



Rapport de visite :

**Centre hospitalier
spécialisé Edouard
Toulouse**

Marseille

(Bouches-du-Rhône)

Du 3 au 13 octobre 2016 – 1^{ère} visite

SYNTHESE

Sept contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé Edouard Toulouse (CHET) de Marseille (Bouches-du-Rhône) du 3 au 13 octobre 2016. Un rapport de constat a été adressé le 4 juillet 2017 au directeur de l'établissement qui a communiqué en réponse ses observations, accompagnées de celles du président de la commission médicale d'établissement, le 15 septembre 2017. Le présent rapport de visite intègre ces observations.

Il convient d'indiquer qu'il s'agissait d'une première visite, laquelle s'intégrait dans le plan de visite systématique de tous les établissements de santé mentale admettant des patients en soins sans consentement et non, comme a pu l'envisager *a posteriori* la direction de l'établissement, comme faisant suite à des suspicions de faits de maltraitance ; au surplus, ces faits n'ont été portés à la connaissance du Contrôleur général que par la relation qui en a été faite sur place aux contrôleurs par les responsables de l'unité intéressée. Il convient également de préciser que les observations concluant ces visites résultent des constats effectués sur place lors de la présence des contrôleurs et ne sauraient prendre en compte des situations futures prévues par des projets dont l'exécution n'est, au demeurant, pas toujours assurée. Pour autant, le rapport fait état de modifications prévues lorsque la réalisation de celles-ci est engagée et certaine.

Le CHET accueille, dans le cadre de la sectorisation, les habitants des communes des Pennes-Mirabeau, de Septème-les-Vallons ainsi que ceux des quatre premiers et quatre derniers arrondissements de Marseille - qui comprennent notamment les « Quartiers-Nord » -, soit concrètement les plus pauvres de l'agglomération et les plus abimés par leurs conditions matérielles et sociales de vie. L'ensemble représente 380 000 habitants.

Les 235 lits du CHET sont répartis dans douze unités d'hospitalisation temps plein : une unité pour chacun des six pôles de psychiatrie générale pour adultes, trois unités intersectorielles pour patients en soins prolongés, une unité d'addictologie, une unité de pédopsychiatrie (cinq lits) et une unité d'accueil d'urgence (huit lits), les locaux de ces deux dernières unités étant installés dans l'Hôpital Nord, distant de 1,2 km du CHET.

L'état général ou l'aménagement intérieur de certains bâtiments impose de réaliser au plus vite les travaux de rénovation ou de construction permettant d'accueillir dignement les patients dans toutes les unités.

La plupart des pavillons sont non seulement vétustes mais également dégradés, leur entretien étant insuffisant. Certains sont inadaptés et d'autres carrément indignes : peintures cloquées, carrelage cassés, linoléum des chambres disparu par endroits. Des cours intérieures sont jonchées de mégots et détritrus. Les locaux de l'unité de soins intensifs pour adolescents sont insuffisants et inadaptés.

Certes, des travaux de réhabilitation et de rénovation ont été réalisés dans les années passées et le schéma directeur immobilier adopté en juin 2016, qui actualise le projet d'établissement 2012-2016 pour les années 2016-2020 et 2021-2025, propose de réaliser d'importants investissements de rénovation de bâtiments anciens ou de construction de nouveaux ensembles immobiliers.

Il n'en reste pas moins que, considéré en prenant en compte principalement l'intérêt et le bien-être des patients, le bilan, examiné lors de la visite du Contrôle, est limité, quelles que soient les causes de cette situation : les bâtiments des pôles G 11 et G 12, fort anciens, sont toujours

dégradés ; la synthèse des travaux réalisé en 2017 et 2018 pour la mise à niveau des chambres d'isolement fait apparaître que des aménagements élémentaires (appels malades, suppression des dalles wc, chasses d'eau) sont encore seulement programmés.

Enfin, si le total des investissements envisagés pour la période 2016-2020 s'élève à 17,4 millions d'euros, seuls 775 000 € d'investissements étaient prévus en 2016 pour amorcer la réalisation du schéma immobilier.

Le fort taux de patients en soins sans consentement ne pèse pas sur les conditions de la prise en charge de ces derniers.

L'organisation de l'hospitalisation plein temps suit la logique du secteur : chaque unité, hormis celle de pédopsychiatrie et celle d'accueil d'urgence, hospitalise les patients d'un secteur soit ceux d'un arrondissement ou d'un groupe d'arrondissements. Toutes les unités reçoivent donc des patients en soins sans consentement et ce, dans une proportion importante, **dépassant 60 % des admissions en moyenne**. Cette situation motive, en interne, la fermeture de toutes les unités, sauf certaines ouvertes quelques heures dans la journée. En contrepartie du nombre important de ces patients, les autorisations de sortir de l'unité bénéficient à tous, indépendamment de leur statut d'admission.

De même, ce statut ne pèse ni sur la prise en charge ni sur les contraintes imposées. La mise en œuvre des règles de vie varie selon les unités, mais, dans chacune d'entre elles, les libertés sont la règle et les restrictions l'exception sur prescription. Les téléphones sont donc, en principe, laissés aux patients, de même que les cigarettes ou les effets. L'imposition du pyjama est exclue, sauf à l'isolement.

L'information des patients en soins sans consentement sur leurs droits appelle une meilleure observation des procédures et un renforcement de la formation du personnel soignant.

La notification de leurs droits aux patients soignés sans leur consentement est, en principe, effectuée verbalement par le médecin ou l'infirmier mais on constate que le contenu de ces droits est méconnu ; la décision n'est pas remise, au motif allégué que les patients n'en veulent pas, l'implication des médecins et soignants est insuffisante. Leurs droits ne sont pas notifiés aux patients admis sur décision du représentant de l'Etat, ni avec la décision ni en plus de celle-ci. L'envoi de l'arrêté par l'ARS ne les prévoit pas, sans que personne ne se soit jamais alerté de cette absence.

Par ailleurs, la forte proportion des admissions en procédure d'urgence (deux-tiers des personnes en soins sur demande d'un tiers) donc sur le fondement d'un seul certificat médical et rédigé par un psychiatre de l'établissement, doit être examinée pour justifier qu'une procédure classique de soins sans consentement sur demande d'un tiers, avec la double garantie médicale qu'elle comporte, ne puisse pas plus souvent être mise en œuvre.

Le recours à l'isolement est important, en nombre et en durée, dans des conditions matérielles souvent indignes et selon des procédures mal tracées.

Les chambres d'isolement, associées dans certaines unités à des « chambres fermables » (dont le statut d'utilisation est assez flou) sont installées au rez-de-chaussée des bâtiments dans une « zone de soins intensifs » ; elle comprend, outre ces chambres, un espace meublé de tables où les isolés prennent leur repas et des sanitaires – douches et WC.

La plupart des chambres d'isolement sont des lieux indignes, de même que les moyens donnés aux isolés : pas de papier toilette, pas de chasse d'eau accessible. L'habillement est parfois avilissant (nudité, seulement la couverture), la température n'est pas toujours adaptée.

La situation de la zone d'isolement, à l'extrémité des bâtiments, a pour effet que les personnes qui y séjournent sont très éloignées des postes de soins, donc des soignants comme des autres patients ; faute de bouton d'alarme à leur disposition, les isolés frappent longuement aux portes pour appeler et être entendus.

Un patient sur trois hospitalisé au CHET fait un séjour en chambre d'isolement pour une durée moyenne de 17 jours. Il a été rapporté que le recours à des sédatifs pour accompagner l'isolement au moment de crise se poursuivait une fois celle-ci réduite ; un des motifs de cette poursuite était de permettre au patient de supporter ces conditions d'isolement humainement insupportables. Le recours à l'isolement s'écarte de la simple gestion de la crise. Dans chaque unité, les isolés (jamais pour moins de 24h) peuvent faire des « sorties progressives », d'abord dans la zone elle-même, ne serait-ce que pour les repas, puis ils peuvent rejoindre les autres pour un repas ou quelques heures.

L'ensemble de ces pratiques ne sont pas interrogées et encore moins remises en cause. Au contraire, le projet de reconstruction de deux unités prévoit la mutualisation entre elles de la zone de soins intensifs pour en faire une zone de six chambres avec équipe de soignants présents en permanence.

Le registre d'isolement est mis en place sous forme informatisée. Il permet de constater l'absence fréquente de décision initiale, de renouvellement et d'interruption ainsi que de surveillance. Les équipes trouvent un intérêt modeste à tracer leurs actes, laissant naître un doute entre l'absence de traçage et l'absence d'acte lui-même.

En revanche, à la différence de la plupart des établissements de santé mentale, le CHET ne procède pas au placement systématique des patients détenus en chambre d'isolement et favorise leur orientation dans les unités acquises à une prise en charge exclusivement fondée sur le soin.

L'amélioration nécessaire de certaines procédures appelle une réflexion et une harmonisation à l'échelle de l'établissement

Le choix organisationnel de la reproduction des secteurs pour l'hospitalisation temps plein, ne doit pas conduire au désinvestissement des responsables sur les procédures transversales ou les fonctionnements institutionnels dont doivent bénéficier tous les patients. Ainsi, le fonctionnement de la commission des usagers doit être amélioré et les avis du comité d'éthique pris en compte ; les personnes bénéficiant d'une mesure de protection juridique doivent être recensées et les actions qu'elles nécessitent mises en œuvre. La sécurité des patients dans l'enceinte de l'établissement doit être mieux assurée. Le taux élevé d'absence des patients lors des audiences devant le juge des libertés et de la détention devrait conduire à une réflexion

institutionnelle sur ses causes, notamment sur la capacité du personnel à l'accompagnement des patients dans l'ensemble de cette procédure.

OBSERVATIONS

LES BONNES PRATIQUES SUIVANTES POURRAIENT ETRE DIFFUSEES

1. BONNE PRATIQUE 52

A la différence de la plupart des établissements de santé mentale, le CHET ne procède pas au placement systématique des patients détenus en chambre d'isolement et favorise leur orientation dans les unités acquises à une prise en charge exclusivement fondée sur le soin.

Cette bonne pratique devra être complétée par la mise en œuvre rapide des droits dont les personnes détenues ne doivent pas être privées lors d'une hospitalisation.

LES MESURES SUIVANTES DEVRAIENT ETRE MISES EN ŒUVRE

1. RECOMMANDATION 22

Il serait souhaitable d'évaluer l'impact des formations données sur l'évolution des pratiques professionnelles.

2. RECOMMANDATION 22

L'état des bâtiments de l'établissement appelle des mesures d'investissement importantes.

3. RECOMMANDATION 23

Il convient de renseigner le registre de la loi conformément aux prescriptions de l'article L3212-11 du code de la santé publique. Les certificats médicaux doivent être reproduits ou retranscrits dans leur intégralité. Il serait opportun que les agents affectés à la tenue du registre disposent d'une note de service pour les guider dans leur mission.

4. RECOMMANDATION 24

La commission des usagers doit être régulièrement constituée et réunie dans les meilleurs délais. Elle doit figurer sous son appellation correcte dans le livret d'accueil.

5. RECOMMANDATION 25

Les avis du comité d'éthique doivent être traduits dans les règles de vie des unités d'hospitalisation.

6. RECOMMANDATION 27

La forte proportion des admissions en procédure d'urgence doit être examinée pour justifier qu'une procédure de soins sans consentement classique, avec la double garantie médicale qu'elle comporte ne puisse pas plus souvent être mise en œuvre.

7. RECOMMANDATION 28

Pour tous les statuts d'admission, une copie de la décision de soins sans consentement doit être remise au patient, quel que soit l'intérêt qu'il puisse manifester pour le document. De même, les droits afférents à son statut doivent lui être notifiés et explicités.

Le personnel soignant doit être formé à cette procédure et sensibilisé à son respect.

8. RECOMMANDATION 29

La possibilité de désigner une personne de confiance doit être expliquée aux patients ; en cas de désignation, la suite de la procédure – acceptation par la personne désignée – doit être conduite.

9. RECOMMANDATION 32

Le taux élevé d'absence des patients lors des audiences devant le juge des libertés et de la détention devrait conduire à une réflexion institutionnelle sur ses causes, notamment sur la capacité du personnel à l'accompagnement des patients dans l'ensemble de cette procédure.

10. RECOMMANDATION 35

La difficulté de recenser avec précision les personnes bénéficiant d'une mesure de protection juridique interroge tant sur le repérage que sur les actions conduites en leur faveur. L'hôpital devrait initier une réflexion à ce sujet.

L'état des ressources humaines et les conditions matérielles d'exercice du mandataire hospitalier et de la banque des patients sont insatisfaisants, tant pour les personnels que pour les patients ; il convient d'y remédier.

11. RECOMMANDATION 36

La question de la sexualité devrait faire l'objet d'une réflexion institutionnelle, d'autant que certains patients effectuent de longs séjours.

12. RECOMMANDATION 36

L'hôpital devrait prendre des mesures de nature à favoriser l'exercice du droit de vote.

13. RECOMMANDATION 38

Les restrictions à l'exercice de libertés individuelles, parmi lesquelles la liberté d'aller et venir, doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état mental des patients et à la mise en œuvre des traitements requis. L'hôpital doit impérativement engager une réflexion collective afin de réfléchir aux conditions permettant de préserver cette liberté fondamentale.

14. RECOMMANDATION 38

Un plan de construction ou de réhabilitation des locaux d'hébergement et de locaux d'activité doit être élaboré et mis en œuvre.

Il doit prévoir d'aménager des chambres médicalisées, proches des bureaux infirmiers pour y placer les patients souffrant de pathologies sévères et des salles de bains adaptées.

15. RECOMMANDATION : 40

Les repas fournis sont médiocres et les aliments insuffisants en quantité. La volonté de maîtriser les dépenses budgétaires ne doit pas se faire au détriment de la restauration des patients, dont certains sont hospitalisés pendant de longs séjours.

16. RECOMMANDATION : 40

L'installation de lave-linge et de sèche-linge devrait être généralisée dans l'ensemble des unités d'hospitalisation.

17. RECOMMANDATION : 42

La sécurité de l'hôpital implique un contrôle vigilant et respectueux de l'accès au site, ce qui exige l'adoption pour les agents qui en sont chargés d'une attitude plus professionnelle.

18. RECOMMANDATION 44

Une réflexion à l'échelle de l'établissement sur l'organisation d'activités et les conditions d'une mutualisation des moyens en animateurs et en matériel doit être conduite.

19. RECOMMANDATION 50

Compte tenu du renforcement de la cellule de gestion des risques avec la nomination d'une cadre de santé à sa coordination, il conviendrait que les médecins s'impliquent davantage dans les travaux de cette instance essentielle pour analyser les dysfonctionnements.

20. RECOMMANDATION 58

Les conditions matérielles d'isolement sont indignes. Le recours à cette pratique est massif en nombre et en durée. L'établissement doit engager une réflexion globale sur l'utilisation de cette pratique, en veillant à ce que l'amélioration des conditions matérielles et de l'organisation de la prise en charge ne conduisent pas à la banaliser et en augmenter l'utilisation.

21. RECOMMANDATION 59

L'établissement doit s'assurer du renseignement correct du logiciel de gestion des dossiers des patients en ce qui concerne les mesures d'isolement. Le registre dont la tenue est prévue par l'article L.3222-5-1 du code de santé publique doit être mis en œuvre dans les meilleurs délais.

22. RECOMMANDATION 59

La mise en chambre d'isolement de patients admis en soins libres doit conduire à réétudier leur statut d'admission lorsque l'isolement perdure.

23. RECOMMANDATION 61

Sur le strict plan matériel, l'USIA n'offre pas des conditions de travail satisfaisantes ; le manque d'espace est crucial, tant pour les soignants que pour les patients : les réunions des professionnels se tiennent dans des conditions qui ne favorisent ni le recul ni la clarté des échanges. S'agissant de patients adolescents et en grande difficulté, le manque de salles limite la mise en place d'activités et rend difficile la séparation de groupes antagonistes. Le manque d'espace risque en outre de générer des tensions et des incidents regrettables.

24. RECOMMANDATION 62

Il est impératif de favoriser l'investissement durable à l'USIA d'un médecin et d'un cadre de santé à même de garantir la qualité et la cohérence de la prise en charge. Il convient également de parfaire la formation de l'équipe et de mettre en place une supervision.

25. RECOMMANDATION 63

Les représentants légaux des patients de l'USIA doivent être mis à même, par les autorités administratives et judiciaires, de défendre les intérêts de leur enfant mineur. L'information des représentants légaux incombe en premier lieu aux services préfectoraux en ce cas.

26. RECOMMANDATION : 64

On constate que la collaboration avec les services partenaires de l'USIA reste difficile. Une réflexion en ce sens est à poursuivre, avec les divers intervenants sociaux et judiciaires.

27. RECOMMANDATION 66

La durée et la répétition des séjours à l'USIA interrogent le bien fondé du projet, notamment son implantation à distance des hôpitaux de jour et autres structures de soins. Il pose aussi la question du manque persistant de structures d'accueil pour adolescents.

28. RECOMMANDATION 68

Le recours à l'isolement et à la contention à l'USIA doit impérativement être interrogé ; la mise en place d'un protocole spécifique aux mineurs est indispensable ; la mise en place du registre prévu par la loi est impérative.
Il doit être impérativement mis fin aux placements de mineurs dans les chambres d'isolement indignes des pavillons pour adultes.

29. RECOMMANDATION 69

L'accueil de mineurs dans des services pour adultes n'est pas adapté et doit impérativement être évité. Il ne peut en aucun cas se réaliser en chambre d'isolement.

30. RECOMMANDATION 70

Des chambres médicalisées doivent être aménagées à proximité des bureaux infirmiers pour y placer les patients souffrant de pathologies sévères.

