'équipe est pluri-professionnelle, elle est composée du médecin-chef, d'un cadre supérieur de santé, d'un cadre coordonnateur, d'un ergothérapeute, d'infirmiers, d'éducateurs sportifs, de moniteurs d'atelier, d'aides-soignants, d'une coiffeuse et d'une secrétaire. Elle a un budget de 10 000 euros par an.

« Le projet tend à favoriser l'approche globale de l'usager, les échanges entre différentes catégories de personnel hospitalier et la coopération sur des projets communs et individualisés pour chaque patient. Les diverses prises en charge répondent à plusieurs exigences et notamment d'offrir la possibilité à chacun de s'exprimer, de créer et de découvrir des capacités insoupçonnées que l'hospitalisation met en lumière ».

De plus la fédération cherche, à travers des activités en externe, à « sensibiliser les citoyens à l'acceptation de la différence ».

Des conventions ont été établies permettant de l'utilisation d'installations sportives municipales ou gérées par des associations. Des partenariats sont pris avec la direction des sports de la ville de Nice, la direction générale des services qui propose des animations gratuites, le *Lion's Club*, des bénévoles.

C'est l'équipe soignante qui suit le patient qui le dirige vers la fédération en transmettant des documents précis signés du médecin : une fiche d'admission, l'autorisation d'activités, un certificat médical de « non contre-indication aux activités physiques et sportives ». Puis, le patient est reçu par l'équipe de la Fédération en présence d'un soignant de son unité. Pour les patients en HO ou en HDT, l'admission n'est effective qu'après la mise en sortie d'essai. Dans ce cas, c'est la direction qui doit valider le dossier.

Les sorties se font avec un accompagnateur pour deux patients.

Un espace « coiffure et esthétique » est ouvert sur rendez-vous du lundi au vendredi de 8h30 à 11h15 et de 13h15 à 16h. La personne en charge de ce salon est présente sur le site depuis vingt ans. Elle se rend également sur les différentes unités en fonction des besoins. Les patients en long séjour sont reçus une fois par mois pour les hommes et deux fois par mois pour les femmes.

Toutes les prises en charge font l'objet d'évaluations individualisées mises dans le dossier patient informatisé. Elles prennent en compte les objectifs de ces activités :

- la socialisation ;
- le développement cognitif et moteur ;
- l'affirmation de soi ;
- le bien-être et le plaisir ;
- des activités sportives adaptées :
 - marche en extérieur : six matinées ;
 - randonnées : quatre journées ;
 - piscine et aquagym : trois matinées ;
 - sports collectifs : cinq matinées ;
 - initiation au judo : trois après-midi ;
 - renforcement musculaire en salle : seize fois une heure et demie réparties sur le mois ;
 - tennis de table : douze demi-journées ;
 - gym d'entretien en psycho gériatrie : quatre demi-journées à l'unité Saint-Damien et cinq à l'unité Sainte-Madeleine.
- Activités physiques adaptées (DPA) cinq fois une heure et demie réparties sur le mois ;
- des activités sociothérapeutiques et culturelles :
- musicothérapie : quatre fois une heure et demie réparties sur le mois ;

- un atelier « premiers pas Internet » trois lundis de 10h à 15h30 par tranches horaires d'une heure ;
- une initiation à la danse « modern jazz » : quatre fois trois quarts d'heure répartis sur le mois ;
- détente corporelle : cinq fois une heure réparties sur le mois ;
- remise à niveau scolaire, deux fois par semaine avec un groupe de six patients à chaque fois ;
- des sorties culturelles : deux après-midis en musée / deux journées le dimanche pour les îles de Lérins et le parc Alpha.

Au jour de la visite il n'existe pas de bibliothèque ; un projet est en cours, mais se heurte à une question de place.

Le rapport d'activité de 2009 fait apparaître 10 325 actes pour une file active de 697 patients. Ils se décomposent comme suit :

- Ergothérapie et art-thérapie : 6961 actes pour 120 patients (+ 16 par rapport à 2008)
- Coiffure et esthétique : 1061 actes pour 570 patients (- 67 patients par rapport à 2008)
- Activités sportives et socio-culturelles de mai à décembre : 2303 actes pour 184 patients dont 179 sorties.

L'ensemble de ces activités ont concerné des patients de tous les pôles de psychiatrie générale, de la psychogériatrie, du SIPAD et du DPA ainsi que deux CMP.

4.5.2 Le département pour autistes (DPA).

Il s'agit d'une structure sanitaire intersectorielle spécialisée qui se compose de différentes unités offrant un lieu d'accueil et de soins aux personnes souffrant de troubles autistiques.

Cette structure dispose de :

- trois unités d'hospitalisation à temps plein pour un total de soixante-deux lits.

- unité Saint-Joseph ;
- unité Sainte-Geneviève ;
- unité Saint-Vivien.
- un centre psychothérapique de jour Sainte-Odile ;
- service d'accueil familial thérapeutique ;
- un espace socio-thérapique Saint-Denis.

Au 1^{er} février 2010, soixante-et-un patients étaient hospitalisés dans ces trois unités.

Les statistiques de 2009 indiquent que 78 % étaient des hommes et 22 % des femmes.

- 2 % sont âgés entre 15 et 17 ans, 26 % entre 18 et 30 ans, 24 % entre 31 et 40 ans, 32 % entre 41 et 50 ans, 16 % entre 51 et 61 ans ;
- 22 % ont un langage élaboré, 37 % rudimentaire, 41 % aucun ;
- 62 % sont autonomes, 6 % souffrent d'énurésie nocturne, 32 % d'énurésie et encoprésie ;
- la durée du séjour est < à 5 ans pour 59 %, entre 6 et 10 ans pour 11 %, entre 11 et 15 ans pour 15 % et entre 16 et 25 ans pour 16 % ;
- la famille est présente pour 72 %, joignable pour 15 %, absente pour 13 %.

4.5.3 L'unité de soins Saint-Joseph

Cette unité, d'une surface de 624m², située au premier étage du bâtiment 6 est accessible par ascenseur et escalier. Un long couloir dessert les chambres et les différentes parties communes. Il débouche sur la salle commune de 40 m², en bout de l'unité, laquelle ouvre sur une terrasse et un jardin d'agrément d'environ 400 m² au total. Contigüe à cette salle, se trouve la salle à manger d'environ 25 m², avec l'office à proximité.

Vingt-deux patients dont deux femmes étaient présents pour vingt-deux places dont deux réservées pour des séjours de rupture, réparties comme suit :

- quatre chambres à trois lits ;
- quatre chambres à deux lits ;
- deux chambres à un lit.

Les chambres sont équipées d'un lit avec côtés relevables, une table de chevet, une table à écrire avec chaise et un placard fermé à clé par le personnel. Les fenêtres sont de 1,70m sur 0,80m avec barreaux. Chacune est dotée d'un cabinet de toilette avec douche, lavabo et WC.

Il existe une salle d'eau avec baignoire.

Le couloir, certaines chambres et lieux communs sont décorés avec des fresques ou des dessins réalisés par les patients.

La chambre d'isolement de l'unité est occupée par un jeune patient de 16 ans en HDT qui, depuis son admission, refuse obstinément d'en sortir. Ce lieu est considéré par les soignants comme un lieu d'apaisement pour se soustraire à la collectivité. Il arrive fréquemment que la contention soit nécessaire. Lors de la visite des contrôleurs, il a consenti à sortir mais a du être contenu aussitôt par le personnel, car il se montrait violent.

La chambre, accessible par un sas, est équipée de deux caméras, d'une prise de son, d'un détecteur de fumée et d'un bloc lumineux avec variateur. Elle dispose aussi d'un cabinet de toilette avec douche, lavabo et WC en inox ainsi que d'un miroir métallique. La fenêtre de grande dimension est barreaudée.

Les contrôleurs ont constaté que cette unité était globalement en bon état général avec des peintures refaites récemment. Néanmoins de nombreuses traces de dégradations témoignent de la violence de certains, pour qui elle constitue un moyen d'expression.

Cette unité est ouverte durant la journée, les patients sont libres de sortir seuls dans l'hôpital de 9h30 à 11h30 et de 13h30 à 16h30. S'ils présentent des troubles du comportement, ils peuvent être accompagnés.

Elle accueille des patients déficitaires présentant des troubles autistiques. Ces patients présentent un retard moyen ou léger, une autonomie partielle ou totale pour les gestes de base, nécessitant essentiellement une stimulation dans les gestes de la vie quotidienne.

La durée moyenne du séjour est évaluée entre quatre et cinq ans, et la moyenne d'âge est de 37 ans.

L'équipe soignante se compose de :

- 1 de cadre de santé ;
- 5 ETP d'infirmières ;
- 1 éducateur spécialisé ;
- 8 aides-soignants ;
- 0,5 ETP de psychomotricienne ;
- 4 ASH.

L'équipe au travail se compose d'une infirmière, deux aides-soignants, un agent de service hospitalier, les horaires de travail étant les mêmes que dans les autres pôles.

Des activités éducatives et des soins sont proposés de manière ou en groupe et font l'objet d'une évaluation régulière :

- sorties, travaux manuels, groupe de parole, théâtre, ateliers de peinture et de dessin, sport, relaxation, psychomotricité, balnéothérapie, motricité, ergothérapie, musique, atelier de contes ;
- des activités extérieures physiques et sportives sont aussi organisées avec la fédération sociothérapique et culturelle ;

4.5.4 L'unité de soins Sainte-Geneviève

Cette unité, d'une surface de 630 m², est située au premier étage du bâtiment 25. On y accède par un ascenseur ou un escalier, les deux débouchant dans le hall d'entrée qui ouvre sur la salle des repas de 35 m². Cette salle jouxte sur sa droite le bureau et la salle de soins qui sont séparées par un couloir menant à la salle de séjour de 50 m². Ces deux pièces occupent la zone centrale de l'unité. De part et d'autre de cette zone, se trouvent les chambres des patients, et sur la façade Sud, une grande terrasse de 160 m² sur toute la longueur de l'unité, protégée par une clôture en aluminium et panneaux vitrés. Sur cette terrasse sont construites deux salles d'activités de 28 m² chacune, entièrement closes avec une structure en aluminium et panneaux vitrés. Ces salles sont climatisées, et servent aussi d'espace d'apaisement. La terrasse est pourvue de stores en toile, ainsi d'ailleurs que les baies vitrées des chambres qui ouvrent sur cette façade. Tous les espaces intérieurs sont séparés et clos, les passages étant autorisés par le personnel, mais l'accès à la terrasse est libre.

L'unité dispose de vingt lits dont deux sont réservés pour des séjours de rupture et de courte durée, répartis comme suit :

- quatre chambres à trois lits ;
- une chambre à deux lits ;
- six chambres à un lit.

