



**Centre hospitalier Sainte-Marie  
de Nice  
(Alpes-Maritimes)**

**Deuxième visite**

***13-17 janvier 2014***

**Contrôleurs :**

- M. T. LANDAIS (*chef de mission*) ;
- Mme A. GALINIER ;
- M. P. LAVERGNE ;
- Mme B. TICKRIDGE ;
- M. Y. TIGOULET.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), cinq contrôleurs ont effectué un contrôle du centre hospitalier Sainte-Marie de Nice (Alpes-Maritimes) du 13 au 17 janvier 2014.

Cette mission constituait une deuxième visite faisant suite à un premier contrôle réalisé du 30 mars au 2 avril 2010.

Un rapport de constat a été adressé le 9 avril 2014 à sa directrice, laquelle avait demandé par un courriel du 28 mai qu'un délai supplémentaire lui soit accordé pour faire connaître ses observations. Après une nouvelle relance, un nouveau mail en date du 29 octobre 2014 est parvenu au Contrôleur général indiquant que la direction n'avait pas d'observations particulières à faire.

## **1 CONDITIONS DE LA VISITE**

Les contrôleurs sont arrivés le lundi 13 janvier 2014 à 17h30 au centre hospitalier (CH). La mission a duré jusqu'au vendredi 17 janvier à 11h. Ils ont été accueillis par la directrice adjointe, la directrice de l'établissement étant en congé. La visite des contrôleurs n'avait pas été annoncée.

Deux notes d'information du CGLPL annonçant la visite des contrôleurs ont été rapidement affichées dans tout l'hôpital, notamment dans les unités de soins, l'une à l'attention des personnes hospitalisées et de leurs familles, l'autre à l'attention des personnes travaillant au sein de l'établissement.

L'ensemble des documents demandés ont été transmis aux contrôleurs ; une salle a été mise à leur disposition, avec un équipement informatique permettant notamment d'accéder au réseau Intranet de l'établissement.

Le lendemain matin de leur arrivée, une visite de l'hôpital a été organisée pour les membres de la mission qui ont pu se rendre dans différentes unités d'hospitalisation.

Le directeur de cabinet du préfet des Alpes-Maritimes et la présidente du tribunal de grande instance (TGI) de Nice ont été informés de la visite des contrôleurs le mardi 14 janvier.

Le mercredi 15 janvier, les membres de la mission ont entendu la directrice adjointe du CH et le président de la commission médicale d'établissement (CME) pour une présentation du projet d'établissement 2011-2015.

Le jeudi 16 janvier, une rencontre a eu lieu entre la présidente du TGI et un contrôleur, à l'occasion de la venue de ce dernier au tribunal pour assister à une audience d'examen des hospitalisations sans consentement du juge des libertés et de la détention (JLD).

Durant tout le temps de leur mission, les contrôleurs ont pu s'entretenir en toute confidentialité avec des patients, des membres de leur famille, du personnel et divers intervenants.

Les organisations représentatives du personnel ont été informées de la mission. A sa demande, une délégation de trois personnes du bureau local de la CGT – syndicat majoritaire au sein du CH – s'est entretenue avec deux contrôleurs le mercredi 15 janvier.

Une réunion de fin de mission a eu lieu le avec la directrice adjointe de l'hôpital.

## 2 RAPPEL DES PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DE L'ETABLISSEMENT

### 2.1 Présentation du CH Sainte-Marie

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 est géré par l'association hospitalière Sainte-Marie dont le siège est situé à Chamalières, dans le Puy-de-Dôme<sup>1</sup>. Il est habilité à accueillir des patients hospitalisés sans leur consentement.

La zone de sectorisation correspondant au périmètre du CH Sainte-Marie s'étend sur les deux territoires de proximité de Nice et de Menton, comptant plus de 80 % de la population du département des Alpes-Maritimes. L'établissement est le plus important du département en matière d'offre de soins psychiatriques : il a en charge les personnes résidant dans sept secteurs de psychiatrie générale sur les dix du territoire de santé, à l'exception des enfants.

Les unités de soins – qui, pour la plupart, portent le nom d'un saint – sont disséminées dans l'enceinte de l'hôpital, d'une emprise de 70 000 m<sup>2</sup>.

### 2.2 Population accueillie

Entre 2010 et 2013, l'évolution de l'activité du CH est retranscrite dans le tableau suivant :

Type d'activité	2010	2011	2012	2013
	Nb Patients/ Nb jours de présence	Nb Patients/ Nb jours de présence	Nb Patients/ Nb jours de présence	Nb Patients/ Nb jours de présence
<i>Hospitalisation à temps plein (journées)</i>	1 993/ 157 603	2 176/ 152 911	2 596/ 143 401	2 240/ 136 409
<i>Appartements thérapeutiques (journées)</i>	56/ 8 508	48/ 7 046	50/ 8 405	48/ 9 323
<i>Accueil familial thérapeutique (journées)</i>	25/ 7 261	27/ 8 061	29/ 8 309	26/ 8 341

<sup>1</sup> L'association Sainte-Marie 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.

Type d'activité	2010 Nb Patients/ Nb jours de présence	2011 Nb Patients/ Nb jours de présence	2012 Nb Patients/ Nb jours de présence	2013 Nb Patients/ Nb jours de présence
<i>Hospitalisation de jour (venues)</i>	727/ 29 985	518/ 27 486	514/ 26 630	794/ 27 999
<i>Accueil thérapeutique temps partiel (venues)</i>	900/ 21 374	729/ 25 680	701/ 27 424	NR*/ 9 081
Hospitalisation à domicile	94/ 5 509	70/ 4 540	66/ 4 954	68/ 4 414

NR : non renseigné

Le tableau suivant montre, pour la même période, l'évolution du **nombre de séjours/patients hospitalisés** sans leur consentement :

Mode légal de soins	2010	2011	2012	2013
<i>HDT puis SDT+PI</i>	772/664	527/491	847/728	899/774
<i>HO puis SDRE</i>	195/169	123/117	177/152	171/151
<i>Ordonnance provisoire de placement</i>	55/34	21/18	21/19	47/39
<i>Hospitalisations de détenus</i>	79/68	78/59	122/83	77/58
<b>Total</b>	1 101/935	749/685	1 170/985	1 197/1 024

La capacité de l'établissement est de 410 lits ; elle était de 466 lits en 2010.

Au moment de la contre-visite, 370 personnes étaient hospitalisées dans vingt et une unités de soins, selon la répartition suivante :

Pôle	Unité	Lits <sup>2</sup>	Patients
<i>Pôle clinique :</i> <u>164 lits/149 patients</u>	<b>Sainte Lucie</b>	23	22
	<b>Sainte Catherine</b>	24	24
	<b>Saint Lazare</b>	20	20
	<b>Sainte Thérèse</b>	24	23
	<b>Saint Damien</b>	20	17
	<b>Sainte Madeleine</b>	20	19
	<b>SIPAD<sup>3</sup></b>	9	7
	<b>Saint Christophe</b>	24	17
<i>Pôle de soins sans consentement :</i> <u>164 lits/149 patients</u>	<b>Saint Jérôme</b>	23	22
	<b>Saint Maurice</b>	21	22
	<b>Saint Pierre</b>	19	17
	<b>Saint Amédée</b>	22	21
	<b>Saint Gilles</b>	23	20
	<b>Sainte Monique</b>	23	22
	<b>SISO<sup>4</sup></b>	18	14
	<b>USIP<sup>5</sup></b>	15	11
<i>Pôle sanitaire de réhabilitation psychosociale :</i> <u>82 lits/72 patients</u>	<b>Saint Louis</b>	19	20
	<b>Saint Laurent</b>	21	20
	<b>ATA<sup>6</sup></b>	12	9
	<b>Sainte Geneviève</b>	15	11
	<b>Saint Vivien</b>	15	12
<b>410 lits/370 patients</b>	<b>Total</b>	<b>410</b>	<b>370</b>

Les patients en soins libres (SL) sont principalement dans les unités ouvertes du pôle clinique ; les patients admis sur décision du directeur, en soins à la demande d'un tiers (SDT) ou en péril imminent (PI) et sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) le sont majoritairement dans les unités fermées du pôle de soins sans consentement.

Le tableau suivant montre toutefois que vingt-deux personnes en SL se trouvent dans les unités fermées du pôle soins sans consentement, alors que trois patients en SDT ou SDRE sont hospitalisés dans des unités ouvertes du pôle clinique :

<sup>2</sup> Les chambres d'isolement ne sont pas prises en compte dans la capacité d'hébergement des unités.

<sup>3</sup> Structure intersectorielle pour adolescents difficiles (SIPAD).

<sup>4</sup> Structure d'interface de stabilisation et d'orientation (SISO).

<sup>5</sup> Unité de soins intensifs psychiatriques (USIP).

<sup>6</sup> Atelier thérapeutique agricole (ATA).

Pôle	Unité	SL	DT ou PI	DRE	Total
<i>Pôle clinique :</i>	Sainte Lucie	20	1	1	22
	Sainte Catherine	24	0	0	24
	Saint Lazare	20	0	0	20
	Sainte Thérèse	23	0	0	23
	Saint Damien	16	1	0	17
	Sainte Madeleine	19	0	0	19
	SIPAD <sup>7</sup>	7			7
	Saint Christophe	17			17
	<b>Sous-total</b>	<b>146</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>149</b>
<i>Pôle de soins sans consentement :</i>	Saint Jérôme	1	14	7	22
	Saint Maurice	1	9	12	22
	Saint Pierre	3	9	5	17
	Saint Amédée	3	12	6	21
	Saint Gilles	3	11	6	20
	Sainte Monique	2	12	8	22
	SISO <sup>8</sup>	8	5	1	14
	USIP <sup>9</sup>	1	3	7	11
	<b>Sous-total</b>	<b>22</b>	<b>75</b>	<b>52</b>	<b>149</b>
	<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>77</b>	<b>53</b>	<b>298</b>

Le nombre de programme de soins (PS) n'a pu être communiqué pour un jour correspondant à la période du contrôle.

En revanche, il a pu l'être à un jour donné, le 16 avril 2013, pour en effectif de 179 patients hospitalisés sans leur consentement à cette date :

- sur 98 personnes en SPDT ou PI, 29 étaient en programmes de soins (seize personnes hospitalisées et treize à l'extérieur) ;
- sur 81 personnes en SDRE, 51 étaient en programmes de soins (quatorze personnes hospitalisées et trente-sept à l'extérieur).

Selon une étude réalisée en 2009 par l'ARS à partir des diagnostics de pathologie mentale, la population des personnes hospitalisées au CH Sainte-Marie se caractérise par une forte proportion de diagnostics sévères, avec une proportion élevée de schizophrénies et de troubles délirants (28 % des patients), de troubles bipolaires et de dépressions (22 % des patients) ou des troubles de l'anxiété ou de l'adaptation (10 % des patients).

<sup>7</sup> Structure intersectorielle pour adolescents difficiles (SIPAD).

<sup>8</sup> Structure d'interface de stabilisation et d'orientation (SISO).

<sup>9</sup> Unité de soins intensifs psychiatriques (USIP).

### 2.3 Personnel hospitalier

A la date du 31 décembre 2013, les deux tableaux suivants présentent l'effectif total en postes en équivalent temps plein (ETP) du pôle de soins sans consentement :

➤ Personnel médical :

<i>Qualifications</i>	<b>Effectif du personnel médical (Pôle SSC) en ETP</b>		
	<i>Réel</i>	<i>Théorique</i>	<i>Ecart</i>
<i>Médecin-chef</i>	1	1	0
<i>Médecin psychiatre</i>	7,44	10	- 2,56
<i>Médecin généraliste</i>	0,50	1,50	- 1
<i>Médecin spécialiste</i>	0	0	0
<i>CDD</i>	1	0	+ 1
<b>Sous-total</b>	<b>9,94</b>	<b>12,50</b>	<b>- 2,56</b>

En outre, des médecins spécialistes assurent des vacations ; le rythme de leurs interventions varie en fonction des spécialités.

➤ Personnel soignant :

<i>Qualifications</i>	<b>Effectif du personnel soignant et paramédical (Pôle SSC) en ETP</b>		
	<i>Réel</i>	<i>Théorique</i>	<i>Ecart</i>
<i>Cadre supérieur de santé</i>	0,95	0,95	0
<i>Cadre éducatif</i>	0	0	0
<i>Cadre de santé</i>	9	9	0
<i>Infirmier DE</i>	68,80	72	- 3,20
<i>Aide-soignant</i>	49,80	53	- 3,20
<i>Auxiliaires médico-pédagogiques (AMP)</i>	0	0	0
<i>ASH</i>	33	35	- 2
<b>Sous-total</b>	<b>161,55</b>	<b>169,95</b>	<b>-8,40</b>

➤ Personnel paramédical :

<i>Qualifications</i>	<b>Effectif du personnel paramédical (Pôle SSC) en ETP</b>		
	<i>Réel</i>	<i>Théorique</i>	<i>Ecart</i>
<i>Assistante sociale</i>	4,80	4	+ 0,80

	Effectif du personnel paramédical (Pôle SSC) en ETP		
Conseiller d'insertion professionnelle	0	0	0
Psychologue	6	3,9	+ 2,10
Educateur spécialisé	0	0	0
Educateur sportif	0	2	- 2
Moniteur/Educateur	0	0	0
Ergothérapeute	0	0	0
Psychomotricienne	0	0	0
Art-thérapeute	0,50	1	- 0,50
Secrétaire médicale	9	5	+ 4
Secrétaire administratif/ Coordinateur ambulance	2	2,50	- 0,50
<b>Sous-total</b>	<b>22,30</b>	<b>18,40</b>	<b>+ 3,9</b>

L'effectif total des personnels est de 199,79 ETP. L'écart entre les effectifs réels et théoriques est de - 1,06.

### 3 ELEMENTS SIGNALES LORS DE LA PREMIERE VISITE EN 2010

Le rapport de visite, concernant la première mission réalisée en 2010, avait été transmis au ministre du travail, de l'emploi et de la santé le 14 décembre de la même année. Une note avait été jointe afin de présenter une synthèse des conclusions relevées, qui avait identifié quatre causes principales des difficultés de l'établissement avaient été identifiées.

#### 1/ La vétusté de l'ensemble des installations :

« La plupart des chambres sont à trois lits (...); le faible nombre de chambres individuelles pénalise les patients de longue durée. Ces pièces sont meublées d'une manière qui n'assure pas un confort minimal. (...) les installations sanitaires sont insuffisantes en nombre (non seulement dans les chambres mais dans les espaces communs) et en qualité. Les cartouches placées sur les robinets pour purifier l'eau sont la cause apparente d'une baisse du débit d'eau, ce qui pénalise la vie quotidienne. Les offices avoisinant les salles à manger ne respectent pas les normes les plus rigoureuses de l'hygiène alimentaire (HACCP). Beaucoup de difficultés existent du fait d'absence de rénovation de grande ampleur. De surcroît, dans des unités soumises aux violences et aux dégradations des patients (département des autistes), la maintenance ne paraît pas organisée comme le devrait. »

#### 2/ Le déficit de personnel engendrant des difficultés de fonctionnement et un recours massif à la vidéosurveillance :

« (...) les personnels sont manifestement en nombre insuffisant, ce qui a pour effet d'aggraver les conditions de travail et d'encourager l'absentéisme et les départs, (...) de diminuer les prestations offertes aux patients, ce qui aboutit à priver ces derniers de droits élémentaires, faute de soignants pour les accompagner. Si l'on peut regretter la suppression d'éléments enrichissants des soins comme les repas partagés entre soignants et patients, si



*l'on peut estimer dommageable que les sorties en ville accompagnées soient inexistantes, on doit être très préoccupé de l'impossibilité de sortir des bâtiments d'unité où sont la plupart des patients, qui ne peuvent souvent accéder aux terrasses (ce qui provoqué la signature d'une pétition malades – soignants) ou aux espaces collectifs (cafétéria, salle de sports, offices cultuels...) faute de personnel, ce qui conduit à résumer l'activité collective à la seule salle de télévision, à rendre plus difficile la possibilité de fumer (...), en définitive à accroître le sentiment d'ennui et d'enfermement.*

*(...) De fait, l'impossibilité d'accompagnement des patients conduit, pour assurer la sécurité, à fermer de manière générale les portes des unités de soins, en sorte que la différence entre hospitalisés libres et hospitalisés sans consentement perd de son sens, les uns étant traités comme les autres au sein de l'établissement. Les compressions de personnel retentissent également sur la possibilité de sorties (...) pour des motifs n'ayant rien à voir avec l'état du patient.*

*Il est possible qu'on ait cru trouver un remède à la pénurie de personnels dans le développement de la vidéosurveillance, particulièrement généreuse dans l'établissement, non seulement dans les couloirs et les autres parties communes, mais aussi dans les chambres d'isolement. Cette présence dans des chambres est [d'autant] plus discutable lorsque ces chambres sont utilisées comme lieu d'hébergement habituel, dès lors que l'équipement dont a été doté l'établissement ne permet pas de débrancher la prise de vue de la caméra de vidéosurveillance. Là encore, la pénurie de personnel remet en cause les droits des personnes, ici le droit à la vie privée, c'est-à-dire, en l'espèce, à l'intimité. »*

### 3/ De graves conflits de personnes :

*(...) il existe de graves conflits de personnes au sein de l'établissement, aggravés par des sentiments d'impunité manifestés avec impudence. Ils opposent notamment – mais pas uniquement – certains praticiens psychiatriques aux médecins somaticiens. Ces conflits et le comportement de quelques-uns qui les génèrent, les manquements aux exigences professionnelles notamment en termes de présence, sont aussi une cause de difficultés dans la gestion de l'établissement, notamment, comme le disent les professionnels, de perte de temps mais également, comme dans la cause précédente, de remise en cause des droits des malades. L'absence de psychiatres, notamment en soirée, conduit les médecins somaticiens (présents, eux, 24h sur 24h) à décider beaucoup de mesures de mises à l'isolement (...) ou de contention. Si un psychiatre est théoriquement d'astreinte, la pratique montre qu'il se déplace très rarement. Il en résulte que des isolements peuvent se révéler infondés ; que, de surcroît, beaucoup d'entre eux sont prolongés sans nécessité, faute de psychiatre présent pour lever éventuellement la mesure. Cette manière de faire a pour effet de limiter la disponibilité en chambres d'isolement, ce qui peut aboutir à des freins à l'admission dans l'établissement de patients en état de crise. La direction fait ce qu'elle peut pour limiter les effets de ces querelles. Il n'est pas sûr qu'elle ait, s'agissant de certains praticiens, les moyens d'être entendue. »*

### 4/ Le durcissement des conditions d'hospitalisation sans consentement :

*(...) à la suite d'un évènement dramatique survenu le 3 janvier 2010 et ayant impliqué un patient soigné dans l'établissement, les autorités publiques ont brutalement et sensiblement durci les conditions dans lesquelles les hospitalisations d'office pouvaient évoluer, soit sous forme du développement de sorties d'essai, soit pour une sortie vers des lieux de soins extra-hospitaliers. (...) Ce coup de frein (...) a brutalement remis en cause des processus thérapeutiques qui n'étaient pas critiquables. Il a ruiné l'espoir de malades, dont le mieux était*

*observable et incontestable, de sortir à bref délai. En outre, il a généré une accumulation de dossiers qui a conduit, au moment de la visite, à mettre sur pied une commission pour non seulement examiner le flux des demandes, mais aussi résorber le retard accumulé. Il a surtout aggravé sensiblement la situation en termes de lits disponibles, conduisant les unités à fonctionner au plein de leur capacité, à utiliser les chambres d'isolement comme chambres de droit commun et à refuser, dans certains cas des admissions. Pour obtenir, malgré tout, celles-ci, des médecins ont rédigé des demandes d'hospitalisation sans consentement qui n'étaient pas justifiées. Bref, l'attitude prise dans le premier trimestre 2010 a conduit à un dévoiement du dispositif et, là aussi, à pénaliser les malades, en particulier ceux qui légitimement pouvaient espérer recouvrer leur liberté d'aller et de venir. »*

Sur ces différents facteurs, la note de synthèse mentionnait que leur conjugaison avaient eu pour effets de « *fragiliser les droits des malades, voire y porter atteinte, et aggraver sensiblement les conditions de travail du personnel, les deux facteurs étant naturellement liés.* »

Les éléments suivants, plus ponctuels mais également dommageables, avaient été relevés :

- incertitude, lors de la procédure d'admission, sur la notification des droits, sur la signature par le patient du récépissé de la décision d'hospitalisation sans consentement et sur le contrôle des demandes de tiers ;
- déficit d'information donnée sur les cultes ;
- défaut d'harmonisation des pratiques admises relatives à la possession de téléphones et d'ordinateurs personnels ;
- mauvaises conditions des visites familiales ;
- faiblesse quantitative des activités (absence de bibliothèque) ;
- éloignement du lieu de réunion du conseil d'administration de l'établissement (Chamalières dans le département du Puy-de-Dôme).