31. RECOMMANDATION 75

Les consultations des personnes provenant d'un centre de rétention administrative doivent se dérouler dans des conditions respectant la dignité et la confidentialité qui doit s'attacher à cette situation, ce qui exclut que le patient soit menotté ou que l'entretien puisse être entendu de tiers.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	6
SOMMAIRE	10
RAPPORT	13
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	14
2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT	15
2.1 L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DANS LES BOUCHES-DU-RHONE REPOSE SUR UN RESEAU DENSE ET DIVERSIFIE	15
2.1.1 Généralités	15
2.1.2 Le service public de psychiatrie	15
2.2 L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT TRADUIT DES CHOIX QUI FONT OBSTACLE A UNE IMPLICATION INSTITUTIONNELLE DE L'ENSEMBLE DES INTERVENANTS	15
2.2.1 Organisation	16
2.2.2 Activité	17
2.3 LES RESSOURCES HUMAINES SONT SUFFISANTES EN EFFECTIF MAIS DOIVENT ETRE MIEUX SOUTENUES DANS LEUR GESTION	19
2.3.1 Les moyens	19
2.3.2 La gestion des ressources humaines	20
2.3.3 La formation	21
2.4 LES RESSOURCES FINANCIERES POURRAIENT VENIR AU SOUTIEN D'UN PROJET DE REHABILITATION BATIMENTAIRE	22
2.5 LES CONTROLES INSTITUTIONNELS DES PROCEDURES INTERNES DOIVENT ETRE AMELIORES	22
2.5.1 Le registre de la loi	22
2.5.2 La commission départementale des soins psychiatriques	23
2.5.3 La visite des autorités	24
2.6 LES GARANTIES INSTITUTIONNELLES DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DOIVENT ETRE RENFORCEES	24
2.6.1 La commission des usagers	24
2.6.2 Le comité d'éthique	24
3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT	26
3.1 LA PROPORTION DES ADMISSIONS EN SOINS SANS CONSENTEMENT EN CONSTANTE AUGMENTATION DOIT INTERROGER SUR LES CHOIX DES STATUTS	26
3.2 LES MODALITES D'ADMISSION NE GARANTISSENT PAS AUX PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT UNE BONNE COMPREHENSION DE LEURS DROITS	27
3.2.1 Les modalités d'admission	27
3.2.2 La notification de la décision d'admission, des voies de recours et des droits	27
3.2.3 La désignation d'une personne de confiance	28
3.2.4 La période initiale de soins et d'observation dans chaque unité	29
3.2.5 Le recueil des observations des patients	29
3.2.6 La gestion de la sur occupation	29
3.2.7 La confidentialité sur l'hospitalisation	29
3.3 LA PREOCCUPATION D'INFORMATION DES PATIENTS DEMEURE MINIMALE	30
3.4 LE ROLE DU JUGE DES LIBERTES DANS L'EVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DOIT ETRE MIEUX APPREHENDED PAR LES INTERVENANTS	30
3.4.1 La préparation de l'audience	31
3.4.2 Les conditions de l'audience	31
3.4.3 Les décisions rendues	32

4. LES DROITS DES PATIENTS	33
4.1 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS APPELLE UNE ATTENTION MIEUX SOUTENUE DE L'ÉTABLISSEMENT	33
4.2 LES PROCEDURES DE GESTION DES BIENS DES PATIENTS SONT INSUFFISAMMENT APPLIQUEES POUR ASSURER LA SURETE.....	35
4.3 LA SEXUALITE RESTE UNE QUESTION PASSEE SOUS SILENCE	35
4.4 L'EXERCICE DE LEUR DROIT DE VOTE PAR LES PATIENTS N'EST PAS ENCOURAGE PAR L'ÉTABLISSEMENT	36
4.5 LES ACTIVITES RELIGIEUSES OU PHILOSOPHIQUES SONT TRAITEES AVEC DISTANCE	36
5. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION.....	37
5.1 DES RESTRICTIONS IMPORTANTES SONT APPORTEES A LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR MAIS UNE REFLEXION EST EBAUCHEE AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT	37
5.2 LES CONDITIONS DE VIE DE QUALITE DIFFERENT FORTEMENT SELON LES UNITES.....	38
5.2.1 Les locaux.....	38
5.2.2 La restauration	39
5.2.3 L'hygiène personnelle et l'entretien des locaux.....	40
5.2.4 La sécurité.....	41
5.2.5 L'accès au tabac	42
5.2.6 Les activités	43
5.3 LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT FAVORISEES, VIA NOTAMMENT L'AUTORISATION D'UTILISER LES TELEPHONES PORTABLES, EN ATTENDANT DE DISPOSER DES MOYENS TECHNIQUES DE SE CONNECTER A INTERNET	44
5.3.1 Les visites	44
5.3.2 Le courrier	44
5.3.3 Le téléphone	45
5.3.4 L'informatique et l'accès à Internet	45
5.3.5 La télévision, la radio, la presse	45
5.4 LE STATUT D'ADMISSION NE PESE PAS SUR L'ACCES AUX LIEUX COLLECTIFS	46
La cafeteria et le service des sports constituent les deux lieux quotidiennement accessibles à l'ensemble des patients	46
5.5 LES SOINS SOMATIQUES SONT CORRECTEMENT ASSURES	46
5.5.1 Moyens en personnel.....	46
5.5.2 Fonctionnement du service.....	47
5.6 LES INSTANCES DE GESTION DES INCIDENTS SONT IMPARFAITEMENT OPERATIONNELLES.....	48
5.6.1 Les conduites inappropriées	48
5.6.2 Le traitement des plaintes et réclamations.....	49
5.6.3 Les événements indésirables	49
5.7 LES PERSONNES DETENUES SONT PRISES EN CHARGE EN FONCTION DE LEUR PATHOLOGIE ET NON PAR RAPPORT A LEUR STATUT PENAL.....	50
5.7.1 Le choix de l'unité d'accueil	50
5.7.2 Le séjour du patient détenu	51
6. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	53
6.1 LES LOCAUX D'ISOLEMENT NOMBREUX SONT PEU RESPECTUEUX DE LA DIGNITE DES PATIENTS.....	53
6.2 LES PRATIQUES D'ISOLEMENT, INSUFFISAMMENT CONCEPTUALISES, APPELLENT UNE REFLEXION COLLECTIVE SUR L'IMPORTANCE DU RECOURS	55
6.2.1 L'isolement « classique »	55
6.2.2 Les chambres « fermables ».....	56
6.3 LE RECOURS A LA CONTENTION RESTE TRES EXCEPTIONNEL.....	58
6.4 UN REGISTRE DE CONTENTION ET D'ISOLEMENT REpondant A L'ATTENTE LEGALE RESTE A ELABORER	58
7. LES CONDITIONS PROPRES AUX UNITES SPECIFIQUES	60

7.1 L'UNITE DE SOINS INTENSIFS POUR ADOLESCENTS SE REVELE UN ESPACE CONTRAINT DONT LE PROJET EST A INTERROGER ET L'EQUIPE A SOUTENIR	60
7.1.1 Présentation générale	60
7.1.2 Les locaux	60
7.1.3 Le personnel	61
7.1.4 Les patients	63
7.1.5 Le projet thérapeutique	64
7.1.6 Les mineurs hospitalisés en service pour adultes	68
7.2 LE POLE DES PATIENTS EN SOINS PROLONGES CONJUGUE L'EXCELLENCE, LE COMMUN ET L'INDIGNE ..	69
7.2.1 Les locaux	69
7.2.2 L'organisation	71
7.2.3 Les patients	72
7.2.4 Le projet thérapeutique	72
7.3 LE CAP 72 CONSTITUE UNE REPOSE SATISFAISANTE AUX URGENCES MAIS DOIT MIEUX RESPECTER LES DROITS DES PATIENTS QUELQUE SOIT LEUR PROVENANCE	73
7.3.1 Présentation générale	73
7.3.2 Le projet thérapeutique	74
8. DES UNITES NON SPECIFIQUES	77
8.1 L'AFFECTATION DES PATIENTS RELEVE D'UNE GESTION PUREMENT GEOGRAPHIQUE.....	77
8.2 LES LOCAUX D'HEBERGEMENT NE VIENNENT PAS A L'APPUI D'UN PROJET THERAPEUTIQUE ABOUTI ...	77
8.3 LE FONCTIONNEMENT EST ASSURE DANS UNE BONNE COORDINATION DES EQUIPES AU NIVEAU DE L'UNITE	79
8.3.1 L'organisation du service.....	79
8.3.2 Les réunions	79
8.4 LES PERSPECTIVES D'EVOLUTION S'INSCRIVENT DANS UN SOUCI DE RESPECT DES DROITS DES PATIENTS QUI RESTE A CONCRETISER	80

Rapport

Contrôleurs :

- Anne Lecourbe, cheffe de mission ;
- Sarah Hatry, stagiaire avocat ;
- Thierry Landais ;
- Gérard Laurencin ;
- Dominique Legrand ;
- Dominique Lodwick ;
- Bruno Rémond.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, sept contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé Edouard Toulouse (CHET) de Marseille (Bouches-du-Rhône) du 3 au 13 octobre 2016.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 3 octobre 2016 et l'ont quitté le 13 octobre 2016. Ils ont été accueillis par le directeur de l'établissement ; il a été immédiatement procédé à une présentation de la mission devant une quarantaine d'auditeurs dont le président de la commission médicale de l'établissement (CME), le président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), les directeurs adjoints, des chefs de pôles et de secteurs, des cadres de santé et des représentants des usagers.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet des Bouches-du-Rhône, le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance (TGI) de Marseille, le bâtonnier de l'ordre des avocats du barreau de Marseille, le délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS). Les contrôleurs ont rencontré le président du conseil de surveillance de l'établissement. Par ailleurs, ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site ont été avisées de la présence des contrôleurs.

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

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

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

Une réunion de restitution a eu lieu le 13 octobre 2016 en présence du directeur, de ses adjoints, du président de la CME, des médecins chefs de pôle et des cadres de santé.

Le rapport de constat rédigé à l'issue de cette visite a été adressé à la direction de l'hôpital le 4 juillet 2017 ; le directeur de l'établissement a communiqué en réponse ses observations, accompagnées par celles du président de la commission médicale d'établissement le 15 septembre 2017. Le présent rapport de visite tient compte de ces observations.

2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE DANS LES BOUCHES-DU-RHONE REPOSE SUR UN RESEAU DENSE ET DIVERSIFIE

2.1.1 Généralités

Dans les Bouches-du Rhône, la prise en charge en hospitalisation des personnes souffrant de troubles psychiatriques est partagée entre établissements de santé publics et cliniques privées.

En 2015, l'offre globale en hospitalisation complète en psychiatrie générale est de 2 332 lits, dont 1 026 pour le secteur public, soit 44 %. En hospitalisation partielle, elle est de 649 places, dont 580 pour le secteur public, soit près de 90 %.

S'agissant de la psychiatrie infanto-juvénile, l'offre globale en hospitalisation complète est de 43 lits, dont 20 pour le secteur public. En hospitalisation partielle, elle est de 225 places, dont 173 pour le secteur public, soit plus des trois-quarts.

L'activité de la psychiatrie aux urgences représente 10 à 15 % de l'activité totale des urgences médicales. Un diagnostic spécialisé en psychiatrie est demandé par les urgences générales dans 5 à 6 % des cas. L'activité des urgences psychiatriques est en constante augmentation dans tous les établissements.

Le contexte en ressources humaines du CHET est marqué par la pénurie médicale et la pénurie infirmière.

2.1.2 Le service public de psychiatrie

Plusieurs établissements publics de santé proposent des soins psychiatriques au service de la population de leurs secteurs respectifs :

- centre hospitalier Montperrin d'Aix-en-Provence ;
- centre hospitalier de Martigues ;
- assistance publique - hôpitaux de Marseille (AP-HM), avec pour la psychiatrie générale, l'hôpital de la Conception (secteurs 13G02, 13G03, 13G04 et 13G06) et les hôpitaux Sud (secteur 13G01, 13G05 et 13G06) ainsi que les hôpitaux Sud et l'hôpital Salvator pour la psychiatrie infanto-juvénile ;
- centre hospitalier Valvert, sectorisé notamment sur les 11^{ème} et 12^{ème} arrondissements de Marseille et disposant d'un pôle de géronto-psychiatrie ;
- centre hospitalier Edouard Toulouse (CHET), sectorisé sur les 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème}, 13^{ème}, 14^{ème}, 15^{ème} et 16^{ème} arrondissements de Marseille (quartiers Nord, centre-ville et gare Saint-Charles) et deux communes limitrophes, les Pennes-Mirabeau et Septèmes-les-Vallons. L'ensemble représente 385 000 habitants.

2.2 L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT TRADUIT DES CHOIX QUI FONT OBSTACLE A UNE IMPLICATION INSTITUTIONNELLE DE L'ENSEMBLE DES INTERVENANTS

Le centre hospitalier Edouard Toulouse a ouvert en 1962. La décision de construire un hôpital départemental desservant les quartiers Nord de Marseille avait été prise au lendemain de la seconde guerre mondiale par le conseil général afin de faire face à l'accroissement régulier des malades mentaux hospitalisés au centre hospitalier de la Timone.

La psychothérapie institutionnelle, la sectorisation psychiatrique et le développement de structures de soins alternatives à l'hospitalisation complète y demeurent des références fortes.

2.2.1 Organisation

a) Les pôles

Le CHET est organisé en treize pôles :

- six pôles de psychiatrie générale pour les patients adultes (pôle 13G11, pôle 13G12, pôle 13G13, pôle 13G14, pôle 13G15 et pôle 13G16) ;
Chacun de ces pôles dispose d'une unité d'hospitalisation complète et de places d'hospitalisation à temps partiel (hospitalisation de jour ou de nuit) sur le site du CHET, ainsi que d'un centre médico-psychologique (CMP), d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et d'un hôpital de jour dans la cité. Tous les pôles sont impliqués dans les dispositifs alternatifs à l'hospitalisation ;
- le pôle de soins prolongés (pôle 13Z01) dénommé PSP ;
Ce pôle dispose de trois unités d'hospitalisation à plein temps et d'un CATTP sur le site du CHET, ainsi que de places d'accueil familial thérapeutique (AFT) ;
- le pôle accueil urgences (pôle 13Z02) ; il est constitué :
 - o d'une permanence Accueil au centre hospitalier Edouard Toulouse ;
 - o d'une unité d'accueil (CAP 72) aux urgences de l'hôpital Nord ;
 - o d'une équipe mobile de liaison psychiatrie précarité.
- le pôle addiction et pathologies associées (pôle 13A02) ;
Il se compose d'une unité hospitalière d'addictologie (UHA) et d'un centre de soins, d'accompagnements et de préventions en addictologie (CSAPA) ;
- l'équipe de liaison et de soins en addictologie ou ELSA (pôle 13Z05) ;
- le pôle psychiatrie infanto-juvénile (pôle 13Z04) ;
Ce pôle regroupe sept CMP pour enfants et deux consultations pour adolescents, cinq hôpitaux de jour, deux centres d'action médico-sociale précoce (CAMPS) et une unité parents-bébés située dans la cité ainsi qu'une équipe mobile de périnatalité . Il dispose aussi des lits d'hospitalisation complète de l'unité de soins intensifs pour adolescents (USIA) située à l'hôpital Nord ;
- l'équipe mobile attentive aux jeunes (pôle 13Z06) ;
- le pôle médico-technique et somatique (pôle 13Z03) ;
Ce pôle assure la prise en charge somatique et pharmaco-thérapeutique. Il comprend la pharmacie, le laboratoire, l'hygiène hospitalière, les vigilances sanitaires, les consultations somatiques (médecine générale), la permanence d'accès aux soins en milieu psychiatrique (PASS-PSY) et le département d'information médicale (DIM).

A ces pôles s'ajoutent :

- la maison d'accueil spécialisée (MAS) ;
- le service d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés (SAMSAH).

L'hospitalisation temps plein traduit cette organisation selon le principe un pôle = un secteur = une unité d'hospitalisation.

Les 222 lits du CHET sont répartis sur les onze unités d'hospitalisation temps plein : 26 lits à l'unité G11 (dont 6 en chambres doubles), 25 lits pour chacune des unités G12 à G15, 23 pour l'unité G16 et 73 pour les trois unités du pôle de soins prolongés.

A ces capacités, s'ajoutent 8 lits de l'unité CAP 72 du pôle accueil urgence et 5 lits de l'unité de pédopsychiatrie.

b) La gouvernance

La mise en œuvre de la gouvernance hospitalière n'est pas complète. Deux contrats de pôle ont été signés entre la direction et respectivement le pôle de psychiatrie infanto-juvénile et le pôle médico-technique et somatique.

Une dysharmonie est perceptible d'une part entre les différents pôles de psychiatrie générale – conduisant, selon certains interlocuteurs, à une « gestion en silos » – d'autre part entre les pôles psychiatriques et la direction.

Selon les interlocuteurs rencontrés, la communauté médicale manque de cohésion pour discuter avec la direction qui prend donc des décisions, contestées par la suite, sur les questions délaissées par les médecins, comme l'affectation des postes. Ces dissensions se sont faites sentir en ce qui concerne le maintien de l'unité d'accueil CAP 72, la reconduction des crédits de renforcement des CMP, que la direction voulait utiliser pour combler le déficit ou encore l'absence de transparence sur les projets de cession de terrains. Dans sa réponse, la direction indique, en ce qui concerne ces crédits, « *c'est du fait de l'absence de retour sur l'activité liée à l'utilisation de ces crédits par la communauté médicale que la Direction a invoqué le risque de perte de ce financement dans une situation budgétaire déficitaire* ».

c) Perspectives

La mise en œuvre de la loi HPST¹ a conduit à l'ouverture de discussions entre les trois hôpitaux (CHET, AP-HM et centre Hospitalier Valvert) sur la mise en place d'un groupement hospitalier de territoire (GHT). La CME du CHET voit dans la constitution d'un GHT généraliste un risque de perte de la spécificité de la psychiatrie dans son mode d'exercice et son approche des patients et de leur pathologie au sein de leur environnement sectoriel. Elle soutient la création d'un grand GHT de psychiatrie.

L'attractivité médicale du CHET est faible par rapport aux autres hôpitaux publics en raison du poids de la permanence des soins. Selon les interlocuteurs rencontrés « Au CHET, les psychiatres sont de garde et d'astreinte une fois par mois, alors qu'ils le sont tous les deux ou trois mois à l'AP-HM et une fois par an au centre hospitalier Valvert. »

2.2.2 Activité

Le rapport médical des activités 2015 du CHET indique :

S'agissant de l'évolution générale de l'activité de soins, la file active totale de la psychiatrie générale (pôles médicaux adultes 13G11, 13G12, 13G13, 13G14, 13G15 et 13G16, pôle accueil-urgences, pôle addictions et pathologies associées ainsi que pôle patients en soins prolongés) est de 8 029 patients, en augmentation de 1 % par rapport à 2014.

¹ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

La file active des secteurs des pôles médicaux adultes est de 6 195 patients et poursuit son accroissement (+ 3 % en 2015 par rapport à 2014). Les nouveaux patients représentent 28 % des patients contre 29 % en 2014 et 30 % en 2013, avec des écarts en volume significatifs selon les secteurs.

La file active du pôle accueil-urgences (13Z02) continue à décroître tant pour la partie urgences (- 3 %) que pour l'équipe mobile de liaison psychiatrie précarité (- 22 %) tout en se maintenant à un niveau élevé.

La file active du pôle « consultations multidisciplinaires et PASS psy » est en hausse de 19 % pour la PASS psy par rapport à 2014.

En psychiatrie infanto-juvénile, la file active est en diminution (2 452 en 2015 contre 2 499 en 2014 et 2 843 en 2013). Les nouveaux patients représentent 43 % des patients contre 41 % en 2014 et 44 % en 2013.