Ces chambres sont équipées comme les autres unités, mais deux chambres à un lit seulement comportent un lavabo. Les autres ne comportent aucune commodité. Trois blocs avec WC sont en place dans les zones de nuit, ainsi que deux salles d'eau avec baignoire, deux douches à l'italienne sans séparation et deux lavabos. La zone de jour comprend cinq WC répartis dans deux blocs, avec lavabos.

L'unité dispose d'une chambre d'isolement identique aux autres avec caméras et sonorisation, climatisation et détecteur de fumée. Une salle d'eau attenante avec double entrée est équipée avec douche, lavabo et WC, le tout en inox. Le jour de la visite, la chambre était occupée par un patient sous contention. Il est précisé que cette contention est destinée à protéger le patient contre lui-même, pour éviter un étouffement ou des traumatismes dus aux chocs.

Il est par ailleurs indiqué aux contrôleurs que cela s'avère insuffisant, qu'une autre chambre a été aménagée et sécurisée. Elle comporte le même équipement que la chambre d'isolement avec monitoring, et climatisation. Le lit est scellé et modifié pour un renforcement de ses longerons.

Les soignants indiquent aux contrôleurs que la violence de certains patients oblige à pratiquer assez fréquemment la contention pour de courtes durées.

Les contrôleurs ont pu constater les effets de ces accès de violence sur les portes, serrures, chambranles, cloisons... Il est précisé qu'il faudrait une équipe de maintenance à demeure pour réparer les dégâts.

Aucune pièce n'est climatisée hormis la chambre d'isolement.

Le jour de la visite, vingt patients étaient présents dont quatre femmes et un mineur de 17ans. La moyenne d'âge se situe autour de 32 ans.

L'unité accueille principalement des patients atteints de troubles du comportement, connus comme étant souvent le seul moyen de communiquer dont dispose l'autiste.

Le service est fermé, les patients nécessitant une surveillance et une assistance continue dans la vie quotidienne.

Les activités thérapeutiques proposées par les soignants se décomposent en sorties extra-muros, sorties dans l'établissement, activités manuelles et écoutes musicales, soins à médiation corporelle, après-midis récréatifs, bains thérapeutiques.

En outre, d'autres activités sont proposées par d'autres intervenants : atelier de musique avec la psychologue, atelier de contes avec la psychologue et la psychomotricienne, psychomotricité, ergothérapie, activité sportive avec la fédération mentionnée au 4.5.1. ci-dessus.

L'équipe soignante se compose de :

- 1ETP de cadre de santé ;
- 6 ETP d'infirmiers
- 10 ETP d'aides-soignants ;
- 0,5 ETP de psychomotricienne ;
- 5 ETP d'ASH.

L'unité paraît être en bon état général, y compris dans ses équipements. Toutefois, les problèmes de distribution de l'eau sont ici aussi présents.

4.5.5 L'unité de soins Saint-Vivien

Cette unité, d'une surface de 630m², est située dans le bâtiment 25, au deuxième étage et au-dessus de l'unité Ste-Geneviève. Elle est configurée de façon identique, quant à la disposition des locaux et des salles, ainsi que de la terrasse. Les chambres sont également situées aux extrémités de l'unité, de part et d'autre de la zone de jour. Elle comporte les mêmes équipements et la même organisation. Les locaux intérieurs sont tous séparés et clos, la terrasse extérieure librement accessible. Elle est recouverte d'un filet. Les deux salles d'activité servent aussi de salles d'apaisement.

La capacité est de vingt-deux lits dont deux réservés pour des séjours de rupture ou d'évaluation, et un lit d'isolement, répartis comme suit :

- quatre chambres à un lit,
- deux chambres à deux lits,
- deux chambres à trois lits,

- deux chambres à quatre lits.

Aucune de ces chambres ne dispose de commodités sanitaires. Deux salles d'eau sont en place dans les deux zones de nuit, avec baignoire douches à l'italienne sans cloisons séparatives et lavabos. La zone de jour comprend deux blocs WC et lavabo en inox

La chambre d'isolement appelée chambre d'apaisement est accessible directement depuis la salle de séjour. Elle n'est pas équipée de sanitaires, et ne sert, a-t-il été précisé aux contrôleurs, que pour de courts séjours de 15 minutes à 1 heure. Elle est équipée d'un lit scellé et renforcé muni de sangles, de deux caméras avec sonorisation en plafond, détecteur de fumée, et climatisation. La fenêtre de grandes dimensions est munie de barreaux

Aucune pièce n'est climatisée hormis la chambre d'isolement et la pièce de séjour. Celle-ci est munie par ailleurs de quatre ventilateurs qui brassent l'air ambiant. Les contrôleurs ont pu constater que cette salle est extrêmement confinée du fait qu'elle n'est pratiquement pas ouverte, les patients s'évertuant à refermer les portes dès que le personnel les ouvre. De plus, nombre d'entre eux ont des manquements à l'hygiène, ou sont énurétiques. Ils sont munis de combinaisons fermées avec couches, et souillent les équipements, tapis, poufs...etc., ce qui malgré le nettoyage génère des odeurs qui ne peuvent être évacuées par une extraction inexistante. De ce fait, les ventilateurs ne brassent qu'un air vicié. Il est précisé que le service demande avec insistance des purificateurs qui sont systématiquement refusés par l'hygiéniste de l'établissement.

Près de la salle à manger, se trouve l'office où les patients sont invités à participer à la préparation des repas qui doivent être découpés en menus morceaux afin d'éviter les étouffements est-il indiqué. Les couverts sont en plastique.

L'unité accueille essentiellement des personnes souffrant de troubles envahissants du développement avec évolution déficitaire, et pour certains, épilepsie, retard mental, troubles psychotiques.

Le service est fermé, les patients nécessitant une surveillance et une assistance continue dans la vie quotidienne, les troubles compulsifs pouvant engendrer des phénomènes de violence auto ou hétéro-agressive.

L'équipe soignante se compose de :

- 1 ETP de cadre de santé,
- 4 ETP d'infirmiers ;
- 12 ETP d'aides-soignants,
- 0,5 ETP de psychomotricienne,
- 5 ETP d'ASH.

Les activités proposées par les soignants se décomposent en sorties thérapeutiques extra-muros, sorties intra-muros, activités au sein de l'unité : télévision, écoute musique, activité dessin, jeux éducatifs.

D'autres intervenants proposent : atelier de musique, atelier de contes, ergothérapie, activités sportives.

Les relations avec les familles

Une attention particulière est accordée par le pôle à la relation avec les familles des patients qui sont tenues informées de l'évolution clinique et du projet de leur proche par téléphone ou au cours des entretiens avec le médecin, les infirmiers et le psychologue.

Une fiche rétrospective contenant les activités auxquelles le patient a participé au cours des trois derniers mois est mise à leur disposition.

Elles sont consultées et impliquées dans la mise en œuvre du projet de vie des patients.

Une rencontre avec l'ensemble des familles a été organisée par le pôle le 30 novembre 2009.

Des groupes de parole initiés par la psychologue regroupent les familles tous les mois.

Une partie des patients sont visités et accompagnés par leur famille en sortie intra-muros, d'autres n'ont aucune visite, d'autres enfin partent en permission pour passer un week-end ou une journée à la maison.

Une journée « portes ouvertes » a été organisée à l'occasion des fêtes de fin d'année, ce qui a permis aux familles de partager un goûter avec leur proche et le personnel soignant.

4.5.6 L'Atelier Thérapeutique Agricole (ATA).

Il s'agit d'une structure intersectorielle spécialisée qui existe depuis vingt ans et qui dépend du pôle sanitaire de réhabilitation psychosociale.

Située à 2,5 km du site principal de l'établissement, en zone rurale et à flanc de collines, cette structure a une capacité d'accueil de trente personnes qui sont prises en charge par une équipe pluri-professionnelle dans des activités d'agriculture, d'arboriculture (106 oliviers), d'horticulture, d'espaces verts, ou autres (feronnerie, maçonnerie, peinture sur verre, étiquetage...) pour qu'elles se réadaptent aux formes, aux exigences et aux contraintes du travail, et pour permettre ainsi leur réinsertion sociale et/ou professionnelle. Les activités se déroulent de 9h à 16h30. La semaine de travail se clôture généralement par un déjeuner champêtre réalisé en partie avec les produits de l'exploitation (pan bagnats au thon, tomates et concombres,..). Au grand regret des personnels rencontrés pour qui il s'agissait d'un « rituel » important, il n'est plus possible aujourd'hui de cuisiner les produits de l'exploitation au raison des règles d'hygiène.

Le personnel comprend dix sept agents représentant au total 16 ETP : un cadre éduco-technique (0,5 ETP), six infirmiers (6 ETP), quatre aides soignants (3 ETP) ou aide médico-psychologique (1 ETP), quatre moniteurs éducateurs (4 ETP) et un cadre de santé (0,5 ETP).

La surface totale de l'exploitation est de 18 000 m². La surface cultivable est de 10 000 m² environ et la surface exploitée est de 5 000 m². L'exploitation comprend une serre de 100 m² et un « tunnel » de 1 000 m².

Les patients sont pris en charge selon différentes modalités : accueil temps plein (Le foyer peut accueillir douze patients), accueil de jour, appartement thérapeutique. Il peut s'agir aussi de patients placés en HO et qui sont en sortie d'essai. Cela a été le cas. Ce ne l'est plus en raison, d'après les personnes entendues, du renforcement des exigences de sécurité. Le dernier patient en sortie d'essai qui avait été pris en charge par l'ATA, a été réintégré au pôle 11/12. C'était en septembre 2009.

4.6 L'unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP).

L'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) a succédé en 2005 à l'unité pour malades agités et perturbateurs (UMAP) qui avait été créée en mars 1996.

En 2009, 164 patients ont été admis à l'USIP dont :

- vingt-six en HO en provenance du département des Alpes-Maritimes (vingt-deux hommes et quatre femmes) ;
- huit en HO en provenance d'autres départements (huit hommes) ;
- trente et un en HDT en provenance du département (vingt-six hommes et cinq femmes) ;
- neuf en HDT en provenance d'autres départements (sept hommes et deux femmes) ;
- 55 en HO dans le cadre de l'article D.398 du code de procédure pénale, en provenance de la maison d'arrêt de Nice (49 hommes et 6 femmes) ;
- dix-neuf en HO D.398 en provenance de la maison d'arrêt de Grasse (dix-neuf hommes)
- 4 quatre autres en HO D.398 ; (quatre hommes) ;
- 10 dans le cadre d'une ordonnance de placement provisoire (OPP) (5 garçons et 5 filles) ;
- deux jeunes placés par l'autorité parentale (un garçon et une fille) ;
- la provenance des patients est indiquée dans le tableau suivant :

Pôle 8/10	4
Pôle 6/9/13	19

Pôle 11/12	3
Département pour autistes	2
SIPAD	12
CHU Pasteur	4
CAP Saint Roch	10
Centres hospitaliers département	10
Centres hospitaliers hors département	17
Domicile ou gendarmerie	5
Maison d'arrêt de Nice	55
Maison d'arrêt de Grasse	19
Maisons d'arrêt hors département	4
TOTAL	164

En 2009, les hospitalisations de détenus constituent 47,5% du total des admissions à l'USIP. Les hommes constituent 86% des admissions.