Par ailleurs, deux éléments positifs avaient été particulièrement relevés : la qualité des soins offerts par le service intersectoriel pour adolescents difficiles (SIPAD) ou le département des autistes, ainsi que la création de la « *fédération socioculturelle* ».

Enfin, deux éléments de portée générale avaient été soulevés « afin que le ministère de la santé puisse engager une réflexion pour une évolution nécessaire ». Il s'agissait de relever, d'une part, que la législation actuelle ne prévoit pas que le registre de la loi soit ouvert et coté par une autorité (pouvant être celle de la commune) ; d'autre part, que les normes applicables en matière d'hygiène interdisent la consommation de fruits ou légumes produits sur place (au cas d'espèce, à l'atelier thérapeutique agricole (ATA), faisant obstacle à ce que les personnes puissent consommer leur propre production.

La note concluait en ces termes : « *En définitive, l'état, l'organisation et le fonctionnement du centre hospitalier Sainte-Marie de Nice appelle, du point de vue de l'exercice des droits fondamentaux, des correctifs urgents et significatifs, qui passent notamment par des changements de personnes parmi les praticiens.* »

#### 4 OBJECTIFS DE LA VISITE

Outre les sujets résultant directement de la mise en œuvre des lois du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013 – soit postérieurement à la première visite – concernant le renforcement des droits et garanties accordés aux personnes en soins psychiatriques sans consentement, la mission s'est principalement attachée à rechercher les évolutions intervenues suite au précédent rapport de visite, au regard des éléments rappelés *supra* et de la réponse faite par la secrétaire d'Etat chargée de la santé dans un courrier du 16 mai 2011.

La secrétaire d'Etat indiquait que les dysfonctionnements d'organisation et de fonctionnement de l'hôpital relevés dans le rapport de visite du CGLPL avaient également été signalés par le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) remis en octobre 2010.

Le plan d'action suivant était indiqué dans la suite de la réponse :

*« Début 2011, l'ARS [agence régionale de santé] de Provence-Alpes-Côte d'Azur a précisé par courrier à l'association Sainte-Marie les transformations à conduire. Elles concernent principalement l'amélioration de la gestion des ressources humaines et la construction d'une politique managériale dynamique, la rénovation des installations, le respect des droits des malades, la clarification des procédures, l'élaboration du projet d'établissement et du projet médical.*

*Un calendrier a été élaboré et un premier point d'étape a été fait sur les mesures en cours avec les dirigeants de l'association et de l'établissement.*

*Par ailleurs, un comité de pilotage a été constitué au niveau de l'ARS afin de suivre la mise en œuvre des recommandations de l'IGAS. Le directeur général de l'ARS a fixé un délai de six mois pour remédier aux principaux dysfonctionnements constatés et faire éventuellement évoluer le périmètre et le partage des autorisations d'activités au-delà de ce délai.*

*Une action d'information et de communication a été conduite par l'association Sainte-Marie auprès du personnel d'encadrement du centre hospitalier Sainte-Marie et une large diffusion du rapport de l'IGAS a été décidée afin de sensibiliser l'ensemble de la communauté locale.*

*Compte tenu de l'importance des enjeux, un renforcement de l'équipe de direction du centre hospitalier Sainte-Marie a été prévu pour mener à bien les transformations nécessaires. »*

Le 8 février 2011, le directeur général de l'ARS de Provence-Alpes-Côte d'Azur a écrit à l'association hospitalière Sainte-Marie qu'il faisait « *siennes les observations et les recommandations* » contenues dans le rapport de l'IGAS, attirant l'« *attention, si nécessaire, sur la gravité de la situation et l'importance des enjeux* ».

Dans ce courrier, il est enjoint à l'association Sainte-Marie d'établir « *un véritable plan de refondation de l'établissement* » autour de « *cinq chantiers majeurs qu'il convient de conduire de front* :

- *Rebâtir des modalités de gouvernance (...)*

- *Restructurer l'organisation et le fonctionnement médical de Sainte-Marie, en réorganisant les pôles et les activités médicales, en révisant le système de permanence des soins et en s'assurant de la présence médicale.*
- *Proposer un projet de restructuration immobilière de l'établissement (...)*
- *Refonder la gestion des ressources humaines, en engageant une négociation sociale permettant de s'assurer d'une application stricte des règles de droit et de construire un dialogue social participatif, moderne et adapté aux enjeux.*
- *Garantir une meilleure qualité et une meilleure sécurité des soins, en favorisant une culture de la gestion des risques et en améliorant l'ensemble des procédures organisationnelles de l'établissement. »*

Un comité de pilotage *ad hoc* a été constitué, « eu égard à la gravité de la situation » et « compte tenu de l'importance des mesures à prendre » avec des points d'étape trimestriels.

Le courrier se concluait en les termes suivants : « J'ai noté (...) votre volonté de remédier aux errements constatés. La gravité des constats m'amènent cependant à vous demander de considérer la présente comme une lettre de mise en demeure, ouvrant un premier délai de 6 mois. Si, en septembre prochain, je constate qu'il n'a pas été remédié aux principaux dysfonctionnements constatés, je me réserve la possibilité, conformément aux dispositions légales et règlementaires en vigueur, de prendre toutes dispositions susceptibles de faire évoluer le périmètre et le partage des autorisations d'activités dont vous disposez. »

Le 21 juin 2012, la directrice transmettait à l'ARS le projet d'établissement 2011-2015 du centre hospitalier Sainte-Marie de Nice avec l'approbation de la CME mais sans celle du comité d'établissement et du comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail en raison du refus des représentants des salariés d'y siéger.

Le 11 juillet suivant, l'ARS faisait savoir qu'elle émettait « un avis favorable sur les grands axes du projet d'établissement. »

Parmi les sources d'élaboration du projet d'établissement, le document mentionne le rapport de constat établi en 2010, ainsi que le rapport d'activité du CGLPL pour la même année.

## **5 LES EVOLUTIONS CONSTATEES LORS DE LA CONTRE-VISITE**

Dès réception de la lettre de l'ARS (cf. *supra*), la direction de l'établissement et la CME ont mis en place des groupes de travail afin d'élaborer un projet médical et un projet d'établissement prenant en compte les injonctions de l'ARS. Pour cela, ces groupes ont établi leur réflexion autour de l'accueil des patients, présentant des pathologies différentes, au centre hospitalier.

Ils ont, partiellement, laissé de côté la notion de sectorisation des patients et ont raisonné en tenant compte de la classification en groupe homogène de malade. Ainsi, la nécessité de mettre en place un service d'accueil et d'orientation à pris jour.

La conceptualisation, la construction puis l'ouverture de ce service ont été le fil rouge de l'évolution de l'établissement. Il est très probable qu'un mauvais dimensionnement de la structure d'accueil ou un manque de réactivité de l'institution auraient été très préjudiciables pour l'avenir de l'établissement.

## 5.1 L'accueil au SISO

Ouverte le 15 mai 2013, la structure d'interface de stabilisation et d'orientation (SISO), est une unité d'accueil et d'hospitalisation de courte durée de quatorze lits en chambres ordinaires, auxquels s'ajoutent trois chambres d'apaisement et quatre chambres d'isolement.

Elle a été présentée aux contrôleurs comme une zone tampon entre les unités ouvertes et les unités d'hospitalisation sans consentement. De fait, la restructuration des unités d'hospitalisations sectorielles en deux pôles d'hébergement, pôle clinique et pôle soins sans consentement, a été concomitante.

Le projet médical précise : le<sup>10</sup> SISO « assurera l'accueil direct des patients correspondant à une situation de crise psychiatrique [...]. Le SISO recevra tous les patients faisant l'objet de soins psychiatriques libres, à la demande d'un tiers ou sur décision d'un représentant de l'Etat (hors patients détenus). [...] En outre le SISO trouve toute sa place dans la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 par la réalisation d'un bilan somatique complet dans les 24 premières heures, l'instauration d'une période d'observation et de soins initiale ».

### 5.1.1 Les locaux

Le SISO est situé sur la droite, dans l'allée centrale de l'hôpital, à quelques mètres de l'entrée principale. Une moitié du bâtiment a fait l'objet d'une rénovation complète, l'autre partie ayant fait l'objet de travaux de peinture et de remise en état.

Le service se divise en trois zones séparées par des portes fermées à clé.

#### 5.1.1.1 Une zone d'accueil ambulatoire

Les personnes en soins librement consentis ainsi que les familles des patients accèdent au SISO par la porte qui se trouve sur l'allée centrale, abritée de la pluie par une marquise. Elle est clairement identifiée par un panneau signalétique. La porte, en verre dépoli, est fermée à clé. Une sonnette permet de se signaler.

Le hall d'accueil est clair et vaste. D'une surface de 40 m<sup>2</sup>, il comporte, en face de la porte, un bureau derrière lequel se trouve une hôtesse d'accueil.

Sur la droite, un secrétariat, d'une surface de 22 m<sup>2</sup>, comporte deux guichets permettant aux patients ou aux accompagnants d'effectuer les formalités administratives d'admission. Ces deux guichets sont séparés par des cloisons assurant la confidentialité des propos.

Plus loin, sur la droite, une grande salle de réunion, d'une surface de 30 m<sup>2</sup>, est utilisée tous les matins pour la visioconférence avec les unités de soins et, plusieurs fois par semaine, pour les réunions de service. La salle sert également de bureau aux deux cadres de santé de jour.

Sur la gauche, se trouvent deux bureaux, respectivement de 14 m<sup>2</sup> et 12 m<sup>2</sup> de superficie, et un troisième bureau plus vaste (surface : 16 m<sup>2</sup>) qui est utilisé par l'infirmière d'accueil et de coordination (IAC).

#### 5.1.1.2 Une zone de soins intensifs

Au fond de la zone d'accueil, un couloir mène à une porte fermée à clé, qui donne accès à la zone de soins intensifs.

<sup>10</sup> Bien que SISO soit l'acronyme d'une structure, la CME dans le projet médical l'a utilisé au masculin.

La zone est également accessible de l'extérieur pour les ambulances. Cet accès, couvert, longe la partie Nord-ouest du bâtiment. La porte d'accès est équipée d'un visiophone et d'une caméra de vidéosurveillance.

Sept chambres individuelles sont implantées dans cette zone ; quatre, d'une surface totale de 25 m<sup>2</sup>, sont des chambres d'isolement.

Elles comportent :

- un sas, avec une porte pour la chambre et une porte pour la salle d'eau ;
- une salle d'eau, entièrement carrelée, qui est équipée d'une cuvette de wc et un lavabo en acier inoxydable, d'une douche à l'italienne et d'un miroir ;



*Salle d'eau de chambre d'isolement au SISO*

- la chambre proprement dite, d'une surface de 15 m<sup>2</sup>. Le sol est en matière plastique de couleur pastel, absorbant le bruit. Les murs et le plafond sont peints en blanc. La grande fenêtre barreaudée, dont la poignée a été retirée pour en interdire l'ouverture, donne sur un espace vert. Sont encastrés et sécurisés :
  - au plafond, une rampe lumineuse et un détecteur de fumée,
  - dans les murs, en hauteur, une bouche de ventilation (air chaud/ air froid), une horloge digitale<sup>11</sup> (dont l'intensité de la luminosité peut être réglée depuis le poste infirmier),
  - au sol, une prise électrique sécurisée.

Deux caméras<sup>12</sup> de vidéosurveillance sont placées en diagonale dans les angles du plafond afin de ne laisser aucun angle mort.

Un lit métallique<sup>13</sup>, d'une largeur de 0,70 m, est fixé au sol. Il est équipé d'un matelas plastifié, de draps et couvertures, de protections matelassées recouvrant la tête et le pied du lit. Les sangles de contention sont en place.

<sup>11</sup> De telles horloges sont présentes dans toutes les chambres d'isolement de l'établissement.

<sup>12</sup> La vidéosurveillance est déployée à l'identique dans toutes les chambres d'isolement de l'établissement.

<sup>13</sup> Tous les lits des chambres d'isolement de l'établissement son identiques.



*Lit équipé de sangles de contention*

De la chambre, il est possible d'accéder à la salle d'eau par une porte qui peut être condamnée.

Les trois autres chambres, dites d'« apaisement », sont de plus petite dimension : l'une, d'une surface totale de 18 m<sup>2</sup>, dispose d'une salle d'eau privative ; les deux autres, respectivement de 12 et 14 m<sup>2</sup> de surface, partagent une salle d'eau dont la porte donne sur un sas commun.

Au moment de la visite des contrôleurs, une ambiance calme régnait, bien que six de ces sept chambres soient occupées.

Le couloir fermé par une porte verrouillée donne sur la zone d'hébergement et de vie.

### **5.1.1.3 Une zone d'hébergement et de vie**

L'accès à la zone d'hébergement et de vie s'effectue par un passage sécurisé depuis la façade Nord-ouest du bâtiment, après avoir traversé le jardin privatif de l'unité. Cet accès est utilisé par les patients ne nécessitant pas un placement en chambre d'isolement.

En forme de « L », la zone comporte :

- une salle de vie, d'une surface de 30 m<sup>2</sup>, dont on accède depuis l'unité par deux marches. Dans la salle, une porte fenêtre ouvre sur le jardin privatif de l'unité. Un poste de télévision y est installé ;
- une salle à manger, rénovée, d'une surface de 18 m<sup>2</sup>, qui peut accueillir seize patients ;
- sept chambres individuelles, équipées d'un lavabo ;
- une chambre d'apaisement, qui ne dispose pas de salle d'eau ;
- deux chambres à trois lits, pourvues d'une salle d'eau avec une cuvette wc, un lavabo et une douche ;
- une salle de bain, équipée d'une baignoire et de deux douches à l'italienne ;
- deux toilettes communes, avec chacune une cuvette en faïence et un lave main ;
- la salle de soin des infirmières, rénovée, qui est divisée en deux zones de travail :
  - une partie administrative équipée d'une banque, où sont posés deux postes informatiques, et surmontée de trois écrans où défilent les vidéosurveillances des chambres d'isolement et des couloirs ;
  - une partie de préparation ;
- un bureau de consultation, rénové, de 9 m<sup>2</sup> de surface ;

- une salle de détente pour le personnel, également rénovée.

A l'exception de quelques pièces entièrement rénovées, la zone d'hébergement et de vie n'a fait l'objet que de travaux de propretés.

Pendant la période des travaux, le jardin a été réaménagé. Entourée d'une clôture sécurisée anti-franchissement, il dispose d'une galerie couverte et est aménagé avec une table de pique-nique, une table de ping-pong et un baby-foot. Le jardin est arboré.



*Jardin du SISO*

Lors de la visite des contrôleurs, plusieurs patients s'y trouvaient pour fumer.

## **5.1.2 Le personnel**

### **5.1.2.1 Le personnel paramédical**

L'enjeu du projet médical a reposé sur une dynamique d'accueil des patients, en réduisant leurs délais d'attente d'admission et en leur offrant un soin adapté à leur état.

Pour cela, l'unité a été dotée en journée du personnel suivant :

- 0,2 ETP de cadre supérieur de santé ;
- 2 ETP de cadre de santé, couvrant la plage horaire 8h/18h en semaine ;
- 13 ETP d'infirmiers (douze pourvus) ;
- 10 ETP d'aides-soignants ;
- 5 ETP d'agents de service hospitalier ;
- 1 ETP de psychologue (occupé par deux agents) ;
- 0,5 ETP d'assistante sociale (occupé par deux agents) ;
- 1 ETP de secrétaire médicale (deux pourvus) ;
- 2,5 ETP d'adjoints administratifs/coordonateur ambulance (deux ETP pourvus).



Les équipes de jours travaillent de 6h45 à 14h33 et de 13h30 à 21h18.

Les équipes de nuit, dont les effectifs sont communs à tous les services de l'hôpital, travaillent de 21h à 7h. Elles sont encadrées par le cadre de permanence (assurée à tour de rôle par dix cadres de santé) qui est présent de 6h45 à 13h30 et de 11h30 à 21h30.

### 5.1.2.2 Le personnel médical

Un psychiatre senior est présent dans le service en semaine de 8h à 20h.

Les effectifs se composent du :

- chef de service qui est également chef de pôle, président de la CME, président de la CDSP. Il intervient ponctuellement dans le service ;
- trois ETP de psychiatre (un poste et demi pourvus) ;
- 0,30 ETP de médecin généraliste (0,10 ETP pourvu).

### 5.1.3 Le fonctionnement

Le SISO a pour objectif d'accueillir la quasi-totalité des patients admis en urgence<sup>14</sup> au centre hospitalier Sainte-Marie.

Après un temps d'observation, les patients seront orientés vers les unités les plus adaptées à leurs pathologies.

Huit nouvelles chambres de soins intensifs (quatre d'isolement et quatre d'apaisement) ont été installées au SISO afin d'accueillir, d'une part, les patients devant être admis en urgence sans consentement et ayant besoin d'un isolement, d'autre part, les patients déjà hospitalisés, en décompensation, dans l'attente de libération de la chambre d'isolement de leur unité d'hospitalisation.

Cette structure est une véritable zone tampon qui permet un accueil des patients les plus instables dans les conditions les mieux adaptées.

Les admissions au SISO s'effectuent selon trois modalités :

- à la demande d'un centre médico-psychologique (CMP), dépendant du CH ;
- en provenance du CAP (centre d'accueil psychiatrique) des urgences de l'hôpital Saint-Roch ;
- spontanément, quand le patient connaît l'hôpital.

L'équipe du SISO ne va jamais chercher les patients à domicile ou sur un lieu public. Le circuit d'admission des patients est déterminé par le mode de placement (cf. *supra* § 5.1.1).

Tous les matins, le cadre de santé du SISO entre en communication, par visioconférence<sup>15</sup>, à 9h20 avec les unités du pôle soins sans consentement, puis à 9h30 avec les unités du pôle clinique afin de faire le point des lits libres. A 9h45, un contact téléphonique est établi avec le CAP ; l'admission des patients au SISO se fait en fonction de leur sectorisation.

Les patients admis au CAP en SDT sont pris en priorité.

Un deuxième appel est effectué en fin d'après-midi pour de nouvelles admissions.

<sup>14</sup> 78% des admissions au CHSM au cours des huit derniers mois de 2013.

<sup>15</sup> Circuit sécurisé de télé-médecine du CG06.

### 5.1.3.1 L'accueil

L'accueil est assuré par l'infirmière d'accueil et de coordination (IAC). Elle effectue un premier entretien avec le patient, au cours duquel elle établit un dossier administratif informatisé sur Cariatides®, l'informe sur les modalités de son hospitalisation (libre ou sans consentement), lui remet un extrait du règlement intérieur et recueille, le cas échéant, le nom de la personne de confiance.

Dans un deuxième temps, sont pratiqués un électrocardiogramme et un bilan sanguin, si ces examens n'ont pas déjà été effectués à l'hôpital Saint-Roch.

Un inventaire contradictoire des valeurs est réalisé. Aucun double de cet inventaire n'est remis au patient.

Le matériel informatique – tablettes et portables – est rangé dans le coffre-fort du service ; les valeurs sont placées dans le coffre-fort de l'administration.

Les effets personnels ne font pas l'objet d'un inventaire.

Dans un second temps, le psychiatre sénior rencontre le patient ; après une première consultation, il lui détaille son programme de soins et prescrit les traitements utiles.

A 13h30, une réunion de transmission se tient entre les deux équipes (IAC et psychiatres) de service de matin et d'après-midi.

### 5.1.3.2 Les soins

Lors de chaque vacation, sont présents dans l'unité d'hospitalisation, au minimum, deux infirmiers, deux aides-soignants et un agent de service hospitalier ; un aide-soignant effectue son service en journée, à cheval sur les deux vacations.