L'ARS est attentive au taux de fuites des structures de soins, évalué à 70 % pour le CHET.

a) S'agissant des soins ambulatoires

On constate une stabilisation des activités ambulatoires avec :

- une progression de 2 % de la file active des patients (5 743 patients) et des patients fréquentant les CATTP (400 patients) ;
- une progression des soins au domicile de 4 % (524 patients suivis) avec une hausse de 6 % de la file active.

b) S'agissant de l'hospitalisation plein temps ;

On observe de 2014 à 2015 :

- la hausse de 4 % de la file active (871 patients en 2015) ;
- la diminution de 3 % des journées d'hospitalisation (75 220 journées) ;
- la diminution de 1 % de la durée moyenne de présence (DMS par patient). La DMS est globalement de 86 jours, de 45 à 58 jours selon les secteurs de psychiatrie adulte et de 252 jours pour le PSP (13Z01) ;
- l'augmentation de la file active des patients en soins libres et de la part des journées d'hospitalisation en soins libres (64 % contre 58 % en 2014) ;
- la poursuite de la diminution du nombre de patients au long cours en raison du nombre plus important de sorties concrétisant des projets de réhabilitation par rapport aux entrées.

De façon générale, on constate une forte pression sur l'hospitalisation.

c) S'agissant des soins sans consentement :

On observe :

- une progression de 3,9 % de la file active des patients en soins sans consentement une augmentation de 16 % de la file active des patients admis en SPPI ;
- une très légère diminution de la file active des patients en SDRE et une baisse de 10 % de celle des patients en SPDT ;

- une proportion toujours importante mais en diminution (52 % contre 58 % l'an dernier) des journées de patients admis en soins sans consentement, rapportée aux lits actifs des secteurs ;
- une baisse de 17 jours de la durée moyenne de présence (DMP) des patients en hospitalisation SPDRE (67 jours en 2015) et de 4 jours de celle des patients hospitalisés en SPDT (52 jours en 2015), avec des écarts importants selon les secteurs.

La proportion des patients en soins sans consentement constatée au CHET est supérieure à celle observée en région PACA et au niveau national. Un travail entre les différents établissements de psychiatrie est mis en place pour mieux appréhender le décalage observé avec pour visée la réduction du nombre des soins sans consentement.

d) Commentaires

Jusqu'à une récente période, l'accent n'était pas porté sur l'hospitalisation à temps plein mais plutôt sur les soins ambulatoires (CMP et CATTP) et les hôpitaux de jour.

De fait, le temps d'hospitalisation complète s'est trouvé « escamoté, voire disqualifié » et « certains pavillons d'hospitalisation en intra délaissés ».

En dépit des données réelles fournies par le DIM, la durée moyenne de séjour reste perçue comme s'allongeant. Cet écart renvoie peut-être à un ressenti de soins lourds auprès de la patientèle. N'y sont sans doute pas étrangères les difficultés tant d'amont, comme la pression sur les lits particulièrement pour les soins sans consentement, que d'aval, rattachées notamment à la « crise du logement ». Cette « crise du logement » rendrait aussi compte du fort taux de soins sans consentement : « La moitié n'a pas de logement ou n'est pas en état de l'occuper. L'hospitalisation, en l'absence de solution d'aval, a un effet de salle d'attente ».

L'hospitalisation complète est « en crise », d'autant qu'« au cours des cinq dernières années, on a relevé une augmentation des passages à l'acte hétéro-agressifs contre le personnel soignant, un peu comme si les patients prenaient le dessus sur les soignants ».

2.3 LES RESSOURCES HUMAINES SONT SUFFISANTES EN EFFECTIF MAIS DOIVENT ETRE MIEUX SOUTENUES DANS LEUR GESTION

2.3.1 Les moyens

L'ensemble des services – intra et extrahospitaliers – du CHET compte un effectif de 1 086 équivalents temps plein (ETP), soit 1 016 pour le personnel non médical et 70 pour le personnel médical.

Outre les 109 ETP de la direction des moyens opérationnels, la décomposition de ces données globales fait notamment apparaître, s'agissant plus particulièrement du personnel soignant (729 ETP) :

- cadres supérieurs de santé : 6
- cadres de santé : 42
- infirmiers : 345
- aides-soignants (AS) : 100
- agents des services hospitaliers (ASH) : 116
- psychologues : 60
- éducateurs et assistantes sociales : 60

La ventilation des effectifs, qu'il s'agisse du personnel médical ou des soignants, entre les différentes unités implantées sur les six pôles adulte et le pôle pour patients en soins prolongés (PSP), apparaît à peu près satisfaisante, même si, conjoncturellement, certains sont moins dotés en personnel médical que d'autres : en effet, alors que la règle est d'affecter à chaque pôle un effectif médical de 5,5 ETP, certains pôles, lors du contrôle, présentaient un effectif de 5,4 (le G16) ou de 6,2 (au G14) alors que d'autres sont moins bien dotés : 3 ETP pour le PSP, 3,8 ETP pour le CAP 72.

En outre, un interne est affecté à chaque pôle.

S'agissant du personnel non médical, sous la responsabilité d'un cadre dans chaque unité, il est également réparti de la même façon dans chaque pôle de psychiatrie adulte. A chacun sont affectés 20 ETP d'IDE dont 5 pour l'équipe de nuit, 5 ETP d'AS, 6 ETP d'ASH. Par ailleurs, un ETP d'assistant des services sociaux est affecté à chaque unité.

Il a été indiqué que si le recrutement d'IDE et de cadres ne présentait pas de difficulté, il n'en était pas de même pour les médecins pour lesquels, selon certains interlocuteurs, l'établissement serait peu attractif en raison de la particularité sociologique de sa patientèle.

2.3.2 La gestion des ressources humaines

La gestion des ressources humaines présente deux difficultés :

- Le recrutement des psychiatres : seul le pôle G14 a pu compléter ses effectifs en affectant sa dotation financière complémentaire (66 600 € par an sur les 400 000 € annuels accordés cet hôpital en application d'une décision prise par le Premier ministre) à la prise en charge de la rémunération d'un psychiatre (0,6 ETP) :
- un taux d'absentéisme du personnel non médical, supérieur à la moyenne nationale, fort élevé : 9,43 % sur les 190 jours travaillés, ce qui représente en moyenne 20,73 jours d'absence, situation qui engendre de nombreuses difficultés (tension sur la gestion des effectifs, risques de sous-effectif chronique dans les différentes unités). Le remplacement d'un personnel manquant est assuré en interne par le rappel d'un agent sur une journée de repos ou en modifiant son service (journée plutôt qu'un matin ou un après-midi) ou en faisant travailler des agents volontaires pour effectuer des heures supplémentaires ; si les ressources internes de l'unité ne permettent pas ce type d'aménagement, la direction est sollicitée pour détacher un agent d'un autre service ou recruter du personnel en contrat à durée déterminée.

La gestion des effectifs, médicaux et non médicaux, par pôle ne permet ni de pallier facilement les difficultés temporaires qu'un pôle pourrait connaître, ni de concevoir et de mettre en œuvre une gestion prévisionnelle des emplois et des carrières (GEPEC) qui aurait l'avantage d'assurer une certaine fluidité tant dans l'affectation des agents à un moment donné pour faire face à des difficultés temporaires que dans l'organisation des carrières en rendant plus faciles des évolutions fonctionnelles diversifiées.

Il ne semble pas que la direction de cet hôpital ait une vision stratégique pluriannuelle de ces questions.

Un accord de prévention des risques médico-sociaux a été signé avec deux des trois centrales syndicales.

Dans sa réponse, la direction indique, à propos de cet accord, qu'il « *s'inscrit dans une perspective de lutte contre l'absentéisme et donc bien dans une optique de gestion prévisionnelle des emplois et des carrières* ».

2.3.3 La formation

La formation du personnel, action à laquelle est consacrée 2,1 % de la masse salariale, fait objet d'un plan. Pour l'essentiel, les formations visent à améliorer la bientraitance des patients.

Les documents communiqués par la direction des ressources humaines (DRH) du CHET indiquent plus de 1 000 inscriptions de personnels à 23 actions de formation continue proposées par le CHET entre 2013 et 2015, avec un taux de participation de plus de 80 %.

Les actions les plus suivies avaient pour thème :

- la « bientraitance » (80 participants) ;
- l'exercice professionnel des personnels infirmiers, les techniques d'entretien, la vie quotidienne et les activités thérapeutiques (64 participants) ;
- sensibilisation des professionnels de santé à l'analyse des causes profondes des événements indésirables liés aux soins (63 participants) ;
- être IDE en psychiatrie (61 participants) ;
- l'ethnopsychiatrie (52 participants) ;
- la technique de contention (51 participants) ;
- le suicide (41 participants) ;
- sensibilisation à la psychiatrie pour les non soignants (41 participants) ;
- sensibilisation à la psychiatrie des personnels aides-soignants et agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ) (40 participants) ;
- la prévention et la gestion de l'agressivité des patients (méthode OMEGA) (38 participants),
- gestion des violences / agressivité (20 participants).

La formation sur « les droits des patients » proposée en 2015 a été annulée (3 inscrits).

Le nombre d'agents formés s'est fortement accru, passant de 846 en 2013 à 943 en 2015. Ces formations sont suivies surtout par les infirmiers et les aides-soignants et ont pour objectif de diminuer le recours à la contention, ce qui semble s'être concrétisé progressivement mais il n'en est pas de même en ce qui concerne le recours aux chambres d'isolement (cf. § 6).

L'établissement ne s'est pas donné les moyens de mesurer l'appropriation des savoirs par les agents et l'effet de ces formations sur l'évolution des pratiques professionnelles. Dans sa réponse, la direction indique « *compte tenu du nombre et de la diversité des formations suivies, il s'avère matériellement impossible de mettre en place une évaluation institutionnelle de l'impact de toutes les formations prodiguées par l'établissement, au-delà des retours que notamment les médecins et les cadres de santé peuvent demander aux agents concernés. En revanche, s'agissant des formations institutionnelles, l'établissement procède à des évaluations comme c'est le cas pour la formation Oméga* ».

Recommandation

Il serait souhaitable d'évaluer l'impact des formations données sur l'évolution des pratiques professionnelles.

2.4 LES RESSOURCES FINANCIERES POURRAIENT VENIR AU SOUTIEN D'UN PROJET DE REHABILITATION BATIMENTAIRE

Les données financières et budgétaires recueillies, afférentes à l'exercice 2014, font ressortir un budget global de fonctionnement (l'hôpital lui-même et ses annexes) d'un peu plus de 68,4 millions d'euros dont 61,2 pour l'hôpital et 7,2 pour les annexes (CAMSP, CSAPA, MAS, SAMSAH). Les dépenses de l'hôpital s'élèvent à 49,3 millions d'euros pour la masse salariale (80,5 % des dépenses), à 1,4 million d'euros pour les médicaments et la pharmacie, à 6,1 millions d'euros pour l'hôtellerie et la restauration et à 4,3 millions d'euros pour les amortissements.

La dotation annuelle de fonctionnement (DAF) à hauteur de 56 millions d'euros couvre 80 % de ces dépenses, le solde étant financé par les produits du ticket modérateur et du forfait hôtellerie dont le produit s'est amélioré, passant de 2 millions d'euros en 2011 à 3,9 millions d'euros en 2015.

Largement équilibré jusqu'en 2014 inclus, avec un excédent de 1,8 million d'euros, le budget principal, c'est-à-dire celui de l'hôpital, est temporairement en léger déficit (400 000 € en 2015 puis à nouveau en 2016), situation conjoncturelle et passagère, les données financières structurelles permettant normalement au CHET de retrouver un équilibre budgétaire en 2017.

Si la situation du budget d'exploitation apparaît globalement satisfaisante, il n'en est pas de même pour les dépenses d'investissement, d'un très faible volume pour un hôpital de cette importance : 1,6 million d'euros en 2014, à peu près le même montant en 2015, l'essentiel du budget d'investissement étant consacré au remboursement de la dette (4,3 millions d'euros en 2014).

Compte tenu des données communiquées, ce retour à l'équilibre peut être facilement atteint sans que la situation générale justifie de rechercher des ressources complémentaires par cession de parcelles de terrain. Dans ces conditions, il paraît hautement souhaitable que la direction de l'hôpital ait une vision plus dynamique.

Recommandation

L'état des bâtiments de l'établissement appelle des mesures d'investissement importantes.

2.5 LES CONTROLES INSTITUTIONNELS DES PROCEDURES INTERNES DOIVENT ETRE AMELIORES**2.5.1 Le registre de la loi**

Les registres – un pour les patients SDRE et un pour les SDT – sont tenus par deux agents administratifs de catégorie C travaillant sous la responsabilité d'un adjoint des cadres et du directeur adjoint responsable du pôle « patients ». Il n'a pas été élaboré de note de service à l'intention des agents.

L'identité des personnes admises en soins contraints, la date de l'admission, le certificat initial et, le cas échéant, les coordonnées du tiers demandeur sont inscrits dans les délais légaux. Il n'en va pas toujours de même pour les autres mentions obligatoires.

Les certificats médicaux initiaux sont rarement horodatés. Dans l'ensemble, les certificats sont relativement détaillés, décrivant les manifestations des troubles et l'évolution du patient.

Une rubrique spécifique du registre prévoit d'indiquer la date et le contenu des informations délivrées au patient. En pratique, une formule-type a été intégrée à certains certificats médicaux, garantissant formellement que le patient a été informé de la décision d'admission, de ses droits et de la possibilité de faire valoir ses observations ; les observations éventuelles des patients ne sont toutefois pas retranscrites.

La date des certificats médicaux établis au CHET ne figure pas dans le corps du document collé dans le registre ; elle est indiquée manuellement au dos du document, en même temps que la mention de la « nature » du certificat (24h, 72h...). Il semblerait que cette pratique soit issue de consignes orales données aux agents qui détachent l'en-tête du certificat et reportent la date au dos, « pour une meilleure lisibilité ». L'en-tête est détruit, rendant ainsi impossible la vérification du respect des délais légaux à partir du registre.

L'examen des registres en cours montre enfin qu'il est malaisé de reconstituer le parcours des patients dès lors qu'il est complexe (transfert, réintégration).

Recommandation

Il convient de renseigner le registre de la loi conformément aux prescriptions de l'article L3212-11 du code de la santé publique. Les certificats médicaux doivent être reproduits ou retranscrits dans leur intégralité. Il serait opportun que les agents affectés à la tenue du registre disposent d'une note de service pour les guider dans leur mission.

2.5.2 La commission départementale des soins psychiatriques

Selon les renseignements recueillis auprès de son président, la composition de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) est instable – le poste du magistrat est régulièrement vacant et le représentant des usagers est démissionnaire – et il est parfois difficile de la réunir. Cette difficulté s'ajoutant au nombre de sites (quatre à Marseille, un à Aix, un à Martigues et un à Arles), les visites sont effectuées par trois membres ; leur nombre varie de une à deux par an et par établissement et s'effectue sur une demi-journée. Les dossiers des patients en soins contraints sont étudiés lors de réunions plénières, trois à quatre fois par an. La commission se dit attentive au contenu des certificats médicaux et il lui arrive d'interpeller un médecin.

Mise à même de comparer les données des divers établissements du département, la CDSP observe que les admissions en SDTU sont plus fréquentes au CHET, tant en valeur absolue que relative.

La venue de la CDSP est annoncée à la responsable du bureau des entrées un mois à l'avance ; l'information est repercutée aux cadres de santé qui en informent les patients ; ces derniers sont rencontrés individuellement ; les unités des patients demandeurs sont rapidement visitées à cette occasion. Les plaintes des patients portent majoritairement sur la légitimité de l'admission et sur l'ennui, en partie lié à la fermeture des unités.

L'examen du registre est rapidement effectué, il ne fait pas partie des priorités de la CDSP ; quelques dossiers peuvent être sollicités, lorsqu'existe un signe d'appel.

Une rencontre est systématiquement organisée avec la direction et des médecins chefs de pôle ; la CDSP dit avoir attiré leur attention sur la proportion importante de SDTU, le recours fréquent à l'isolement et la fermeture des unités.

2.5.3 La visite des autorités

Selon les renseignements recueillis, le procureur de la République vient environ une fois par an au CHET ; il examine le registre ainsi que quelques dossiers ; il ne se rend pas dans les unités et ne rencontre pas les patients. Il n'a pas été relevé d'annotations spécifiques sur le registre.

Nul, au service des admissions, n'avait conservé souvenir de la visite de l'une des autres autorités visées par les articles L3222-4 et L3222-4-1 CSP.

2.6 LES GARANTIES INSTITUTIONNELLES DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DOIVENT ETRE RENFORCEES

2.6.1 La commission des usagers

Au moment du contrôle, l'établissement mettait en œuvre les dispositions nouvelles de l'article 183 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et du décret n° 2016-726 du 1^{er} juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé, qui prévoient la transformation des CRUQPC en commissions des usagers (CDU) dans les établissements de santé. Les élections des représentants des usagers étaient prévues en décembre 2016, l'élu étant appelé à prendre la présidence de la CDU à la place du directeur de l'hôpital qui était jusqu'alors le président de droit de la CRUQPC.

Le livret d'accueil de l'hôpital n'évoque que la CRUQPC et n'a pas été actualisé sur ce point.

Il est impossible d'apprécier et d'évaluer tant la place de la commission des usagers dans les structures de l'hôpital que son rôle. En effet, après la démission des représentants des usagers en janvier 2016 (cf. § 5.6.2), les nouveaux représentants des usagers, étrangers au demeurant à l'hôpital et ne connaissant guère les problèmes qui peuvent se poser dans un hôpital psychiatrique, n'ont été désignés qu'en juillet 2016. Et depuis, la commission des usagers n'a toujours pas été réunie.

Recommandation

La commission des usagers doit être régulièrement constituée et réunie dans les meilleurs délais. Elle doit figurer sous son appellation correcte dans le livret d'accueil.

2.6.2 Le comité d'éthique

Créé il y a cinq ans, le comité d'éthique se réunit une fois par trimestre. Son actuelle présidente assume cette mission depuis un an seulement.

Ce comité a initié un certain nombre de réflexions permettant de modifier les comportements. Ces réflexions portent sur l'instauration dans toutes les unités, même si la situation n'est pas actuellement homogène, du principe de la liberté de circulation des patients, d'une part, et, d'autre part, sur la diminution du recours à la contention.

Lors de la visite, ses réflexions portaient sur la question de la laïcité, qui concerne tout aussi bien le personnel soignant que les patients, à raison notamment de la sociologie de la population des secteurs couverts par le CHET.