La durée moyenne de séjour a été de vingt-trois jours, le taux d'occupation de 71,21%.

Le patient le plus jeune admis en 2009 était une jeune fille de 14 ans et demi adressée par le SIPAD et qui est restée quatre jours à l'USIP ; le patient le plus âgé avait 58,9 ans ; il est resté trente-et-un jours à l'USIP, en provenance du centre hospitalier de Grasse.

Le séjour le plus long a été de 226 jours pour une femme hospitalisée en HDT le 20 mai 2009 et sortie le 27 janvier 2010 pour réintégrer une unité du pôle 8/10 de Sainte-Marie.

L'ensemble de l'unité a une surface de 495 m².

Elle comprend dix-neuf lits qui se répartissent de la façon suivante :

- trois chambres d'observation :

- deux se trouvent dans la partie droite de l'unité, au bout d'un couloir, après deux bureaux : l'une de 11,75 m² et l'autre de 8,11 m². elles sont toutes deux équipées de fenêtres barreaudées et d'une caméra de vidéosurveillance. La lumière située au plafond, est actionnée de l'extérieur. Il n'existe pas de bouton d'alarme. La température relevée dans les chambres, au jour de la visite, est de 25°. Un WC se situe entre les deux chambres. Il n'existe pas de douche.
 - L'autre chambre d'observation se trouve de l'autre côté de l'unité, près des chambres à quatre lits. Elle a une surface de 12m² et les mêmes conditions que les deux autres chambres. Tous les lits, non fixés au sol, sont munis de sangles.
- trois chambres à quatre lits: deux de 23m², une de 22m². situées dans la partie située au-delà de la salle de télévision. Elles sont toutes équipées de d'armoires individuelles fermées à clé, d'une lampe au dessus du lit commandée par un interrupteur. Les chambres ont entre une et trois fenêtres barreaudées. Au jour de la visite, quatre lits étaient vides.

Ces chambres disposent de trois WC et de deux salles de bains dont une est munie de deux cabines de douche (deux patients peuvent être amenés à prendre leur douche en même temps). Dans la lingerie, une douche est spécialement dédiée « *aux femmes et aux adolescents* » ainsi qu'aux patients qui ont besoin d'aide pour se doucher, ainsi que le précise la directrice dans sa réponse au rapport de constat.

- quatre chambres d'isolement qui donnent sur une cour intérieure. D'une surface de 12m², elles sont équipées d'un lit avec renforts en moleskine, non fixé au sol et muni de sangles et d'un WC en inox. Une fenêtre donnant sur la cour est munies de stores vénitiens entre deux parois de verre. Chaque chambre est équipée d'une caméra de vidéosurveillance qui renvoie des images au poste du personnel soignant.

Toutes les chambres sont équipées de la climatisation ainsi que la salle de télévision. En revanche, les parties communes, comme la salle de soins du personnel ou la salle à manger des patients n'en sont pas équipés.

Les autres lieux de l'unité se répartissent de la façon suivante :

- une cour de promenade dans laquelle on trouve : un baby-foot, une table de ping-pong, quatre bancs à l'ombre avec leur table, deux bancs au soleil, deux WC et un point d'eau. La cour est accessible toute la journée, sauf pendant la sortie des personnes placées en chambre d'isolement. Celles-ci bénéficient d'une sortie de dix minutes toutes les deux heures, les quarante-huit premières heures d'isolement. Après, les sorties sont aménagées sur décision du médecin et de l'équipe.
- une salle à manger dans laquelle sont pris les repas. Il peut y faire très chaud puisqu'elle n'est pas équipée de la climatisation. Un membre du personnel soignant regrette qu'il « n'existe pas de vraie cuisine où les repas seraient préparés avec les patients ». Elle sert aussi de lieu de rencontre avec les familles. Même si cette pièce se situe dans la partie où les patients se trouvent peu, l'intimité du lieu n'est pas garantie.

- une salle de télévision dans laquelle des DVD sont aussi à disposition des patients. Cette salle est un lieu de passage entre les deux ailes de l'unité. C'est la seule pièce commune, en dehors de la cour, et la tranquillité des patients n'y est pas effective.

Les activités proposées sont de l'esthétique, du jardinage, de l'art-thérapie. Une salle de sport, ouverte une fois par semaine, est animée par des éducateurs sportifs. Dans la réponse au rapport de constat, il a été précisé que toutes les activités proposées sont systématiquement co-animées par un membre du personnel soignant référent.

4.7 Le pôle de psychogériatrie.

L'unité Sainte-Madeleine et l'unité Saint-Damien constituent les deux unités fermées du pôle de psychogériatrie. Chacune de ces unités comporte vingt-et-un lits dont une chambre « grand soin » destinée aux malades en fin de vie ou nécessitant des soins particuliers ; elle ne comporte pas de chambre d'isolement.

Ces unités accueillent temporairement des personnes âgées atteintes de troubles mentaux dus au vieillissement, à l'exclusion de troubles psychiatriques antérieurs. La maladie d'Alzheimer touche 85% des malades.

A l'unité Sainte-Madeleine, le jour de la visite des contrôleurs, douze patients avaient plus de 80 ans dont deux plus de 90 ans (un était en fin de vie).

La répartition par sexe fait apparaître la proportion de deux tiers de femmes pour un tiers d'hommes. Ceci est en partie dû au petit nombre de chambres individuelles qui ne favorisent pas la répartition. Dans la réponse au rapport de constat, il est précisé que cette répartition est due au fait que « *dans cette tranche d'âge, les femmes sont plus nombreuses que les hommes* ».

Les entrées se font de plusieurs manières :

- directement par le service coordination du pôle psychogériatrie situé en ville et constitué de cinq infirmiers et d'un psychiatre en relation avec les médecins, les services sociaux et d'autres partenaires de la ville. Ce service est intersectoriel pour tout le département ;
- par le CAP ;
- par le CHU, les maisons de retraites, les hôpitaux lorsqu'ils ont besoin d'évaluations concernant leurs patients ;
- par des hospitalisations à la demande d'un tiers (deux patients à Sainte-Madeleine au jour de la visite).

L'accueil à l'hôpital s'effectuait directement dans les deux unités jusqu'au mois d'août 2009 dans la mesure où les patients avaient déjà été vus par des médecins généralistes et des psychiatres. Depuis cette date, correspondant à la pandémie grippale, tous les entrants doivent passer par le service arrivants de l'hôpital et faire l'objet d'une consultation médicale par un médecin généraliste avant leur orientation dans les unités.

Cette procédure est contestée par le pôle en particulier car les délais d'attente à l'entrée sont souvent longs et que les patients souvent agités ne peuvent être immédiatement pris en charge par le service.

Dans le projet initial, la durée de prise en charge des malades avait été fixée à deux mois pour établir une évaluation, un bilan de santé, stabiliser la situation médicale, et trouver une solution de sortie.

L'unité Sainte-Madeleine a enregistré soixante-dix-sept entrées en 2009 correspondant à 85% de sorties en maison de retraite, 5% de retour au domicile et 10% de décès. La durée moyenne de séjour est d'environ quatre mois.

L'unité Saint-Damien a reçu 144 personnes pour des sorties en moyenne identiques. La durée de séjour a été d'un peu moins de deux mois.

Deux grosses difficultés se présentent en permanence pour la sortie des patients :

- la recherche des familles et leur collaboration financière ;
- la recherche de places en maison de retraite et leur coût, entre 15 000 et 30 000 euros par an, dans le département. En 2009, le conseil général vient de mettre en place une obligation pour toute nouvelle maison de retraite privée de garder 20% de places à l'aide sociale.

Le jour de la visite, une patiente était arrivée le 16 septembre 2007 ; huit depuis septembre 2009 et onze depuis janvier 2010.

Il n'existe pas de cahier de plaintes. Les doléances sont celles des familles en souffrance qui s'adressent aux personnels et parfois aux médecins. Il faut faire comprendre aux familles que ces unités ne sont pas des lieux de vie mais d'évaluation, de soins et de recherche d'une solution de sortie.

Autant la question du respect de la dignité des patients est importante - mais il manque du personnel pour pouvoir accompagner chacun -, autant la question du respect des droits au sens juridique est difficile avec des malades déments.

Les contrôleurs ont pu constater l'absence d'odeurs dans les deux unités et l'état de propreté des lieux. L'incontinence de nombreuses personnes est un souci constant des personnels, en nombre insuffisant. Ils passent beaucoup de temps à laver les malades et à les changer. Les locaux sont mal adaptés à cette tâche.

Certaines familles prennent entièrement en charge le lavage et l'échange des vêtements de leur proche. D'autres marquent au nom du patient le linge, ramassé par les soignants et lavé sur place. Les malades qui se salissent trop portent des pyjamas bleus ou verts fournis par l'établissement. Ceux qui ne supportent pas de vêtements sont habillés de combinaisons intégrales avec fermeture éclair sur l'arrière pour éviter qu'ils ne se déshabillent. Chaque unité reconstitue en permanence un vestiaire avec des vêtements donnés pour faire face aux besoins.

A chaque départ d'un patient, on refait « le lit à blanc ». La literie - draps, taie, couverture, alèse - sont changés et tout le mobilier - lit, table de nuit, chaise sont vaporisés avec un produit désinfectant. Chaque fois que nécessaire, c'est-à-dire très fréquemment, la literie est changée pour cause de souillure. La buanderie générale de l'hôpital assure le nettoyage de la literie.

Comme dans tout l'hôpital, la cuisine centrale fournit la nourriture en liaison froide. Il y a possibilité d'aménagement des repas sur prescription de la diététicienne qui peut prescrire également des compléments alimentaires. Les aides-soignantes préparent les repas et les adaptent en fonction des malades. Un tableau blanc dans la salle à manger indique nominativement le placement des malades autour des cinq tables : regroupement des malades diabétiques, des personnes en fauteuils roulants et de ceux présentant des indications alimentaires particulières.

Le petit déjeuner est servi de 8h30 à 9 h, le déjeuner à 12h et le dîner à 18h30 dans la salle à manger commune. Un goûter est proposé vers 16h. Celui-ci est jugé indispensable. Il est payé sur les fonds « animation » du service car il n'en est pas prévu par l'administration.