Les visites des familles et l'usage de téléphone portable sont interdits au SISO. Un *point phone* à carte est installé dans l'unité ; il est également possible de mettre à disposition une ligne téléphonique dans le bureau médical.

Le poste de télévision de la salle de vie est éteint vers 23h.

L'accès au jardin n'est pas possible entre 23h et 6h30, de même que pendant les repas.

Il est interdit de fumer dans l'unité. Les familles peuvent apporter le tabac. Lorsque le patient n'arrive pas à limiter sa consommation, les cigarettes lui sont retirées et délivrées selon un rythme défini. Une boîte de tabac à rouler est toujours présente dans l'unité, « pour dépanner ».

De 7h à 8h15, un binôme aide-soignant/infirmier procède aux toilettes des personnes en chambres d'isolement.

A 8h15, le petit déjeuner des personnes en soins libres est servi.

Les traitements sont délivrés dans la salle à manger, sans confidentialité. La délivrance en salle de soins a été abandonnée en raison de la mauvaise compliance au traitement des patients.

Les repas en chambre de soins intensifs sont pris sur une table adaptable.

Si l'état du patient est stable, une place dans une unité de Sainte-Marie est recherchée dès le lendemain de son admission. Dans le cas contraire, la personne est maintenue hospitalisée au SISO.

Toutes les semaines, une synthèse clinique et une réunion institutionnelle mensuelle permettent aux équipes de se rencontrer.

#### 5.1.4 L'activité

Afin d'évaluer la pertinence de la mise en place du projet d'établissement, un suivi statistique extrêmement détaillé de l'activité du SISO est effectué.

Depuis son ouverture en mai 2013, l'activité du SISO a été la suivante :

<b>Du 15 mai 2013 au 31 décembre 2013</b>									
	<b>SL</b>	<b>SPDRE</b>	<b>SPDT</b>	<b>Mineurs</b>	<b>Cs</b>	<b>DMS</b>	<b>DMS SPDT et SPDRE</b>	<b>DMS SL</b>	<b>Total</b>
<i>Mai</i>	49	8	23	1	1	3,98	5,32	3,22	82
<i>Juin</i>	54	8	68	0	8	3,45	3,95	2,80	138
<i>Juillet</i>	55	5	71	2	5	3,41	4,41	2,14	148
<i>Août</i>	57	4	75	3	5	3,74	5,21	2,05	144
<i>Septembre</i>	72	5	53	4	1	3,53	4,30	2,89	135
<i>Octobre</i>	105	10	56	3	2	2,83	2,83	2,89	176
<i>Novembre</i>	69	6	41	3	1	3,44	3,60	3,09	120
<i>Décembre</i>	91	15	50	2	2	2,79	2,93	2,92	160
<b>TOTAL</b>	<b>552</b>	<b>71</b>	<b>437</b>	<b>18</b>	<b>25</b>				<b>1103</b>

Les admissions, pour la plus grande part, se font par transfert du CAP de Saint-Roch (71,8% des entrants).

Au cours des huit premiers mois de l'année 2013 :

- 46% (508) des entrants ont été hospitalisés sans consentement ;
- 10% (109) des patients se présentant au SISO n'ont pas été hospitalisés et ont rejoint leur domicile.

Ainsi le constat de 2010 (cf. observation n° 27 du rapport de visite), selon lequel : « *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* », n'était plus d'actualité en 2014 au moment de la contre-visite.

## 5.2 Les deux pôles intersectoriels d'unités de soins

Depuis mai 2013, le centre hospitalier est passé d'un système sectoriel à un système intersectoriel. Cette nouvelle configuration a abouti à la création de deux pôles intersectoriels : le pôle de soins sans consentement qui regroupe les unités fermées et le pôle clinique pour les unités d'hospitalisation libre.

Ce système a pour objectif de former des groupes homogènes de patients dans chacune de ces deux unités, afin d'offrir une prise en charge personnalisée et adaptée selon le statut

d'hospitalisation du patient. Il a été également précisé aux contrôleurs que le passage à un système intersectoriel offrirait désormais aux patients la possibilité de choisir leur psychiatre.

Cette restructuration doit également faciliter la fluidité entre les deux pôles, permettant ainsi de transférer les patients dont le statut d'hospitalisation est modifié au cours de leur prise en charge. Cependant, il semble toujours exister, parmi le personnel soignant, une certaine réticence à accueillir des patients transférés d'un pôle à l'autre.

En plus du SISO, le pôle de soins sans consentement comprend six unités fermées, appelées « unités classiques de court séjour » ainsi que l'unité de soins intensifs (USIP). Ces unités fermées accueillent uniquement des patients hospitalisés sans leur consentement, étant en phase aigüe de leur pathologie ou dont l'état de santé psychique s'aggrave.

Selon les informations recueillies par les contrôleurs, une unité de soins dit de long cours devrait voir le jour au sein d'une des six unités fermées, dans les mois à venir. Cette unité offrirait une prise en charge spécifique à des patients pour lesquels il existe une dangerosité avérée persistante au delà de six mois. Il convient de préciser, d'après les propos recueillis par les contrôleurs, qu'aucun travail de réhabilitation n'a été planifié dans une des unités pour accueillir ce groupe de patients.

Le pôle clinique comprend :

- quatre unités ouvertes ;
- deux unités de psychogériatrie ;
- une unité d'addictologie ;
- une unité de consultations externes ;
- un centre de soins et d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ;
- une structure intersectorielle pour adolescents difficiles (SIPAD).

Cette nouvelle configuration permet aux patients en hospitalisation libre de circuler sans contrainte.

Par ailleurs, l'instauration d'unités ouvertes a pour objectif d'amener le patient à être partie prenante dans ses soins et de renforcer son autonomie à travers les différentes étapes de sa prise en charge.

Les unités de psychogériatrie sont fermées, bien que la majeure partie des patients soit en hospitalisation libre. Selon les informations recueillies, un digicode devrait être installé dans ces deux unités pour en faciliter l'accès aux patients en fonction de leur état de santé.

### **5.3 Un nouveau projet médical**

Au terme de la première visite en 2010, à propos des soins somatiques, l'observation n° 10 du rapport mentionnait les éléments suivants : « *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* ».

Lors de la contre-visite, d'importants changements ont été constatés.

Outre le regroupement des unités d'hospitalisation en deux pôles intersectoriels, le projet médical a supprimé le pôle de soins somatiques et réduit l'équipe de somaticiens. Cette décision était rendue indispensable par l'hypertrophie progressive de ce pôle avec sept ETP de médecins généralistes et cinq postes d'interne en médecine générale.

Cette décision, communément prise par la direction et la CME, a entraîné sans préavis un retrait par « prise d'acte<sup>16</sup> » de la totalité des médecins somaticiens généralistes et spécialistes, à l'exception d'un seul récemment engagé.

Du jour au lendemain, « à la veille d'un long pont du mois de mai », le centre hospitalier hébergeant 400 malades n'a plus disposé que d'un seul temps plein de médecin généraliste pour la pris en charge somatique. La direction de l'établissement a dû, dans l'urgence, faire appel à une société intérimaire et, parallèlement, procéder à de nouveaux recrutements.

En janvier 2014, le poste de médecin coordonnateur est occupé par le seul médecin non démissionnaire de l'équipe antérieur. Il est appelé à être prochainement affecté au pôle territoire prenant en charge les personnes suivies en soins ambulatoires en CMP, son successeur, praticien hospitalier en addictologie, venant d'être recruté.

Aucun bilan d'activité n'a pu être fourni aux contrôleurs, le précédent chef de pôle ne faisant que des évaluations globales et imprécises de l'activité de son service.

Depuis huit mois, soit au moment de la contre-visite, tous les postes offerts n'ont pas été pourvus.

Les contrôleurs ont constaté un service de soins somatiques en plein bouleversement et pleine mutation.

Par ailleurs, un évènement indésirable grave – ci-dessous relaté – ayant entraîné le décès d'un patient a donné lieu à une mission d'inspection de l'ARS-PACA ; les contrôleurs ont pu prendre connaissance du rapport.

*Un jeune patient est admis, en chambre d'isolement et sous neuroleptique, au service l'accueil puis à l'unité fermée Sainte Monique. Au bout de deux semaines environ il sort de la chambre d'isolement et peut se rendre au jardin avec sa famille. Dix jours plus tard, en raison d'une nouvelle décompensation et toujours très instable sur le plan clinique, il est de nouveau placé en chambre d'isolement. Plusieurs neuroleptiques sont utilisés à doses importantes avec un résultat apaisant.*

*Pendant le mois de son hospitalisation, il est vu à six reprises sur le plan somatique par des médecins généralistes. Il est noté une constipation par les IDE à partir du 6 novembre. Dès cette date, un laxatif est prescrit mais son efficacité n'est pas vérifiée. Entre le 6 novembre et le 28 novembre, le patient se plaint régulièrement de douleurs abdominales qu'il identifie plus souvent comme des « brûlures gastriques ».*

*Le jour de son décès, le 28 novembre, il décrit encore des brûlures gastrique et présente un comportement anormal et inhabituel. Trois traitements laxatifs lui sont prescrits, par deux médecins différents, dans la même journée. Il a chaque fois été examiné ; les signes d'occlusion ne sont pas présents. Les lavements prescrits n'ont pas été productifs.*

*En début de nuit, 22h, le patient présente des vomissements peu abondants. Du fait de déambulations incessantes, il est envisagé un placement en chambre d'isolement, sans toutefois y donner suite. Puis, vers 23h40, apparaissent successivement des vomissements abondants, un malaise, une perte de connaissance et un arrêt cardio-respiratoire. Appelé dès les vomissements abondants, le*

<sup>16</sup> Acte selon lequel le salarié met fin au contrat de travail « en cas de manquement suffisamment grave de l'employeur qui empêche la poursuite du contrat de travail » (Cass.soc. 30 mars 2010, n°08644236).

*médecin est en chemin. Quand il arrive, le patient lui paraît « mort » depuis un certain temps ; il ne le réanime pas.*

*L'autopsie pratiquée précise la présence d'une nécrose d'une partie de l'intestin avec perforation de la paroi intestinale.*

### 5.3.1 Les soins de médecine générale

#### 5.3.1.1 Les effectifs

Le rapport de visite indiquait en 2010 (cf. § observation n° 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* ».

En 2014, les contrôleurs ont pu constater que le tableau des effectifs théoriques en médecine générale pour l'ensemble de l'établissement était de 3,40 ETP. Un ETP est consacré à la coordination somatique et 1,25 ETP aux soins en ambulatoire (pôle territoire) et réhabilitation psychosociale (pôle PRSP). Ainsi au 31 décembre 2013, 0,5 ETP de médecin généraliste était affecté au pôle soins sans consentement comprenant le SISO (164 lits), et 0,65 ETP au pôle clinique (164 lits).

Il a été précisé que la direction aurait réévalué à six ETP les besoins en médecine général.

Le petit nombre de praticien en médecine générale a pour conséquence directe une prise en charge insuffisante des pathologies somatiques des patients. Faute de temps, aucune politique de prise en charge préventive (dépistage du syndrome métabolique, prévention du tabagisme, contraception, prévention des accidents thromboemboliques et des accidents de fausse route, vaccinations) n'est mise en place.

Les contrôleurs ont pris connaissance d'un document établi le 15 janvier 2014, intitulé « unité de soins par médecin généraliste ». Ce document définit les unités dont chaque médecin est référent :

- médecin n°1 : Saint Gilles, Sainte Thérèse, Sainte Catherine, SISO ;
- médecin n°2 : Sainte Geneviève, Saint Vivien, Saint Laurent, Saint Louis, ATA ;
- médecin n°3 : Saint Damien, Sainte Madeleine, SIPAD, Saint Lazare, Sainte Lucie ;
- médecin n°4 : Saint Jérôme, Saint Maurice, Saint Amédée, Sainte Monique, USIP, Saint Pierre ;
- médecin n°5 : Saint Christophe.

Chaque unité comportant une vingtaine de lits, les praticiens en médecine générale sont en charge des problèmes somatiques d'une centaine de patients. Ils ont déclaré aux contrôleurs être « débordés » et peu satisfait des réponses qu'ils étaient en capacité de faire aux nombreuses demandes des équipes hospitalières. De même, les soignants des unités ont déclaré manquer de personnes référentes pour les soins somatiques.

#### 5.3.1.2 La prise en charge somatique

Tout entrant bénéficie d'une consultation de médecine générale dans les 24 heures suivant son admission au SISO. A cette occasion il est pratiqué un électrocardiogramme et un bilan biologique.

Le centre hospitalier Sainte-Marie a passé une convention avec le CHU de Nice qui effectue les analyses biologiques. S'il n'a été rapporté aucune difficulté aux contrôleurs en ce qui concerne le transport des prélèvements, à plusieurs reprises, il a été indiqué que la connexion au serveur de résultat du CHU (Clinicom®) était extrêmement longue, ce qui oblige les soignants à se connecter à plusieurs reprises. L'interfaçage des systèmes d'exploitation des deux hôpitaux ne permet pas l'impression des résultats biologiques ni leur intégration au dossier informatisé du patient. Les résultats papiers sont transmis dans les 72 heures par le CHU.

Les praticiens se rendent dans les unités pour les consultations sur appel des infirmières. Les praticiens sont équipés de téléphones portables fournis par le centre hospitalier.

Les équipes soignantes, antérieurement habituées à une présence systématique dans l'unité du somaticien, n'ont pas encore toutes acquis le réflexe d'appeler en cas de besoin.

Les contrôleurs ont relevé une certaine rancœur des soignants à l'égard des généralistes.

### 5.3.2 Les soins de spécialités

#### 5.3.2.1 Les locaux

Sur deux étages du bâtiment central, au 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> étage, le service de soins somatiques dispose de vastes locaux.

Le premier niveau, d'une surface totale de 80 m<sup>2</sup>, est occupé par un secrétariat avec deux postes de travail, le bureau du médecin coordonnateur et une salle de soins. Dans cette salle de soins, de petits actes de chirurgie ambulatoire étaient effectués jusqu'en mai 2013. Cette structure communique avec les locaux du CSAPPA où sont pris en charge moins de cinq patients sous traitement de substitution aux opiacés par jour.

Le second niveau, d'une surface de 250 m<sup>2</sup> est occupé par :

- une salle de radiographie, équipée d'une table traditionnelle et d'une développeuse plein jour ;
- le bureau des infirmières, comportant un poste de travail informatisé et un lit pour la pratique des électrocardiogrammes<sup>17</sup> (ECG) ;
- le bureau du neurologue et la salle d'examen contiguë, où s'effectuent les électroencéphalogrammes ;
- une salle d'échographie : l'appareil échographe, ancien, dispose de deux sondes (cardiaques et abdominales) ;
- un bureau de consultation polyvalent ;
- une salle, extrêmement vétuste, où étaient pratiquées l'électro-convulsivothérapie et les endoscopies digestives (gastrique et colique) jusqu'en mai 2013. La pièce est entièrement carrelée en vert et ressemble aux anciens blocs opératoires. Elle est équipée d'une paillasse humide et de placards muraux, d'un négatoscope, d'une grande bouteille d'oxygène sur un chariot porte-bouteille, d'un chariot métallique à deux étagères, sur lequel est entreposé le matériel nécessaire aux anesthésies générales ainsi qu'une aspiration à mucosité et un lit médicalisé ;
- une salle de stérilisation des endoscopes ;

<sup>17</sup> Les infirmières peuvent également pratiquer les ECG au lit du patient.

- un cabinet dentaire, équipé d'un fauteuil dentaire récent, d'un appareil de radiographie rétro alvéolaire, d'une paillasse humide et de meubles de rangement. La pré-décontamination du matériel dentaire est effectuée sur place par l'infirmière, la stérilisation en sachet individuel est assurée par le CHU. Aucune traçabilité de la stérilisation n'est effectuée dans le dossier patient. Jusqu'en mai 2013, les soins dentaires pouvaient être pratiqués sous MEOPA<sup>18</sup>, cela n'est plus possible en l'absence de personnel formé à cette technique d'analgésie, très utile chez les patients psychiatriques en particulier les autistes.

Toutes ces salles sont équipées de postes informatiques reliés à l'Intranet de l'hôpital.

### 5.3.2.2 Les personnels paramédicaux

Une secrétaire médicale à temps plein assure la prise de rendez-vous des consultations de spécialité sur place et les rendez-vous d'examens paracliniques dans les établissements sanitaires de la ville.

Deux ETP d'infirmière assurent l'organisation des consultations et le suivi du matériel des spécialistes. Présente jusqu'en mai 2013, une des deux infirmières a démissionné, le poste étant depuis vacant.

Un manipulateur en électroradiologie est présent à temps plein.

### 5.3.2.3 Les spécialités

En mai 2013, la totalité des médecins de spécialité, à l'exception d'un des deux chirurgiens-dentistes, a démissionné.

Au cours des mois précédant la visite des contrôleurs, l'équipe de spécialistes a progressivement été reconstituée. Selon les indications données, il a été difficile de recruter des médecins dans certaines spécialités : en accord avec le conseil d'administration de l'association, certains d'entre eux sont rémunérés à l'acte alors que d'autres sont rémunérés à la vacation.

Les consultations d'anesthésie, de dermatologie, de gynécologie et d'ophtalmologie sont encore à pourvoir.

#### **A. La radiologie**

Le manipulateur en électroradiologie effectue des radiographies osseuses (recherche de fracture) et des tissus mous (abdomen sans préparation). Le radiologue les interprète deux fois par semaine.

Il pratique également des échographies.

#### **B. La gastro-entérologie**

Plus aucune activité d'endoscopie n'a lieu à l'établissement.

Le gastro-entérologue vient hebdomadairement en consultation ; il pratique, dans un établissement privé de la ville, les examens endoscopiques qu'il prescrit.

<sup>18</sup> Le mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote 50%/50% (souvent abrégé en MEOPA) est un mélange gazeux, à concentrations fixes, utilisé en analgésie.



### **C. La neurologie**

Le neurologue intervient trois fois par semaine à l'établissement ; il pratique les électroencéphalogrammes, les interprète et prend en charge les traitements antiépileptiques.

### **D. Les soins en odontologie**

Le chirurgien-dentiste intervient deux fois par semaine. Une infirmière l'assiste et participe à l'apaisement du patient, qui est toujours accompagné d'un soignant de son unité. Elle s'occupe de la stérilisation et des commandes de matériel.

La pose de prothèse dentaire est possible.

Les soins sous MEOPA (cf. *supra* § 5.3.2.1) devraient être repris dès que l'anesthésiste et la deuxième infirmière auront été recrutés.

Aucune difficulté particulière n'a été rapportée quant aux délais d'obtention de rendez-vous.

### **E. La kinésithérapie**

Une grande salle de kinésithérapie, d'une surface de 80 m<sup>2</sup>, est installée au 3<sup>ème</sup> étage.

Elle est équipée de barres parallèles de marche, d'espaliers, d'appareil de musculation, d'appareil d'électro physiothérapie, d'une planche de rééducation proprioceptive, d'une table de verticalisation pour paraplégique et d'un vélo ergométrique. Elle comporte également deux box de massage et une salle de balnéothérapie qui n'est plus utilisée depuis longtemps.

Trois masseurs-kinésithérapeutes interviennent à l'établissement.

### **F. La pédicurie**

La pédicure intervient une fois par semaine.

La salle qui lui est réservée est située à proximité de la salle de kinésithérapie ; on n'y accède à partir d'une terrasse découverte. Elle est équipée d'un fauteuil et de matériel de pédicurie, d'une lampe sur pied, d'une paillasse humide.

Il se dégage de cette pièce une ambiance calme grâce à une décoration personnalisée de cette salle.

Le planning des consultations est le suivant :

	<b>Matin</b>	<b>Après-midi</b>
<i>Lundi</i>	Neurologie Gastro-entérologie	
<i>Mardi</i>	Neurologie Odontologie	Cardiologie Radiologie Pédicurie
<i>Mercredi</i>		
<i>Judi</i>	Neurologie Odontologie Pneumologie 2/mois	ORL Radiologie
<i>Vendredi</i>	Neurologie	Pédicurie

#### **5.3.2.4 L'électro convulsivothérapie**

L'électro-convulsivo-thérapie (ECT) n'est plus pratiquée depuis le départ des spécialistes.

Selon les déclarations recueillies, une nouvelle équipe devrait être reconstituée afin de permettre une reprise de cette pratique thérapeutique tant pour les malades de Sainte-Marie que pour des patients externes à l'établissement.