Deux données très positives sont à relever :

- les débats de cette instance sont préparés par des réflexions organisées dans le cadre d'un groupe informel médico-soignant, dénommé « espace éthique », créé bien avant le comité d'éthique, et qui réunit tout aussi bien des membres de ce comité que des volontaires extérieurs ;
- les séances du comité d'éthique font l'objet d'un compte rendu qui est diffusé à tous les membres du personnel, intra comme extrahospitalier.

Il faut cependant regretter que les réflexions du comité d'éthique ne débouchent pas sur des décisions qui permettraient d'obtenir une certaine homogénéité des concepts et des modes d'organisation en ce qui concerne les règles de vie, homogénéisation qui serait favorable aux personnes hospitalisées.

Recommandation

Les avis du comité d'éthique doivent être traduits dans les règles de vie des unités d'hospitalisation.

3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

3.1 LA PROPORTION DES ADMISSIONS EN SOINS SANS CONSENTEMENT EN CONSTANTE AUGMENTATION DOIT INTERROGER SUR LES CHOIX DES STATUTS

La proportion de patients en soins sans consentement (SSC) est particulièrement élevée, de l'ordre de 60 %. Ce phénomène est particulier au CHET par rapport aux deux autres établissements marseillais. Il est imputé notamment aux difficultés sociales de la population des secteurs pris en charge. Le ressort du CHET connaît l'indice de « défavorisation sociale » le plus élevé de la région : un patient sur deux n'a pas de logement ou n'est pas en situation de l'occuper par défaut d'accompagnement.

Cette proportion alimente les tensions sur la capacité d'accueil de l'établissement.

Evolution des modes d'admission en soins sans consentement		2014	2015	2016 1 ^{er} semestre
Soins psychiatrique sur décision du directeur de l'établissement (SDDE)	Soins sur demande d'un tiers (SDT)	34	22	26
	SDT en urgence	234	259	136
	Procédure de péril imminent	73	90	54
Total des mesures SDDE		341	371	216
Soins psychiatrique sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)	Procédure normale	30	21	28
	Péril imminent	31	38	11
	Détenu D.398 du CPP	28	29	12
	Irresponsabilité pénale	7	2	1
	Transformation de SDDE	2	3	0
Total des mesures SDRE		98	93	52
Total des mesures SSC		439	464	268

La tendance à l'augmentation des mesures de soins sous contrainte continue en 2016 si on tient compte de l'extrapolation à l'année entière des données du premier semestre ; elle fait apparaître une prévision de 536 patients en SSC soit **une augmentation de 15,5 % d'une année à l'autre**.

La proportion d'admissions en procédure d'urgence ou en procédure de péril imminent est particulièrement élevée. Alors que la procédure « ordinaire » donne la garantie d'un double avis médical pour imposer à une personne des soins sans consentement sur décision du directeur, 90 % des patients admis en SDDE au CHET le sont sur le fondement d'un seul certificat médical.

Parmi ceux-ci, la proportion des patients admis en procédure d'urgence est tout aussi importante (69,8 % des SDDE en 2015 et 68,6 % en 2014) alors qu'elle est pourtant prévue pour des cas exceptionnels.

Sur les 450 changements de statut après admission intervenus depuis janvier 2015, 300 ont été opérés en SDTU.

Aucun interlocuteur n'a pu en expliquer précisément les motifs. Il est vraisemblable qu'ils tiennent en partie au rôle du CAP 72 (cf. § 7.3) puisque, sur les 83 dernières mesures de SDTU prises jusqu'au 6 octobre 2016, plus de la moitié émanaient du CAP 72, après donc un examen par le médecin urgentiste de l'hôpital Nord, situation qui permettait de mettre en œuvre une procédure de SDT « classique ».

Recommandation

La forte proportion des admissions en procédure d'urgence doit être examinée pour justifier qu'une procédure de soins sans consentement classique, avec la double garantie médicale qu'elle comporte ne puisse pas plus souvent être mise en œuvre.

3.2 LES MODALITES D'ADMISSION NE GARANTISSENT PAS AUX PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT UNE BONNE COMPREHENSION DE LEURS DROITS

Le service des soins sans consentement assure la gestion administrative des patients en SDRE et SDDE. Il a élaboré des procédures et des documents type permettant cette gestion, procédures qui sont très diversement comprises et mises en œuvre dans les unités, rarement très précisément.

3.2.1 Les modalités d'admission

La majorité des patients entrant en situation de crise passe par le service d'accueil CAP 72 installé dans les locaux de l'hôpital Nord de l'AP-HM (cf. § 7.3) ; ces patients ont fait nécessairement auparavant l'objet d'un examen somatique au service des urgences générales.

D'autres patients sont adressés par leur CMP en hospitalisation programmée ou par l'hôpital de la Conception, qui les transfère au CHET par application des règles de sectorisation.

Les autres modalités d'entrées sont marginales.

Une proportion importante de patients admis en SSC résulte du changement de statut de patients admis en soins libres.

Le pôle accueil (PA) dont les locaux sont situés dans le bâtiment administratif à l'entrée de l'hôpital, assure également une permanence médicale 24h/24 qui permet l'évaluation des patients se présentant spontanément ; il dispose d'un bureau médical, d'une salle d'examen et d'une salle d'attente. Il assure également le relais du service de la gestion des hospitalisations sous contrainte le week-end.

Le patient est hospitalisé dans l'unité correspondant au secteur de son domicile.

3.2.2 La notification de la décision d'admission, des voies de recours et des droits

Les décisions d'admission par le directeur de l'établissement – entachées d'erreur en ce qu'elles font référence à un article du code de la santé publique inexistant (L.3213-5) – mentionnent les voies de recours ainsi que droits afférents à l'admission sous contrainte. Il en est de même de la

décision de maintien après la période d'observation (décision qui omet de viser le certificat de 24h) ainsi que des décisions de maintien pour une durée d'un mois, de modification de prise en charge ou de transfert.

Un document de notification de la décision est prévu par le préfet pour les patients en SDRE. Il n'en a été présenté aucun qui aurait été établi par l'établissement en cas de SDDE.

Ces décisions d'admission sont diversement annoncées selon les unités : le médecin indique son statut au patient au cours d'un entretien qui a lieu « dès que possible » en fonction de l'état clinique de ce dernier.

L'opération matérielle de notification – signature du document de la réception par le patient qui semble n'intervenir que pour les patients en SDRE – est le plus souvent opérée par un soignant qui, en cas de difficulté, alerte le cadre ou le médecin. La mesure de SDRE est notifiée le plus tôt possible, y compris si le patient est en chambre d'isolement, la priorité étant donnée au respect d'un délai que le bureau des admissions et le secrétariat de l'unité décrivent comme étant impératif à défaut de le préciser. La notification de la décision est très souvent signée par les soignants et non le patient.

Il arrive qu'à titre individuel un soignant, plus souvent un cadre, donne à la notification un tour plus solennel : elle est alors effectuée dans un bureau et la décision peut être lue avec le patient, ou proposée à la lecture.

Il est dit qu'une copie de la décision est toujours proposée au patient qui, le plus souvent, la refuse ; elle est alors classée au dossier.

Les droits des patients leur sont notifiés dans la mesure où ils figurent sur les décisions mais, ainsi qu'on l'a vu, ces décisions ne sont pas systématiquement remises. Parfois, l'explication des droits est effectuée verbalement par le médecin et / ou l'infirmier mais on constate que le contenu de ces droits est méconnu, la notion d'explicitation des droits est étrangère aux soignants.

Pour les patients en SDRE, aucun droit n'est notifié ni avec la décision ni à part.

On a le sentiment que, quelles que soient les catégories professionnelles, l'esprit de la loi n'est pas compris, approprié avec réflexion, pour chaque cas, des choix qu'elle offre. La procédure est respectée sur la forme mais pas dans son esprit. On s'en tient à la lettre.

Recommandation

Pour tous les statuts d'admission, une copie de la décision de soins sans consentement doit être remise au patient, quel que soit l'intérêt qu'il puisse manifester pour le document. De même, les droits afférents à son statut doivent lui être notifiés et explicités.

Le personnel soignant doit être formé à cette procédure et sensibilisé à son respect.

3.2.3 La désignation d'une personne de confiance

La désignation d'une personne de confiance – prévue par l'article L.1111-6 du code de la santé publique – figure dans les procédures prévues par l'établissement pour l'admission d'un patient sur décision du représentant de l'Etat comme sur décision du directeur de l'établissement.

La qualité et les missions de la personne de confiance sont mal connues des soignants et ne sont pas systématiquement expliquées aux patients dans toutes les unités. Dans certaines, la désignation est sollicitée et enregistrée (six patients sur vingt-quatre à l'unité G16) ; d'autres reconnaissent « très peu, on n'est pas clair sur ce point ».

Recommandation

La possibilité de désigner une personne de confiance doit être expliquée aux patients ; en cas de désignation, la suite de la procédure – acceptation par la personne désignée – doit être conduite.

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

La période d'évaluation ne fait pas l'objet d'une procédure de prise en charge particulière. Selon les unités, elle est assortie d'une évaluation clinique quotidienne (G13).

Les délais de production de certificats sont respectés pendant les trois premiers jours ; ce qui n'est pas toujours le cas au-delà et a pu motiver des décisions de levée d'hospitalisation par le JLD.

3.2.5 Le recueil des observations des patients

Le recueil des observations des patients² sur chaque décision prononçant le maintien des soins ou définissant le projet de prise en charge n'est pas formalisé. Il est opéré, en principe, par le médecin au cours des entretiens annonçant le statut d'admission mais il ne fait l'objet d'aucune procédure précise et tracée. Ces observations ne sont pas précisément reportées dans les certificats consultés ; elles n'apparaissent qu'à travers une formule type et une phrase indiquant dans quelle mesure le patient est compliant aux soins ou au contraire dans le déni de ses troubles.

3.2.6 La gestion de la sur occupation

Le pôle accueil gère la sur occupation. La tension sur les lits se fait en partie en différant les admissions en soins libres. Souvent, les patients hébergés à l'hôpital de la Conception, qui n'est pas leur établissement de secteur, y restent en attendant qu'un lit se libère.

Les patients d'un secteur peuvent être hospitalisés dans l'unité d'un autre secteur en cas d'absence de place.

Lorsqu'un patient du secteur est hébergé hors de l'unité, il bénéficie de visites conjointes du personnel de l'unité et de celles de celui de l'unité d'accueil.

En principe, les chambres d'isolement ne sont jamais utilisées comme des chambres ordinaires ; de même, des lits supplémentaires ne sont jamais ajoutés dans les chambres.

En pratique, il a été indiqué que l'unité G13 gère souvent trois à quatre personnes supplémentaires par rapport à l'effectif théorique. Elles sont soit en chambre « fermable » soit en chambre d'isolement soit dans une autre unité. De même, les chambres d'isolement de l'unité G11 peuvent être utilisées, ouvertes, comme des chambres ordinaires.

3.2.7 La confidentialité sur l'hospitalisation

La demande de confidentialité de la présence est recueillie auprès du patient et indiquée dans son dossier. Lorsque tel est le cas, la permanence d'accueil est prévenue et filtre les appels

² Prévu par l'article L 3211-3 alinéa 2 du code de la santé publique.

extérieurs. Selon les interlocuteurs rencontrés, la situation est suffisamment rare pour que le filtrage soit facile à réaliser et sûr.

3.3 LA PREOCCUPATION D'INFORMATION DES PATIENTS DEMEURE MINIMALE

Le livret d'accueil se présente sous la forme de dix fiches expliquant les conditions juridiques de séjour et le fonctionnement de l'établissement – organisation administrative et instances collégiales. Il donne toute information sur les statuts d'admission, notamment les hypothèses de soins sans consentement. L'une de ces fiches rappelle les droits de la personne hospitalisée, mais les droits du patient en soins sans consentement ne sont pas mentionnés.

La fiche portant sur les conditions de séjour donne des repères clairs sur les différents interlocuteurs et lieux et des informations utiles.

Il n'est pas toujours remis dès l'arrivée, notamment lorsque les patients sont placés à l'isolement ou très désorientés. Sa remise ultérieure qui n'est pas tracée est incertaine.

Un document indiquant l'existence du livret d'accueil et la possibilité de le demander à l'équipe soignante est en principe affiché dans les unités.

3.4 LE ROLE DU JUGE DES LIBERTES DANS L'EVOLUTION DE LA PRISE EN CHARGE DOIT ETRE MIEUX APPREHENDED PAR LES INTERVENANTS

Les sorties des patients en SDDE ne posent pas de difficulté particulière. Les sorties sont organisées de manière progressive : dans le parc, à l'extérieur, à domicile, accompagné, puis seul. Il a été précisé que les premiers retours à domicile, seul, donnent lieu à vérification : « on appelle la famille pour vérifier que le patient est bien arrivé ; au retour, c'est la famille qui reconduit ou appelle ; on en profite pour voir avec eux comment ça s'est passé ».

En pratique, les sorties sont abordées sous l'angle de la vérification qu'un entourage familial puisse accueillir le patient et rester en lien avec le personnel.

Pour les patients en SDRE, le préfet ne montre pas une vigilance particulière sur le déroulement de la prise en charge : s'il ne s'oppose pas aux sorties de moins de 12 heures, il exige deux accompagnateurs. Il refuserait « parfois » les sorties estimant que la demande est prématurée, ou insuffisamment argumentée. Il se montre réticent sur les permissions de sortie du patient seul, exige des motivations et même que le médecin mentionne explicitement que le patient ne présente « aucune dangerosité psychique ». L'autorisation est plus facilement obtenue lorsque deux médecins signent la demande.

A travers la notion de trouble à l'ordre public, certaines qualifications semblent constituer un obstacle de principe, au moins dans un premier temps (tel est le cas, au moment du contrôle, pour une patiente impliquée dans un enlèvement d'enfant et déclarée irresponsable pénale).

Les refus sont formulés *via* l'ARS, par messagerie informatique (il ne s'agit donc pas d'une décision formelle). Le patient est informé par un soignant ou par le médecin, selon la relation établie et l'état du patient.

De même, pour les modifications de prise en charge par passage en programme de soins, le préfet oppose un refus si ces modifications n'ont pas été précédées d'étapes de sorties seul.

Les tiers sont avisés des changements de mode de prise en charge et de mesures de levée des soins.

3.4.1 La préparation de l'audience

L'avis d'audience transmis par le JLD au service des soins sans consentement est envoyé dans les unités pour notification au patient. En principe, le cadre de l'unité se charge de la remise de la convocation. C'est l'occasion d'évaluer l'état du patient pour prévoir l'accompagnement adapté. La question de l'état du patient est aussi abordée avec le médecin à l'occasion de l'avis qu'il émet, très majoritairement favorable à l'audition.

La remise de l'avis d'audience s'accompagne d'explications quant au rôle du juge (« il est là pour vérifier que vos droits sont respectés et vous pourrez lui dire tout ce que vous souhaitez ») mais il est dit qu'il faut d'abord rassurer des patients qui considèrent le juge exclusivement sous son aspect répressif (« beaucoup ont peur d'aller en prison »).

Certains médecins expliquent au patient « c'est moi qui suis jugé par le JLD sur la façon dont je vous soigne ».

L'entretien est aussi l'occasion de vérifier si le patient souhaite se rendre à l'audience. Il permet également de vérifier s'il faut prévoir un interprète, le juge en est alors informé. La question de l'avocat est vue avec le patient (« vous avez un avocat ou bien vous en voulez un d'office ? »). Les avocats ne demandent pas à rencontrer les patients dans l'unité. Il n'a pas été fait état de problèmes spécifiques à ce sujet.

La copie de la convocation n'est pas remise au patient, qui ignore donc les droits spécifiquement attachés à sa comparution, notamment l'accès au dossier.

Une fiche de renseignements sociaux est transmise au JLD qui est ainsi informé de l'existence d'une éventuelle mesure de protection judiciaire. Le cas échéant, le JLD convoque le tuteur à l'audience.

3.4.2 Les conditions de l'audience

La salle d'audience est située dans le quartier d'Arenc, près du port de la Joliette, ce qui nécessite le transport et l'accompagnement des patients provenant de l'ensemble des hôpitaux de Marseille à chaque tenue d'audience. Dans sa réponse, la direction indique que « *les audiences se déroulent, dorénavant, depuis janvier 2017, dans la salle d'audience aménagée au sein du centre hospitalier Edouard Toulouse* ».

Quatre juges des libertés et de la détention (JLD) du TGI de Marseille siègent alternativement plusieurs après-midi par semaine. Ces audiences concernent les patients de plusieurs hôpitaux.

La salle d'audience est installée dans un bâtiment sécurisé. Quelques bureaux y sont à la disposition des avocats, des magistrats, ainsi que des patients convoqués et de leurs accompagnateurs. Des interlocuteurs ont estimé important que l'accompagnement à l'audience soit effectué par des soignants de l'unité d'hospitalisation, élément rassurant pour le patient.

Les avocats ne s'entretiennent pas systématiquement avec leur client. Lorsque qu'un patient demande à parler à son conseil, il peut le faire en toute confidentialité.

Les contrôleurs ont assisté à une audience au cours de laquelle la salle était pleine, avec une trentaine de personnes présentes. Les dispositions de cette salle permettent d'« assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats et au juge de statuer publiquement » conformément à l'alinéa 3 de l'article L. 3211-12-2 du code de la santé publique et les dispositions matérielles respectent la dignité des personnes privées de liberté.

Le magistrat présidant l'audience ce jour là ne souhaitait pas revêtir sa robe. Il a indiqué souhaiter montrer qu'il n'était pas dans une posture répressive.

Les débats se sont tenus publiquement, à l'exception d'une affaire qui s'est déroulée en chambre du conseil à la demande d'une patiente et à laquelle le JLD a fait droit.

Un avocat a assisté tous les patients présents ce jour-là et représenté les patients dont l'absence était justifiée.

Le magistrat rencontré a signalé, cependant, qu'il arrivait qu'il n'y ait pas d'avocat ; ce qui retardait le début de l'audience jusqu'à l'arrivée de celui-ci.

C'est à l'ouverture de l'audience que peuvent être constatées les absences : une ou deux par jour, selon le magistrat rencontré. Les relances téléphoniques auprès de l'hôpital dans les deux heures qui suivent le début de l'audience peuvent rester sans réponse, ce qui fut le cas à plusieurs reprises pour les patients de l'hôpital Edouard Toulouse ; pour exemple, une décision rendue le 14 juin 2016 concernant un patient arrivant au terme des six mois d'hospitalisation :

« Attendu qu'à 15h35 le patient dont l'établissement a été appelé à quatre reprises n'est pas en mesure de justifier le défaut de comparution du patient, lequel est obligatoire sauf réserve médicale contraire ; qu'il convient donc, s'agissant d'une nullité d'ordre public qui a vocation à être soulevée d'office par le juge, et qui cause grief au patient, celui-ci n'ayant pas accès à la justice ; qu'il convient donc de lever la mesure d'hospitalisation complète avec effet immédiat. »

Les magistrats disposent, avant l'audience, des fiches de renseignements sociaux rédigées par la cadre de l'unité.