Du fait de l'état des patients, très peu d'entre eux fument : au jour de la visite, trois personnes à Sainte-Madeleine et deux à Saint-Damien. Les personnels détiennent et distribuent les cigarettes et le briquet. Le tabac est autorisé uniquement sur les deux terrasses abritées, ouvertes de 8h à 20h ; le soir les horaires sont variables en fonction de la saison.

Chaque chambre ainsi que les pièces communes et les locaux spécialisés sont munis au plafond de détecteurs de fumée. Chaque premier lundi de chaque mois, une formation est mise en place à destination des personnels pour apprendre les gestes indispensables à l'évacuation des personnes, au maniement des extincteurs, aux situations diverses en cas d'incendie.

Une seule camera de vidéo surveillance par unité est placée dans chacune des chambres « grand soin » ; l'écran de contrôle se trouve dans le poste de soins.

L'équipe de nuit, constituée d'un infirmier et d'un aide-soignant dispose d'un « bipeur » qui se déclenche manuellement en position debout et automatiquement en position couchée. L'alerte est reliée au service général de sécurité de l'hôpital.

La contention est mise en œuvre dans toutes les situations de risque de chute - en particulier des fauteuils et des risques d'arrachement des perfusions. Il est souvent nécessaire d'attacher des malades qui ne peuvent s'empêcher de déambuler et/ou qui sont agités. Elle est mise en œuvre également pour ceux qui présentent des troubles de l'endormissement et dont les liens sont détachés lorsqu'ils dorment.

La contention a d'abord pour objet de protéger les malades contre eux-mêmes. Toute contention fait l'objet d'une fiche « *Maintien de la personne âgée ou psychotique déficitaire fiche de prescription* » instruite et signée par le médecin prescripteur. Cette fiche indique la recherche des causes à l'origine de l'événement ayant motivé le maintien et les réflexions bénéfiques/risques de ce maintien. Le rythme de surveillance maximum est de trente minutes. Le médecin généraliste de garde est appelé en cas de nécessité.

L'effectif de l'unité Sainte-Madeleine comprend :

- 1 ETP de psychiatre
- 0,5 ETP de médecin généraliste
- 0,5 ETP de psychologue
- 6 ETP d'infirmiers
- 7 ETP aides-soignants
- 0,5 ETP d'assistante sociale
- 4 ETP d'ASH
- 1 ETP de cadre infirmier
- 1 ETP de secrétaire

A Saint-Damien ce sont les mêmes effectifs à l'exception du psychiatre qui est à mi-temps.

L'équipe du matin comprend deux infirmiers et deux aides-soignants ; celle de l'après-midi un infirmier et deux aides-soignants.

L'équipe de nuit spécifique est constituée de trois infirmiers et de trois aides-soignants à Sainte-Madeleine et de trois infirmiers et deux aides-soignants à Saint-Damien.

Le service de 21h à 7h est assurés par un infirmier et un aide soignant dans chaque unité.

Le pôle de psychogériatrie est sous la responsabilité d'un médecin chef et d'un cadre supérieur de santé dont les services sont situés au deuxième étage, entre l'unité Sainte-Madeleine qui se trouve au premier et Saint-Damien au troisième.

4.7.1 L'unité Sainte-Madeleine

L'unité est au premier étage d'un bâtiment rectangulaire qui mesure environ douze mètres de large sur trente mètres de long, soit une superficie de 384 m². Un couloir central de 1,8 m de large le sépare en deux de bout en bout et comporte des chaises. A l'extrémité est, une porte vitrée donne sur une terrasse de 48 m² fermée par des barreaux et du plexiglas.

Trois entrées, côté Nord, permettent d'accéder à cette unité dont l'une avec ascenseurs. Toutes les portes permettent le passage d'un fauteuil roulant.

L'unité comporte :

- six chambres à trois lits de part et d'autre du couloir dont les unes ont une surface de 13 m² et les autres 14 m². Chaque chambre comporte trois lits, trois tables de nuit et trois placards munis de serrures. Trois appliques électriques au-dessus des lits sont utilisables à partir de boutons situés à côté de chaque lit. Une large fenêtre dont l'ouverture est libre est sobrement barreaudée. Le sol est carrelé et les murs peints de couleurs pastels ;
- deux salles d'eau carrelées d'environ 13 m², comportant deux boxes de douches sans portes accessibles aux fauteuils roulants et munis de sièges rabattant et de poignées, quatre lavabos surmontés de glaces ; des toilettes fermées comportant un WC à l'anglaise et un petit lavabo. Dans une des salles d'eau a été aménagé un tout petit local à usage de vestiaire ;
- un ensemble comportant deux petits cabinets de toilette avec douche, lavabo, glace, WC à l'anglaise, un WC indépendant et trois chambres de 7m² - dont celle du milieu est la chambre « *grand soin* » ; chaque chambre comporte un lit avec bouton électrique actionnant une tablette lumineuse, une table de nuit et un placard. Une large fenêtre dont l'ouverture est libre et barreaudée. La chambre « *grand soin* » est munie d'une caméra de vidéosurveillance dont l'image est visible sur un moniteur situé au poste infirmier ;
- un bureau des personnels de 11,8m² comportant du mobilier de bureau, une armoire à classement, un ordinateur; des toilettes avec WC et lavabo sont accessibles dans ce bureau ; il sert également de bureau médical ;

- une salle de soin de 9 m², comportant, des placards et un WC indépendant avec lavabo ;
- une salle de séjour d'une superficie de 33 m² est accessible par une ouverture sans portes de 1,80 m de large ; trois fenêtres s'ouvrent librement et sont légèrement barreaudées, l'une donnant sur la terrasse. Vingt-cinq fauteuils et quatre tables en plastique composent le mobilier. Une télévision en hauteur est protégée dans un placard et la télécommande n'est pas à disposition des malades. Cette pièce bénéficie de la climatisation ;
- une salle à manger de 23 m² comportant cinq tables rondes et vingt-cinq chaises, est accessible par un couloir perpendiculaire au couloir central qui sépare la salle à manger de l'office.
- un WC de 2,3 m² est accessible au centre du couloir central.

Les personnels rencontrés par les contrôleurs mettent en avant les difficultés rencontrées à maintenir propres les malades. Il n'est constaté aucune odeur désagréable. L'effectif réduit du personnel restreint l'accompagnement quotidien des malades dans des locaux à la fois trop petits et peu pratiques.

4.7.2 Saint-Damien

L'unité offre les mêmes services que l'unité Sainte-Madeleine avec quelques différences d'aménagement des locaux :

- des salles de douches et toilettes ont été construites entre les chambres contigües à trois lits qui disposent chacune d'une porte d'accès. Ces espaces comportent une douche ouverte avec siège rabattant et barres d'appui en vis-à-vis de deux lavabos avec tablettes et miroirs, un WC fermé sans lunette avec barre d'appui. L'ensemble est carrelé en brun clair ;
- la salle à manger ainsi que l'espace séparé de l'office froid et chaud sont à la place de la salle de séjour ;
- un bureau médical d'environ 7m² servant également à entreposer le matériel médical et la pharmacie
- la terrasse est plus petite ;
- la salle de soins est plus grande.

Cette unité comporte vingt-et-un lits réglables en hauteur afin d'éviter les chutes.

Il a été signalé aux contrôleurs le problème de l'eau impure, à cet étage, qui a conduit à l'installation de filtres sur toutes les sorties d'eau - lavabo, douche, évier - et nécessite chaque jour le changement de la cartouche de filtrage. Cet état de fait a pour conséquence un débit d'eau très ralenti.

Les mêmes remarques qu'à Sainte-Madeleine ont été faites aux contrôleurs, sur le fonctionnement du service.

4.9 Le centre d'accueil psychiatrique.

Le centre d'accueil psychiatrique (CAP) est installé au 2^{ème} étage des urgences de l'hôpital Saint-Roch⁴ situé 5 rue Pierre Dévoluy au centre de Nice.

Il a été créé en 1982 pour accueillir les urgences psychiatriques⁵ et offrir un sas de 48h permettant d'évaluer l'état des patients avant de décider leur éventuelle admission, soit au centre hospitalier Sainte-Marie, soit dans le secteur psychiatrique de l'hôpital Pasteur, en fonction de leur lieu d'habitation et donc du secteur dont ils dépendent.

Les locaux sont comprennent :

- une salle d'attente ;
- un bureau de consultation pour le psychiatre ;
- un bureau pour les infirmiers ;
- dix chambres individuelles
- deux chambres d'isolement ;
- un salon télévision dont le récepteur diffuse les chaînes *TF1*, *France 3* et *M6* avec des images de mauvaise qualité ; la télécommande est activée par un soignant ; la pièce est équipée d'une table ronde, de trois fauteuils et de trois chaises ;
- un local sanitaire, refait à neuf avec des matériaux inadaptés à son usage. Il comprend :
 - un WC sans abattant, séparé par une porte fermée de l'intérieur que les soignants peuvent ouvrir de l'extérieur ; il n'est doté ni de papier hygiénique, ni de balayette ; une mauvaise odeur s'en dégage ;
 - un petit lavabo distribuant de l'eau froide sans serviette ;

⁴ Cet hôpital fait partie du CHU de Nice.

⁵ A l'exception des patients en HO admis directement dans leur service de secteur.

- une douche avec un tuyau en plastique, un mitigeur et une chaise ; les arrivées d'eau des canalisations pour un lavabo, depuis retiré, ont été laissées en l'état ; seul le miroir subsiste ;
- il n'existe aucun lieu prévu pour les fumeurs ; une petite terrasse constituée par le toit du hall des sorties des urgences se situe au niveau du couloir du CAP ; elle n'est pas aménagée. Le tabac est interdit dans tous les lieux de soins. Un infirmier a cependant autorisé un patient, en attente depuis longtemps d'un lit d'hospitalisation, à fumer à la fenêtre de la salle d'attente

Les patients sont d'abord reçus au rez-de-chaussée par un cadre de santé des urgences qui les oriente vers la consultation psychiatrique du CAP.

Le jour de la visite des contrôleurs, douze patients se trouvaient au CAP ; le plus ancien s'y trouvait depuis sept jours.

Le psychiatre avait vu notamment en consultation, quatre patients pour lesquels il avait posé l'indication d'une hospitalisation en psychiatrie. Une des infirmières du CAP était en train de tenter de trouver un lit pour ces quatre patients. Après plusieurs tentatives infructueuses, elle a réussi à les placer dans deux services de traumatologie qu'ils devront quitter vers 7h10 pour rejoindre le CAP où ils passeront la journée dans le salon télévision. C'est là qu'ils prendront leurs repas en attendant un éventuel lit.