### 5.3.3 Les examens paracliniques

Les examens nécessitant un plateau technique spécifique (image par résonnance magnétique, scintigraphies) sont effectués dans un établissement public ou privé de Nice.

La secrétaire organise les rendez-vous et transmet la date à l'unité de soin. L'unité de soins entre en contact avec le coordonnateur des ambulances au SISO ; celui-ci contacte la société privée d'ambulance (conventionnée avec le CH) pour organiser la consultation externe.

Au moment de la visite, une équipe spécialisée d'aides-soignants était en cours de constitution pour l'accompagnement des patients à l'extérieur de l'établissement.

### 5.3.4 La continuité des soins

Dans le rapport de visite de 2010, les contrôleurs avaient noté (cf. observation n° 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* ».

En 2014, trois lignes de garde médicales sont en place au centre hospitalier.

#### 5.3.4.1 Les gardes de généralistes

Deux tableaux de gardes mensuels sont établis pour les médecins généralistes. Un définit la garde de 8h à 20h, l'autre de 20h à 8h. Il a été précisé aux contrôleurs que la législation du travail, contrairement aux établissements publiques, interdit aux médecins salariés de travailler plus de douze heures d'affilée.

Dans le contexte de pénurie médicale existant lors de la visite, « l'établissement du tableau de garde est d'une extrême difficulté », a-t-il été expliqué aux contrôleurs.

Le médecin de garde est joignable sur un téléphone portable fourni par l'administration.

Un chariot d'urgence, de composition identique, se trouve dans chaque unité de soin.

La direction de l'établissement a installé cinq défibrillateurs semi-automatiques : un au SISO, un à l'USIP, trois pour tous les publics (un au self du personnel, un à la blanchisserie, un en réhabilitation psycho-sociale).

L'établissement doit toujours faire appel à des médecins intérimaires pour les gardes.

#### 5.3.4.2 Les gardes d'interne en psychiatrie

L'établissement a mis en place depuis la visite de 2010 un tableau de garde d'internes en psychiatrie.

En janvier 2014, neuf internes en psychiatrie assuraient une garde sur place de 20h à 8h, un psychiatre senior étant présent au SISO de 8h à 20h tous les jours (cf. *supra* § 5.1.2.2).

L'interne de garde répond aux urgences psychiatriques des personnes hospitalisées et effectue une première consultation pour les arrivants de nuits du SISO.

Une courte formation a été effectuée en début de choix<sup>19</sup> (mai et novembre) pour les internes au cours de leur premier semestre, afin qu'ils soient aptes à reconnaître des situations de crise nécessitant le placement d'un patient en chambre d'isolement et/ou sous contention physique.

Le samedi et le dimanche, les internes assurent sur place un garde de 24h.

#### **5.3.4.3 L'astreinte des psychiatres seniors**

Les psychiatres seniors assurent une astreinte à domicile d'une semaine. Ils peuvent être appelés par les internes pour un avis ; « ce n'est pas fréquent ».

Les psychiatres seniors se déplacent le samedi et le dimanche pour rencontrer les personnes dont les certificats d'hospitalisations sans consentement (SDRE ou SDT) doivent être prolongés.

### **5.4 Les chambres d'isolement**

#### **5.4.1 Les locaux**

Au 14 janvier 2014, l'établissement compte vingt et une chambres d'isolement et deux chambres de grands soins.

Dans le pôle clinique, où sont hospitalisées des personnes en soins libres, seule l'unité Saint Christophe ne dispose pas de chambre d'isolement, les unités Saint Damien et Sainte Madeleine étant équipées chacune d'une chambre de grands soins. Il a été précisé aux contrôleurs que, depuis l'ouverture du SISO, ces chambres étaient plus spécifiquement utilisées pour des patients hospitalisés dans les unités du pôle clinique.

Dans le pôle soins sans consentement, six chambres d'isolement sont répertoriées dans les six unités d'hospitalisation : quatre à l'USIP, deux au SISO. La visite du SISO (cf. *supra* § 5.1.1.2) a montré néanmoins que quatre chambres d'isolement et quatre chambres d'apaisement étaient présentes dans cette unité. La discordance entre les chiffres mérite un éclaircissement de la part de l'établissement.

Le pôle sanitaire de réhabilitation psycho-sociale dispose de quatre chambres d'isolement.

Les chambres d'isolement n'ont pas été toutes visitées, en raison de la présence de patients difficiles dans ces chambres.

A la différence de celles du SISO, toutes n'ont pas été refaites à neuf. Toutes ont un lit identique à celui décrit dans les chambres de SISO ; les deux caméras disposées en diagonale dans la chambre ne laissent aucun angle mort et donc aucune intimité.

#### **5.4.2 Les procédures**

Les contrôleurs ont pris connaissance de diverses procédures concernant les chambres d'isolement sur l'Intranet de l'établissement.

<sup>19</sup> Choix : période de stage de six mois des internes. Huit choix doivent être effectués pour valider la spécialité de psychiatrie.

Une note, en date du 11 juin 2013, indique une « *visite médicale d'après-midi pour les patients en chambre d'isolement* » : alors que le rapport de l'IGAS en 2010 préconisait deux visites par jour en chambre d'isolement, la CME a décidé que la visite s'effectuerait de manière ciblée.

La chartre de vidéosurveillance, qui figure dans l'Intranet de l'hôpital, ne fait pas référence aux chambres d'isolement.

En janvier 2013, un « guide de remplissage du dossier de mise en chambres de soins intensifs de psychiatrie » (SIP) a été établi. Les contrôleurs ont pris connaissance d'un dossier de ce type, concernant une personne au cours du neuvième jour de soins intensif.

Le document présentait la configuration suivante :

**La première page** comporte les renseignements administratifs de l'unité de soins, l'étiquette du patient, la date d'admission à l'hôpital et le mode d'hospitalisation, la date et l'heure de mise en chambre d'isolement.

**La deuxième page** : « à remplir par l'IDE » se compose, dans sa moitié supérieure, de quatre encadrés :

- « sécurité », où sont consignées la vérification d'absence d'objet dangereux et la mise en pyjama (ou non et pourquoi) ;
- « information patient » et famille ;
- « accompagnement » (à la CI) : intervention verbale, intervention physique, accident ou incident avec déclaration d'un événement indésirable si nécessaire ;
- « contention ».

Cette partie est signée par l'agent qui écrit en toute lettre son nom.

La moitié inférieure de la page comporte une échelle d'évaluation des comportements agressifs pour le matin, l'après-midi et la nuit. Cette échelle est également signée.

**La troisième page** comporte deux colonnes :

- celle de gauche correspond à la « prescription initiale médicale du psychiatre » : nom, prescription du soin intensif, rythme de surveillance, surveillances spécifiques, contention, sortie, visites, information de la famille, modification du mode d'hospitalisation pour les patients en soins libre, date et heure ;
- celle de droite correspond à la « visite médicale du médecin généraliste (maximum 2 heures après la mise en SIP) » : nom, observations, contre-indications somatiques, rythme de surveillance, surveillance spécifique, date et heure.

**La quatrième page** comporte un encadré « deuxième visite médicale psychiatre » et un tableau pour les observations.

Pour les jours suivants, une simple feuille pour 24 heures comprend :

- une fiche de situation SIP prescription médicale sur le recto, une deuxième visite médicale ;
- un tableau pour les observations, et une évaluation de l'agressivité pour le matin, l'après-midi et la nuit.

**Le dossier consulté est parfaitement renseigné pendant la totalité des neuf jours.**

Datant de 2005, les fiches techniques intitulées, « isolement », « maintien des personnes âgées ou déficientes », « mise sous contention », mériteraient une mise à jour.

L'observation n° 25 du rapport de visite de 2010 indiquait : « *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* ».

Tant en ce qui concerne l'occupation des chambres d'isolement par des personnes ne relevant pas de ce type de soins, que l'affectation dans ces chambres par un médecin généraliste, les constats effectués en 2010 ne s'observent plus en 2014.

Comme le montre le tableau suivant, concernant le compte-rendu d'utilisation des chambres de soins intensifs en psychiatrie (SIP), l'occupation de ces chambres sécurisées a progressivement diminué depuis 2010, en particulier de 36,82 % entre 2012 et 2013 :

Année	Nombre chambres SIP	Journées	Patients	Variation N/N-1
2010	21	3 332	255	
2011	20	1 963	234	-41,09 %
2012	20	2 303	257	+17,32 %
2013	21	1 455	188	-36,82 %

## 5.5 Les conditions d'hébergement et de prise en charge des patients

### 5.5.1 La vétusté des installations

- L'observation n° 15 du rapport de visite de 2010 notait : « *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* ».

Depuis la précédente visite, les contrôleurs ont constaté que peu de choses ont évolué au plan immobilier et matériel, l'effort principal ayant porté sur la réorganisation de l'offre de soins et une séparation des unités ouvertes et fermées.

Cette réorganisation paraît en cours de finalisation et se traduit par la fermeture de l'unité Saint Jean qui se trouvait dans le bâtiment 37. Elle a été remplacée, en lieu et place, par la structure intersectorielle de soins et d'orientation (SISO), qui constitue le service d'accueil de l'hôpital. Cette unité fermée a été rénovée et comprend vingt places réparties en seize chambres à un lit et quatre chambres d'isolement.

Parallèlement, un plan de réhabilitation de certaines unités parmi les plus dégradées se met en place. Dans cette perspective, l'unité Saint Joseph installée dans le bâtiment 6 est désaffectée, et ses occupants, hospitalisés dans le département des autistes, transférés dans l'unité Sainte Geneviève, appartenant au même département. Cette unité Saint Joseph vient d'être réhabilitée par une réparation des dégradations et une mise à niveau des équipements, ainsi qu'une remise en peinture. Selon le schéma retenu, elle servira d'unité relais pour accueillir d'autres unités qui doivent faire l'objet d'une remise à niveau de l'hébergement, sans restructuration du bâti, à commencer par le département des autistes.

C'est ainsi que l'unité Sainte Geneviève a déménagé et s'est installée à Saint Joseph pendant la visite des contrôleurs. Elle doit être prochainement restaurée ; ce sera ensuite le cas de l'unité Saint Vivien en 2015, et cette séquence doit être poursuivie ultérieurement par la réhabilitation de l'unité fermée Saint Jérôme. Il est précisé aux contrôleurs qu'afin d'accélérer le processus, autre unité, Saint Augustin, est aussi fermée et doit être transformée en unité relais en 2014.

Ces opérations de restauration, « à tiroir » et *a minima*, prévoient de rendre les hébergements plus fonctionnels sans toutefois toucher aux réseaux hormis la mise aux normes des installations électriques.

Elles sont engagées pour un coût prévisionnel de 300 000 euros par entité.

Selon ce qui est précisé, cet effort doit se poursuivre année par année en attendant la mise en œuvre de la reconstruction de la partie Est de l'hôpital, dont il est question depuis plusieurs années, mais dont il est aussi indiqué que l'ouverture du chantier ne devrait pas intervenir à court terme.

La capacité de l'établissement qui était de 466 lits lors de la première visite est aujourd'hui, selon les états fournis, de 433 lits, avec :

- 410 lits en chambres ordinaires ;
- 21 chambres d'isolement ;
- 2 chambres « grands soins ».

La différence de lits entre les deux visites s'explique par l'ouverture de la maison d'accueil spécialisée (MAS) en juillet 2011 qui a entraîné la fermeture de trente-deux lits, d'une part, et d'une chambre passagèrement désaffectée pour travaux.

- Les chambres sont réparties sur deux pôles :
- Pôle psychiatrique de soins sans consentement :

Hormis les chambres d'isolement (douze lits)<sup>20</sup>, l'ensemble des huit unités du pôle compte quatre-vingt-quinze chambres et 164 lits, répartis de la manière suivante :

	Chambre 1 lit	Chambre 2 lits	Chambre 3 lits	Chambre 4 lits	Total des lits
<i>St Gilles</i>	4	2	5	0	<b>23</b>
<i>St Amédée</i>	5	1	5	0	<b>22</b>
<i>St Maurice</i>	12	0	3	0	<b>21</b>
<i>St Pierre</i>	3	0	4	1	<b>19</b>
<i>Ste Monique</i>	6	1	5 (dont 2 partagent les mêmes sanitaires)	0	<b>23</b>
<i>St Jérôme</i>	8	3	3	0	<b>23</b>

<sup>20</sup> Chaque unité du pôle compte une chambre d'isolement, à l'exception du SISO et de l'USIP qui en comptent respectivement deux et quatre.

<i>USIP</i>	3 (dont 1 d'apaisement)	0	0	3	<b>15</b>
<i>SISO</i>	18 (dont 2 d'apaisement)	0	0	0	<b>18</b>
<b>Total des chambres</b>	<b>59</b>	<b>7</b>	<b>25</b>	<b>4</b>	<del>95</del> <b>164</b>

Le tableau précédent montre que, sur la totalité des quatre-vingt-quinze chambres, cinquante-neuf sont individuelles et trente-six partagées par deux personnes ou plus.

- Pôle clinique :

Hormis cinq chambres d'isolement<sup>21</sup> et deux chambres dites de « grands soins »<sup>22</sup>, l'ensemble des huit unités du pôle compte quatre-vingt-douze chambres et 164 lits, répartis de la manière suivante :

	Chambre 1 lit	Chambre 2 lits	Chambre 3 lits	Chambre 4 lits	Total des lits
<i>Ste Lucie</i>	7	8	0	0	<b>23</b>
<i>St Lazare</i>	5	0	5	0	<b>20</b>
<i>Ste Thérèse</i>	8	2	4	0	<b>24</b>
<i>Ste Catherine</i>	8	2	4	0	<b>24</b>
<i>St Damien</i>	3	1	5	0	<b>20</b>
<i>Ste Madeleine</i>	2	0	6	0	<b>20</b>
<i>S.I.P.A.D.</i>	9	0	0	0	<b>9</b>
<i>St Christophe</i>	4	7	2	0	<b>24</b>
<b>Total des chambres</b>	<b>46</b>	<b>20</b>	<b>26</b>	<b>0</b>	<del>92</del> <b>164</b>

Le tableau précédent montre que, sur la totalité des quatre-vingt-douze chambres, une moitié est constituée de chambres individuelles, l'autre moitié de chambres partagées par deux personnes ou plus.

- Dans l'observation n° 16 du rapport de visite de 2010, il était mentionné : « 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 ».

<sup>21</sup> Dans les unités Sainte Lucie, Saint Lazare, Sainte Thérèse, Sainte Catherine et SIPAD.

<sup>22</sup> Saint Damien et Sainte Madeleine.

Les équipements sanitaires des chambres font eux aussi l'objet d'un entretien *a minima* permettant d'attendre, soit la réhabilitation programmée, soit la reconstruction.

Les contrôleurs ont constaté que les installations n'ont guère été améliorées depuis la première visite et que les sanitaires sont souvent communs, collectifs ou insuffisants comme c'est le cas dans les chambres à trois ou quatre lits. Les patients éprouvent toujours des difficultés pour procéder à leur toilette.

Seuls les points de livraison d'eau dans les bâtiments de l'établissement font l'objet d'un suivi en maintenance. Le reste du réseau, majoritairement souterrain et bien que surveillé, ne fait l'objet que de réparations ponctuelles lors des pannes.

Devant le coût que représenterait une reprise générale de ces réseaux, il est probable que les gestionnaires attendront la phase de reconstruction.

Toutefois, les contrôleurs ont noté que plusieurs salles d'eau et cabinets de toilette ont été restaurés, au niveau des carrelages en particulier et remise en peinture. Ils ont aussi remarqué que des salles de bain sont désaffectées et servent de dépôt ; c'est notamment le cas à l'unité Saint Jérôme et à l'unité Saint Maurice.

Des demandes sont faites de transformer ces locaux pour d'autres usages.

- L'observation n° 20 du rapport de visite de 2010 relevait : « *Le département des artistes 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* ».

Comme il est précisé plus haut, l'une des unités du département est actuellement désaffectée pour servir de relais, et l'unité Sainte Geneviève vient de déménager pour laisser place libre aux travaux de restauration qui s'imposent grandement si l'on en juge par l'état de décrépitude avancée des espaces intérieurs.

L'équipe des professionnels chargés de la maintenance est particulièrement réduite pour ne pas dire squelettique au regard de l'importance de l'hôpital et de ses dépendances extérieures.

Elle se compose de :

- deux électriciens ;
- deux plombiers ;
- un serrurier ;
- un menuisier.

Ils assurent aussi les astreintes, ce qui ne renforce pas leur présence sur le site, celles-ci étant récupérées.

Au moment de la visite, le menuisier était en arrêt pour cause de maladie depuis plusieurs semaines ; de surcroît, l'adjoint du chef de service venait de donner sa démission.

Deux peintres ont été recrutés en 2013.

L'absence du menuisier, seul à même de remettre en état les portes et boiseries dégradées par les patients de ce département qui connaît beaucoup de violence, n'arrange pas les choses.



- L'observation n° 22 du rapport de visite de 2010 concluait : « *L'unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP) ne dispose pas de lieu propre à assurer le besoin de tranquillité des patients* ».

La disposition des locaux de l'USIP ne favorise pas la séparation des lieux et des circulations :

- ainsi, la salle à manger sert de salle de parloir et d'animation, notamment pour les groupes de parole, sous la surveillance directe des soignants présents dans le poste ;
- la salle de télévision qui communique avec la cour de promenade doit être traversée pour se rendre dans le secteur d'hébergement et dans la salle à manger.

Par ailleurs, les jeux numériques existants se trouvent dans la salle de sport et donc accessibles seulement lors des séances.

Il est remarqué en outre que deux des chambres d'isolement ont un sérieux besoin d'être remises en état, en particulier au niveau de la peinture.

Le faible effectif de patients de cette unité et l'importance des surfaces devraient être prises en compte lors de la reconstruction, pour la création d'un lieu permettant à celui qui le souhaite de retrouver un peu de tranquillité durant la journée.

- Dans l'observation n° 28 du rapport de visite de 2010, il était relevé la mention suivante : « *Le réseau d'eau devrait faire l'objet d'une mise en conformité* ».

Les responsables de la structure sont parfaitement au fait de la vétusté et de la très mauvaise qualité du réseau d'eau qu'ils attribuent, d'une part, à des extensions et modifications réalisées – sans mémoire et sans plans – depuis l'origine et, d'autre part, à un défaut d'entretien général qui aurait duré près d'une décennie.

Cette situation serait consécutive, selon les dires, à l'élaboration du projet de reconstruction, en chantier depuis plusieurs années, qui aurait gelé nombre de travaux de rénovation.

Néanmoins, de gros efforts ont été entrepris depuis la précédente visite.

Deux contrats de prestation ont été établis :

- un avec un bureau d'études spécialisé dans la maîtrise des risques sanitaires liés aux installations de production et de distribution d'eau ;
- un autre avec une société de maintenance préventive et curative.

Les travaux réalisés en amont des installations de puisage ont permis d'aboutir à un standard correspondant aux normes en vigueur ; la qualité de l'eau est suivie, est-il rapporté, de façon attentive et vigilante :

- quarante-sept prélèvements ont été pratiqués en 2013, aussi bien dans les bassins de stockage à la livraison de l'eau, que dans les sous stations de secteurs et points de puisage.

Les résultats d'analyses ont été satisfaisants d'après les documents soumis aux contrôleurs ;

- dès lors qu'un incident lié à l'eau affecte le fonctionnement d'une unité ou d'un autre service, le CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales) se réunit dans les

deux heures et propose les dispositions à prendre, ce qui permet une réactivité adéquate du service de maintenance pour procéder aux travaux nécessaires.

Auparavant, selon les dires, le délai était beaucoup plus important. Le même protocole est adopté pour les incidents affectant le réseau de chauffage ainsi que les chaufferies, celles-ci ayant supporté les mêmes carences.

Il est néanmoins observé que l'unité Saint Pierre est fréquemment victime de coupures et pannes intempestives d'eau chaude ou froide ; deux à trois fois par mois est-il rapporté. C'était le cas lors de la visite pour un cabinet de toilette commun aux chambres n° 8 et 9 ;

- les filtres montés sur les robinets ont été démontés, mais sont conservés, en secours si nécessaire ;
- les bouteilles d'eau qui devaient remplacer l'eau du robinet dans les unités ont été supprimées malgré la réticence des personnels soignants. A cet égard, il est intéressant de constater que le restaurant du personnel ne fournit que de l'eau en bouteilles.