L'attention des contrôleurs a été appelée par les magistrats sur l'absence de signature par les patients du CHET sur les notifications des décisions d'admission. Ils s'interrogent également sur le rôle des cadres de santé ou des secrétaires dans le processus d'accueil et d'information des patients hospitalisés sans consentement et déplorent que nombre de notifications d'audience leur reviennent sans la signature du patient.

3.4.3 Les décisions rendues

Au cours de l'année 2015, 441 patients ont été convoqués devant le JLD, 238 étaient présents à l'audience.

Le JLD a prononcé six levées de mesure de soins sur décision du directeur de l'établissement et huit levées de mesures de soins sur décision du représentant de l'Etat.

Trois jugements ont fait l'objet d'appels donnant lieu à des maintiens de la mesure.

Pour le premier semestre 2016, 342 patients ont été convoqués ; 152 étaient présents à l'audience. Quatre mesures de soins sur décision du directeur ont été levées.

Recommandation

Le taux élevé d'absence des patients lors des audiences devant le juge des libertés et de la détention devrait conduire à une réflexion institutionnelle sur ses causes, notamment sur la capacité du personnel à l'accompagnement des patients dans l'ensemble de cette procédure.

4. LES DROITS DES PATIENTS

4.1 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS APPELLE UNE ATTENTION MIEUX SOUTENUE DE L'ETABLISSEMENT

Au moment du contrôle, le service hospitalier de protection des majeurs était dépourvu de chef de service, en arrêt depuis quatre mois. Les mesures de protection sont exercées par trois mandataires dont l'un intervenant à mi-temps. Un agent de catégorie C assure le secrétariat du service et le fonctionnement de la banque des patients ; cet agent est également régisseur suppléant. Le régisseur principal était absent depuis plusieurs mois et remplacé par un adjoint administratif intervenant à temps partiel.

La mesure de protection est, en principe, exercée par le mandataire hospitalier dès lors que le majeur protégé est durablement suivi par l'établissement, en hospitalisation complète ou en soins ambulatoires.

Selon le rapport d'activité établi pour l'année 2015, le service a suivi 154 mesures ; au moment du contrôle (octobre 2016), il en suivait 140 (en intra et extra hospitalier), réparties par moitié entre tutelle et curatelle renforcée. Il s'est avéré difficile d'identifier parmi eux les personnes hospitalisées et, parmi ces dernières, les patients admis sans consentement.

Selon les informations transmises par le DIM, sur 232 patients hospitalisés au 1^{er} septembre 2016, 6 étaient répertoriés en curatelle, 3 en tutelle... mais 181 patients ne faisaient l'objet d'aucun renseignement sur ce point. Selon la même source, parmi les 81 patients sans consentement présents à la même date (1^{er} septembre), un seul était répertorié comme bénéficiant d'une tutelle et quatre d'une mesure de curatelle (un autre était codé « autre mesure de protection »), ce qui est contredit par les éléments, eux-mêmes incertains, recueillis dans les unités. Ainsi, pour la seule unité G11, dix patients ont été indiqués comme bénéficiant d'une mesure de protection juridique (sans que soit précisée sa nature, ni à quelle catégorie juridique appartenaient les patients).

Le mandataire a finalement procédé à un comptage d'où il ressort que 64 majeurs protégés étaient hospitalisés le 3 octobre 2016, parmi lesquels 13 avaient été admis en soins sans consentement.

Les contrôleurs n'ont pas eu connaissance de protocole ou note de service déterminant la spécificité de la mission au regard des patients hospitalisés, notamment de ceux admis sans consentement ; le rapport d'activité pour l'année 2015 n'opère d'ailleurs aucune distinction. Ce rapport d'activité, que reprend la fiche de poste des mandataires, fait état d'une mission classique : évaluer la situation matérielle, familiale et sociale de la personne, veiller à son bien-être, aider à la gestion du budget et soutenir l'accession à l'autonomie, engager un suivi relationnel avec la personne et son environnement.

Le service est avisé d'une admission par le bureau des entrées pour les patients sous contrainte et, pour les autres, par l'unité d'accueil ou par le patient lui-même.

Les mandataires ne sont pas associés à la notification de la décision d'admission en soins sans consentement. Ils sont avisés de la convocation du JLD mais ne se rendent généralement pas à l'audience ; ils adressent un avis au juge sans qu'une concertation soit systématiquement organisée avec le personnel soignant et sans qu'une réflexion de service n'ait été engagée sur le contenu de cet avis.

Le service reçoit les majeurs protégés sans rendez-vous, tous les lundis après-midi ; en pratique, il s'agit essentiellement de majeurs en soins dits « libres », même si, pour nombre d'entre eux, le caractère éclairé du consentement laisse perplexé. Les contrôleurs ont pu observer que les patients venaient en nombre (entre vingt et trente) et téléphonaient en outre abondamment. Les requêtes portent souvent sur une demande d'argent complémentaire ; les refus sont fréquents, motivés par l'insuffisance de disponibilités sur le compte, la nécessité de rembourser des dettes ou d'économiser en vue de dépenses futures (loyer, chauffage...), ce que les patients contestent généralement avec vigueur.

Selon les renseignements recueillis, les revenus mensuels des majeurs protégés sont majoritairement issus de l'allocation aux adultes handicapés et oscillent entre 800€ et 240€, selon la durée de l'hospitalisation. Une carte bancaire spécifique permet aux plus autonomes d'opérer des retraits « de proximité », dans la limite d'un plafond fixé par le mandataire selon les ressources de la personne. En période d'hospitalisation complète, un compte est ouvert à la trésorerie hospitalière et le mandataire adresse chaque semaine au régisseur un ordre de dépense, dont copie est remise au patient, revêtu de sa signature dès lors que le retrait est effectif. Le retrait s'effectue au guichet de la banque des patients.

La banque des patients est ouverte trois matinées par semaine (jusqu'en mai 2016, elle était ouverte tous les jours). Le guichet est situé dans le hall d'accueil d'un bâtiment administratif. Les patients les plus vulnérables ou ceux qui ne peuvent se déplacer donnent procuration à un soignant ; d'autres sont accompagnés par un soignant, afin d'éviter le racket mais l'endroit n'est pas surveillé en permanence. Patients et soignants attendent en file indienne, juste devant le guichet, dans des conditions fort peu confortables (fauteuils en nombre limité, dégradés). De l'autre côté du guichet, deux agents en charge de la remise d'argent ne sont pas mieux lotis (bureau dépourvu de fenêtre, étroit, encombré, inconfortable). Les contrôleurs ont constaté que les agents manifestaient à l'égard des patients une réelle attention (« si on n'a pas l'ordre de virement, on appelle le service » ; « si on sent un patient inquiet, on appelle l'unité » ; « on se sent tous soignants ici »).

La plupart des patients rencontrés se sont dits conscients de la nécessité de la mesure de protection et s'estimaient entourés et informés. Certains ont protesté contre la nécessité de devoir justifier de leurs dépenses (« c'est mon argent »).

Les mandataires rencontrés par les contrôleurs évoquent quant à eux leur **difficulté à effectuer un suivi de la personne** (« on gère l'urgence », « on explique à ceux qui viennent mais on n'a pas le temps d'aller les voir dans les unités »). Au-delà de la stricte gestion des comptes et des démarches administratives, les mandataires décrivent des interventions multiples – préservation du logement, interventions auprès de la famille – allant parfois jusqu'à l'organisation des obsèques.

Lorsque la sortie est médicalement envisagée, l'assistante sociale de l'unité en informe le service ; celui-ci n'est associé à la synthèse que lorsque le projet nécessite des démarches spécifiques avec un fort impact sur le budget (recherche de logement notamment).

Le service du CHET s'efforce de recenser les patients dont le suivi médical a cessé depuis plusieurs mois pour solliciter son dessaisissement.

Recommandation

La difficulté de recenser avec précision les personnes bénéficiant d'une mesure de protection juridique interroge tant sur le repérage que sur les actions conduites en leur faveur. L'hôpital devrait initier une réflexion à ce sujet.

L'état des ressources humaines et les conditions matérielles d'exercice du mandataire hospitalier et de la banque des patients sont insatisfaisants, tant pour les personnels que pour les patients ; il convient d'y remédier.

Dans sa réponse, la direction indique que, « consciente des problèmes posés par la localisation de la banque des patients », elle « a décidé en 2016 un déplacement de celle-ci sur les lieux d'implantation du service de la protection juridique des majeurs. Les nouveaux locaux seront disponibles dans les semaines qui viennent ».

4.2 LES PROCEDURES DE GESTION DES BIENS DES PATIENTS SONT INSUFFISAMMENT APPLIQUEES POUR ASSURER LA SURETE

Un inventaire est pratiqué à l'arrivée du patient. Les objets dangereux ou interdits par le règlement – objets tranchants, alcool – sont retirés et placés à la bagagerie de l'unité, avec les effets encombrants que les patients ne peuvent garder dans leur chambre. Le linge que portait le patient à l'arrivée est lavé par l'hôpital et la restitution pose parfois problème, faute de méthode de marquage sûre. Téléphone, cigarettes et briquet sont laissés aux personnes. Il est conseillé au patient de ne pas conserver une somme supérieure à 20 ou 30 €, les vols et rackets étant fréquents ; le reste du numéraire et les valeurs sont placés dans un coffre dont seul le régisseur a la clé. Le dépôt de liquidités donne lieu à ouverture d'un compte à la trésorerie hospitalière et le patient effectue ses retraits à la banque des malades, dans les conditions indiquées ci-dessus.

La carte d'identité, la carte Vitale et les clés de l'appartement sont de préférence laissés dans le bureau de l'assistante sociale de l'unité afin de faciliter l'accès en cas de soins à l'extérieur ou de visite à domicile.

A moins que le patient soit placé en chambre d'isolement, l'inventaire est réalisé en sa présence et il est invité à le signer ; un double lui est remis qui, de fait, est le plus souvent placé au dossier.

Ces principes ne sont pas strictement appliqués dans toutes les unités : au G13, les patients gardent quelques liquidités - parfois leurs papiers et moyens de paiement - ou les confient à la cadre de santé (coffre contenant des enveloppes). Au G16, les patients peuvent conserver dans leur chambre (dont le placard ne ferme pas à clé) tous leurs biens, y compris leur argent.

Par ailleurs, le dépôt des valeurs au coffre du régisseur pose problème en cas de sortie imprévue car il oblige le patient à revenir à l'hôpital pour récupérer ses biens.

4.3 LA SEXUALITE RESTE UNE QUESTION PASSEE SOUS SILENCE

La question de la sexualité ne fait pas l'objet d'une réflexion institutionnelle ; elle est gérée au niveau des unités, plutôt au cas par cas que dans le cadre d'une réflexion d'équipe. Les règlements intérieurs n'abordent pas la question. Certaines équipes posent, de fait, un interdit de relations au sein des locaux ; d'autres semblent se contenter d'exiger une certaine discrétion ; toutes veillent à la protection des patients vulnérables, notion qui concerne à la fois ceux dont le

consentement n'est pas totalement éclairé et ceux qui sont débordés par leur sexualité ou adoptent une attitude provocante. Une contraception est possible.

Recommandation

La question de la sexualité devrait faire l'objet d'une réflexion institutionnelle, d'autant que certains patients effectuent de longs séjours.

4.4 L'EXERCICE DE LEUR DROIT DE VOTE PAR LES PATIENTS N'EST PAS ENCOURAGE PAR L'ETABLISSEMENT

Rien n'est organisé, institutionnellement, à propos de l'exercice du droit de vote.

Chaque unité ou service (notamment le mandataire hospitalier) répond aux demandes formulées par les patients, en renseignant sur les modalités d'inscription sur les listes électorales, en accordant une permission de sortie, voire en accompagnant ou en organisant l'accompagnement le jour du scrutin ; il n'est pas entrepris de démarche favorisant l'établissement d'une procuration au bénéfice de ceux qui ne peuvent sortir.

Recommandation

L'hôpital devrait prendre des mesures de nature à favoriser l'exercice du droit de vote.

4.5 LES ACTIVITES RELIGIEUSES OU PHILOSOPHIQUES SONT TRAITEES AVEC DISTANCE

Les personnes hébergées peuvent recevoir, sur demande de leur part, la visite du ministre du culte de leur choix.

Il est précisé dans le projet d'établissement : "l'expression des convictions religieuses ne doit pas porter atteinte ni au fonctionnement du service, ni à la qualité des soins, ni aux règles d'hygiène, ni à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches. Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne hospitalisée, d'un visiteur, d'un membre du personnel ou d'un bénévole" .

Un aumônier catholique assure des permanences dans l'établissement et il peut être fait appel à un ministre d'un autre culte, notamment musulman, sur demande auprès de l'aumônier présent dans l'établissement.

Les coordonnées de l'aumônier et les horaires et lieux des offices religieux sont inscrits sur le tableau d'affichage à l'entrée de chaque service.

Ces coordonnées sont également disponibles à la Permanence d'Accueil.

5. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION

5.1 DES RESTRICTIONS IMPORTANTES SONT APORTEES A LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR MAIS UNE REFLEXION EST EBAUCHEE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

La plupart des unités sont fermées, ce qui n'empêche pas que toutes posent le principe de liberté d'aller et venir au sein de l'hôpital, y compris pour les personnes en soins sans consentement, sous réserve de prescription médicale contraire (un patient sur vingt-six au G14, deux patients³ sur quatorze au G11) et de placement en chambre d'isolement.

Les raisons invoquées pour justifier la fermeture tiennent tantôt au souci de protéger les pavillons d'un environnement considéré comme dangereux (intrusions dans les pavillons, trafics), tantôt à la volonté de protéger l'un ou l'autre des patients – fugueur ou suicidaire – contre lui-même. Il semble que, le temps passant, la fermeture ait été progressivement ressentie comme une nécessité justifiée par le renouvellement régulier de quelque événement plus ou moins perturbant. La réouverture, régulièrement questionnée, est longtemps restée comme une perspective toujours repoussée (« les soignants sont inquiets, il faut les préparer et préparer les patients, on ne peut pas le faire du jour au lendemain ») jusqu'à ce que, récemment, un groupe de travail soit installé pour réfléchir à cette question.

Cette position résulte également du nombre important de patients en soins sans consentement (près des deux tiers), qui a sans doute pour effet de « banaliser » le statut d'admission des patients. Pour ces patients, les capacités et la confiance sont testées à travers des sorties accompagnées ou des repas collectifs. Si tout se passe bien, le patient est ensuite autorisé à sortir seul, dans les limites de l'enceinte de l'établissement.

Les soignants s'appliquent, toutefois, à préserver la liberté de mouvement des personnes en soins libres, pour qui la porte est ouverte, sur demande.

La sortie de l'unité pour certains patients peut être conditionnée à l'accompagnement d'un personnel soignant : tel était le cas pour deux patients du G14 au moment du contrôle. Il arrive aussi que des patients doivent être accompagnés pour être sécurisés dans leur achat de produits ou de retrait d'argent à la banque des malades en raison du danger pour eux de circuler dans l'hôpital et du risque de vols et de rackets par des personnes extérieures.

La sortie à l'extérieur est réglementée dans chaque unité. Dans certaines (comme au G15), la porte de l'unité reste toute la journée ouverte, sauf pendant les heures de repas où un système de programmation de l'ouverture et de la fermeture est intégré dans l'horloge ; dans les autres, les plus nombreuses, toute sortie suppose de s'adresser à un soignant pour l'ouverture de la porte. Au moment du contrôle, plusieurs unités commençaient à ouvrir par séquence (entre 10h et midi au G11) ou envisageaient de le faire (comme au G14) après discussions entre médecins et soignants, voire après une réunion communautaire avec les patients.

Les chambres sont le plus souvent fermées dans la matinée ; l'explication donnée étant que cela facilite l'entretien des locaux communs et des chambres par les ASH. Comme les contrôleurs ont pu le constater, il est souvent dérogé à cette règle en fonction de l'état des patients.

³ L'un était en attente d'admission en unité pour malades difficiles (UMD), l'autre venait d'être admis dans le service.

Recommandation

Les restrictions à l'exercice de libertés individuelles, parmi lesquelles la liberté d'aller et venir, doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état mental des patients et à la mise en œuvre des traitements requis. L'hôpital doit impérativement engager une réflexion collective afin de réfléchir aux conditions permettant de préserver cette liberté fondamentale.

5.2 LES CONDITIONS DE VIE DE QUALITE DIFFERENT FORTEMENT SELON LES UNITES

5.2.1 Les locaux

La situation des unités est très inégale. Les plus récentes (CAP 72, G13, G14, G16) offrent des chambres en majorité individuelles avec salle d'eau attenante (WC, douche, lavabos, miroir).

Aux unités G13, G14 et G16, la fermeture électronique des chambres permet à chaque patient d'avoir un badge qui le rend indépendant du personnel soignant et simultanément interdit les intrusions intempestives.

Pour d'autres, la situation est bien différente. Ainsi à l'unité G11, dans les chambres, le mobilier – un lit, une table de nuit, une armoire au moins – est souvent dégradé, malgré le renouvellement. Dans plusieurs des chambres, le plafonnier, ou la veilleuse au-dessus du lit, et parfois les deux, ne fonctionnaient pas. Les badges supposés permettre aux patients de fermer la porte de leur chambre, sont régulièrement hors d'usage. La salle d'eau – douche et lavabo – jouxtant la chambre est conçue de telle façon que l'eau coule dans la pièce principale quand le patient prend sa douche. Les chambres ne disposent pas de toilettes ; on en trouve huit à l'étage et quatre au rez-de-chaussée. Plusieurs patients se sont plaints de la présence de cafards.

Les unités du PSP (cf. § 7.2) montrent une même diversité de qualité de locaux pour des patients aux besoins de confort élevés.

La maintenance est faiblement assurée : ainsi, la salle de bains avec baignoire thérapeutique de l'unité G16 ne fonctionne plus depuis 9 ans.

Dans ces conditions de dégradation et de disparité des locaux, il est étonnant qu'aucun projet bâtimentaire clair, que ce soit un projet d'entretien, de réhabilitation ou de construction, n'ait été établi par l'établissement qui en a pourtant, ainsi qu'il a été indiqué ci-dessus, les moyens financiers.

Recommandation

Un plan de construction ou de réhabilitation des locaux d'hébergement et de locaux d'activité doit être élaboré et mis en œuvre.

Il doit prévoir d'aménager des chambres médicalisées, proches des bureaux infirmiers pour y placer les patients souffrant de pathologies sévères et des salles de bains adaptées.