Un patient avait été vu vers 16h. Son état aurait nécessité une hospitalisation. Faute de place, il lui a été proposé de revenir au CAP le lendemain matin, alors qu'il n'y aucune certitude ni qu'il y ait un lit pour lui à ce moment-là, ni qu'il se présente à nouveau dans le service.

Le responsable du service est un praticien hospitalier de l'hôpital Saint-Roch, rattaché au CHU. Une partie du personnel est géré par le CHU, l'autre par Sainte-Marie.

La garde psychiatrique est assurée sept jours sur huit par un psychiatre de Sainte-Marie. Selon les informations recueillies, vingt-cinq psychiatres y participent. Au-delà de soixante ans, les psychiatres sont dispensés de garde.

Le jour de la visite des contrôleurs, c'est un praticien hospitalier du secteur psychiatrique rattaché à l'hôpital Pasteur⁶ qui était de garde. A la demande des contrôleurs, il avait été informé de la visite par ses collègues de Sainte-Marie.

⁶ L'hôpital Pasteur fait partie du CHU de Nice.

4.8 Le pôle de suivi somatique et d'addictologie.

Le pôle de suivi somatique et d'addictologie comprend :

- des consultations somatiques ;
- des consultations d'addictologie ;

4.8.1 Le pôle de suivi somatique.

Le suivi somatique des patients hospitalisés à Sainte-Marie a débuté en 1960.

L'actuel responsable du pôle exerce son activité au sein de l'hôpital depuis 1984.

L'effectif du pôle de soins somatiques comprend :

- un praticien hospitalier à temps plein, chef de service ;
- un praticien à mi-temps, adjoint du chef de service ;
- neuf médecins généralistes effectuant chacun 0,75 ETP ;
- six internes de médecine générale ;
- un chirurgien-dentiste ;
- un cardiologue ;
- un neurologue ;
- un gastro-entérologue ;
- un pneumologue ;
- deux anesthésistes ;
- un ORL ;
- un gériatologue interniste ;
- un ophtalmologue ;
- un cadre de santé ;
- une surveillante hygiéniste ;
- trois infirmiers ;
- une diététicienne,
- trois kinésithérapeutes ;
- un pédicure ;

- trois manipulateurs dont un pour la radiologie, un pour l'électrocardiogramme(ECG) et un pour l'électroencéphalogramme(EEG) ;
- trois secrétaires ;
- 1,5 ETP d'ASH.

Le service assure la permanence des soins avec un médecin répondant aux appels 24 heures sur 24.

- En 2009, le nombre de consultations d'urgence a été de 3 800 ;
- Le service assure les consultations initiales d'admission soit 3 299 consultations de ce type en 2009 ;
- Chaque médecin généraliste a en charge une ou plusieurs des vingt-et-une unités. Les consultations ont lieu du lundi au vendredi matin En 2009, 25 000 consultations ont été assurées dans les unités de soins auxquelles il convient d'ajouter 2 500 actes effectués au sein même des unités ;
- Les consultations spécialisées en 2009 :
 - Cardiologie : 324 consultations, 216 échographies cardiaques, interprétation des ECG et des holters ;
 - Pneumologie : 163 consultations, 6 épreuves fonctionnels respiratoires, 14 fibroscopies bronchiques ;
 - Neurologie : 373 consultations, interprétation des EEG, ponctions lombaires ;
 - Gastro-entérologie : 85 consultations, 7 fibroscopies gastriques ;
 - Ophtalmologie : 202 consultations ;
 - Dentiste : 252 consultations ;
 - Gynécologie : 69 consultations ;
 - ORL : 104 consultations ;
 - Radiologie : 196 échographies et interprétations des radios autres que pulmonaires.

Selon le médecin-chef, tous les praticiens sont cooptés et ont par ailleurs une activité libérale ou hospitalière.

De ce fait, il a été rapporté aux contrôleurs que, par exemple, l'ophtalmologue assurait ses consultations entre 7h et 7h30.

Le pôle dispose d'un **plateau technique** qui comprend :

- un électro-encéphalographe qui a réalisé 350 enregistrements en 2009 ;
- un électro-cardiographe : 1 362 tracés ;
- un holter : 55 ont été placés ;
- un dispositif permettant d'effectuer des sismothérapies : 31 avec anesthésies générales ;
- Une salle de kinésithérapie comportant balnéothérapie, matériel de rééducation, de gymnastique et physiothérapie. 26 413 actes ont été réalisés au bénéfice de 3 477 patients ;
- Une salle de radiologie où 21 399 clichés ont été effectués (poumons, abdomen et squelette) ;
- Une diététicienne qui gère les menus de l'ensemble de l'hôpital et assure des ateliers de nutrition au bénéfice de 113 patients générant 271 actes thérapeutiques ;
- Une pédicure qui a assuré 1 551 consultations en 2009.
- Le laboratoire d'analyses de biologie médicale regroupant les spécialités de biochimie, hématologie, hémostase et immunologie. Il est composé de 2,28 ETP de personnels techniques, 1,8ETP de secrétariat et d'un biologiste. En 2009, il a effectué 2 599 401 actes de laboratoire et a transmis 302 792 analyses à d'autres laboratoires pour des actes très spécialisés.

4.8.2 L'addictologie.

Au centre hospitalier, l'addictologie comprend trois volets :

- Les consultations d'addictologie ;
- L'activité de liaison dans les différents services de l'hôpital ;
- Le service intersectoriel d'alcoologie, situé dans l'unité Saint-Christophe.

4.8.2.1 Les consultations d'addictologie.

Dans le cadre de la prise en charge des conduites addictives et de la politique de réduction des risques le centre spécialisé pour les soins aux toxicomanes (CSST) a ouvert en octobre 1995, au sein de l'hôpital.

Il assure des consultations spécialisées en alcoologie, tabacologie et pour les patients atteints par le VIH et les virus des hépatites B et C, la prescription et le suivi des patients sous Méthadone.

- En 2009, 1 876 actes thérapeutiques ont été réalisés pour une file active de soixante-et-onze patients toxicomanes aux opiacés avec ou sans traitement de substitution.
- En ce qui concerne l'alcoologie, 528 patients ont été vus en 2009, dans le cadre de 1054 consultations.
- quarante-huit patients ont été reçus dans le cadre d'une consultation de tabacologie ;

- quinze patients présentant une séropositivité au VIH ont été suivis et traités.

4.8.2.2 L'activité de liaison.

Lorsqu'un patient hospitalisé dans une des unités est sous traitement de substitution, l'équipe soignante fait appel à l'équipe de liaison en addictologie pour venir prescrire le traitement et assurer le suivi du patient durant son hospitalisation.

En 2009, soixante-et-un patients ont ainsi été reçus dans le cadre de quatre-vingt onze consultations.

4.8.2.3 Le service intersectoriel d'alcoologie.

Le service intersectoriel d'alcoologie est situé à une extrémité de l'hôpital : on y accède soit à pied, en empruntant un long tunnel dont les accès sont fermés à clé, soit directement en voiture pour les personnels.

L'unité comprend vingt-quatre places. Elle n'accueille jamais de patients hospitalisés sous contrainte. Créée en 1985, elle a été refaite en 2009.

Le jour de la visite des contrôleurs, vingt-trois patients y étaient hospitalisés : dix-neuf hommes et quatre femmes.

L'indication essentielle de l'unité est celle des problèmes d'alcool ; toutefois, en fait, les patients présentant une conduite addictive, y compris les troubles du comportement alimentaire y sont admis.

Parmi les patients présents, un était sous Méthadone, aucun sous Subutex®, un était traité pour une hépatite C.

L'unité, dont les locaux se répartissent sur trois niveaux comprend sur 644m²:

- un bureau médical,
- un bureau de soins,
- quatre chambres individuelles ;
- sept chambres à deux lits ; toutes les chambres ne sont pas de même superficie mais leur équipement est identique. Les contrôleurs ont mesuré l'une d'entre elles : 3,33 m sur 2,97 m soit 9,89 m² ; elle est équipée de deux lits, de deux appliques au-dessus des lits avec interrupteur, de deux tables de chevet, d'une table de 0,68 m sur 0,38 m avec une chaise, d'une armoire avec un côté penderie et de l'autre, cinq étagères, de deux panneaux d'affichage de 0,58 m sur 0,38 m, d'un lavabo en émail doté d'un miroir et d'une tablette. La chambre est éclairée par sept néons encastrés dans le plafond et dispose d'une fenêtre, non barreaudée, munie de persiennes, qui s'ouvre.

Dans une autre chambre à deux lits, le coin toilette était équipé d'un WC.

- deux chambres à trois lits ;
- quatre douches ;

- une salle de bains avec baignoire ;
- quatre WC sans abattant⁷ dont l'un au rez-de-chaussée ;
- une salle à manger ;
- une salle polyvalente servant de salle de réunion et de salle de télévision ;
- un jardin non clos devant l'unité meublé de tables et de chaises.

L'ensemble est en bon état de propreté mais, selon les informations recueillies, « constitue un bon outil de travail qui ne permet pas la mixité sociale ».

Le projet médical indique que la cure dure quatre semaines avec des admissions toutes les semaines le jeudi. Les contrôleurs, présents un jeudi, ont observé que six patients étaient admis ce jour-là.

En 2009, 238 patients ont séjourné dans cette unité pendant 7 273 journées d'hospitalisation, ce qui correspond à une durée moyenne de séjour de 30,55 jours, comme le prévoit le projet thérapeutique.

L'effectif de l'unité comprend :

- 0,15 ETP de médecin-chef, médecin généraliste;
- 0,5 ETP de psychiatre ;
- 0,5 ETP de médecin généraliste ;
- 0,8 ETP de psychologue effectué par deux personnes ; selon les informations recueillies, ils sont présents une à deux fois par semaine ;
- 0,8 ETP d'assistante sociale ;
- 1 secrétaire ;
- 1 cadre infirmier ;
- 8 infirmiers de jour, 2 pour la nuit ;
- 4 aides-soignants de jour, 2 pour la nuit ;
- 2 ASH.

⁷ « Selon les préconisations de l'infirmière hygiéniste »

5 SUR OCCUPATION ET TRANSFERTS.

Depuis le 3 janvier 2010, la situation de la psychiatrie dans les Alpes-Maritimes, paraît complètement bloquée, ce qui a pour conséquence, notamment au CHS Sainte-Marie :

- Les patients hospitalisés en HO ne bénéficient quasiment plus de levée de leur mesure d'hospitalisation ;
- Les patients en fin de sortie d'essai d'HO voient généralement leur mesure non renouvelée et doivent réintégrer le CHS ;
- Les patients qui se présentent au CAP pour y rester durant un bref séjour attendent plusieurs jours qu'un lit se libère dans un des secteurs de Sainte-Marie ;
- Un patient qui devrait être hospitalisé en hospitalisation libre ne peut être hospitalisé et est prié de revenir le lendemain ;
- Un patient dont le séjour en chambre d'isolement peut prendre fin, n'a plus sa chambre et reste donc dans une chambre d'isolement « ouverte » ;
- Un patient arrivant qui a besoin d'une chambre d'isolement n'en dispose plus, à moins de déplacer, quelle que soit l'heure, plusieurs patients pour libérer la chambre et accueillir le patient.