**Il est apparu que les responsables étaient toujours dans la crainte d'avoir à faire face à une importante difficulté.**

D'après les éléments fournis aux contrôleurs, les coûts d'entretien des installations se répartissent selon le tableau suivant édité par le contrôle de gestion :

travaux de maintien du bâti existant, des réseaux divers et des installations techniques

INVESTISSEMENTS		2010	2011	2012	2013 (*)
réseau eau	rupture canalisation eau (sinistre Véolia)	-	518 141,82	-	-
réseau eau	remplacement matériel chauffe eau sanitaire	2 897,87	3 444,48	-	-
électricité	révision, complément éclairage extérieur	7 487,95	-	-	-
-	risque géologique - consolidation falaise	-	438 856,17	-	-
REE structures bâties	SIPAD - création d'une chambre d'isolement	69 761,79	-	-	-
sécurité	st amédée + st laurent - sécurisation des chambres	134 249,11	-	-	-
REE structures bâties	SIPAD - réfection des salles de bain	-	-	64 255,44	-
sécurité	ste monique - sécurisation cours	-	-	52 626,55	-
sécurité	USIP - sécurisation des fenêtres	-	63 812,10	-	-
REE structures bâties	st louis - rénovation complète de l'unité	43 270,74	-	-	-
réseau eau	rénovation réseau distribution d'eau potable	-	-	815 350,32	137 605,05
REE structures bâties	st joseph - rénovation complète de l'unité	-	-	185 384,33	13 980,61
informatique	sécurisation salle serveurs	-	-	-	57 422,35
électricité	remplacement cellule haute tension	-	-	-	58 597,03
sécurité	USIP - sécurisation cours	-	95 854,00	-	-
sécurité	ste lucie - sécurisation cours	-	51 313,96	-	-
sécurité	mise en conformité système sécurité incendie	405 172,36	-	-	-
sécurité	sécurisation enceinte - installation vidéo surveillance	372 731,85	23 598,08	31 400,37	42 232,75
sécurité	installation système protection travailleurs isolés	-	-	186 764,27	9 266,61
électricité	diverses conformités électriques	72 657,14	53 612,79	27 030,18	-
REE structures bâties	bât 31 - remise en état de toutes les chambres	375 726,85	502,32	-	-
informatique	extension, sécurisation du réseau informatique	73 353,20	4 650,46	3 849,03	-
		<b>1 557 308,86</b>	<b>1 253 786,18</b>	<b>1 366 660,49</b>	<b>319 104,40</b>

2013 (\*) en cours

sécurisation de l'entrée de l'hôpital (67KE),  
réfection complète d'une unité de soins pour autistes (300KE).

EXPLOITATION		2010	2011	2012	2013 (*)
	entretien installations techniques et matériels	75 746,76	100 727,42	102 329,60	44 515,85
	maintenance installations techniques et matériels	558 544,99	573 410,81	644 807,21	653 782,00
	chantiers (plusieurs corps d'état)	161 680,07	69 254,25	81 091,36	45 279,26
		795 971,82	743 392,48	828 228,17	743 577,11

2013 (\*) en cours

attention ! Toutes les factures 2013 ne sont pas encore comptabilisées

- Les investissements :

- en 2010, aucune ligne ne concerne les installations d'eau, sauf pour le matériel de chauffe sanitaire à hauteur de 2 897,87 euros ;
- en 2011, la réparation d'une rupture de canalisation d'eau a coûté 518 141,82 euros et 3 444,48 euros ont été consacrés au matériel de chauffage de l'eau sanitaire ;
- en 2012, la rénovation du réseau de distribution d'eau potable s'est élevée à 815 350,32 euros et 64 255,44 euros ont été consacrés à la rénovation des salles de bain de la SIPAD;
- en 2013 les chiffres ne sont pas tous disponibles au moment de la visite, mais 137 605,05 euros ont été consacrés à la rénovation du réseau d'eau potable.

- L'exploitation :

Les chiffres de la maintenance courante s'élevaient respectivement à 795 971,82 euros en 2010, 743 392,48 euros en 2011, 828 228,17 euros en 2012 ; la comptabilisation de 2013 n'était pas complète au moment du contrôle.

Ces éléments montrent à l'évidence que l'établissement n'est pas encore en état de fournir aux patients des conditions de séjour satisfaisantes. Le retard accumulé commande de poursuivre les efforts de manière soutenue.

Cependant, le service technique s'est entouré de trois chargés d'affaires qui ont pour mission, à raison de deux pour l'intramuros et un pour l'extramuros, de conduire les opérations externalisées en matière de maintenance immobilière et des installations.

Selon le service technique, parmi les grosses opérations, il est prévu en 2014 :

- la réfection de l'unité Sainte Geneviève
- la climatisation de toutes les salles de soin avec au préalable un renforcement des puissances électriques ;
- la création de la salle d'audience pour le JLD, dont l'emplacement n'est pas arrêté au moment de la visite ;
- la sécurisation des accès à l'hôpital ;
- le déplacement des services qualité et sécurité ;
- le changement du poste de livraison EDF ;
- l'audit des installations électriques et de l'état général des bâtiments (demandé par l'ARS) ;
- la réfection d'un mur de soutènement dans la partie haute du site....etc.

Le budget prévisionnel pour ces opérations est établi à 2 600 000 euros hors matériel.

- Il était noté dans l'observation n° 29 du rapport de visite de 2010 : « *Un certain nombre de chambres n'offre pas le minimum de confort. S'y ajoute la vétusté de la majorité des locaux* ».

Ainsi qu'il est dit plus haut, les choses ne se sont guère améliorées au plan général puisque le nombre de lits individuels n'a pas varié dans les unités fonctionnelles. Il en est de même pour les équipements sanitaires ou encore l'absence de lieu permettant à la personne de retrouver une certaine tranquillité hormis la chambre, pas souvent individuelle.

A tout cela s'ajoute aussi la vétusté des locaux qui ne contribue pas à adoucir la qualité de vie des patients.

Néanmoins, des efforts ont été accomplis, s'agissant en particulier des accès aux espaces ouverts avec la sécurisation des cours dont certaines sont rehaussées de grillages, équipées de caméras, et pour certaines, telles celle de Sainte-Lucie ou le SISO, surmontées de barrières de détection à infrarouge en 2010.

Parallèlement, tous les grillages de clôture de ces cours sont munis depuis 2012 d'une alarme par détection de vibrations.

Les patients peuvent donc accéder sans difficultés aux espaces extérieurs pendant les heures autorisées.

En outre, les unités ouvertes sont en cours d'être munies d'un vidéo portier à clavier numérique dont l'écran se trouve au poste des soignants, qui permet aux patients de sortir librement et de rentrer dans l'unité quand ils le souhaitent avec le digicode. Au moment de la visite, les unités Sainte Madeleine et Saint Damien étaient équipées, Saint Laurent et Saint Louis en cours d'installation et Sainte Lucie devait l'être par la suite.

Enfin, il va de soi qu'un renforcement de la climatisation dans les unités serait le bienvenu, aussi bien pour les soignants que pour les patients, alors que la chaleur est fortement ressentie en été. En outre, la proximité d'un nœud autoroutier sur le côté Est de l'établissement, alors que les fenêtres ne sont pas toutes étanches et sont à simple vitrage, occasionne des nuisances de bruit conséquentes, dont certains patients se sont plaints auprès des contrôleurs. Certaines unités, d'autre part, subissent des remontées d'odeurs nauséabondes qui indisposent les uns et les autres ; c'est le cas à Saint Amédée.

➤ Selon l'observation n° 30 du rapport de visite de 2010 : « *Les offices avoisinant les salles à manger devraient être mis en conformité avec les normes HACCP* ».

La quasi totalité des offices dans les unités est mise aux normes HACCP avec le local des produits propres séparé celui des produits sales. Les accès sont également séparés, les locaux réhabilités avec des carrelages refaits et les peintures rafraîchies.

Il est précisé aux contrôleurs que les services vétérinaires ont validé ces dispositions.

Toutefois, il est constaté que l'office de l'USIP n'a pas été modifié et donc qu'il n'est pas aux normes, de même que celui de l'unité Sainte Monique. Celui de l'unité Saint Pierre ne comporte qu'un seul accès et une porte mitoyenne sépare les deux compartiments.

Deux échantillons de repas sont prélevés lors des services et conservés sur place, quatre d'entre eux sont apportés aux services vétérinaires, soit un par semaine ; un laboratoire indépendant effectue aussi deux prélèvements mensuels sur place ainsi qu'un prélèvement de surface. Il n'est pas fait état, de la part des patients ou des soignants, de difficultés alimentaires.

Cependant, les contrôleurs constatent aussi que les soignants ne disposent pas partout de salle de pause, et se servent des offices comme tisanerie et de la salle à manger pour « décompresser » ; c'est notamment le cas dans les unités Saint Amédée, Saint Gilles, Saint Pierre et Sainte Monique.

De ce fait, il convient de noter que les conditions de travail des personnels ne sont pas ce qu'elles devraient être.

C'est le cas de certains bureaux trop exigus et peu ergonomiques (unité Saint Amédée), avec des vestiaires communs hommes et femmes y compris pour certains les locaux sanitaires dont les portes des cabinets d'aisance, eux aussi communs, ne verrouillent pas (unité Saint Gilles), ou encore dégradés et malpropres. Une fuite d'eau importante provenant de l'étage supérieur est également remarquée dans le vestiaire des femmes de l'unité Saint Pierre.

Il est également noté que le vestiaire des hommes de cette unité, très exigü, fait aussi office de dépôt.

## **5.5.2 Les effectifs en personnel et ses conséquences sur la prise en charge des patients**

### **5.5.2.1 Les effectifs en personnel au sein des unités fermées et en psycho-gériatrie**

Durant l'année 2013, le CH a engagé 500 000 euros de dépenses en recrutement de personnel intérimaire pour l'ensemble de l'établissement. Les trois quarts de ces postes à pourvoir comprenaient les postes du personnel aide soignant.

Il n'a pas été possible d'obtenir des données précises sur le taux d'absentéisme dans les unités fermées ; il serait prévu d'élaborer un outil statistique.

Selon les propos recueillis par les contrôleurs, la convention actuelle du CHS favoriserait l'absentéisme puisqu'il n'existe pas de jours de carence pour les congés maladie. L'ensemble des cadres de santé des unités fermées, interrogé sur ce point, n'a pas fait état d'un fort taux d'absentéisme parmi leurs personnels paramédicaux.

A partir du mois de juin 2013, le CHS a opéré un changement notoire dans le secteur des ressources humaines. Tout d'abord, grâce à une convention établie avec le CHU de Nice, le CH Sainte-Marie a recruté six médecins psychiatres assistants, en poste pour deux ans. Par ailleurs, la majorité des psychiatres recrutés récemment exerce en intra hospitalier uniquement.

Pour la majeure partie, les unités fermées ont obtenu des équipes paramédicales pratiquement au complet<sup>23</sup>. Ainsi, au sein du pôle de soins sans consentement, les équipes du matin et d'après midi sont constituées de quatre personnels paramédicaux dont deux infirmières diplômées d'Etat (IDE) et deux aides soignants (AS)<sup>24</sup>. Cependant, les effectifs d'après-midi sont parfois au nombre de trois paramédicaux en raison de congés, d'heures supplémentaires à récupérer ou de postes restant à pourvoir.

Les effectifs de nuit comprennent un IDE et un AS. Le personnel de nuit fait partie d'un « pool de nuit » est n'est pas sous la responsabilité du cadre de santé de l'unité.

Une partie du personnel paramédical n'aurait pas eu le choix de se positionner sur un pôle spécifique au moment du passage aux unités ouvertes. Un des cadres de santé interrogés a tenu les propos suivants : « Ils avaient dit qu'ils attendraient environ six mois pour que le personnel se positionne sur un pôle mais il ne s'est rien produit. C'est une autre philosophie du soin que de travailler dans une unité fermée. Il faut être partie prenante et ne pas avoir peur des patients. »

Le personnel paramédical ayant été embauché récemment, les équipes ne sont pas homogènes, certaines sont en partie constituées de jeunes IDE nouvellement diplômées et qui

<sup>23</sup> Il a été précisé aux contrôleurs que les derniers postes vacants seraient pourvus en février 2014.

<sup>24</sup> L'USIP possède un effectif plus important du fait du caractère de dangerosité des patients dont elle a la charge.

nécessitent un accompagnement. Quatre d'entre elles, interrogées par les contrôleurs, ont dit s'être orientées en psychiatrie par choix et semblaient investies dans leur travail.

Hormis les unités de psycho-gériatrie, pour lesquelles le poste de psychologue n'est pas pourvu, chaque unité comprend un psychologue exerçant à 80% et une assistante sociale exerçant à 50%.

Un poste d'éducateur sportif et un poste d'art thérapeute à temps partiel pour le pôle de soins sans consentement avaient été prévus dans le budget de l'année 2013. Lors de la visite des contrôleurs, ces postes n'étaient pas pourvus, hormis l'USIP qui bénéficie d'un poste d'art thérapeute exerçant à mi temps. Il a été indiqué que, pour des raisons budgétaires, ces postes n'étaient plus d'actualité.

Il est prévu que le personnel de la fédération sociothérapique et culturelle (FSC) intervienne en remplacement sur le pôle de soins sans consentement.

Les deux tableaux suivants présentent les effectifs de jour pour les six unités fermées, l'USIP et les deux unités de psycho-gériatrie.

Pour les unités Sainte Monique, Saint Maurice et Saint Amédée :

Effectifs au 16-01-2014	Saint Monique		Saint Maurice		Saint Amédée	
	Réel	Théorique	Réel	Théorique	Réel	Théorique
Médecin - Chef	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12
Médecin Psychiatre	1	1	1	1	1	1
Médecin Généraliste	0,05	0,17	0,05	0,17	0,05	0,16
Cadre supérieur de santé	0,10	0,10	0,13	0,13	0,12	0,12
Cadre d'unité	1	1	1	1	1	1
IDE	7,50	8	8	8	9	8
Aide-soignant	6	6	5	6	5	6
ASH	6	4,5	4	4,50	4	4
Psychologue	0,80	0,50	0,80	0,50	0,80	0,50
Assistante sociale	1	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50
Educateur sportif		0,25		0,25		0,25
Art thérapeute		0,10		0,10		0,10
Secrétaire médicale	1	0,50	1	0,50	1	0,50
<b>TOTAL</b>	<b>24,57</b>	<b>22,74</b>	<b>21,60</b>	<b>22,77</b>	<b>22,59</b>	<b>22,25</b>

Bien que l'unité **Sainte Monique** bénéficie d'un poste de médecin psychiatre à temps plein, ce poste est pourvu par deux médecins seniors et un interne.

Selon les propos recueillis par les contrôleurs, le plein effectif en IDE devait être atteint au 10 février 2014. La moitié de l'effectif paramédical est constitué d'IDE nouvellement diplômées dont deux ont pris leur poste le 6 janvier 2014.

A l'unité **Saint Maurice**, l'équipe d'IDE, dont une sage-femme employée comme infirmière, est au complet depuis une semaine.

Au moment du contrôle, le médecin psychiatre de l'unité **Sainte Amédée** était en poste depuis deux semaines. A tour de rôle, cinq psychiatres ont occupé ce poste durant les deux dernières années, l'unité ayant connu trois chefs de service en deux ans.

Bien que l'effectif comptabilise neuf IDE, deux d'entre elles ont des activités syndicales générant des absences au sein de l'unité. Ainsi, l'une d'entre elles bénéficiait de dix jours d'absence pour activités syndicales durant le mois de janvier.

Lors de la visite des contrôleurs, trois personnes étaient en arrêt maladie de courte durée. Il a été précisé que ces congés maladie restaient exceptionnels.

Pour les unités Saint Gilles, Saint Pierre et Saint Jérôme :

Effectifs au 16-01-2014	Saint Gilles		Saint Pierre		Saint Jérôme	
	Réel	Théorique	Réel	Théorique	Réel	Théorique
Médecin - Chef	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12
Médecin Psychiatre	1	1	1	1	1	1
Médecin Généraliste	0,05	0,16	0,05	0,17	0,05	0,17
Cadre supérieur de santé	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10
Cadre d'unité	1	1	1	1	1	1
IDE	7,80	8	8	8	6,50	8
Aide-soignant	6	6	5,50	6	5	6
ASH	4	4	4	4	4	4,50
Psychologue	0,80	0,50	0,80	0,50	0,80	0,50
Assistante sociale	0,80	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50
Educateur sportif		0,25		0,25		0,25
Art thérapeute		0,10		0,10		0,10
Secrétaire médicale	1	0,50	1	0,50	1	0,50
<b>TOTAL</b>	<b>22,67</b>	<b>22,23</b>	<b>22,07</b>	<b>22,24</b>	<b>20,07</b>	<b>22,74</b>

Lors de la visite des contrôleurs, le médecin psychiatre était en poste à l'unité **Saint Gilles** depuis trois mois. Auparavant, ce poste avait été occupé par deux psychiatres, dont un exerçait à mi-temps, tandis que le second partageait son temps entre l'intra et l'extra hospitalier.

Les contrôleurs ont recueilli les propos suivants : « L'équipe de personnel soignant est en mouvement depuis la nouvelle réorganisation ; nous nous sommes retrouvés avec beaucoup de nouvelles embauches qu'il faut encadrer. »

La cadre de santé de l'unité **Saint Jérôme** était en poste depuis trois semaines. Ce poste est resté vacant puis il a été occupé par un personnel intérimaire pendant plusieurs mois.

Concernant l'effectif d'IDE, il été indiqué que l'équipe devrait être au complet dès le 3 février. La cadre a indiqué que durant la première semaine de son arrivée, son équipe d'IDE était au nombre de cinq. Parmi l'équipe actuelle d'IDE, quatre sont nouvellement diplômées. Ces infirmières bénéficient de l'accompagnement et de l'expérience des aides soignants, en poste depuis de nombreuses années au sein de l'unité.

La cadre de santé de l'unité **Saint Pierre** était en poste depuis le mois d'octobre.

L'unité ayant connu des problèmes d'effectifs durant la période d'été, l'équipe paramédicale avait dû en conséquence être renouvelée en grande partie : soixante-cinq recrutements de personnel paramédical auraient eu lieu entre le mois de juillet 2009 et le mois de juin 2013.

Pour les unités Saint Damien, Saint Pierre et l'USIP :

Effectifs au 16-01-2014	Saint Damien <sup>25</sup>		Sainte Madeleine		USIP	
	Réel	Théorique	Réel	Théorique	Réel	Théorique
<i>Médecin - Chef</i>	0,10	0,10	0,10	0,10	0,12	0,12
<i>Médecin Psychiatre</i>	0,50	0,50	0,50	0,50	1	1
<i>Médecin Généraliste</i>	0,10	0,20	0,10	0,20	0,10	0,20
<i>Cadre supérieur de santé</i>	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10
<i>Cadre d'unité</i>	1	1	1	1	1	1
<i>IDE</i>	5	6	5,50	6	10	11
<i>Aide-soignant</i>	8	8	8	8	7	7
<i>ASH</i>	4	4	3,50	4	4	4,50
<i>Psychologue</i>		0,40		0,40	0,50	0,50
<i>Assistante sociale</i>	0,50	0,50	0,50	0,50		
<i>Educateur sportif</i>						0,50
<i>Art thérapeute</i>					0,50	0,40
<i>Secrétaire médicale</i>	0,50	0,50	0,50	0,50	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>19,80</b>	<b>21,30</b>	<b>19,80</b>	<b>22,30</b>	<b>25,32</b>	<b>27,32</b>

L'unité **Sainte Madeleine** est restée sans cadre de santé durant un an. La cadre de santé de l'unité Saint Damien a assuré les deux fonctions pendant toute cette période.

Il a été précisé aux contrôleurs que l'effectif d'IDE pour les deux unités serait au complet début février. A l'unité Sainte Madeleine, 80% des infirmières sont de jeunes diplômées ayant fait le choix de travailler dans ses unités car le soin somatique représente une part importante dans la prise en charge du patient. Cet effectif est complété par un médecin de l'Europe de l'Est faisant fonction d'infirmière. Lors de la prise de poste du cadre de santé en octobre 2013, l'équipe d'infirmières était principalement constituée de personnel intérimaire.