Dans sa réponse, la direction indique que le projet de réhabilitation « prévoit la construction d'un nouveau bâtiment d'hospitalisation regroupant les unités actuellement situées dans les pavillons 10 et 4, enchaînant sur une programmation par étapes permettant de fermer les unités les plus vétustes (pavillons 10,11 et Baumillons). (...) On notera également que, pour deux des trois pavillons les plus vétustes (pavillon 10 et pavillon 11), viennent de commencer des travaux de réaménagement du secteur de soins intensifs et d'adjonction d'un ascenseur. »

5.2.2 La restauration

Les repas servis aux patients, de même que ceux destinés au personnel, sont préparés au sein de l'établissement dans une cuisine provisoire installée au bâtiment 9, antérieurement dévolu à l'hospitalisation des patients. Au moment du contrôle, les travaux de construction de la nouvelle unité de production étaient en cours de réalisation en lieu et place des locaux de l'ancienne cuisine, implantée en plein cœur de l'hôpital. La mise en service est prévue pour le début de l'année 2017.

A cette occasion, après avoir un temps envisagé un projet de cuisine commune avec les centres hospitaliers (général et psychiatrique) d'Aix-en-Provence, l'établissement a finalement fait le choix de ne pas externaliser la prestation de restauration et de construire une unité de production intégrée au sein des nouveaux locaux de la cuisine. Dix-huit agents sont affectés à la cuisine.

La cuisine prépare les repas en liaison froide qui sont ensuite livrés dans les offices de chaque unité d'hospitalisation pour être remis en température. La boisson chaude du petit déjeuner est également préparée en cuisine le matin, les autres composants étant distribués en unité ; le pain est produit à l'extérieur par une boulangerie industrielle.

Dans les unités d'hospitalisation, les repas, y compris les petits déjeuners, sont pris en commun dans la salle à manger sauf pour les patients en chambre d'isolement et ceux à qui un plateau repas est monté en chambre. Le choix des places est libre, les couverts en plastique sont laissés en chambre d'isolement.

Les menus sont élaborés en concertation avec une diététicienne qui dépend du pôle médico-technique et non du pôle des moyens opérationnels en charge de la restauration ; certains interlocuteurs considèrent que ce positionnement privilégie une logique médicale (vigilance sur les régimes alimentaires) au détriment des attentes des patients sur la qualité et la quantité des aliments. Les patients ont été nombreux à se plaindre auprès des contrôleurs à propos des repas, de leur qualité, de leur quantité, de leur manque de variété. Certains compensent par des livraisons de pizzas.

De leur côté, les responsables de l'hôpital ont indiqué leur souci de « maîtriser les dépenses sur les fonctions hôtelières ». A cet égard, le rapport d'activité de l'établissement pour l'année 2015 fait état d'un coût journalier de repas d'un montant de 6 euros, soit en diminution de 1 % par rapport à 2014.

Cette volonté de réaliser des économies sur la restauration n'est pas sans conséquences sur les unités et les patients qui en subissent les retombées : l'établissement privilégie l'achat de masse de produits alimentaires pour réaliser des économies d'échelle ; les repas thérapeutiques sont intégralement financés sur les budgets de sociothérapie des pôles, de même que les sorties des patients au restaurant ; les viennoiseries ne sont plus proposées aux patients tous les week-ends comme par le passé ; la cuisine ne prend plus en charge les goûters et les tisanes (dans les unités où elle est proposée). A ce propos, la direction a répondu qu'« à aucun moment les besoins des patients n'ont constitué une variable d'ajustement » et que la réduction des dépenses alimentaires était due à la réorganisation globale de la production des repas et « à la mise en œuvre de règles de gestion des approvisionnements et des stocks insuffisantes jusque-là ».

Recommandation :

Les repas fournis sont médiocres et les aliments insuffisants en quantité. La volonté de maîtriser les dépenses budgétaires ne doit pas se faire au détriment de la restauration des patients, dont certains sont hospitalisés pendant de longs séjours.

Dans sa réponse, la direction informe de l'ouverture de la nouvelle cuisine centrale début 2017, qui « a largement amélioré la qualité des repas » et d'une évaluation de son fonctionnement prévue d'ici à la fin de l'année 2017.

5.2.3 L'hygiène personnelle et l'entretien des locaux

La buanderie traitant le linge de l'hôpital est implantée à Aix-en-Provence dans le cadre du groupement de coopération sanitaire (GCS) du Pays d'Aix, qui dessert également les hôpitaux locaux. L'appréciation portée sur la qualité de la prestation est mitigée, les principales critiques entendues concernant surtout l'état des draps récupérés.

Il n'existe sur place qu'une petite lingerie où douze personnes assurent la gestion du linge entre le GCS et les unités d'hospitalisation ainsi que le lavage du linge personnel des patients. Des difficultés ont été signalées quant à la récupération et la distribution du linge de l'hôpital (draps, serviettes de toilette...) entre les unités et la lingerie.

Chaque unité dispose d'un stock de vêtements qui permet de dépanner les patients.

L'entretien du linge personnel incombe, en principe, aux patients. Certaines unités d'hospitalisation ont fait le choix de s'équiper de lave-linge et de sèche-linge mis à la disposition des patients pour leur linge personnel. Tel est le cas, par exemple, des unités G16 ou G11 où, dans un processus d'aide à l'autonomie, un soignant accompagne le patient et lui montre comment utiliser les appareils ; en revanche, il a été fait le choix contraire dans l'unité G14, « pour ne pas faire de l'unité un lieu de vie » : les patients doivent alors compter sur des proches pour leur apporter du linge propre ou faire laver à la lingerie de l'hôpital leur linge qui doit, auparavant, être marqué nominativement (ce qui est dissuasif pour les sans-abri, sans famille et sans machine à coudre). Outre cette dernière contrainte, il a été indiqué que les patients avaient intérêt à disposer d'un stock de linge personnel suffisant car le délai de traitement par la lingerie pouvait être important.

L'évolution de l'activité de la lingerie témoigne de ces difficultés : le volume des vêtements des patients et résidents traité en 2015 a diminué de 3,5 % (130 000 articles) par rapport à l'année précédente, le poids total du linge traité ayant également baissé de 10,5 % (32 000 kg).

Recommandation :

L'installation de lave-linge et de sèche-linge devrait être généralisée dans l'ensemble des unités d'hospitalisation.

La direction indique dans ses observations que « la présence de lave-linge et de sèche-linge dans l'ensemble des unités d'hospitalisation a fait l'objet d'un avis défavorable de la part du Comité de lutte contre les infections nosocomiales de l'établissement. » Elle informe aussi d'un projet d'installation d'une laverie centrale accessible aux patients avant la fin de l'année 2017.

Dans la plupart des unités, le personnel soignant s'est plaint de difficultés pour disposer de kits d'hygiène (savon, shampoing...) en nombre suffisant : « cela devient de plus en plus compliqué

et on est servi en moindres quantités qu'auparavant ». Interrogé sur ce point, le pôle des moyens opérationnels a confirmé que cette situation résultait de la volonté de maîtrise des dépenses hôtelières.

L'entretien des unités d'hospitalisation est assuré quotidiennement par des agents de services hospitaliers (ASH) alors que le nettoyage des services administratifs et non soignants est externalisé et confié à une société spécialisée dans le cadre d'un marché.

L'établissement est confronté à une déperdition importante du linge, de produits lessiviels et autres (lingettes nettoyantes notamment). Compte tenu de l'ampleur du phénomène, qui s'apparenterait à un véritable système organisé et correspondrait à une « tradition locale de se servir », un dispositif de suivi des consommations a été mis en place au niveau de chacune des unités d'hospitalisation, dont les cadres sont chargés de rendre compte à la direction des moyens opérationnels.

5.2.4 La sécurité

La loge d'entrée est gérée par du personnel hospitalier, notamment de personnel soignant reclassé et n'exerçant plus en unité de soins. Le poste est tenu en permanence par un service de jour et un service de nuit, chacun assuré par un agent appartenant à un « service intérieur » qui comprend dix agents.

Des caméras de vidéosurveillance couvrent l'accès à l'hôpital et les parkings situés aux abords des services administratifs. Les écrans de contrôle sont installés dans la loge.

Comme les contrôleurs ont pu le constater, le contrôle des entrées est aléatoire selon les agents présents, le simple fait de présenter un véhicule suffit pour que la barrière soit levée bien qu'il soit parfois nécessaire de sortir du véhicule et de sonner (sans aucun échange par l'interphone).

Plusieurs interlocuteurs se sont plaints de déficiences au niveau du contrôle d'accès à l'établissement. Aucun obstacle de la part du personnel en poste à la loge ne serait opposé aux fréquentes intrusions de personnes au sein de l'hôpital où des vols seraient commis et des trafics de stupéfiants se dérouleraient.

C'est pourquoi, il est fait périodiquement appel à une société extérieure, à la suite de remontées d'informations ou d'incidents, pour que des agents de sécurité (vigiles) soient positionnés à certains endroits où les patients seraient les plus exposés : tel a été le cas, « pendant quelques semaines », au niveau de la cafétéria en 2015 et aux abords de la banque des malades en début d'année 2016, à la suite de vols et de rackets dont des personnes auraient été victimes au moment où elles venaient retirer de l'argent (cf. *supra*). Au moment du contrôle, certains patients étaient accompagnés, à leur demande, par du personnel de l'unité pour aller retirer de l'argent, mesure qui est apparue comme rassurante pour les personnes concernées.

Durant toute la durée de leur visite, les contrôleurs n'ont toutefois ressenti aucune insécurité à l'intérieur de l'hôpital.

En outre, les agents de la loge auraient parfois des comportements inadaptés à l'égard des patients, des familles ou du personnel, utilisant par exemple, un « langage fleuri » pour les interpellier.

Recommandation :

La sécurité de l'hôpital implique un contrôle vigilant et respectueux de l'accès au site, ce qui exige l'adoption pour les agents qui en sont chargés d'une attitude plus professionnelle.

Une convention lie depuis 2012 le CHET à la police nationale et définit un mode de collaboration, « considérant une augmentation de l'insécurité (...), concrétisée par des actes de violences verbales ou physiques commis à l'encontre du personnel et des usagers, ainsi que par des vols simples ou par effraction commis au préjudice des patients de l'établissement ». Les principales mesures prises par la police sont les suivantes : la désignation d'un correspondant par commissariat d'arrondissement, la prise de plainte sur rendez-vous pour réduire les temps d'attente, la domiciliation des victimes à l'hôpital pour les protéger de représailles à leur domicile, le passage de patrouilles de police à proximité des structures extrahospitalières ; de son côté, le CHET s'engage à signaler à la police les patients sortis sans autorisation ainsi que « tous les actes de délinquance ou de malveillance à l'encontre des personnes et des biens commis à l'intérieur de l'enceinte de l'établissement ». Une fiche d'incident a été élaborée à cet effet.

Les demandes ordinaires de la police de donner des détails sur les identités se heurte au secret professionnel des soignants (et possiblement aussi à leurs craintes de représailles). Ce volet sécuritaire interfère avec les projets d'ouverture des unités.

Dans ses observations, la direction de l'hôpital indique que l'ARS a été destinataire d'un plan de sécurité de l'établissement et que la question de la formation du personnel présent à la loge sera abordée à l'occasion de la mise en œuvre de ce plan.

Elle fait également part de sa volonté d'externaliser la sécurité du site à une société privée mais aussi de son manque de moyens financiers pour réaliser cet objectif, « *de même que la constitution d'une équipe de sécurité interne effectuant des rondes dans l'Hôpital.* »

5.2.5 L'accès au tabac

Le livret d'accueil affirme l'interdiction de fumer conformément à la réglementation en vigueur mais précise qu'elle ne concerne que « *les lieux couverts ou fermés, y compris les chambres* ». Dans la réalité, les patients fument partout dans les unités, principalement dans les cours mais aussi dans les autres locaux, notamment dans les chambres comme en témoignent de nombreuses traces sur le mobilier et le sol. La nuit, toutes les unités disposent d'un espace ouvert accessible aux patients qui peuvent y fumer (terrasse à l'étage au G14, patio au G16).

La consommation de tabac est très répandue dans toutes les unités visitées, ce qui est interprété par le personnel comme un élément révélateur de la précarité de la population accueillie. Les cigarettes sont laissées aux patients sauf ponctuellement à ceux dont l'état de santé ne leur permet pas de gérer leur stock ou à ceux, considérés comme plus vulnérables, qui peuvent laisser leur tabac dans le bureau infirmier ; il en va de même pour ceux qui souhaitent limiter leur consommation, une aide à l'arrêt étant proposée dans chaque unité, notamment en chambre d'isolement.

Les patients achètent eux-mêmes leur tabac quand ils sont autorisés à sortir. Dans le cas contraire, ils donnent une procuration aux soignants pour utiliser leur argent dans ce but ; ces derniers se rendant au bureau de tabac le plus proche avec un véhicule administratif. Selon les indications recueillies, il est fréquent que l'hôpital reçoive ultérieurement une amende à payer

pour stationnement illicite aux abords du bureau de tabac, que la direction adresse alors pour paiement à l'agent ayant signé le carnet de bord du véhicule. Cette situation est particulièrement mal vécue par le personnel, certains agents refusant pour cette raison de faire dorénavant cette course. Le personnel de l'unité G14 organise une collecte pour régler l'amende.

5.2.6 Les activités

La situation est très diverses selon les secteurs.

Dans toutes les unités, les patients ont accès libre à des salles de télévision (cf. § 5.3.5) ainsi qu'à des cours plus ou moins grandes, plus ou moins adaptées à des activités de jardinage.

Des salles d'activités sont également aménagées dans toutes les unités : au G11, un salon d'esthétique et une salle de musculation comportant du matériel de musculation. Au G16, une salle de réunion avec un piano, une autre comportant une bibliothèque, deux salles dotées de téléviseurs (l'une pour regarder les programmes diffusés, l'autre à finalité vidéo), une salle de musculation bien équipée et une salle permettant de pratiquer des activités manuelles ou de préparer des plats avec les patients.

Dans toutes les unités, des activités sont organisées et animées par les soignants : jeux de société, de cartes et de dés, pétanque, baby-foot, musculation, vidéos, sorties (par exemple au stade Vélodrome), jardinage, esthétique et relaxation, Astronef (cf. § 5.4) ou musées gratuits. *A priori*, tous les patients ont accès aux activités organisées par les unités mais la participation financière demandée peut être un frein.

En pratique, si tous les secteurs disposent d'une enveloppe de 5 000 euros pour les activités, certains (comme au G11) n'en organisent aucune, et les patients s'en plaignent, alors que d'autres ont une offre importante avec peu de moyens.

Faute de personnel dédié, certaines activités sont programmées mais ne sont mises en œuvre que si le personnel est suffisant, ce qui laisse penser que ce n'est pas la priorité dans la prise en charge. Pour d'autres, la réflexion sur l'intérêt fait défaut. Ainsi, à l'unité G11, deux infirmiers sont référents pour l'utilisation de la salle de sport. Selon les renseignements recueillis, elle avait été utilisée une fois durant la première semaine du contrôle et pas la deuxième. Les patients ont vivement regretté cette sous-utilisation auprès des contrôleurs ; les soignants, de leur côté, ont expliqué qu'un stagiaire avait récemment proposé des séances de relaxation hebdomadaires auxquels les patients ne se rendaient pas (il ne semble pas que la question ait été posée de l'intérêt, pour ces patients, de ce type d'activité).

Enfin, selon un médecin responsable de l'unité, le personnel, de moins en moins nombreux et de plus en plus sollicité pour des accompagnements obligés – soins somatiques rendus nécessaires par la précarité des conditions de vie, audiences JLD, visites à domicile – n'est que difficilement en mesure d'offrir aux patients des activités thérapeutiques.

Ces indisponibilités sont manifestement aggravées par le fort taux d'absentéisme du personnel (cf. § 2.3.2).

La seule activité réellement conduite à l'échelle de l'hôpital est celle du service des sports (cf. § 5.4) dont l'accès est subordonné à une prescription médicale du psychiatre et du somaticien.

Au niveau institutionnel, l'offre est faible : les unités G12 et le G16 proposent des ateliers thérapeutiques intersectoriels en vue de la préparation à la sortie et un atelier de sociothérapie est commun aux unités 13 et 14 ; sa fréquentation importante a pu être vérifiée.

Recommandation

Une réflexion à l'échelle de l'établissement sur l'organisation d'activités et les conditions d'une mutualisation des moyens en animateurs et en matériel doit être conduite.

Dans sa réponse, la direction indique : « *La création, dans le cadre de la nouvelle organisation interne de l'établissement, d'un pôle de réhabilitation, va être l'occasion de regrouper les activités de l'ensemble des personnels dédiés à cette fonction (théâtre, service des sports, atelier thérapeutique notamment).* »

5.3 LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT FAVORISEES, VIA NOTAMMENT L'AUTORISATION D'UTILISER LES TELEPHONES PORTABLES, EN ATTENDANT DE DISPOSER DES MOYENS TECHNIQUES DE SE CONNECTER A INTERNET

5.3.1 Les visites

Les visites des familles sont autorisées après accord médical. La majorité des unités ne posent aucune période de rupture de principe à l'arrivée : un seul patient au G11, placé en chambre d'isolement, subissait une telle restriction de droit de visite ; aucun ne l'était au G14 au moment du contrôle.

Elles sont organisées tous les jours, prioritairement l'après-midi, dans la limite de trois personnes par visite. Les enfants de moins de 15 ans ne sont pas autorisés mais des adaptations peuvent être organisées, notamment par des visites médiatisées (G14). Les horaires sont prévus dans chaque unité (14h-18h au G14, 15h-19h au G11).

Le livret d'accueil indique que les visites ne sont pas autorisées dans les chambres, sauf « *dérogations exceptionnelles (...) accordées si [l'] état de santé le nécessite* ». Toutefois, certaines unités (G14) proposent à la famille de visiter la chambre de leur malade.

Chaque unité dispose d'au moins un salon de visite, pièce généralement accessible depuis le hall d'entrée. Pour la plupart, les salons, de petites dimensions, sont uniquement meublés de chaises et de tables basses, sans décoration, ce qui nuit à leur convivialité.

De fait, dans certaines unités, les salons sont apparemment peu utilisés : ainsi, au G11, les familles restent dans le hall d'entrée où elles peuvent s'asseoir... au milieu des autres patients mais peuvent aussi accéder à la cour intérieure où il est plus facile de s'isoler ; elles sont admises à prendre un verre avec « leur » malade à l'occasion de la collation.

Le livret interdit d'apporter de la nourriture et des boissons à l'occasion des visites.

5.3.2 Le courrier

Dans la plupart des unités, il est proposé au patient le nécessaire pour écrire (papier à lettres, stylo) et affranchir son courrier aux frais de l'hôpital.