6 LE SERVICE DE NUIT.

Le service de nuit est effectué de 21h à 7h par une équipe de quarante-trois soignants repartis par équipes de deux dans toutes les unités, sous la responsabilité d'un cadre de santé. Un médecin généraliste assure une permanence sur place, et un psychiatre est d'astreinte à domicile.

Le service de nuit de l'établissement est assuré par une équipe dédiée qui n'assure que ce service sur la base du volontariat, aussi bien au niveau de l'encadrement que des soignants. C'est ainsi que l'on y rencontre des agents qui travaillent exclusivement de nuit depuis 25 ans, 10 ans, etc.

Les contrôleurs ont visité le service de nuit de l'USIP, qui est assuré par trois agents masculins, un infirmier, un aide-soignant et un ASH. Cette équipe dispose de deux appareils de protection individuelle (API).

Au cours de cette visite il est constaté que tous les patients en chambre d'isolement sont sous vidéosurveillance, et que l'un d'eux est sous contention. Les autres sont libres jusqu'à 22h30, heure de fermeture de la télévision et des lieux communs. Chaque chambre est équipée d'une serrure avec poignée à l'intérieur, mais non à l'extérieur pour éviter les intrusions. Les patients sous contrainte ont une tenue identique, soit bleue soit rouge. Ce soir là elle est bleue pour la veste et rouge pour le pantalon. Pour les autres elle est libre. Les personnels assurent la distribution des médicaments avant le coucher. Pour ce faire ils partent à deux munis de leurs API et le troisième reste dans la salle de soins devant les écrans. Ils effectuent plusieurs rondes au cours de la nuit, avec une plus forte fréquence pour les patients en chambre d'isolement. Pendant la visite, un patient s'est énervé contre la porte de sa chambre : il voulait que l'on éteigne la lumière.

Le service de nuit au niveau de l'USIP est assuré par une équipe dédiée de quatre aides-soignants et de deux infirmiers. Les agents peuvent faire appel au pool de renfort qui comprend sept à huit personnes en cas de nécessité. La présence continue de trois personnes dans l'unité est exigée pendant la durée du service. Il peut être fait appel au pool pour des remplacements en cas d'absence d'un personnel de l'unité. Le passage et la prise de consignes se font à l'occasion de la transmission, mais il n'y a pas de coordination formelle établie. La rotation se fait sur trois nuits de travail suivies de trois à quatre nuits de repos.

La surveillante de service a précisé aux contrôleurs que son rôle consistait à gérer les incidents et les interventions, à répartir les renforts en cas de nécessité et à organiser les admissions de nuit.

Parallèlement, une équipe composée de trois personnes assure la sécurité de l'établissement. Le responsable est positionné au bureau d'accueil où sont renvoyés tous les dispositifs d'alarme et de sécurité, ainsi que les liaisons extérieures. Les deux autres sont basés à la porte d'entrée où l'un reste en permanence pendant que le second effectue des rondes dans l'établissement. Ces trois personnes communiquent par radio.

Les contrôleurs ont noté que le service de sécurité est tenu informé de tout placement en chambre d'isolement.

7 RECOURS A LA CONTENTION ET A L'ISOLEMENT.

Toutes les prescriptions de mises en chambres d'isolement et de placement en contention sont indiquées directement dans le dossier médical du patient auquel les contrôleurs n'ont pas accès. Il n'existe pas de registre spécifique retraçant ces deux mesures.

La garde 24 h/24h est assurée par les médecins généralistes. Les psychiatres sont d'astreinte à domicile mais, selon les informations recueillies, se déplacent dans ce cas rarement à l'hôpital.

Comme il arrive fréquemment que les crises d'angoisse ou d'agitation se produisent en fin de journée, à la tombée du jour, c'est le médecin généraliste qui sera amené à traiter cette crise. Ceci explique que, selon les informations recueillies, la majorité des prescriptions de mises en chambre d'isolement et de contention soient effectuées par les généralistes.

Pour certains soignants, *« la chambre d'isolement n'est plus une chambre de soins intensifs, mais une punition qui s'inscrit parfois dans le conflit entre médecins généralistes et psychiatres. Le médecin généraliste décide la mise en isolement mais ne peut pas lever la mesure, ce qui fait que pour une simple crise d'angoisse, le patient peut rester jusqu'au lendemain matin, à l'arrivée du psychiatre, dans la chambre d'isolement. »* Dans sa réponse au rapport de constat, la directrice a précisé que *« le médecin généraliste peut à tout moment, lors de sa garde, appeler le médecin psychiatre d'astreinte pour évaluer la situation. »*

Selon plusieurs interlocuteurs, lors d'une grève des médecins généralistes, les chambres d'isolement étaient demeurées beaucoup moins utilisées.

Par ailleurs *les personnels s'interrogent sur la pertinence des séjours de longue durée en chambre d'isolement sur lesquels il n'y aurait pas assez de dialogue avec les psychiatres.*

Il a pu être constaté, par les contrôleurs, au pôle de psychiatrie générale 6/9/13 :

- Une occupation systématique et permanente de quatre des cinq chambres d'isolement, sans que pour autant la place en « chambre classique » du patient isolé lui soit réservée. La chambre d'isolement apparaît alors d'un usage proche d'une chambre supplémentaire et dont la sortie serait conditionnée par la libération d'une place ;
- Une mise en contention systématique des patients à l'arrivée en chambre d'isolement, sur prescription médicale, sauf pour les deux premières heures où elle ne s'impose pas ;
- un usage prolongé de la chambre d'isolement pour un même patient ;
- La déambulation du patient, placé en chambre d'isolement, autorisée et fréquente à l'intérieur du service.

8 OBSERVATIONS GENERALES.

- le réseau d'eau potable et sanitaire est en état d'obsolescence avancée. L'eau est impropre à la consommation, les débits sont insuffisants dans les étages et l'on constate des déséquilibres importants de températures avec risques de brûlures ;
- la préparation des installations de vidéosurveillance dans les unités pour l'enregistrement des images et le doublement des caméras dans les chambres d'isolement, aboutit à doter les soignants d'un équipement en modules de commande qui ne permettent pas la suppression de la surveillance de ces chambres. Cela préoccupe les soignants qui se servent parfois de celles-ci pour de l'hébergement hôtelier, car l'intimité de la personne n'est plus respectée ;

- les offices des unités ne sont pas en accord avec les règles HACCP⁸ et ne respectent pas les circuits ;
- dans les unités, seules les salles de détente et les chambres d'isolement sont climatisées ;
- nombre de personnels et de médecins se plaignent de l'insuffisance notoire de soignants, et de la pression pour raccourcir la durée moyenne de séjour. Ils souhaiteraient davantage de temps pour soigner les patients. Ils regrettent un manque de communication dans l'établissement ;
- la pression sécuritaire impose la fermeture des unités, ce qui n'est pas sans retentissement sérieux sur le climat de celles-ci, avec des patients qui ne peuvent plus fumer, ou qui le font en cachette, et ceux qui ne supportent pas. Tous sont obligés de tourner en rond dans des lieux confinés. Certains patients doivent être contenus, alors que la féminisation du personnel s'est fortement accentuée ;
- l'insuffisance de soignants oblige nombre de patients sous contrainte à rester enfermés dans leur unité. En effet, pour se rendre à l'extérieur de celle-ci, il faut deux accompagnants pour un patient en HO, et un pour un patient en HDT ;
- l'interdiction de se servir des téléphones mobiles est cause de tensions entre les patients et les soignants. Les médecins souhaitent qu'une réflexion soit engagée au niveau de la direction sur ce sujet.

9 CONDITIONS DE TRAVAIL DES PERSONNELS.

Depuis la nomination par le conseil d'administration d'un chef de service, sans passage devant la CME, cette dernière instance ne se réunit plus. Les conflits entre praticiens ont des conséquences sur le fonctionnement du centre hospitalier et sur la qualité des soins apportés aux patients.

Pour faire face au déficit en infirmiers, la direction et l'infirmier général ont une politique active de recrutement :

- bourses d'études pour les étudiants de l'IFSI ;
- contrats d'apprentissage ;
- formations qualifiantes ;
- primes à l'embauche ;
- reprise de l'ancienneté.

⁸ HACCP : en anglais : hazard analysis critical control points, ce qui se traduit en français par analyse des risques et maîtrise des points critiques. Ce sont des règles d'hygiène alimentaire.

La convention collective en vigueur dans l'établissement est diversement appréciée selon les interlocuteurs : pour certains, elle serait très avantageuse, pour d'autres, non ; les salariés de la fonction publique hospitalière seraient gagnants mais beaucoup d'infirmiers ont l'esprit d'entreprise et ce d'autant plus que pour certains, il s'agit de générations qui se sont succédées dans l'établissement.

Les personnels soignants de nuit sont dotés d'un PTI (protection du travailleur isolé).

Les personnels de nuit constituent des équipes dédiées à ce service. Ils ne dépendent pas du cadre supérieur du pôle où ils exercent leur activité mais des six cadres de nuit. La convention collective prévoit que si l'infirmier général les emploie sur un poste de jour, ils doivent continuer à percevoir leur prime de nuit, ce qui ne serait plus le cas si c'est le soignant qui fait la demande du changement d'horaire.

Selon les informations recueillies, les personnels peuvent demander à changer d'unité en passant par le cadre supérieur du pôle ou à changer de pôle en faisant une demande à l'infirmier général. Dans la mesure du possible, compte tenu du déficit en soignants, il est tenu compte de ces demandes.

Du fait du manque d'infirmiers, et de l'importance de l'absentéisme, il est fait recours à de nombreux intérimaires. L'absentéisme, selon les informations recueillies serait « une donnée habituelle » de l'établissement avec des chiffres ordinairement élevés : 23% pour les infirmiers et surveillants, 21% pour les aides-soignants, 29% pour les ASH, comme indiqué.

Dans cet établissement, il n'existe pas de commission de soins infirmiers.

L'établissement consacre un budget élevé à la formation continue en privilégiant les formations d'accès à l'emploi au détriment de formations continues. Les personnels soignants, entendus par les contrôleurs ont exprimé le souhait de bénéficier d'actions spécifiques liées à leurs pratiques professionnelles.