<sup>25</sup> L'unité Saint Damien et Sainte Madeleine sont des unités de psychogériatrie



L'unité **Saint Damien** est dotée d'une équipe stabilisée qui, selon les propos recueillis, est motivée et stimule les patients.

Le personnel soignant de ces deux unités déplore l'absence d'un psychologue.

L'**USIP** semble être la seule unité qui n'ait pas souffert d'un manque d'effectifs en personnel paramédical. L'unité a cependant fonctionné pendant un an sans médecin psychiatre<sup>26</sup>, le médecin chef assurant l'intérim durant toute cette période.

### 5.5.2.2 La prise en charge des patients

L'ensemble des cadres de santé s'accorde à dire que la situation au sein de chacune de leur unité respective s'est améliorée à partir du mois de juin 2013. L'un des cadres de santé a tenu les propos suivants : « Auparavant avec trois soignants, on ne pouvait que répondre à la demande des patients. Aujourd'hui, avec quatre soignants, nous sommes dans la réflexion et pas seulement dans l'action. On anticipe la demande des patients et on est pertinent dans notre prise en charge ». Un personnel infirmier a ajouté : « Nous travaillons moins dans l'urgence et dans le stress, nous sommes plus disponibles et nous avons du temps pour conduire des entretiens avec les patients. » Grâce à l'augmentation des effectifs, le personnel infirmier est en mesure d'assister aux consultations conduites par le médecin psychiatre, lui permettant ainsi d'avoir une meilleure connaissance du patient. Les contrôleurs ont constaté que cette pratique avait été mise en place dans toutes les unités. Le personnel médical a également davantage de temps à consacrer aux familles et peut travailler avec elles sur la notion d'adhérence au soin.

Les contrôleurs ont constaté un changement notoire concernant l'accès aux cours et aux terrasses. Dans les six unités fermées, les patients peuvent avoir accès à la cour de 7h à 22h, sauf pendant les heures de repas où l'accès est momentanément fermé. Un des cadres de santé a tenu les propos suivants : « Même s'il manque du personnel, on les laisse aller sur la terrasse. Pour les patients en proie à une crise d'angoisse, c'est important qu'ils puissent sortir et fumer ». Les patients rencontrés par les contrôleurs ont confirmé que l'accès à la cour ou à la terrasse était libre à tout moment sauf durant les repas. Tous ces espaces sont équipés d'un dispositif d'allumage de cigarette quelque peu artisanal, consistant en un briquet maintenu par une ficelle fixée à une table ou à la rambarde de l'escalier.

Dans chaque unité, la présence d'une assistante sociale est grandement appréciée par le personnel soignant qui a tenu les propos suivants : « L'assistante sociale joue un rôle important dans les projets d'insertion, les questions de logement, les droits à la sécurité sociale, l'organisation des post cures et puis elle fait le lien avec les tuteurs. »

Au moment du contrôle, une réflexion autour de l'articulation entre les psychologues et le personnel soignant venait d'être engagée par le chef de pôle, l'idée étant que les psychologues, outre leur travail de psychothérapie, mettent en place un atelier thérapeutique dans chaque unité fermée. La majeure partie des cadres de santé rencontrés a indiqué aux contrôleurs que des réunions de travail étaient prévues dans les jours ou les semaines à venir.

Le passage à l'intersectoriel ne s'est pas opéré sans heurts dans certaines unités. Ceci est, en partie, lié au renouvellement des équipes qui s'est produit durant la même période. Les contrôleurs ont recueilli les propos suivants : « Tout cela vient juste de se mettre en place, on est encore dans la phase de balbutiement. Depuis que nous n'admettons que des patients

<sup>26</sup> Ce poste vacant a fait suite au renvoi du médecin psychiatre après l'« évasion » d'une personne détenue hospitalisée dans le service.

en soins sans consentement, la prise en charge est beaucoup plus lourde car beaucoup sont des patients qui demandent une attention particulière. On sent une tension dans le service, les phénomènes de violence ou d'agressivité sont plus fréquents. Le personnel soignant est constamment sollicité. » D'autres personnels interrogés apprécient en revanche « le côté cadré et structurant » d'une unité fermée.

Cette nouvelle restructuration a conduit certaines équipes à vouloir demeurer au sein de leur unité, plutôt que de détacher du personnel pour organiser une sortie à l'extérieur. Ainsi, les unités Saint Jérôme et Saint Gilles, qui avaient pour habitude d'organiser toutes les semaines une sortie pour quatre patients en mutualisant leurs effectifs, avaient mis fin à cette initiative trois mois avant le contrôle.

L'accès à la cafétéria et aux pelouses pour les patients, nécessitant la présence d'un personnel soignant, reste très limité. Parmi les six unités fermées, seul le personnel des unités Saint Amédée et Saint Maurice accompagne ses patients tous les jours à la cafétéria. En principe, un personnel paramédical accompagne trois patients. Dans les quatre autres unités, les sorties à la cafétéria s'organisent à raison de deux à trois fois par semaine ou le week-end uniquement.

Durant la visite des contrôleurs, le nombre de patients par unité ne pouvant pas sortir seuls était le suivant :

- cinq à l'unité Saint Monique ;
- sept à l'unité Saint Gilles ;
- deux à l'unité Saint Pierre ;
- cinq à l'unité Saint Jérôme.

Les contrôleurs se sont entretenus avec trois de ces patients ne pouvant pas sortir, qui ont tous déploré le fait de ne pas pouvoir aller à l'extérieur tous les jours. Une patiente a tenu les propos suivants : « Ici c'est très amical, le personnel est accessible mais il est très occupé alors je n'abuse pas, je ne demande pas à sortir tous les jours. ». Un patient d'une autre unité a ajouté : « J'ai besoin de marcher, la terrasse ça n'est pas suffisant. Ici, même si le personnel est gentil, je tourne en rond. »

Interrogés sur ce point par les contrôleurs, le personnel soignant a invoqué les raisons suivantes :

- la prise en charge des patients hospitalisés sans consentement mobilise le personnel soignant qui ne peut pas se rendre disponible pour sortir avec les patients ;
- une unité fermée exige la présence du cadre et de trois personnels paramédicaux. Hors, certaines unités se retrouvent avec un effectif de trois paramédicaux l'après-midi ;
- malgré la création d'un pool de personnel chargé d'accompagner les patients à l'extérieur de l'hôpital pour les audiences devant le JLD notamment, le personnel soignant des unités est également sollicité. Ainsi la semaine précédant la visite des contrôleurs, le personnel de l'unité Saint Gilles a dû accompagner quatre patients, dont trois à des consultations somatiques externes et le quatrième à la cour d'appel d'Aix-en-Provence. Un des personnels soignants a tenu les propos suivants : « maintenant que la prise en charge somatique s'organise en externe, ça tombe sur nous ».

Les sorties à l'extérieur de l'hôpital sont également peu nombreuses. Quelques sorties ont eu lieu en fin d'année et consistaient à faire du shopping et à prendre un repas dans un *fast-food*. Ces sorties mobilisent deux personnels paramédicaux pour quatre patients.

Les activités au sein des unités sont pour ainsi dire inexistantes ; les cadres ont évoqué des équipes nouvellement constituées et une enveloppe budgétaire restreinte<sup>27</sup>.

Le personnel des unités compense l'absence de sorties et d'activités en inscrivant, pour ceux qui le souhaitent, les patients aux activités organisées par la FSC. Dans la majeure partie des unités, plus d'un tiers des patients participent aux activités. Pour les patients nécessitant l'accompagnement d'un soignant pour se rendre aux activités, le personnel de l'unité et le personnel de la FSC se relaient à tour de rôle. Un patient, nécessitant l'accompagnement d'un personnel soignant, a expliqué aux contrôleurs qu'il pouvait participer quasiment tous les jours aux activités, cela compensait le fait qu'il ne puisse pas se rendre à la cafétéria quotidiennement.

S'agissant de l'USIP, comme précisé dans le premier rapport de visite, des ateliers d'art thérapie et des activités sportives sont proposées aux patients. Un projet de fresque dans la salle commune était en cours d'élaboration au moment du contrôle. Il sera co-animé par l'art thérapeute et le personnel paramédical.

Les unités de psychogériatrie accueillent des patients pour la plupart peu autonomes et nécessitant une aide à la toilette et des soins de nursing importants. De surcroît, le personnel infirmier consacre une part non négligeable de son temps aux soins somatiques. Toute la matinée est donc dédiée aux toilettes et aux soins somatiques. Les contrôleurs ont constaté que les cadres des deux unités accordaient une importance particulière aux toilettes et aux soins de nursing, souhaitant qu'ils soient réalisés dans des délais convenables afin que les patients puissent prendre leur petit-déjeuner et déjeuner à heure fixe.

Les après-midi s'organisent autour de la sieste, du goûter et des visites des familles.

Durant les week-ends où l'activité est plus calme, le personnel propose des jeux de société aux patients ou des séances de pose de vernis à ongle pour les dames.

La terrasse est peu fréquentée car les patients ne fument pas, a-t-on expliqué aux contrôleurs.

Durant les périodes de beau temps, le personnel paramédical accompagne certains patients à la cafétéria à raison de deux fois par semaine.

Le personnel des deux unités souhaiterait obtenir un poste de psychomotricien à mi-temps afin de pouvoir travailler sur l'équilibre psychocorporel des patients.

### 5.5.3 Une vidéosurveillance généreuse et discutable

- Les observations n° 13 et 26 du rapport de visite de 2010 faisaient état des éléments suivants : « *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. (...) 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* ».

<sup>27</sup> Selon les propos recueillis, une somme de 1200 euros par an serait allouée à chaque unité.

Dans le cadre de sa réorganisation, l'établissement a généralisé l'installation de la vidéosurveillance.

Le jour de la visite, 302 caméras étaient en place dans les lieux suivants :

- 212 sont disposées dans les lieux de circulation : couloirs espaces communs et cours ;
- 21 surveillent les espaces extérieurs de l'hôpital, dont 13 avec dispositif d'orientation et de grossissement. Elles sont disposées sur les parkings et lieux sensibles sur la périphérie. Les images sont reçues sur écran au poste de sécurité, enregistrées et conservées sept jours avant écrasement ;
- 45 sont placées dans les chambres d'isolement ;
- 24 sont mises en place dans les chambres.

Transmis par l'établissement, le tableau ci-après indique leur répartition :

Unités de Soins	Nombre de caméras		
	Chambres ISO	chambres	Circulation
ST Louis	2		10
SIPAD	2		16
<b>SISO</b>	17		18
ST Joseph	1	3	9
<b>St Amedee</b>	2		14
St Genevieve	1	11	4
<b>St Gilles</b>	2		14
<b>St Jerome</b>	2		14
St Lazare	2		14
St Lucie	2		9
<b>St Maurice</b>	1		7
<b>St Monique</b>	1		7
<b>St Pierre</b>	1		15
St Vivien	1	4	1
<b>USIP</b>		6	9
St Laurent	2		14
St Augustin	2		14
St Damien	1		1
St Madeleine	1		1
St Therese	1		
St Catherine	1		
Extérieur			21
	45	24	212
<b>Total</b>			<b>281</b>

Hormis les images des caméras extérieures transmises au poste de sécurité de l'établissement, toutes les autres sont reçues à l'unité où elles sont installées. C'est ainsi que

le poste de soin du SISO reçoit les images de trente-cinq caméras, ce qui le transforme presque en poste de surveillance et de sécurité.

Toutes les chambres d'isolement sont équipées à raison de deux par chambre pour les dernières qui en sont dotées, soit dans dix unités.

Malgré les dénégations de certains soignants, il est aussi constaté que nombre d'entre elles sont également sonorisées.

Il est remarqué que ces appareils sont disposés en diagonale au plafond de la chambre, ce qui procure une vision totale du lieu. De ce fait rien n'échappe à la vue, pas même les actes les plus intimes. En effet ces chambres disposent, pour certaines, d'un cabinet de toilette inaccessible directement par le patient, et d'autres n'en disposent pas. Dès lors, il est mis à disposition un bassin pour satisfaire aux besoins naturels ; si la personne est sous contention, il est précisé que le personnel soignant intervient.

Cette organisation pose tout de même le problème du respect de la dignité de la personne. En effet, si l'on admet que le personnel peut être présent dans la chambre, il est plus difficile de concevoir que les images puissent être vues par toute personne qui se présente au poste des soignants. Certes, dans certaines unités, l'écran est disposé de façon à ne pas être aperçu par la personne en visite, mais se pose alors le problème de la sonorisation qui attire l'attention et le regard.

Il est, d'autre part, remarqué que les quatre chambres d'isolement de l'USIP ne comportent qu'une caméra disposée de telle sorte qu'elle prend en totalité dans son champ, et de face, le WC disposé dans la chambre. Les autres chambres à un lit ne comportent aussi qu'une caméra.

L'équipement des cours a nécessité pour certaines la suppression de massifs arborés ou éléments de décoration pour faciliter la surveillance : c'est le cas au SISO, et cela semble programmé à l'unité Saint Jérôme.

Les contrôleurs se sont ouverts de ces questions aux responsables administratifs et médicaux de l'établissement qui ont affirmé sans ambiguïté la primauté de la sécurité sur l'intimité.

En outre, les personnels soignants interrogés sur l'opportunité d'un tel déploiement considèrent que cela les sécurise et permet disent-ils « d'intervenir plus rapidement et avec plus d'efficacité lors d'incidents dans les espaces communs ou lieux de circulations qui comportent de nombreux angles morts ».

## **5.6 Le respect des droits des patients**

### **5.6.1 L'accès aux cultes**

- L'observation n° 5 du rapport de visite de 2010 relevait : « *L'information sur les modalités d'accès aux cultes devrait être délivrée dans toutes les unités du centre hospitalier* ».

La situation ne connaît pas de réelle évolution depuis la mission de 2010.

L'aumônerie catholique est animée par un diacre qui exerce un rôle d'intermédiaire entre les ministres des autres cultes – israélites, protestants, musulmans – et les patients qui souhaitent les rencontrer.

Selon les indications données aux contrôleurs, les soignants « restent peu sensibilisés » à ce type de besoin. Dans les unités saint Gilles, Sainte Monique et Saint Amédée, l'information sur la possibilité de rencontrer un prêtre, un pasteur, un rabbin ou un imam n'est pas donnée aux patients arrivants.

L'unité Saint Maurice est la seule où cette information est donnée lors de l'entretien d'accueil.

Selon les propos tenus aux contrôleurs dans une unité, les patients qui émettent le souhait de pratiquer le Ramadan sont découragés de le faire : « il y a des demandes, mais cela créerait trop de difficultés, on leur explique ».

Concernant le culte catholique, le diacre fait tous les dimanches à 10h une célébration qui regroupe une dizaine de patients. Ceux des unités fermées doivent être systématiquement accompagnés par un soignant pour s'y rendre. Les horaires des célébrations importantes comme Pâques ou Noël font l'objet d'une information aux soignants via l'Intranet.

### 5.6.2 La possession d'objets personnels

➤ Le rapport de visite de 2010 mentionnait les éléments suivants :

- « *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* » (observation n° 5) ;
- « *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* » (observation n° 8) ;
- « *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* » (observation n° 9).

Concernant la possibilité de conserver des objets personnels comme un téléphone portable, il a été dit aux contrôleurs que dans toutes les unités – hormis l'USIP –, « la règle est l'autorisation et la restriction l'exception ». Les privations ou restrictions d'usage ne sont mises en œuvre que sur prescription médicale et pour une durée limitée. Le patient ne retrouve toutefois la possibilité d'utiliser son téléphone qu'après évaluation du praticien.

Dans la majorité des unités, les patients dépourvus de téléphone portable peuvent utiliser – de manière limitée – un téléphone dans le bureau de soins infirmiers, ou en passer depuis un *point phone* installé dans les parties communes.

Lors de la visite des contrôleurs, seule l'unité Sainte Monique disposait d'un *point phone* équipé d'un abat-son protégeant de manière suffisante la confidentialité des appels.

Les autres objets personnels font l'objet d'un inventaire contradictoire à l'arrivée des patients dans l'unité. Les objets dangereux (objets contondants, cordons de vêtements, ceintures, chargeurs de téléphones portables) ainsi que les briquets et cigarettes sont retirés. Les cigarettes sont laissées ou retirées selon la prescription médicale : « on gère les cigarettes pour certains patients fumeurs compulsifs ; on les laisse à ceux qui parviennent seuls à gérer leur consommation ». *A contrario*, les patients de l'USIP n'ont la possibilité de conserver leurs effets personnels, ni de posséder un téléphone portable.

Selon les indications données aux contrôleurs, les personnes détenues admises dans le service ne peuvent avoir une communication téléphonique qu'avec leurs avocats.

Plus généralement, l'information des patients sur le règlement intérieur est variable d'une unité à l'autre :

- à l'unité Sainte Monique, il est affiché dans la salle de soins infirmiers mais pas dans les parties communes ;
- il n'est pas été diffusé dans les unités Saint Maurice et Saint Jérôme ;
- les patients des unités Saint Gilles et Saint Amédée sont informés oralement des règles de vie de l'unité ainsi que de leur droits ;
- bien que l'USIP dispose d'un règlement spécifique, aucun livret d'information n'est donné aux patients de cette unité.

### 5.6.3 Les visites

- Selon l'extrait de la note de transmission du rapport de visite adressée, le 14 décembre 2010, au ministre du travail, de l'emploi et de la santé : « [les] visites (...) se déroulent souvent dans des locaux inadaptés, lesquels ne garantissent pas davantage, notamment, la confidentialité des échanges. Hormis dans le cas où les visites sont prohibées sur décision médicale, le droit au respect de la vie familiale implique la protection des échanges entre le patient et ses proches ».

La situation n'a pas évolué depuis 2010 : les patients peuvent recevoir la visite de leurs proches tous les après-midi de 13h30 à 18h sept jours sur sept, sauf prescription médicale limitant temporairement celles-ci.

Aucune unité ne dispose d'un lieu convivial consacré aux visites ; celles-ci ont lieu dans les parties communes parmi les autres patients, dans les chambres individuelles (l'unité Saint Amédée), dans le jardin pour les unités qui en sont équipées ou dans le parc de l'établissement.

Les patients hospitalisés au titre de l'article de l'article D. 398 du code de procédure pénale à de l'USIP ne peuvent recevoir la visite de proches que si ces derniers sont déjà titulaires d'une autorisation de visite émanant de l'établissement pénitentiaire d'où ils proviennent.

### 5.6.4 La bibliothèque

- La conclusion n° 19 du rapport de visite de 2010 relevait : « L'absence de bibliothèque est préjudiciable à l'ensemble des patients ».

La « fédération » est un service de l'hôpital qui organise des activités pour les patients de toutes les unités (hormis l'USIP) ; elle dispose d'une bibliothèque de 500 ouvrages pour l'ensemble des patients. Bien que modeste, ce fonds serait, selon les indications données aux contrôleurs, suffisant. L'hôpital a toutefois signé une convention avec une bibliothèque de Nice pour obtenir un prêt de 100 ouvrages supplémentaires pendant un an. Par ailleurs, il arrive que des petits groupes de patients (six au maximum) soient accompagnés à des bibliothèques extérieures.

Par ailleurs, les missions de la « fédération » ont évolué : autrefois occupationnelles, les activités sont maintenant associées au projet de soins. Le service, composé de quatorze intervenants dont un art-thérapeute, un éducateur spécialisé et un aide soignant est associé

aux bilans thérapeutiques, aux synthèses et aux évaluations. Ainsi 206 heures d'activités sont organisées chaque semaine pour une capacité de 207 heures selon les équivalents temps plein (ETP) existants.

## 5.7 Le respect des procédures juridiques et l'application de la loi du 5 juillet 2011

### 5.7.1 Le durcissement des conditions de sortie et le gel des admissions

➤ Le rapport de visite de 2010 mentionnait les éléments suivants :

- « Le préfet des Alpes-Maritimes a, depuis janvier 2010, considérablement limité les levées des mesures d'hospitalisation d'office 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 » (observation n° 1) ;
- « Du fait de la sur-occupation du CHS, il devient impossible d'admettre des patients en hospitalisation libre), ce qui oblige un médecin à mettre en œuvre une hospitalisation sous contrainte infondée pour obtenir des soins en hospitalisation » (observation n° 2) ;
- « Les chambres d'isolement sont occupées par des patients dont l'état clinique ne le justifie pas » (observation n° 25).