Le patient remet son courrier au personnel de l'unité (personnel soignant, cadre de santé, assistante sociale) ou le poste à l'extérieur, une boîte à lettres se trouvant à proximité de la banque des malades. Le courrier partant de l'hôpital est transmis à *La Poste* par le vaguemestre, dont les coordonnées téléphoniques sont mentionnées dans le livret d'accueil.

Le courrier arrivant est apporté par le vaguemestre à l'unité où il est distribué par le personnel soignant. Aucune restriction ni contrôle n'a été relevé concernant la correspondance, même si

une réflexion existe sur l'intérêt qu'il y aurait à accompagner certains patients dans la lecture d'un courrier administratif ou d'une lettre pouvant être cause de souci.

5.3.3 Le téléphone

L'usage du téléphone est libre sauf contre-indication médicale particulière : ainsi, au moment de la visite, une seule patiente du G11, sous statut de SPPI, était interdite de téléphone, en raison d'un usage inadapté, aucune autre personne ne l'étant dans les autres unités.

Les patients ont la possibilité de conserver et d'utiliser leur propre téléphone portable, sauf ceux se trouvant en chambre d'isolement. Il est recommandé de ne pas téléphoner après 23h à l'unité G11. Le règlement de fonctionnement de l'unité G14 interdit la prise de photographies dans le service et prescrit l'utilisation du mode silencieux de l'appareil.

De l'avis des personnes rencontrées, « le portable est définitivement rentré dans les mœurs ».

Un *point phone* fonctionnant à pièces est à disposition à la cafétéria.

Au sein des unités, un téléphone est à disposition dans un salon de visite (unité G14) ou à l'intérieur d'une cabine (unité G11, où il est hors d'usage). Les patients qui n'ont pas de portable peuvent aussi appeler sur le téléphone du service, entre 17h et 18h à l'unité G14 sans horaires précis à l'unité G16.

Le livret d'accueil précise à l'intention des familles que les communications téléphoniques pour les patients peuvent être reçues dans l'unité. Il est recommandé aux patients de l'unité G14 d'éviter les temps de soins et de repas pour se faire appeler.

5.3.4 L'informatique et l'accès à Internet

Les services dans leur ensemble ont une pratique libérale concernant la possession d'un ordinateur portable et son utilisation dans la chambre. Certaines unités disposent d'une salle informatique accessible essentiellement dans le cadre des ateliers d'ergothérapie.

Les unités ne sont pas connectées à un réseau wifi, le seul accès à Internet n'est possible qu'à partir d'un *smartphone* ou d'une tablette.

Dans toutes les unités, la question est à l'ordre du jour ; pour autant, aucune mention relative à l'accès à l'informatique et à Internet ne figure dans le livret d'accueil de l'hôpital.

5.3.5 La télévision, la radio, la presse

Chacune des unités dispose d'un salon de télévision – voire de plusieurs comme à l'unité G14 – et parfois d'une salle vidéo pour visionner des DVD comme à l'unité G16. Les dimensions de l'unique salon de télévision de l'unité G11 ne permettent pas la présence de plus d'une dizaine de patients. Les téléviseurs sont le plus souvent installés avec un dispositif de protection.

Les téléviseurs sont en principe éteints à 23h ; selon les indications recueillies, ils peuvent rester en marche plus tard dans la nuit quand il est considéré que cela est profitable à un patient, comme cela est le cas à l'unité G14 sans gêne aucune pour autrui dans la mesure où le salon est au rez-de-chaussée et les chambres à l'étage.

Les patients sont en outre autorisés à avoir leur propre téléviseur dans leur chambre, qu'ils utilisent avec une antenne (deux patients concernés à l'unité G11).

Il est possible d'avoir dans sa chambre un poste de radio, une chaîne hifi, un lecteur de DVD et de les utiliser librement sous réserve de ne pas « *perturber le calme et le sommeil de la collectivité* », comme mentionné dans le règlement de fonctionnement de l'unité G14.

Aucune unité n'est abonnée à la presse quotidienne régionale. L'abonnement pour l'atelier d'ergothérapie de l'unité G14 a été suspendu à l'initiative de ses responsables.

5.4 LE STATUT D'ADMISSION NE PESE PAS SUR L'ACCES AUX LIEUX COLLECTIFS

La cafeteria et le service des sports constituent les deux lieux quotidiennement accessibles à l'ensemble des patients

Le CHET dispose d'un service des sports employant deux agents qualifiés, une infirmière et un éducateur sportif installés dans des locaux très bien équipés.

Les activités sportives sont proposées tous les jours du lundi au vendredi, matin et après-midi. Les patients peuvent participer, sous réserve qu'ils en aient les capacités et l'autorisation, à des séances de cardio-training, de tennis de table, de football, de pétanque, de judo, de musculation adaptée, de basket-ball, de volley-ball. Les certificats médicaux d'aptitude sont établis en ce sens par les médecins psychiatres et généralistes. A l'unité G12, la participation des patients y est subordonnée à une prescription médicale du psychiatre et du somaticien.

Ce service est financé en partie par le budget de l'hôpital mais aussi grâce à des subventions obtenues sur des projets spécifiques auprès des services de l'Etat et des collectivités. C'est ainsi qu'un projet a été déposé récemment auprès des services départementaux Jeunesse et Sports dans le cadre de la programmation " Marseille capitale européenne du sport ".

Lors de la visite, la consultation des plannings, la tenue des feuilles de présence aux activités et l'observation des séances ont permis de constater une parfaite prise en charge des patients, quel que soit leur statut d'admission. Lors des sorties organisées, tout est mis en œuvre pour permettre aux patients hospitalisés sous contrainte d'y participer avec un encadrement adéquat.

L'organisation de ces temps particuliers requiert donc une bonne communication avec les personnels des unités hospitalières.

Au moment de la visite, les deux responsables de la structure sollicitaient l'affectation d'un agent supplémentaire.

Le CHET a la particularité d'héberger en son sein un théâtre, « l'Astronef », géré par une association. La programmation de spectacles, rencontres, expositions à thème présente l'intérêt de permettre à des patients hospitalisés d'accéder à des activités culturelles mais aussi de donner l'occasion, aux marseillais de venir sur ce site.

5.5 LES SOINS SOMATIQUES SONT CORRECTEMENT ASSURES

Les consultations somatiques (médecine générale) dépendent du pôle médico-technique et somatique depuis la redistribution en pôles d'activité. Elles offrent aux patients la possibilité de bénéficier de soins somatiques.

La file active du service de médecine générale recouvre celle du centre hospitalier, soit « 700 à 800 patients par an ».

5.5.1 Moyens en personnel

Lors de la visite, les consultations somatiques bénéficient de l'exercice de deux médecins généralistes (un praticien hospitalier et un praticien contractuel), de deux infirmières, d'une diététicienne et d'une secrétaire.

A terme, il est prévu que les temps médicaux soient occupés par des praticiens hospitaliers à hauteur de 1,5 équivalent temps plein (ETP). Pourraient s'adjoindre à cette équipe un interne en médecine générale, trois ostéopathes à raison d'une fois par mois chacun et un kinésithérapeute d'exercice libéral.

5.5.2 Fonctionnement du service

Les consultations sont ouvertes de 9h à 17h du lundi au vendredi. Elles ont lieu sur rendez-vous au pavillon 3.

La majeure partie de la patientèle du service de médecine générale est constituée de l'ensemble des patients, adultes ou non, en hospitalisation complète dans les neuf pavillons du CHET ou en hospitalisation de jour.

Le service de médecine générale fonctionne aussi comme une clinique externe pour des patients suivis en CMP qui ont du mal à être suivis par la médecine générale (5 à 10 %).

Ses différents axes de travail visent à prendre en charge le volet somatique des patients de façon qualitativement satisfaisante.

Une dizaine de réunions pilotées par l'ARS PACA ont permis d'élaborer des recommandations visant à une harmonisation des pratiques concernant le bilan somatique à 24 heures et les situations d'urgence.

a) Axes de travail

i) Bilan d'entrée

Un bilan somatique d'entrée est prévu pour tout patient admis en hospitalisation.

Ce bilan dure une heure et consiste en un interrogatoire et un examen physique complet avec recherche systématique des constantes, auxquels s'ajoutent en routine des examens para cliniques comme un électrocardiogramme (ECG) et un bilan électrolytique sanguin (BES).

Le bilan somatique minimal des 24 heures requis pour les patients hospitalisés sans leur consentement (constantes, vigilance) est réalisé par les psychiatres.

ii) Suivi des patients hospitalisés

Le service de médecine générale prend en charge les problèmes médicaux et chirurgicaux intercurrents, dont la réalisation de plâtres chirurgicaux en cas de traumatisme.

Le suivi des patients hospitalisés prend particulièrement en compte les effets secondaires des traitements psychotropes, notamment cardiologiques.

Un lien est fait aussi avec la pharmacie en cas de modification de traitement.

Le service de médecine générale assure des consultations et des soins en podologie afin de répondre aux très forts besoins des patients, les infirmières disant souvent « ne pas avoir le droit de couper les ongles ».

iii) Situations d'urgences

Chaque unité d'hospitalisation dispose d'un sac ou d'un chariot d'urgence.

Un défibrillateur est mis à disposition dans l'hôpital.

iv) Hospitalisations pour raisons somatiques

L'état de santé somatique des patients peut conduire à recourir à des établissements MCO pour soins ou hospitalisations.

L'accueil des patients y est fonction des médecins aux urgences en raison de l'« impact de la maladie mentale ». L'adresse d'un courrier d'accompagnement « extrêmement descriptif » est une nécessité.

Les patients y sont « parfois anarchiquement traités », ce qui peut être rapproché du nombre des internes (200) passant par les urgences au décours de leurs stages. « Le chef de service a fait quelque chose » pour que la situation s'améliore. Si le patient présente une pathologie somatique sévère, « il n'y a pas trop de problèmes ».

Les patients hospitalisés sans leur consentement ou provenant de la MAS sont systématiquement accompagnés par du personnel soignant du CHET.

v) Liens avec les unités d'hospitalisation du CHET

L'équipe de médecine générale est intégrée au CHET, même si « les soins somatiques sont un peu lourds et parfois mal perçus par les équipes psychiatriques ».

Les réunions de synthèse avec la psychiatrie sont très peu fréquentes en routine mais plutôt réservées aux prises en charge très compliquées. L'occurrence de ces réunions est aussi fonction des psychiatres, tout se passant comme si « certains n'en avaient pas envie ou pas le temps ».

Une « synthèse élargie » est prévue tous les six mois.

b) Mise en œuvre

Les consultations dans les locaux du service de médecine sont de règle, contribuant ce faisant à la mobilisation des patients en les amenant à sortir de leur pavillon. Le lieu et son architecture intérieure permettent des consultations en toute confidentialité et d'aborder des points de santé évoqués avec réserve par les patients dans les unités d'hospitalisation, comme la sexualité et la vie sexuelle, l'impuissance sexuelle et les consommations abusives de produits.

Les consultations ont lieu dans les unités de soins pour les patients placés en chambre d'isolement et pour les patients en soins sans consentement, y compris les patients en SPDT s'il y a un risque de fugue.

La permanence des soins somatiques est assurée par l'interne de spécialité en psychiatrie et/ou le psychiatre sénior.

5.6 LES INSTANCES DE GESTION DES INCIDENTS SONT IMPARFAITEMENT OPERATIONNELLES

5.6.1 Les conduites inappropriées

Dans certaines unités, la méconnaissance du règlement intérieur ou des consignes peut entraîner une réponse d'ordre quasi disciplinaire : au G12, une sortie intempestive, un retard ou la méconnaissance du « contrat de soins » peuvent entraîner le placement en pyjama.

La recherche de produits toxiques est une forte préoccupation, dans une optique où la consommation est plus considérée comme une conduite déviante que comme un symptôme.

5.6.2 Le traitement des plaintes et réclamations

Le rapport annuel d'activité de la commission de relation avec les usagers et de la prise en charge (CRUQPC)⁴ fait état de dix-sept réclamations enregistrées en 2015, dont treize par les patients eux-mêmes. Outre les plaintes concernant la prise en charge des services et des sujets extrahospitaliers, plus d'un tiers d'entre elles (36 %) porte sur les conditions d'hospitalisation. Parmi elles, quatre plaintes visent des vols d'affaires personnelles (deux à l'unité G12, une à l'unité G11 et une à l'unité G14). Selon les indications recueillies, les cadres de santé ont été sensibilisés pour que les inventaires des effets personnels des patients soient répertoriés avec davantage de précision. Aucun dédommagement n'a été accordé par l'hôpital aux victimes de ces vols.

Aucune saisine des médiateurs médecins ou non médecins n'a été effectuée en 2015 ni en 2016 à la suite d'une réclamation.

Une seule réunion de la CRUQPC s'est tenue en 2016, le 14 janvier, à la suite d'une enquête administrative menée à l'unité G10 et relative à des présomptions de maltraitance sur trois patients qui ont été photographiés dans des situations humiliantes par des membres du personnel, les faits s'étant déroulés en 2014. Le procureur de la République a également été saisi et a diligenté une enquête judiciaire.

Par la suite, le conseil de discipline de l'hôpital, présidé par le président du conseil de surveillance, a relaxé les deux soignants, qui avaient été suspendus de leur fonction jusqu'à leur comparution, faute d'éléments à la suite du désistement des principaux témoins à charge.

En réaction à cette décision, les deux représentantes des usagers ont démissionné de la commission.

5.6.3 Les événements indésirables

Les fiches d'événements indésirables (FEI) concernent les déclarations volontaires faites par les professionnels à partir de signalements ou d'incidents liés au fonctionnement du service. L'habitude des agents est de les faire parvenir par le biais d'un télécopieur d'une unité, procédure qui permet aux intéressés de recevoir un récépissé de la transmission. L'information est transmise au service qualité qui enregistre et centralise l'ensemble des FEI. Lorsque les faits ne rentrent pas dans son champ de compétence (un conflit interpersonnel par exemple), le service qualité avise le déclarant par courrier que cette fiche ne sera pas traitée par la cellule de gestion des risques.

Les FEI sont répertoriées en quatre catégories – les violences hospitalières, les risques liés à la prise en charge, ceux liés à la logistique ou à la sécurité et les risques professionnels – selon quatre niveaux de gravité, allant de « sans conséquence » à « conséquences très importantes » (dont décès). Dès lors que la cellule de gestion des risques les a validées comme telles, les « violences hospitalières » sont déclarées à l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS).

Le bilan des FEI recense 222 fiches pour l'année 2015. Le nombre est en nette diminution par rapport aux années précédentes (285 en 2014, 354 en 2013), ce qui est interprété non comme une réduction du nombre des dysfonctionnements et des incidents mais plutôt comme « un

⁴ Remplacée par la commission des usagers avec l'entrée en vigueur de la loi du 26 janvier 2016.

essoufflement des personnels à déclarer des événements indésirables, et de fait, une augmentation de la sous-déclaration ».

La catégorie des « violences hospitalières » représente plus de la moitié des FEI (124 fiches, soit 56 % du total), en augmentation par rapport à 2014 (51 %). Elles se répartissent quasi également entre les violences envers les biens et envers les personnes : 63 violences sur les biens – de l'hôpital (31), des agents (25), des patients (7) et 61 violences sur les personnes - violences agents (41), violences patients (10), violences visiteurs (10). Toutes les unités de soins sont touchées par le phénomène.

Le niveau majoritaire de gravité des incidents sur les biens est le 1^{er} (sans conséquences) ; celui des incidents sur les personnes est le 3^{ème} (conséquence ou préjudice important). Les chiffres du CHET relatifs aux niveaux de gravité des violences aux personnes se situent dans la moyenne nationale des déclarations faites à l'ONVS par l'ensemble des établissements publics de santé mentale.

Parmi les risques relatifs à la prise en charge de patients (38 FEI), 10 concernent des sorties de patients sans autorisation, émanant de services « *qui semblent présenter des fragilités sur le contrôle des accès (ex : les portes d'accès du CAP 72, les fenêtres des chambres du bâtiment 8) ou sur les jardins des zones isolements (ex : secteur 16) »* ; 9 portent sur des difficultés d'admission et de transfert, liées au manque de places disponibles, « *avec pour conséquence des changements intempestifs de chambre ou la mise sous contention de patient au CAP 72* ». Le pôle accueil, urgence et crise concentre un tiers des événements indésirables déclarés. Les secteurs adulte signalent les EI de façon quasi équivalente.

Les incidents de gravité maximale représentent 2 % des signalements, soit quatre fiches, qui portent sur un suicide, un décès et deux viols.

La cellule de gestion des risques s'est étoffée en 2015 avec le recrutement d'une cadre de santé comme coordinatrice des gestions des risques liés aux soins, chargée de la mise en place de retours d'expérience. En revanche, le rapport annuel d'activité pour l'année 2015 déplore la défection du personnel médical lors des réunions de la cellule de gestion des risques, ce qui nuit sans doute à la qualité de l'analyse des fiches d'événements indésirables.

Recommandation

Compte tenu du renforcement de la cellule de gestion des risques avec la nomination d'une cadre de santé à sa coordination, il conviendrait que les médecins s'impliquent davantage dans les travaux de cette instance essentielle pour analyser les dysfonctionnements.

5.7 LES PERSONNES DETENUES SONT PRISES EN CHARGE EN FONCTION DE LEUR PATHOLOGIE ET NON PAR RAPPORT A LEUR STATUT PENAL

5.7.1 Le choix de l'unité d'accueil

L'hôpital est amené à hospitaliser les personnes incarcérées au centre pénitentiaire des Baumettes à Marseille ainsi que celles détenues dans d'autres établissements des Bouches-du-Rhône. Les personnes détenues ont représenté une file active de 21 patients (26 séjours) en 2014 et de 21 patients (25 séjours) en 2015 ; pour les trois premiers trimestres de 2016, 18 personnes détenues ont été accueillies (21 séjours). La durée moyenne de séjour a été de 18 jours en 2015

et de 25 jours en 2016. La direction a indiqué que la patientèle détenue ne représentait pas par elle-même une pression sur la disponibilité des lits.

Aucune unité n'est prédisposée à prendre en charge les patients détenus, qui sont orientés en fonction de leur domiciliation – au cas où celle-ci se situe dans le périmètre d'un secteur couvert par le CHET – ou de leur date de naissance dans le cas contraire. L'ARS a fixé à compter du 1^{er} avril 2011 une règle de répartition entre les quatre structures marseillaises d'hospitalisation psychiatrique pour l'accueil des patients sans domicile, sans domicile connu ou ayant un domicile extérieur au département.

Dans le cadre de ce tour de garde, le CHET doit prendre en charge les patients nés entre le 29 juillet et le 31 décembre et chaque unité du secteur est en principe mise à contribution pour une période de 25 jours (exemple, les personnes nées entre le 29 juillet et le 23 août sont dirigées vers le secteur 13G11, celles nées entre le 24 août et le 18 septembre vers le secteur 13G12, etc.).