Les contrôleurs ont rencontré à leur demande neuf responsables syndicaux représentant quatre des syndicats professionnels de l'établissement (CFTC, SUD, CGT et CGC). Au cours de ces rencontres plusieurs sujets ont été évoqués et développés par les représentants du personnel. Les contrôleurs ont pris note de leurs diverses déclarations :

1 – L'impact sur le personnel de l'évènement de janvier 2010 à Roquebrune et de leur médiatisation.

« On s'est senti responsable de ce qui s'est passé. Le médecin-chef, les médecins et le cadre de santé ont fait un débriefing, et la directrice est passée dans les unités. Il y a eu beaucoup de discussion dans le pôle où avait séjourné le patient. Il n'y a pas eu de discussion à ce sujet au CHSCT... ».

« On a vécu dans un premier temps avec le doute : est ce que le patient avait été bien soigné et avait-on mis en œuvre les moyens nécessaires ? Il y a une conscience collective. Quelque chose qui renvoie à de la culpabilité. On n'avait pas eu la même réaction quand il y a eu les deux « évasions » – ou plutôt les deux sorties sans autorisation – de l'USIP.

Parmi les deux qui se sont « évadés », un était sans traitement. Quand il y a un décès, ça interpelle... Les choses avaient été faites de façon convenable... »

2 - Les restrictions ou les refus des demandes de sortie d'essai des patients en HO par la préfecture :

Le renforcement des mesures d'instruction et de contrôle des demandes de sortie d'essai des patients placés en HO par les services préfectoraux ont des effets sur la perception que les personnels ont de leur travail et sur leurs conditions de travail. Ils sont une cause très importante de préoccupation pour eux :

« C'est un gros problème depuis janvier 2010. On est dans un mélange entre justice pénale et soins, où le pénal a pris le dessus sur la santé. Cela crée un blocage. Les soignants ont du stress à ce sujet. Les patients n'ont plus de perspectives de sortie. Cela crée des tensions qui ne devraient pas exister entre les patients entre eux et entre les patients et les soignants... Des patients ont introduit des recours auprès du juge des libertés et de la détention... Il y a un mois un patient en HO est allé au tribunal. Il était accompagné par un infirmier, l'assistante sociale et un médecin. Cette situation concerne environ 70 HO. Cela fait un blocage au niveau du CAP (centre d'accueil psychiatrique) : il n'y a plus de mouvements dans l'hôpital et il n'y a plus de libération de lits. »

« La sécurité passe devant... Depuis trois mois le préfet ne répond pas aux courriers des équipes médicales sur l'hospitalisation des patients sous contrainte,... On assiste à un mouvement de sécurisation renforcée qui transforme l'établissement en fort Chabrol. Cela rejaillit sur les salariés. Pour les équipes c'est une charge de stress et de charge mentale,... La direction a privilégié l'option sécuritaire. Depuis le mois de décembre, dans mon unité, il y a des HO qui n'ont pas vu le ciel,... »

3 – Les effectifs et le taux d'encadrement des patients

« Quand j'ai commencé, on était 4,5 ETP par tranche horaire. On a plus l'impression d'être des matons et de garder des gens dans une enceinte. C'est général : il y a un manque de personnel soignants, infirmiers et aide soignants. Pourquoi je dis qu'on est devenu des matons ? C'est parce qu'on a un trousseau de clés. On ouvre les portes et on les ferme. Ca se fait à travers ça !!... Les cours sont fermées. Elles doivent être adaptées. Il y a eu deux évasions à l'USIP. On a fait la une des journaux... On est trois soignants en service le matin ou l'après-midi pour 20 à 25 patients. Si l'un d'eux part sur une intervention, il n'en reste que deux... Il faudrait être quatre le matin et quatre l'après midi. »

« Depuis quelques mois nous avons décidé de faire usage du « droit d'alerte » en CHSCT... Quand on a un infirmier et un aide soignant pour la prise en charge, ça a un lien avec la surveillance et des répercussions sur le vécu du patient. Il n'y a pas d'accompagnement et pas de surveillance... »

« Trois des neuf cadres supérieurs de santé partent à la retraite ... Ils ne sont pas remplacés. Ils étaient 12 en 2008, ils sont six en 2010. Il manque quarante infirmiers en ETP, soit environ 10% ».

4 – Les mutations et les interrogations sur le contenu, les exigences et les contreparties du travail au sein de l'établissement

« Les choses ont changé. Maintenant pour la perte d'une clé on doit faire un rapport. Les clés sont personnelles. Un soignant a douze clés dont un passe général qui est nominatif avec un numéro. Des personnes du dehors ont utilisé des clés qui avaient été perdues. C'est une pression,... ».

« Il y a deux ou trois ans il y avait un service fermé où il y avait ensemble des HO et des HDT, maintenant on mélange les HO et les HL. Ce n'est pas la même chose... Quand on a des HL avec des HO et des HDT on a des difficultés. On a beaucoup de HO et aussi des « D. 398 ». Quand l'USIP est complète on reporte sur les autres... ».

« On aime notre métier. Notre contact c'est 8 heures avec le patient... Beaucoup de jeunes partent. Ils font du libéral à cause des problèmes d'insécurité et des problèmes de responsabilité ... Il y a le problème aussi de la disparition de la spécialité psychiatrique... La psychiatrie est un maillon faible ».

« Les membres des équipes d'intervention n'ont pas de primes. Le risque n'est pas reconnu dans notre métier. ... Il faudrait mettre en place une formation pour savoir utiliser les équipements d'intervention et pour agir sur l'agressivité des patients. Il y en a eu une en février 2010 et une à la fin de l'an dernier ».

« La désaffectation en personnel des hôpitaux psychiatriques remonte à la disparition du diplôme. Le travail en psychiatrie est spécifique. Il faut le reconnaître pour valoriser le métier... Le retour à la sécurité est un problème de moyens et de personnes formées. Si on passe notre vie à réagir à l'ordre public on va finir par ne plus être intelligent ».

« La section syndicale de la CGC a été réactivée en 2003 suite à un litige qui a opposé l'encadrement et la direction après la mise en place d'un nouveau logiciel de gestion des rémunérations qui faisait suite à une modification de la convention collective de 1951 ... Cette question a fait l'objet d'une action devant les prudhommes. Il y avait un manque d'écoute avec l'ancienne direction. Tout cela se passait dans un contexte de revendication salariale dû à un gel de salaires qui durait depuis 1998... Une intersyndicale a été constituée. Une prime de vie chère a été obtenue sur la base d'un accord local, mais les discussions se poursuivent sur l'obtention d'une prime de 30 points dans le cadre du contentieux précédent... Les résultats obtenus ont exigé des efforts considérables».

« Il n'y a pas le même salaire que dans le public, il n'y a pas de possibilité d'avancement et il n'y a pas de formation »

« Il n’y a jamais eu autant de départs. Dix infirmiers sont sortis de l’Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI). On leur avait promis une aide au logement. On leur a menti. Cela va baisser. ».

« Le siège (de l’association) est dédaigneux, méprisant. L’ancien directeur a duré deux ans... ».

« Il y a des actions de formation continue qui ont été supprimées alors que les médecins ont quinze jours par an,... ».

5 – Les tensions au sein de la communauté médicale

« ... Il y a la guerre des médecins qui pollue l’ambiance. C’est les egos qui s’opposent... Il y a deux politiques de psychiatrie. Les services fermés : c’est l’USIP, et les services ouverts ! ... Cela pollue l’établissement... ».

« Il y a deux politiques de santé qui s’affrontent dans l’établissement : une politique de sécurisation et qui consiste à enfermer les gens - Ce n’est pas notre métier qui est de participer à des actions pour que les patients se réinsèrent dans la vie normale -, et une politique où les malades psychiatriques ont aussi le droit d’être soignés, et qui nécessite des moyens».

« Il y a des tensions et des conflits entre une grande partie de la communauté médicale et la direction ».

6 – Les différences de pratiques professionnelles au sein de l’établissement

« Quand on est muté d’un service à l’autre, il faut un temps d’adaptation. On n’a pas tous la même façon de travailler dans le même hôpital. Ca peut être embêtant quand un patient passe d’un pôle à l’autre pour des raisons de gestion de places... Par exemple, pour les portables, il y a des services où c’est OK, et d’autres non. Les patients peuvent le ressentir en fonction des soignants et lors d’un transfert d’un service à un autre. Autres exemples : les horaires de sortie de « pelouse », et les cigarettes qui sont un gros problème... ».

7 – Les mesures d’organisation prises et les perspectives d’évolution concevables

« Il y a un projet de CHSCT⁹ élargi avec la préfecture et la justice. Par rapport à ce problème on n’a pas avancé. On est dans le flou artistique. Il faut un nouveau protocole... On a demandé un CHSCT élargi avec les autorités judiciaires, le préfet, les pompiers, le SAMU ».

« Dans le souci de faire des économies l’argent est mal utilisé. Si on était meilleur dans la prévention, ça coûterait moins cher. Avant, on avait un service ambulancier, il a été externalisé. On leur donne des fortunes, et au niveau du service rendu, ça n’a plus rien à voir... On a fait des accréditations, quand on voit ce que ça coûte !... La cafétéria a été

⁹ CHST : comité d’hygiène et de sécurité et des conditions de travail.

externalisée à SODEXHO qui demande une surtaxe de 1 800 euros par mois. Elle était un lieu de vie qui était aussi un lieu de soins,... ».

« Quand (l'actuelle directrice) est arrivée, on pouvait lui faire confiance. Elle a favorisé le projet d'établissement en impliquant les partenaires sociaux... »

« En deux ans, il y a eu trois inspections de l'IGAS, deux de la Cour des comptes, une de l'ARH, deux de la Haute Autorité de Santé. Il y a celle du CGLPL. Une autre de l'IGAS doit avoir lieu. On se dit que c'est très bien, qu'on est transparent, qu'enfin les pouvoirs publics vont nous dire où ça ne va pas et que nos demandes vont être prises en compte. Mais rien ne change. Comment se fait-il qu'au bout de tant de contrôles on en soit toujours au même point ? ».

CONCLUSION

A l'issue de leur visite les contrôleurs formulent les observations suivantes :

1. Le préfet des Alpes-Maritimes a, depuis janvier 2010, considérablement limité les levées des mesures d'hospitalisation d'office (HO) et n'a pas renouvelé la majorité des sorties d'essai d'HO. Ceci a eu pour effet de limiter les possibilités d'admission des patients tant au sein du centre hospitalier Sainte-Marie que dans le service du centre hospitalier universitaire de Nice et de bloquer le fonctionnement du centre d'accueil psychiatrique (CAP) de l'hôpital Saint-Roch. La commission mise en place par le préfet en mars 2010 devait permettre de sortir de cette impasse au niveau du département (Point 2.2).
2. Du fait de la sur-occupation du CHS, il devient impossible d'admettre des patients en hospitalisation libre (HL), ce qui oblige un médecin à mettre en œuvre une hospitalisation sous contrainte infondée pour obtenir des soins en hospitalisation (Point 2.2).
3. La procédure d'admission devrait comporter la notification des droits avec signature du récépissé de l'arrêté d'hospitalisation d'office ou de la mesure d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) (Point 2.4.).
4. Le bureau des entrées devrait faire preuve d'un plus grand contrôle sur le tiers faisant la demande d'hospitalisation en HDT (Point 3.3.1.).
5. L'information sur les modalités d'accès aux cultes devrait être délivrée dans toutes les unités du centre hospitalier (Point 3.7).
6. Le représentant des usagers ne peut assister aux réunions du conseil d'administration du centre hospitalier : ces réunions ont lieu au siège de l'association gestionnaire à Chamalières dans le Puy- de-Dôme (Point 3.11).