Liée à un évènement dramatique survenue en janvier 2010, ayant impliqué un patient soigné dans l'établissement, le préfet avait brutalement et sensiblement durci les conditions dans lesquelles une hospitalisation d'office – selon la terminologie utilisée préalablement à l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011 – pouvait évoluer, soit sous la forme d'une sortie d'essai, soit pour une sortie vers un lieu de soins extrahospitaliers. Lors de la visite effectuée en 2010, les contrôleurs avaient relevé les conséquences de cette volonté drastique de réduire les sorties, sur les autorisations de sorties d'essai et les sorties définitives : une pénurie de lits disponibles et, afin d'admettre de nouveaux patients, le recours à des dévoiements tels que la mise en œuvre infondée d'hospitalisation sans consentement ou l'utilisation des chambres d'isolement comme chambres de droit commun.

Cette situation n'a plus cours en janvier 2014.

Le tableau suivant montre une légère reprise des admissions à partir de 2011 et un accroissement très sensible en 2012 et 2013, permettant de retrouver les chiffres de l'année 2009 :

Années	HDT/SPDT ou PI	HO/SPDRE	Total
2009	731	240	971
2010	648	191	839 (- 16 %)
2011	690	165	855 (+ 2 %)
2012	742	222	964 (+ 13 %)
2013	797	168	965 (+ 0,1 %)



Il n'a été fait état d'aucune difficulté particulière lorsqu'un médecin envisage un programmes de soins ou une fin de mesure. Mise en place au niveau de la préfecture, la commission de régulation des flux, évoquée dans le rapport de visite de 2010, n'existe plus.

Les contrôleurs ont également noté lors de la contre-visite qu'aucune chambre d'isolement n'était occupée en raison d'une absence de lit disponible.

### 5.7.2 Le registre de la loi

➤ Selon l'extrait de la note de transmission du rapport de visite adressée, le 14 décembre 2010, au ministre du travail, de l'emploi et de la santé : « *la législation actuelle ne prévoit pas que le registre de la loi est ouvert et coté par une autorité – ainsi que cela existe pour d'autres registres (en matière de garde à vue, par exemple). Un texte réglementaire d'application de l'article L.3212-11 du code de la santé publique devrait donner cette garantie supplémentaire, l'autorité pouvant être celle de la commune* ».

Le registre de la loi est tenu par le bureau des admissions situé dans le bâtiment de la direction générale. Il existe deux catégories de registres, l'une mentionnant les admissions en soins psychiatriques par décision du représentant de l'Etat (ASPDRE), l'autre mentionnant les admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT).

A l'examen des deux catégories de registres, les contrôleurs formulent les observations suivantes :

- les registres ne comportent toujours pas la mention de l'autorité qui a procédé à l'ouverture ;
- les feuillets sont numérotés à mesure de l'ouverture des dossiers ;
- les certificats et arrêtés au format A4 sont pliés en six et collés sur le folio correspondant, ainsi que les ordonnances du JLD, ce qui accroît considérablement l'épaisseur du registre et rend sa consultation malaisée, sans parler des difficultés d'archivage.
- le nom du tuteur, du curateur ou du mandataire n'est pas toujours mentionné ;
- il en est de même pour la mention du jugement.

L'attente des services est forte quant à la mise en place de la dématérialisation des registres telle que prévue par la loi du 27 septembre 2013.

Les contrôleurs ont vérifié que les registres sont visés par les autorités conformément au dernier alinéa de l'article L. 3212-11 susmentionné. Depuis la visite de 2010, figurent les visas des autorités suivantes :

- 27 décembre 2013 : visa du JLD du TGI de Nice, qui note que la mise à jour s'arrête au 6 décembre 2013 pour le registre ASPDRE et au 16 décembre 2013 pour le registre ASPDT ;
- 6 mars 2013 : visas de deux membres de la CDSP ;
- 22 juin 2012 : visa du JLD ;
- 28 juin 2011 : visa du procureur de la République près le TGI de Nice ;
- 30 mai 2011 : visas de la présidente du TGI et le JLD ;
- 28 janvier 2011 : visas du directeur de cabinet du préfet et du secrétaire général adjoint de la préfecture ;

- 3 décembre 2010 : visa du JLD ;
- 28 mai 2010 : visas du vice-procureur et du procureur adjoint ;
- 24 février 2010 : visas de deux membres de la CDSP.

La chef de service a exposé que le retard, mentionné par le JLD lors de sa visite du 27 décembre 2013, est en voie de résorption : il s'explique, d'une part, par la surcharge de travail due au recueil des certificats, à leur traitement et à la mise en forme des dossiers et, d'autre part, au départ en retraite d'une personne, une autre étant malade depuis longtemps et mise en incapacité de travail.

Au moment du contrôle, un recrutement venait d'être réalisé et il est constaté que la mise à jour est effective au 28 décembre 2013.

### 5.7.3 La notification des droits

- Les observations n°3 et 4 du rapport de visite de 2010 indiquaient respectivement : « *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 (...). Le bureau des entrées devrait faire preuve d'un plus grand contrôle sur le tiers faisant la demande d'hospitalisation en HDT* ».

La loi prévoit que la personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement doit être informée, « le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission » et de chacune des décisions de maintien en soins.

Depuis 2010, l'ensemble des imprimés portant sur les décisions d'admission en soins sans consentement a été revu à la suite de l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011.

La décision d'admission en soins sans consentement est notifiée au patient à l'aide d'un document intitulé « Information des patients en soins psychiatriques sans consentement ».

Ce formulaire informe le patient de sa situation juridique et énonce les droits suivants :

- « de communiquer par courrier avec le préfet, le juge du tribunal de grande instance, le maire de la ville, le procureur de la République ;
- de prendre conseil auprès d'un médecin de votre choix, d'un avocat de votre choix ;
- de saisir la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, le médiateur de la République ;
- de vous pourvoir sur simple requête auprès du juge des libertés et de la détention (JLD) ».

Il est indiqué que des informations pourront être données par l'équipe soignante et le livret d'accueil, notamment les adresses utiles, ce document ne donnant en effet aucune de ces adresses.

Les contrôleurs ont constaté que ces adresses n'étaient pas directement disponibles pour les patients, sauf pour celle du JLD qui figure dans le livret d'accueil, et qu'elles ne figuraient sur aucun panneau d'affichage au sein des unités.

Le patient signe dans un cadre, qui figure sous l'énoncé des droits, pour attester qu'il a été informé sur la décision de son admission, sur les modalités de son hospitalisation et sur ses droits de communication et de recours. En cas de refus ou d'impossibilité de signer, deux

personnels – en général des soignants – signent une attestation que l'information a bien été donnée.

Le document n'indique pas qu'une copie de l'arrêté préfectoral a été remise au patient, ni même qu'un exemplaire de la notification lui a été donnée ; il est simplement mentionné que l'original est conservé dans le dossier du patient et qu'une copie est à transmettre au service des hospitalisations.

La notification d'une décision d'admission en soins sur décision du représentant de l'Etat repose donc sur ce seul support d'information, la signature du patient n'étant pas sollicitée sur l'arrêté préfectoral lui-même. Il a toutefois été indiqué qu'une ampliation de l'arrêté lui était remise.

Le patient prend en revanche connaissance de la décision d'admission de la compétence du directeur de l'établissement<sup>28</sup>, la notification étant faite sur la décision elle-même, dont une copie lui est également remise. Le document mentionne l'adresse de l'ARS pour pouvoir saisir la CDSP mais pas celle des autres autorités.

En outre, la direction du CH adresse un courrier à la personne civilement responsable du patient admis, « en principe dans les 24 heures ». La possibilité de saisir le JLD y est mentionnée ainsi que les coordonnées postales du tribunal de grande instance de Nice.

Sur le point concernant l'exigence d'un contrôle plus sévère des demandes de tiers, le bureau des entrées vérifie désormais, outre l'identité du tiers demandeur par la communication de la carte nationale d'identité, la conformité de la demande (vérification de la date et du caractère complet des éléments mentionnés) et, le cas échéant, l'ordonnance judiciaire de mise sous protection. Il est également recherché si le tiers n'est pas salarié à l'établissement, auquel cas l'admission en SDT n'est pas possible.

#### **5.7.4 Le contrôle des hospitalisations sans consentement par le JLD**

Dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011 qui a prévu un contrôle systématique des mesures d'hospitalisation complète sans consentement par le juge des libertés et de la détention (JLD), le choix de la juridiction a d'emblée été de tenir les audiences du JLD au siège du tribunal de grande instance et de ne pas recourir à la visioconférence.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 27 septembre 2013, une réflexion a été amorcée afin d'envisager la mise en place d'audiences foraines au sein de l'hôpital à l'échéance de l'automne 2014.

Le contrôle de droit du JLD porte exclusivement sur les hospitalisations complètes : il ne s'applique plus dès lors qu'un programme de soins est élaboré avec une modalité de sortie même si celle-ci ne dure que quelques heures dans une semaine. Ainsi, dans le cas où un programme de soins vienne modifier les conditions de prise en charge d'une personne d'abord hospitalisée à temps complet, l'audience du JLD qui avait été initialement programmée à quinze jours n'aura pas lieu si, entretemps, des modalités de sortie pendant le séjour à l'hôpital ont été arrêtées. Néanmoins, le patient garde toute latitude pour saisir directement le JLD et en est informé.

<sup>28</sup> Décisions portant admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (article L.3212 du code de la santé publique), en SDT urgence (article L.3213.3 du CSP), en péril imminent (L.3212.1-II-2° du CSP) ou maintien ou réadmission en hospitalisation complète.

Le service de la gestion administrative des patients assure la liaison entre le greffe du JLD et le secrétariat du pôle des soins sans consentement pour l'information des audiences et la transmission des documents (certificats, avis d'audience). Le service a été renforcé d'un poste supplémentaire de secrétariat en conséquence des missions nouvelles.

Deux ou trois jours avant l'audience, le greffe du JLD transmet au service de la gestion administrative des patients, par télécopie, les avis d'audience et une convocation nominative à remettre aux personnes concernées.

Cette convocation donne au patient les informations suivantes :

- la date, l'heure et le lieu où se tiendra l'audience ;
- la possibilité de choisir entre son propre avocat ou un avocat désigné d'office. La formulation de l'avis d'audience n'est pas explicite. D'une part, sa lecture laisse à penser que, dans tous les cas, l'audience se tiendra avec l'assistance d'un avocat<sup>29</sup>, alors qu'en réalité, comme ont pu le noter les contrôleurs, certains patients font le choix de ne pas être assisté. D'autre part, il n'est pas mentionné que la désignation d'un avocat commis d'office n'entraîne aucun frais, alors que les patients ont souvent des incertitudes sur ce point ;
- la possibilité d' « avoir accès aux pièces du dossier qui sera soumis au juge », en application des dispositions de l'article L.1111-7 du code de la santé publique qui est reproduit au bas du document de notification à signer.

Aucune information n'est donnée, dans l'avis d'audience ou le livret d'accueil, pour préciser la nature protectrice de la mission du JLD au regard des libertés individuelles dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement.

Il n'est pas non plus mentionné que la convocation à l'audience est conditionnée à un état de santé le permettant, voire au souhait de la personne de s'y présenter.

La convocation doit être retournée au greffe du JLD, signée par les patients concernés.

Pour l'année 2013, le nombre des défections à l'audience du JLD s'est élevé à 293 sur 909 patients convoqués, soit une proportion de 32 %, d'absences justifiées par un certificat médical d'incompatibilité (66 %) ou un refus du patient (34 %). Selon les indications données, le juge est toujours informé de la nature de l'absence du patient, soit par la transmission du certificat d'incompatibilité ou d'un courrier de la personne expliquant son refus, soit, à défaut de ce courrier, par une indication portée sur l'avis d'audience qui est retourné au greffier. En cas de défection, un avocat est systématiquement présent à l'audience.

L'organisation des audiences JLD mobilise plusieurs services de l'hôpital – la direction, la gestion administrative des patients, le secrétariat du pôle des soins sans consentement, les unités de soins, le service du transport – qui a créé un outil informatique commun que chaque service renseigne et qui génère pour chaque jour d'audience un « ordre de mission ».

<sup>29</sup> « **Vous pouvez vous faire assister d'un avocat de votre choix ou demander qu'il vous en soit désigné un d'office.** Dans ce dernier cas, vous voudrez bien nous adresser au plus vite votre demande, par l'intermédiaire de votre directeur d'établissement directement au greffe.

**En conséquence :**

- **Si un avocat, choisi par vos soins, vous assiste dans la procédure, celui-ci défendra vos intérêts à l'audience ;**
- **à défaut, le juge désignera d'office un avocat pour vous défendre** » (en gras dans le document).

Les audiences ont lieu au tribunal quatre demi-journées par semaine – tous les jours sauf le mardi – à partir de 10h. Entre deux et huit patients sont convoqués pour chaque audience (six, le 16 janvier 2014, jour auquel un contrôleur était présent).

Le transport est exclusivement assuré par les moyens de l'hôpital. Un chauffeur, membre du service « gestion des risques, qualité et sécurité », est prioritairement affecté à cette mission. Deux véhicules, respectivement de sept et neuf places, sont réservés pour assurer les trajets entre l'hôpital et le tribunal.

Les patients sont accompagnés par un seul personnel soignant, parfois deux, notamment en cas de comparution de patients de l'USIP. Ce personnel appartient à un « pool » de cinq personnes (3,20 ETP), trois hommes et deux femmes, spécialement constitué pour réaliser les missions judiciaires – audiences devant le JLD à Nice ou à la cour d'appel d'Aix-en-Provence – ainsi que l'encadrement des consultations extérieures au CH. Le pool est constitué d'agents placés sur des postes aménagés à la suite de décisions du médecin du travail.

L'organisation est différente pour un patient détenu qui est pris en charge par un personnel infirmier de son unité (généralement l'USIP) et transporté séparément à bord d'une ambulance escortée par la police.

Les contrôleurs ont noté que cette organisation donnait entièrement satisfaction en raison, d'une part, que les personnels concernés comprenaient bien le sens de la mission et, d'autre part, que cette procédure n'avait pas d'impact sur le fonctionnement des unités de soins qui n'ont pas ainsi à détacher du personnel pour assurer ces accompagnements.

Un représentant de la direction assiste à toutes les audiences, le plus souvent la chef du service de la gestion administrative des patients, avec le dossier médical et des informations administratives sur le patient.

Le trajet entre l'hôpital et le tribunal dure entre un quart d'heure et vingt minutes, en fonction des conditions de circulation. Le chauffeur dispose du digicode pour stationner le véhicule au pied des marches du tribunal. Les patients fumeurs profitent alors d'être à l'extérieur pour consommer une cigarette sur le parvis de la place du palais de justice. L'ambulance conduisant le patient détenu accède par la souricière du palais, suivant le même circuit que les personnes déférées au terme d'une garde à vue ou les personnes détenues extraites de leur maison d'arrêt.

Trois vice-présidents assurent alternativement la charge de JLD : en semaine impaire, un même JLD préside toutes les audiences ; en semaine paire, les trois JLD se répartissent les jours d'audience. Le parquet n'est pas présent à l'audience mais transmet un avis écrit au JLD, de même, selon les indications reconnues, qu'aucun représentant de l'ARS.

La salle d'audience est située au rez-de-chaussée, sur la gauche de la « salle des pas perdus ». Elle est contiguë aux bureaux du groupe de défense pénale du barreau des avocats de Nice avec lesquels elle partage une salle d'attente constituée dans un renforcement par rapport au couloir. Les patients peuvent s'y asseoir, à l'exception des détenus qui attendent à proximité dans un bureau fermé.

Cette proximité permet de répondre à des demandes d'assistance d'avocat formulées à la dernière minute, comme cela a pu être constaté lors de l'audience du 16 janvier pour un patient qui s'était manifesté en ce sens au moment où il devait rentrer dans la salle : le JLD a

pris l'attache de l'avocat de permanence qui, en quelques minutes, a pu consulter le dossier et s'entretenir avec le patient avant l'audience.

Deux tables derrière lesquelles sont installés le JLD et le greffier sont positionnées perpendiculairement à la largeur de la salle qui mesure environ 4 m ; les patients assis de l'autre côté se trouvent donc très près du JLD. Le représentant de la direction du CH est présent dans la salle, le personnel infirmier restant en général avec le chauffeur dans la salle d'attente. Le 16 janvier, la salle d'audience le JLD officiait en tenue civile mais il arrive aussi selon ce qui a été rapporté, qu'il porte la robe. Un patient détenu a comparu aux côtés d'un personnel soignant, les deux étant assis et encadrés par les deux policiers d'escorte qui se tenaient debout. Un autre patient a quitté brutalement la salle, après trois minutes d'audience, considérant « *injuste [sa] privation de liberté* » et se disant « *innocent* ». Chacune des autres audiences a duré en moyenne dix minutes. Aucune n'était publique.

La décision du JLD est transmise dans l'après-midi même de l'audience au moyen d'une télécopie adressée au service de la gestion administrative des malades. Elle est envoyée au secrétariat du pôle de soins sans consentement pour notification : la procédure est immédiate dès réception lorsque le JLD a décidé la mainlevée de l'hospitalisation. L'activité du JLD pour l'année 2013 est retracée dans les deux tableaux suivants :

<b>Année 2013</b>	<b>Nombre d'audiences</b>	<b>Nombre de patients convoqués</b>	<b>Patients présents</b>	<b>Patients absents</b>
<i>Janvier</i>	15	55	34	21
<i>Février</i>	14	58	35	23
<i>Mars</i>	14	66	49	17
<i>Avril</i>	16	80	58	22
<i>Mai</i>	13	57	34	23
<i>Juin</i>	14	74	49	25
<i>Juillet</i>	18	93	56	37
<i>Août</i>	15	84	57	27
<i>Septembre</i>	15	87	55	32
<i>Octobre</i>	16	96	72	24
<i>Novembre</i>	13	63	50	13
<i>Décembre</i>	18	96	67	29
<b>Total</b>	<b>181</b>	<b>909</b>	<b>616</b>	<b>293</b>

Année 2013	Patients SDT	Patients SDRE	Patients détenus	Décision Maintien	Décision Mainlevée	Décision Caducité <sup>30</sup>	Demande d'expertise
Janvier	46	3	6	43	0	11	1
Février	45	6	7	48	0	8	2
Mars	50	11	5	57	0	6	3
Avril	59	17	4	71	0	0	9
Mai	48	7	2	51	0	5	1
Juin	62	11	1	62	1	1	10
Juillet	79	10	4	76	1	1	15
Août	71	6	7	62	0	21	1
Septembre	72	7	8	61	1	22	3
Octobre	78	16	2	75	2	16	3
Novembre	53	7	3	53	1	8	1
Décembre	74	17	5	75	1	16	4
<b>Total</b>	<b>737</b>	<b>118</b>	<b>54</b>	<b>734</b>	<b>7</b>	<b>115</b>	<b>53</b>

(Source : Tableau mensuel de suivi JLD – Service de la gestion administrative des patients)

### 5.7.5 Le collège des professionnels de santé

Prévu à l'article L. 3211-9 du code de la santé publique afin de rendre un avis sur la prise en charge de patients, le collège des professionnels de santé se réunit à chaque fois qu'il est nécessaire :

- la constitution du collège fait l'objet d'une note signée par le président de la CME et la direction ;
- la convocation est seulement signée de la direction qui indique la date à laquelle l'avis devra au plus tard être transmis.

La composition du collège est désignée en fonction de chaque patient.

Les membres en sont toujours le psychiatre responsable à titre principal du patient, un psychiatre ne participant pas à sa prise en charge et un représentant de l'équipe pluridisciplinaire y participant.

Le collège rend un avis nominatif concernant le patient pour lequel est établi une description de l'état clinique de la personne et sont formulées les modalités envisagées pour sa prise en charge.

Par exemple, dans un avis rendu le 22 février 2013 pour un patient « admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent » une année auparavant, l'évaluation de l'état de santé de la personne fait état que « l'observance thérapeutique a tendance à se dégrader dès que le traitement est donné sous forme orale. Actuellement, il ne

<sup>30</sup> Non-lieu à statuer en raison d'une levée de l'hospitalisation sans consentement ou de l'instauration d'un programme de soins.

présente pas de dangerosité thérapeutique, mais s'il arrête à nouveau le traitement, il n'est pas exclu qu'il y ait une nouvelle rechute psychotique ». Le collège formule donc l'avis d'un « maintien des soins sous contrainte » qui permettra « peut-être sa stabilisation dans un cadre dont il ne se plaint pas ».