7. L'usage du téléphone portable n'est autorisé que sous certaines conditions dans quelques unités de soins. Il serait nécessaire d'harmoniser les pratiques sur ce sujet. (Point 3.4).
8. L'emplacement des « points phone » au sein des unités de soins ne garantit pas la confidentialité des conversations. Les « points phone » ne sont pas, pour la plupart, dotés d'un siège permettant un minimum de confort (Point 3.4).
9. Il serait nécessaire d'harmoniser les pratiques en ce qui concerne l'accès à un ordinateur personnel et que cette question figure dans le règlement intérieur de l'établissement (Point 3.6).
10. Les tensions importantes entre certains psychiatres et le pôle de suivi somatique ont des répercussions sur la prise en charge des patients. Ces tensions mobilisent une grande énergie au sein des personnels soignants. Faute d'entente avec le médecin généraliste de l'unité de soins, ces conflits entre médecins entraînent très souvent la mobilisation de soignants pour le déplacement de patients au pôle somatique. Ceci désorganise le bon fonctionnement de l'unité, notamment la mise en place des activités au profit des patients (Point 4.1).
11. La garde sur place est effectuée par un médecin généraliste qui peut éventuellement prendre attache avec le psychiatre d'astreinte. Les contrôleurs ont constaté que de fait, en dehors de la présence des psychiatres, les décisions concernant les droits fondamentaux (placement à l'isolement, mise sous contention) sont prises par les médecins généralistes.
12. Beaucoup d'unités disposent d'espaces extérieurs arborés. Malgré la vidéo surveillance qui y est installée, leur accès n'est possible, depuis mai 2009, qu'en présence d'un soignant. Les contrôleurs ont constaté que la durée d'ouverture en était très limitée. Cela constitue une restriction très importante du droit d'aller et venir dans l'enceinte de l'unité. D'autre part, ces espaces extérieurs constituent le seul lieu légal où les patients peuvent fumer. La limitation des horaires est source de tensions, voire de violences. Des patients ont remis des pétitions aux contrôleurs sur ces sujets. (Points.1, 4.3.1, 4.3.4)
13. La vidéosurveillance a été déployée dans la majorité des unités non seulement dans les chambres d'isolement mais dans les lieux collectifs ; ceci n'a pas contribué à améliorer la qualité de la vie des patients (Point 4.2.4).
14. Les cours ou jardin devraient être équipées d'un dispositif d'allumage des cigarettes (Point 4.2.4).
15. Le faible nombre de chambres individuelles dans de nombreuses unités ne permet pas aux patients d'y accéder malgré leurs souhaits. Les personnes hospitalisées pour de longues périodes sont particulièrement pénalisées.

16. Les contrôleurs ont constaté la difficulté pour les patients de procéder à leur toilette. Le nombre restreint de chambres avec sanitaires complets et de sanitaires collectifs dans la majorité des unités, expliquent cette difficulté.
17. Le service intersectoriel pour adolescents difficiles (SIPAD) offre une prise en charge adaptée tant au niveau des soins que des activités (Point 4.4).
18. La fédération socioculturelle offre un grand nombre d'activités diversifiées. Il est à regretter sa faible fréquentation (Point 4.5.1).
19. L'absence de bibliothèque est préjudiciable à l'ensemble des patients (Point 4.5.1).
20. Le département des autistes mène un travail de qualité auprès de ses patients. Ceux-ci sont sujets à des comportements violents occasionnant des dégâts matériels. Il conviendrait qu'une équipe de maintenance soit disponible pour y remédier (Point 4.5.4).
21. Les normes en matière d'hygiène alimentaire interdisent désormais l'utilisation des produits de l'atelier thérapeutique agricole (ATA). Les patients sont ainsi privés d'une activité bénéfique sans que le risque ne soit ni expliqué, ni avéré (Point 4.5.6).
22. L'unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP) ne dispose pas de lieu propre à assurer le besoin de tranquillité des patients (Point 4.6).
23. La terrasse du centre d'accueil psychiatrique (CAP) pourrait être aménagée de telle sorte que les patients fumeurs puissent y accéder (Point 4.9).
24. Le pôle de suivi somatique dispose d'un grand nombre de médecins généralistes, de spécialistes et d'un plateau technique permettant une bonne prise en charge des patients hospitalisés (Point 4.8.1).
25. Du fait de la sur-occupation, les chambres d'isolement sont occupées par des patients dont l'état clinique ne le justifie pas, ce qui constitue une atteinte à leur liberté. De plus, il peut s'agir de patients en HL. Ces placements sont parfois réalisés par un médecin généraliste sans que le psychiatre d'astreinte n'ait rencontré le patient. (Point 5).
26. L'occupation d'une chambre d'isolement par un patient dont l'état ne le requiert pas, n'entraîne pas, comme il le devrait, la neutralisation du dispositif de vidéosurveillance (Point 5).
27. Lorsqu'un patient arrive en état de crise nécessitant son placement à l'isolement, il peut arriver qu'il n'y ait pas de chambre d'isolement disponible, sauf à déplacer un patient qui s'y trouve déjà. Ceci constitue pour lui une violence (Point 5).
28. Le réseau d'eau devrait faire l'objet d'une mise en conformité (Point 9).

29. Un certain nombre de chambres n'offre pas le minimum de confort. S'y ajoute la vétusté de la majorité des locaux. (Points 4.1.1, 4.2.3, 4.3.1, 4.5.4...).
30. Les offices avoisinant les salles à manger devraient être mis en conformité avec les normes HACCP¹⁰(Point 9).
31. Le nombre des soignants devraient tenir compte du nombre des patients et des exigences d'une bonne prise en charge (Point 9).
32. Le déficit en personnel soignant rend difficile le fonctionnement des unités et empêche la mise en place d'activités au bénéfice des patients (Points 4.1, 4.2.2, 4.2.3).
33. Le déficit en personnel soignant entraîne également la fermeture permanente des portes des unités de soins, faute de pouvoir surveiller individuellement les personnes hospitalisées sous contrainte. En l'absence d'accompagnateurs, ces mêmes patients ne peuvent accéder aux équipements auxquels ils pourraient prétendre (cafétéria, salle de sport, culte...). Ce qui constitue une mesure de confinement qui ne dit pas son nom. (Points 8 et 9).
34. La commission de soins infirmiers devrait être mise en place au sein de l'établissement (Point 9).
35. L'importance de l'absentéisme des personnels soignants ne devrait pas être considérée comme une « *donnée caractéristique* » de l'établissement mais nécessiterait de s'interroger sur les conditions de travail du personnel (Point 9).

¹⁰ HACCP : en anglais : hazard analysis critical control points, ce qui se traduit en français par analyse des risques et maîtrise des points critiques.

Table des matières

1	Conditions de la visite.	2
2	Présentation de l'établissement.	3
2.1	Le bâtiminaire.	4
2.2	La population accueillie.	5
2.3	Les personnels.	7
2.4	L'admission des patients.	8
3	Hospitalisations sans consentement et exercice des droits.	8
3.1	Le registre de la loi et les voies de recours judiciaires.	8
3.1.1	Le registre de la loi.	8
3.1.2	Les voies de recours judiciaires.	10
3.2	La personne de confiance.	11
3.3	Les visites.	11
3.4	Le téléphone.	12
3.5	Le courrier.	13
3.6	L'informatique.	14
3.7	Les cultes.	15
3.8	La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).	16
3.9	Le traitement des plaintes et des réclamations.	17
3.9.1	La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC).	17
3.9.2	Demandes de consultation de dossier médical.	18
3.9.3	Les questionnaires de satisfaction.	18
3.10	L'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM).	19
3.11	La fédération nationale des patients en psychiatrie (FNAPSY).	20
3.12	L'appel libre des oubliés (ALDO).	20
4	Les conditions d'hospitalisation.	21
4.1	Le pôle de psychiatrie générale 6/9/13	21
4.1.1	L'unité Saint-Jérôme (entrants)	22
4.1.2	Unité Saint-Maurice (entrants)	24
4.1.3	Unité Saint-Pierre (entrants).	25

4.2	Le pôle de psychiatrie générale 8/10.....	29
4.2.1	L'unité Saint-Amédée.....	30
4.2.2	Unité Sainte-Monique.....	33
4.2.3	Unité Sainte-Lucie.....	35
4.2.4	Unité Saint-Gilles.....	37
4.3	Le pôle de psychiatrie générale 11/12.....	42
4.3.1	Unité Saint-Jean.....	43
4.3.2	Unité Sainte-Thérèse.....	45
4.3.3	Unité Sainte-Catherine.....	46
4.3.4	Unité Saint-Lazare.....	47
4.4	Le service intersectoriel pour adolescents difficiles (SIPAD).....	48
4.4.1	Les locaux du SIPAD.....	48
4.4.2	L'hébergement.....	49
4.4.3	Fonctionnement du Sipad.....	51
4.4.4	L'admission et vie au SIPAD.....	51
4.5	Le pôle sanitaire de réinsertion psychosociale.....	53
4.5.1	La Fédération socioculturelle.....	53
4.5.2	Le département pour autistes (DPA).....	55
4.5.3	L'unité de soins Saint-Joseph.....	56
4.5.4	L'unité de soins Sainte-Geneviève.....	58
4.5.5	L'unité de soins Saint-Vivien.....	59
4.5.6	L'Atelier Thérapeutique Agricole (ATA).....	61
4.6	L'unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP).....	62
4.7	Le pôle de psychogériatrie.....	65
4.7.1	L'unité Sainte-Madeleine.....	69
4.7.2	Saint-Damien.....	70
4.9	Le centre d'accueil psychiatrique.....	71
4.8	Le pôle de suivi somatique et d'addictologie.....	73
4.8.1	Le pôle de suivi somatique.....	73
4.8.2	L'addictologie.....	75
5	sur occupation et transferts.....	78

6	Le service de nuit.	78
7	Recours à la contention et à l'isolement.	79
8	Observations générales.	80
9	Conditions de travail des personnels.	81
	CONCLUSION	86