### 5.7.6 Les sorties accompagnées de moins de douze heures

Dans le cadre de l'article L. 3211-11-1 du code de la santé publique<sup>31</sup>, les patients en hospitalisation complète sans consentement ont la possibilité, « afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale ou si des démarches extérieures sont nécessaires », de bénéficier de sorties de moins de 12 heures – accompagnées par le personnel du CH, un membre de la famille ou une personne de confiance – ou de sorties non accompagnées d'une durée maximale de 48 heures.

Un imprimé est renseigné par un psychiatre au moins 48 heures avant la sortie demandée. La direction transmet le document à l'ARS par télécopie.

En général, l'autorisation est tacite.

Le tableau suivant retrace, pour le dernier quadrimestre de l'année 2013, ces différents types d'autorisation de sortie dans les unités du pôle sans consentement, à l'exception du SISO et de l'USIP.

Unités	Patients en SPDT		Patients en SDRE		Total
	< 12 heures	< 48 heures	< 12 heures	< 48 heures	
<i>Saint Maurice</i>	5	16	40	17	<b>78</b>
<i>Saint Gilles</i>	4	9	1	2	<b>16</b>
<i>Sainte Monique</i>	34	15	17	1	<b>67</b>
<i>Saint Jérôme</i>	4	5	1	0	<b>10</b>
<i>Saint Pierre</i>	12	0	1	1	<b>14</b>
<i>Saint Amédée</i>	19	16	4	3	<b>42</b>
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>61</b>	<b>64</b>	<b>24</b>	<b>227</b>

### 5.7.7 La commission départementale des soins psychiatriques

Le président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) est également celui de la CME de l'hôpital Sainte Marie.

<sup>31</sup> Article complété par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.



Elle est composée :

- d'un psychiatre libéral ;
- d'un psychiatre praticien hospitalier ;
- d'un magistrat ;
- de deux représentants d'associations agréées de malades ou de familles de malades ;
- d'un médecin généraliste membre du conseil de l'ordre des médecins.

La dernière visite de la CDSP – en fait, de deux de ses membres – a eu lieu le 6 mars 2013.

Selon le compte rendu qui en a été établi, ces deux membres ont rencontré neuf personnes, dont une pour laquelle apparait la mention suivante : « *Mr L... en HDT puis en HL : se sent isolé, souhaite pouvoir utiliser un téléphone portable de temps en temps. La question sera posée au médecin responsable par la psychologue, mais apparemment ces téléphones sont interdits dans cette unité. Ce patient est hospitalisé depuis 18 mois, compte tenu d'une addiction au cannabis, une cure est prévue à la sortie.* »

La conclusion de ce compte rendu, dont l'intégralité tient en quatre lignes, est la suivante : « *Nous avons été agréablement surpris par l'intérêt suscité par notre visite, et après vérification des informations transcrites sur le registre des entrées, nous avons pu recevoir neuf patients afin d'entendre leurs réclamations concernant leur condition d'hospitalisation et pouvoir y apporter une réponse particulière.* »

Il n'est pas apparu que l'activité de la CDSP soit particulièrement recentrée sur l'étude des dossiers des deux types de situation les plus sensibles : d'une part, les personnes soignées sans leur consentement dans le cadre de la procédure sans tiers ; d'autre part, les personnes dont les mesures se prolongent au-delà d'un an. A ce titre, la CDSP devrait examiner les dossiers des personnes prises en charge au titre du péril imminent sans tiers avant la fin du troisième mois suivant l'admission puis au moins tous les six mois par la suite.

Le rôle protecteur de la CDSP devrait être également réaffirmé en direction des patients en programme de soins.



## CONCLUSION

A l'issue de la visite du centre hospitalier Sainte-Marie de Nice, les contrôleurs formulent les observations suivantes :

Observation n° 1 : La mise en place d'une structure d'interface de stabilisation et d'orientation (SISO) mérite d'être soulignée. Cette unité d'accueil et d'hospitalisation de courte durée a pour objectif d'accueillir la quasi-totalité des patients admis en urgence au centre hospitalier Sainte-Marie. Après un temps d'observation, les patients sont orientés vers les unités les plus adaptées à leurs pathologies. Cette structure est une véritable zone tampon qui permet un accueil des patients les plus instables dans les conditions les mieux adaptées (cf. § 5.1).

Observation n° 2 : Le centre hospitalier est passé d'un système sectoriel à un système intersectoriel aboutissant à la création d'un pôle de soins sans consentement qui regroupe toutes les unités fermées et un pôle clinique pour les unités d'hospitalisation libre. Cette nouvelle configuration permet, d'une part, de former des groupes homogènes de patients dans chacun de ces deux pôles et, d'autre part, d'offrir une prise en charge personnalisée et adaptée selon le statut d'hospitalisation du patient. De surcroît, ce nouveau système offre désormais la possibilité aux patients de choisir leur psychiatre (cf. § 5.2).

Observation n° 3 : Les unités de psychogériatrie sont fermées bien que les patients, dans leur majeure partie, soient en hospitalisation libre. Ces patients, dont l'état de santé le permettrait pourtant, n'ont pas la possibilité d'aller et venir. Ce dispositif est contraire au respect des droits fondamentaux. Un digicode devrait être installé dans ces deux unités pour faciliter l'accès de ces patients (cf. § 5.2).

Observation n° 4 : Au cours du mois de mai 2013, suite à un retrait par « prise d'acte » de la quasi totalité des médecins généralistes et spécialiste, le centre hospitalier hébergeant 400 malades n'a plus disposé que d'un seul temps plein de médecin généraliste pour la prise en charge somatique. La direction de l'établissement a dû, dans l'urgence, faire appel à une société intérimaire et, parallèlement, procéder à de nouveaux recrutements. Bien que la direction générale ait évalué à six ETP, les besoins en médecine générale, les contrôleurs ont pu constater que le tableau des effectifs théoriques en médecine générale pour l'ensemble de l'établissement était de 3,40 ETP.

Ce petit nombre de praticiens en médecine générale a pour conséquence directe une prise en charge insuffisante des pathologies somatiques des patients :

- faute de temps, aucune politique de prise en charge préventive (dépistage du syndrome métabolique, prévention du tabagisme, contraception, prévention des accidents thromboemboliques et des accidents de fausse route, vaccinations) n'est mise en place (cf. § 5.3.1.1) ;

- l'hôpital doit faire appel à du personnel intérimaire pour assurer les gardes de médecine générale (cf. § 5.3.4.1).

Il conviendrait de remédier rapidement à cette pénurie de médecins afin de pouvoir répondre aux urgences et d'offrir une prise en charge somatique adaptée.

Observation n° 5 : Les fiches techniques intitulées « isolement », « maintien des personnes âgées ou déficientes » et « mise sous contention » datent de 2005 et ne sont plus à jour. Elles mériteraient d'être actualisées afin d'optimiser la prise en charge des patients (cf. § 5.4.2).

Observation n° 6 : L'essentiel de l'effort ayant porté sur la réorganisation de l'offre de soins et une séparation des unités ouvertes et fermées, trop peu de choses ont évolué au plan immobilier et matériel entre 2010 et 2014 (cf. § 5.5.1) :

- seule une minorité de patients bénéficient de chambres individuelles – 105 chambres individuelles pour 370 patients au moment du contrôle –, situation particulièrement pénalisante pour les personnes hospitalisées durablement ;
- hormis quelques salles d'eau et cabinets de toilette, les installations sanitaires n'ont guère été améliorées. Les patients éprouvent toujours des difficultés pour procéder à leur toilette, peu de chambres étant complètement équipées. En outre, les sanitaires collectifs sont en nombre insuffisant dans certaines unités ;
- l'effectif « squelettique » du service de la maintenance ne répond pas aux besoins d'un hôpital de cette importance (de surcroît doté d'importantes dépendances extérieures) ;
- l'unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP) ne dispose toujours pas de lieu propre à assurer le besoin de tranquillité des patients : la salle à manger sert de salle de parloir et d'animation ; la salle de télévision – attenante avec la cour de promenade – doit être traversée pour se rendre dans le secteur d'hébergement et dans la salle à manger ;
- dans leur vie quotidienne, les patients continuent de subir les effets résultant de la vétusté des locaux : la climatisation est insuffisante, alors que la chaleur est fortement ressentie en été ; les fenêtres ne sont pas toutes étanches – parfois à simple vitrage –, ce qui occasionne des nuisances de bruit conséquentes du fait de la proximité d'un nœud autoroutier ; des unités (notamment Saint Amédée) subissent des remontées d'odeurs nauséabondes ;
- les mêmes causes produisent les mêmes effets pour le personnel qui est soumis à de mauvaises conditions de travail. En outre, des locaux manquent ou sont défectueux : les soignants ne disposent pas partout de salle de pause ; certains bureaux sont exigus et peu ergonomiques ; des vestiaires sont communs aux hommes et aux femmes ainsi que des locaux sanitaires parfois dégradés et malpropres – certaines portes de cabinets d'aisance ne verrouillent pas.

Observation n° 7 : Plusieurs améliorations portant sur l'immobilier et l'équipement ont cependant été apportées pour (cf. § 5.5.1) :

- assainissement du réseau d'eau et renforcement de la vigilance dès lors qu'un incident lié à l'eau affecte le fonctionnement d'une unité ou d'un autre service (le même protocole concerne aussi les incidents liés au réseau de chauffage) ;
- mise aux normes HACCP de la quasi-totalité des offices dans les unités, les locaux ayant été réhabilités avec des carrelages refaits et des peintures rafraîchies ;
- facilitation, pendant les heures d'ouverture autorisée, de l'accès des patients aux espaces extérieurs au sein des unités fermées (avec une sécurisation des cours) et de la libre circulation dans les unités ouvertes (grâce à des digicodes).

Observation n° 8 : Le changement notable dans le secteur des ressources humaines concernant le personnel de soins psychiatriques mérite d'être souligné. Grâce à une convention établie avec le CHU de Nice, le CH Sainte-Marie a recruté six médecins psychiatres assistants, en poste pour deux ans. Par ailleurs, la majorité des psychiatres recrutés récemment exercent en intra hospitalier uniquement. Pour la majeure partie, les unités fermées ont obtenu des équipes paramédicales pratiquement au complet. Cependant, des efforts sont à poursuivre pour compléter les effectifs d'après-midi dans certaines unités. (cf. § 5.5.2).

Observation n° 9 : Dans le cadre de leur prise en charge, certains patients hospitalisés en psychogériatrie nécessitent des soins psychologiques. Or les postes de psychologues ne sont pas pourvus. Il conviendrait de remédier rapidement à cette pénurie d'effectifs, dommageable à la prise en charge des patients (cf.5.5.2.1).

Observation n° 10 : Dans les six unités fermées, les patients peuvent maintenant fumer et avoir accès à la cour de 7h à 22h, sauf pendant les heures de repas. Ce changement positif mérite d'être souligné (cf. § 5.5.2.2).

Observation n° 11 : Un effort dans le recrutement des assistantes sociales a été réalisé. Les patients bénéficient d'un accompagnement concernant les questions portant sur leurs projets d'insertion, le logement, les droits à la sécurité sociale et l'organisation des post cures (cf. § 5.5.2.2).

Observation n° 12 : L'accès à la cafétéria et aux pelouses pour les patients, nécessitant la présence d'un personnel soignant, reste très limité. De la même manière, les sorties à l'extérieur sont rares depuis la création des unités fermées. Les équipes, craignant de ne pas être en effectif suffisant pour répondre aux urgences, sont réticentes à détacher du personnel. Il conviendrait de remédier rapidement à ce problème afin que les patients puissent à nouveau bénéficier de ces moments de détente et d'ouverture vers l'extérieur indispensables dans le cadre d'un programme de soins (cf. § 5.5.2.2).

Observation n° 13 : Dans le cadre de sa réorganisation, l'établissement a généralisé l'installation de la vidéosurveillance – 302 caméras au total, réparties dans des espaces extérieurs, des lieux de circulation mais aussi des chambres –

consacrant ainsi une tendance, déjà relevée en 2010, donnant la primauté à la sécurité et au confort du personnel sur l'intimité des patients. Recevant les images de trente-cinq caméras, la salle de soin du SISO ressemble plus à un poste de surveillance et de sécurité qu'à un lieu dédié au soin (cf. § 5.5.3).

Observation n° 14 : La dignité des patients est mise à mal en chambres d'isolement (cf. § 5.5.3):

- la disposition des caméras dans certaines chambres, de même que celle des écrans de contrôle dans certaines salles de soin, rendent visibles les actes les plus intimes. Il en est ainsi concernant les chambres qui ne disposent pas de cabinet de toilette directement accessible où un bassin est mis à disposition pour satisfaire aux besoins naturels ;
- l'occupation d'une chambre d'isolement par un patient, pour des raisons de manque de lit disponible, n'entraîne pas, comme il le devrait, la neutralisation du dispositif de vidéosurveillance ;
- en plus d'être vidéosurveillées, certaines chambres d'isolement sont également sonorisées, ce qui constitue une atteinte à la confidentialité des conversations, notamment lorsque le patient y reçoit la visite d'un proche.

Observation n° 15 : L'information sur les modalités d'accès aux cultes devrait être délivrée dans toutes les unités du centre hospitalier. Comme en 2010, elle ne l'est quasiment jamais. Il conviendrait de généraliser dans toutes les unités la pratique de l'unité Saint Maurice où cette information est donnée lors de l'entretien d'accueil (cf. § 5.6.1).

Observation n° 16 : Concernant la possibilité pour les patients de téléphoner, hormis à l'USIP, la règle est désormais d'autoriser l'utilisation du portable personnel, sauf prescription médicale particulière et pour une durée limitée. L'harmonisation des pratiques recommandée en 2010 semble avoir été réalisée.

En revanche, l'emplacement des *points phone* au sein des unités et leur manque d'équipement ne garantissent toujours pas la confidentialité des conversations. Un abat-son, du type de celui qui se trouve à l'unité Sainte Monique, devrait être installé dans toutes les unités dotées d'un *point phone* et un siège devrait être mis à disposition, ce qui permettrait en outre un minimum de confort (cf. § 5.6.2).

Observation n° 17 : L'information des patients sur le règlement intérieur est variable d'une unité à l'autre. Il conviendrait d'harmoniser les pratiques, notamment en ce qui concerne l'accès à un ordinateur personnel (cf. § 5.6.2).

Observation n° 18 : Les patients continuent de recevoir leurs proches dans des locaux inadaptés. Aucune unité ne dispose d'un lieu convivial consacré aux visites qui se déroulent dans les parties communes parmi les autres patients, dans les chambres individuelles, dans le jardin pour les unités qui en sont équipées ou dans le parc de l'établissement. Le droit au maintien des liens familiaux devrait être davantage pris en considération en termes de qualité de soin et de préparation à la sortie (cf. § 5.6.3).

Observation n° 19 : Autrefois occupationnelles, les activités mises en œuvre par la « fédération » au profit des patients de toutes les unités (hormis l'USIP) ont progressé et ont été mieux intégrées au projet de soins. En outre, la fédération est associée aux bilans thérapeutiques, aux synthèses et aux évaluations des patients (cf. § 5.6.4).

Observation n° 20 : Lié à un évènement dramatique en janvier 2010, le contexte particulier de la première visite – une limitation par le préfet des levées d'hospitalisation d'office et sorties d'essai<sup>32</sup>, une sur-occupation de l'hôpital rendant quasi impossible l'admission de nouveaux patients et une utilisation des chambres d'isolement par des patients faute de lits disponibles – n'avait plus cours en janvier 2014. Les admissions ont repris à partir de 2011 avec un accroissement très sensible en 2012 et 2013 permettant de retrouver les chiffres de l'année 2009 (cf. § 5.7.1).

Observation n° 21 : Suite à l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011, la décision d'admission en soins sans consentement est désormais notifiée au patient à l'aide d'un document où ne figurent toutefois pas les adresses postales des autorités qu'il peut saisir (cf. § 5.7.3).

Observation n° 22 : Aucune information n'est donnée, dans l'avis d'audience ou le livret d'accueil, sur le contrôle exercé par le juge des libertés et de la détention (JLD) sur les soins psychiatriques sans consentement, notamment pour préciser la vocation protectrice de cette procédure au regard des libertés individuelles (cf. § 5.7.4).

Observation n° 23 : L'avis d'audience devrait être plus explicite (cf. § 5.7.4) :

- il devrait être mentionné que la convocation à l'audience est conditionnée à un état de santé le permettant, voire au souhait de la personne de s'y présenter ;
- s'agissant de l'avocat, il devrait être indiqué plus clairement au patient que la demande d'un avocat commis d'office n'entraîne aucun frais pour lui.

Observation n° 24 : Au moment du contrôle, les audiences du JLD se tenaient exclusivement au siège du tribunal, sans recourir à la visioconférence. L'accompagnement des patients par un « pool », spécialement composé du personnel soignant pour les missions judiciaires et les consultations extérieures à l'hôpital, donnait entièrement satisfaction, sans diminuer la présence de soignants dans les unités de soins (cf. § 5.7.4).

Observation n° 25 : L'activité de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) devrait être recentrée sur l'étude des dossiers des personnes les plus vulnérables (soins à la demande d'un tiers, personnes dont les mesures se prolongent au-delà d'un an). Elle devrait davantage examiner les dossiers des personnes prises en charge au titre du péril imminent sans tiers avant la fin du troisième mois suivant l'admission puis au moins tous les six mois par la suite. Le rôle protecteur de la CDSP devrait être également réaffirmé en direction des patients en programme de soins (cf. § 5.7.7).

<sup>32</sup> Selon la terminologie utilisée préalablement à l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011.





## Table des matières

<b>1</b>	<b>Conditions de la visite</b> .....	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Rappel des principales caractéristiques de l'établissement</b> .....	<b>3</b>
2.1	Présentation du CH Sainte-Marie .....	3
2.2	Population accueillie .....	3
2.3	Personnel hospitalier .....	7
<b>3</b>	<b>Éléments signalés lors de la première visite en 2010</b> .....	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>Objectifs de la visite</b> .....	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>Les évolutions constatées lors de la contre-visite</b> .....	<b>12</b>
5.1	<b>L'accueil au SISO</b> .....	<b>13</b>
5.1.1	Les locaux.....	13
5.1.2	Le personnel .....	16
5.1.3	Le fonctionnement .....	17
5.1.4	L'activité .....	19
5.2	<b>Les deux pôles intersectoriels d'unités de soins</b> .....	<b>19</b>
5.3	<b>Un nouveau projet médical</b> .....	<b>20</b>
5.3.1	Les soins de médecine générale .....	22
5.3.2	Les soins de spécialités .....	23
5.3.3	Les examens paracliniques.....	26
5.3.4	La continuité des soins .....	26
5.4	<b>Les chambres d'isolement</b> .....	<b>27</b>
5.4.1	Les locaux.....	27
5.4.2	Les procédures.....	27
5.5	<b>Les conditions d'hébergement et de prise en charge des patients</b> .....	<b>29</b>
5.5.1	La vétusté des installations .....	29
5.5.2	Les effectifs en personnel et ses conséquences sur la prise en charge des patients .....	37
5.5.3	Une vidéosurveillance généreuse et discutable.....	43
5.6	<b>Le respect des droits des patients</b> .....	<b>45</b>
5.6.1	L'accès aux cultes.....	45
5.6.2	La possession d'objets personnels .....	46
5.6.3	Les visites.....	47
5.6.4	La bibliothèque.....	47
5.7	<b>Le respect des procédures juridiques et l'application de la loi du 5 juillet 2011</b> ... <b>48</b>	
5.7.1	Le durcissement des conditions de sortie et le gel des admissions.....	48
5.7.2	Le registre de la loi.....	49
5.7.3	La notification des droits.....	50
5.7.4	Le contrôle des hospitalisations sans consentement par le JLD .....	51
5.7.5	Le collège des professionnels de santé.....	55
5.7.6	Les sorties accompagnées de moins de douze heures .....	56
5.7.7	La commission départementale des soins psychiatriques.....	56
	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>59</b>