Dans la réalité, certaines unités sont plus sollicitées que d'autres : ainsi, l'unité G14 a non seulement accueilli en 2015 les sept personnes qui lui revenaient au regard de leur domiciliation ou de leur date de naissance mais aussi cinq autres personnes qui auraient dû, selon ces critères, être orientées dans d'autres unités. Selon les indications recueillies, cette situation serait en rapport avec le fait que la chef de service de l'unité G14 a exercé dans le passé au sein du SMPR des Baumettes : l'expérience acquise et les contacts ainsi facilités entre la chef de service et ses collègues en poste aux Baumettes contribuent à rassurer le personnel soignant dans la prise en charge de personnes détenues.

5.7.2 Le séjour du patient détenu

Les patients détenus ne sont pas placés systématiquement en chambre d'isolement et n'y séjournent pas en permanence, comme cela est souvent le cas dans la plupart des établissements contrôlés ; selon les indications recueillies, un tel placement résulte « toujours d'une logique de soins non d'une préoccupation sécuritaire ».

Dans la plupart des unités, le placement en chambre d'isolement est requis à l'arrivée pour une observation initiale, ce qui correspond à l'état de la personne « qui se présente en général dans un état de décompensation psychotique », mais n'est pas toujours le cas. Ainsi, à l'unité G15, tous les patients détenus sont systématiquement placés en chambre d'isolement quel que soit leur état clinique. Visites et téléphone peuvent être accordés selon les « dispositions pénitentiaires ». Des sorties aménagées dans la cour de promenade de la zone d'isolement sont possibles. Ensuite, la prise en charge est graduée selon les cas, avec, par exemple, un passage dans une chambre dans la zone « fermable » de l'unité ou une affectation dans une chambre ordinaire.

En revanche pour l'unité G14, sur avis du service médico-psychologique régional (SMPR) ou s'il est connu du service, le patient bénéficie d'entrée d'une chambre ordinaire ; s'il est sortant d'une unité pour malades difficiles (UMD), la garantie lui en est donnée lors de la visite qui lui est rendue préalablement à son transfert vers le CHET.

Au moment du contrôle, deux patients détenus – un homme et une femme – étaient présents à l'unité G14 : l'homme occupait une chambre dans la zone « fermable », en attendant qu'une chambre à l'étage se libère pour l'y installer, et circulait librement dans la journée au sein de l'unité ; la femme bénéficiait d'une chambre ordinaire à l'étage depuis plus d'une année et était autorisée à des sorties accompagnées dans le parc. En revanche à l'unité G16, le seul patient

détenu présent se trouvait en chambre d'isolement et ne sortait que dans le patio attenant aux chambres d'isolement

Le projet du nouveau règlement intérieur de l'établissement comporte une fiche relative aux personnes détenues, qui définit leurs conditions d'hospitalisation : la fiche n° II.4 décline les droits et les restrictions des personnes détenues, notamment au regard des possibilités de sortie de l'unité de soins et dans le cadre des relations avec l'extérieur (visite, correspondance, téléphone).

Bonne pratique

A la différence de la plupart des établissements de santé mentale, le CHET ne procède pas au placement systématique des patients détenus en chambre d'isolement et favorise leur orientation dans les unités acquises à une prise en charge exclusivement fondée sur le soin.

Cette bonne pratique devra être complétée par la mise en œuvre rapide des droits dont les personnes détenues ne doivent pas être privées lors d'une hospitalisation.

6. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

6.1 LES LOCAUX D'ISOLEMENT NOMBREUX SONT PEU RESPECTUEUX DE LA DIGNITE DES PATIENTS

Les unités d'hospitalisation G11 à G16 disposent toutes d'une zone d'isolement, partout éloignée de la partie centrale du bâtiment de l'unité ; les locaux de ces zones sont organisés de façon similaire dans toutes les unités.

On accède à la zone d'isolement en franchissant une porte fermée à clef. La zone comporte un sas constitué d'une salle divisée en plusieurs espaces : un coin repas meublé d'une table et de chaises où les personnes isolées prennent leur repas ; un coin cuisine avec évier, réfrigérateur et four à micro-ondes, des sanitaires (WC et douches). Les chambres d'isolement (deux par unités) donnent sur cet espace.

Les chambres d'isolement sont meublées d'un lit fixé au sol et comportant des points d'accroche pour des contentions le matelas est plus étroit que le lit, limitant la surface d'assise. A l'unité G11, il ne s'agit que d'un matelas de faible épaisseur posé à même le sol. Les WC (une salle WC dans toutes les unités sauf G14 et G13) sont placés derrière un muret, la chasse d'eau est à l'extérieur de la pièce. La porte des chambres d'isolement est percée d'un fenestron qui donne une visibilité sur la chambre et en partie sur l'espace WC. Les chambres sont dépourvues de système d'appel, les fenêtres n'ouvrent pas et la commande des volets est extérieure. Une pendule, située dans le sas permet au patient isolé de connaître l'heure en regardant à travers le fenestron, ce qui suppose qu'il ne soit pas attaché. Une bouteille d'eau en plastique est laissée au patient isolé.





Secteur d'isolement de l'unité G12 : chambre d'isolement, sanitaires, coin repas

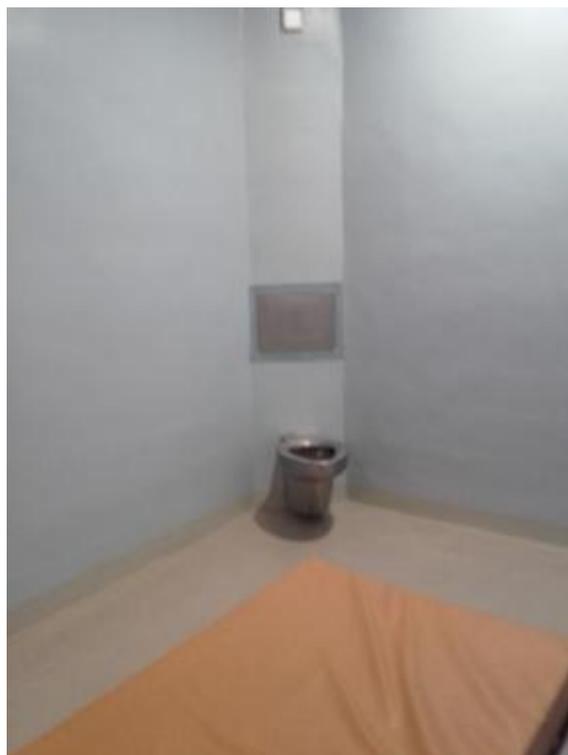
Les salles de douches, utilisées par les patients isolés, sont équipées d'une douchette avec flexible, d'un lavabo avec miroir, et d'un bouton d'appel ; une chaise en plastique est à disposition.

Des courettes, entourées d'un haut grillage, sont directement accessibles depuis la zone d'isolement. Les patients isolés peuvent y fumer ; éventuellement s'y tenir plus longtemps.

Les secteurs d'isolement des unités G13 et G14 comportent également des chambres qualifiées de « fermables » ; elles diffèrent des chambres d'isolement en ce qu'elles ont le même mobilier que des chambres ordinaires, sont dotées de salles d'eau et équipées d'une sonnette d'appel.

L'unité G16 dispose aussi d'une chambre « fermable », chambre individuelle ordinaire placée à proximité du poste de soins et qui a la possibilité d'être fermée à clef de l'extérieur. Il a été indiqué que cette mise en chambre d'apaisement s'effectuait sur la base d'un « contrat moral » avec le patient, contrat dont les éléments ne sont pas très clairs.

Le CAP 72 dispose d'une chambre « sécurisée » qui ne remplit pas les critères d'une chambre d'isolement (absence de sas, matelas à même le sol, WC sans séparation) mais en remplit largement les fonctions dans la mesure où y sont placés les patients présentant une agitation modérée, sans risque de passage à l'acte suicidaire important (cf. § 7.3.2f).



Chambre sécurisée du CAP 72

6.2 LES PRATIQUES D'ISOLEMENT, INSUFFISAMMENT CONCEPTUALISES, APPELLENT UNE REFLEXION COLLECTIVE SUR L'IMPORTANCE DU RECOURS

6.2.1 L'isolement « classique »

Selon plusieurs interlocuteurs rencontrés, l'organisation de zones d'isolement présente l'intérêt de permettre une prise en charge moins oppressive pour les patients placés en chambre d'isolement : ils peuvent prendre leur repas assis à une table - avec des couverts en plastique -, et disposent d'un espace extérieur permettant des sorties dans la journée, à condition qu'un soignant soit disponible pour rester auprès d'eux, condition *sine qua non* de toute ouverture d'une chambre d'isolement.

Ces avantages allégués ont tout de même pour contrepartie d'abaisser l'appréciation des soignants sur la rigueur du séjour des patients isolés. **Or, ceux-ci subissent une prise en charge matérielle très spartiate** : ils sont systématiquement en pyjama, leur intimité est mal préservée par les WC sans porte et à la vue partielle des soignants, ils ne disposent pas de papier toilette, ne peuvent actionner eux-mêmes la chasse d'eau et doivent taper sur la porte ou crier pour se faire entendre des soignants dont les locaux sont éloignés et séparés par deux portes. L'éloignement des zones d'isolement du reste des locaux des unités atténue l'impact des comportements des patients isolés : ils sont loin des ouïes tant des patients que des soignants, on n'entend les coups frappés aux portes pour appeler que depuis les cours de promenades si elles sont proches de la zone.

Le patient isolé reçoit la visite du médecin tous les jours et celle des soignants trois à quatre fois par jour (« on se met un réveil pour être sûr d'aller leur parler, leur apporter de l'eau »). Certains soignants, évoquant avec les contrôleurs les conditions matérielles de l'isolement, ont dit, avec émotion, une forme de honte : « vous avez vu où on les met ? »

Par ailleurs, le protocole de surveillance médicale est observé *a minima* : le médecin somaticien ne passe pas systématiquement mais à la demande, même lorsque le patient est contentonné. Les soignants affirment ne pas avoir de consignes somatiques particulières pour les patients isolés sauf lorsqu'ils sont attachés : auquel cas, les constantes sont prises une fois par vacation et un passage est fait toutes les heures avec surveillance des points d'attache.

Les chambres d'isolement d'une unité peuvent être occupées par des patients d'une autre unité, de façon plus ou moins fréquente selon les pratiques propres à chaque unité. En pareil cas, le médecin de l'unité de départ se déplace pour aller voir le patient en isolement mais, en revanche, le lien infirmier est rompu.

6.2.2 Les chambres « fermables »

Les patients placés en chambre « fermable » sont, de fait, isolés, à l'écart des lieux de vie, et connaissent la même pauvreté de présence soignante que les patients isolés.

La doctrine d'utilisation des chambres « fermables » des zones d'isolement varie selon les unités. Au G14, les chambres « potentiellement fermables » de la « zone des soins attentifs » sont entendues comme ayant une « vocation contenant et de mise à distance des autres patients » pour des personnes ne relevant pas de la chambre d'isolement. S'il n'existe aucun support écrit, le personnel évoque une « contractualisation sur la nécessité d'une mise à l'écart » avec le patient lors de son placement dans une de ces chambres. Les chambres sont en permanence maintenues ouvertes, sauf la nuit pour les patients en soins sans consentement. Au moment du contrôle, un patient s'y trouvait depuis deux jours et le second depuis deux semaines.

La chambre « fermable » de l'unité G16 est utilisée avec leur accord pour des patients qui sont désorientés la nuit ; l'utilisation est tracée dans le dossier électronique du patient ainsi que dans le registre des chambres d'isolement tenu par l'unité. La prescription est renouvelée chaque jour.

L'unité G12 dispose d'une chambre médicalisée, située dans la zone des deux chambres d'isolement. Au moment de la visite, elle était occupée par un patient de retour d'UMD, admis en SDRE, au profil psychiatrique « inquiétant » dont l'intérêt bien compris tant par le patient que les soignants était qu'il y demeure isolé du reste du pavillon. Elle était *de facto* utilisée comme une chambre d'isolement dans ses modalités de gestion avec pour différence que son équipement était loin d'être spartiate.

Il est toutefois partout précisé que ne peuvent être placés en chambre « fermable » des patients dont l'agitation les conduirait à se mettre en danger avec le mobilier.

En quantité, l'appréciation du recours à l'isolement est relativement incertaine : les données disponibles sont celles résultant du traitement par le DIM des informations entrées dans le logiciel Caryatide et relatives aux seules chambres d'isolement (CI) et non aux chambres « fermables ». Or, il a été indiqué que les mises à l'isolement initiales ne sont pas toutes renseignées et que les décisions de prolongation le sont encore moins sûrement. Les données fournies donnent donc une mesure inférieure à la réalité des pratiques. Enfin, l'unité pour adolescents pratique l'isolement des patients dans leur propre chambre, lesquelles sont toutes fermables, avec lit scellé et mobilier minimum.

Par ailleurs, les informations concernant une unité ne rendent pas compte de la pratique de cette unité dans la mesure où les patients accueillis en chambre d'isolement ne sont pas toujours les patients de l'unité d'accueil. Il en est ainsi de l'unité pour adolescent (USIA) qui ne dispose pas

de CI et a donc, exceptionnellement, recours aux CI des unités adulte pour des adolescents dont le comportement est ingérable (cf. § 7.1.5f).

Les données ainsi fournies font apparaître :

unité	2015			1 ^{er} semestre 2016		
	FA*	Nombre de jours	Durée ** moyenne par patient	FA	Nombre de jours	Durée moyenne par patient
13G11	74	778	10,51	36	379	10,53
13G12	77	811	10,53	46	419	9,11
13G13	42	758	18,05	45	413	9,18
13G14	80	753	9,41	33	399	12,09
15G15	44	760	17,27	29	400	13,9
13G16	52	757	14,56	15	321	21,40
Total unité adultes	369	4617	12,51	204	2331	11,42
Cap 72	6	6	1,00	7	7	1
USIA				4	7	1,75

*FA : file active = nombre de patients différents, un patient ayant fait plusieurs séjours en CI au cours de l'année n'apparaît qu'une fois.

** la durée moyenne est exprimée en jours

On constate que le recours à l'isolement est important puisque, sur les 871 patients de la file active d'hospitalisation complète des unités adultes, 369 – soit 42,36 % – ont fait l'objet d'une mise en chambre d'isolement (MCI) et pour une durée moyenne particulièrement longue de 12,51 jours.

Le pôle accueil tient à jour la liste des CI disponibles : la gestion de ces chambres, et des quatre AS du pool de renfort pour l'isolement, constitue une part importante de son activité.

Malgré le caractère massif de l'utilisation de l'isolement, cette pratique semble ne pas faire l'objet d'une réflexion sur sa pertinence thérapeutique.

Elle est pourtant très diversement appréciée par les soignants. Certains ont rapporté, avec un certain soulagement, aux contrôleurs que le recours à des sédatifs pour accompagner l'isolement au moment de crise se poursuivait une fois celle-ci réduite ; un des motifs à cette poursuite était de permettre au patient de supporter ces conditions d'isolement « humainement insupportables ». D'autres ont suggéré que « si on obligeait les patients à prendre leur traitement, on leur éviterait parfois l'iso ».

Les soignants ne disposent pas de « prescription si besoin » : la permanence médicale sur le site permet qu'un médecin se déplace toujours pour prendre la décision de placement à l'isolement.

Cependant, la latitude laissée aux soignants d'apprécier le moment et la durée de « sorties progressives » dans l'unité pourrait s'apparenter à des prescriptions « si besoin ».

Les conditions d'isolement étant insupportables, indignes et reconnues comme telles, on est perplexe sur la pratique généralisée d'un isolement durable et dont la durée est légitimée par des « sorties » aménagées dans l'unité.

Lors de la visite des contrôleurs, un groupe de réflexion médicale (un cadre supérieur de santé, l'ingénieur qualité, trois PH, le président de la CME et le directeur du pôle patients) étudiait la question de la prise en charge en isolement et envisageait le rapprochement des zones d'isolement de deux secteurs pour faire une unité commune de « soins intensifs », qui serait constituée de quatre chambres d'isollements et deux chambres « fermables », et gérée par une équipe dédiée, mieux apte au travail sur la crise. Selon le groupe, ce projet devait entraîner forcément une réflexion sur la crise et conduire à une diminution des MCI. Pourtant, la relation de causalité entre la mise en place de la structure commune et la réflexion sur la crise, qui en principe précède la MCI, demeure des plus obscures et la démarche de mutualisation des moyens d'isolement ne remet pas du tout en cause le recours à l'isolement, ni n'évalue le risque que, au contraire, l'existence de l'outil ne tende à multiplier son utilisation.

Recommandation

Les conditions matérielles d'isolement sont indignes. Le recours à cette pratique est massif en nombre et en durée. L'établissement doit engager une réflexion globale sur l'utilisation de cette pratique, en veillant à ce que l'amélioration des conditions matérielles et de l'organisation de la prise en charge ne conduisent pas à la banaliser et en augmenter l'utilisation.

6.3 LE RECOURS A LA CONTENTION RESTE TRES EXCEPTIONNEL

Les unités d'hospitalisation adulte ne disposent pas de matériel de contention. Un jeu de contentions est détenu dans la pharmacie du PA. L'utilisation est très rare.

La contention est plus largement utilisée dans l'unité de soins pour adolescents (cf. § 7.1.5f).

6.4 UN REGISTRE DE CONTENTION ET D'ISOLEMENT REpondant A L'ATTENTE LEGALE RESTE A ELABORER

Le registre d'isolement et de contention prévu par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique n'est pas mis en œuvre au CHET. Un groupe de travail a été constitué pour l'élaboration des fiches de décision de mise à l'isolement et surveillance du patient dans le logiciel Caryatide. Il a été pointé que certaines unités ne respectaient pas la tenue informatisée de ces fiches. Il a également été constaté que si les mesures initiales étaient majoritairement enregistrées (80 %), tel n'était pas toujours le cas des renouvellements.

Le médecin en charge du département d'informatique médicale a été désigné comme maître d'œuvre de l'élaboration du registre par extraction à partir des items de ces fiches. Deux registres distincts seront tenus, pour l'isolement et la contention.

Les freins à la traçabilité tiennent en partie à ce que le traçage reste une contrainte extérieure à laquelle on se soumet mais qui n'a pas de sens. D'autres considérations, plus pragmatiques peuvent aussi être à l'œuvre : selon un cadre : « sur Caryatide, on ne met jamais d'éléments

clinique car, après 18h, la permanence d'accueil regarde la clinique et fait pression sur l'interne pour la sortie du patient de la CI. Il faut être ferme, et interdire de sortir le malade ».

De même, selon un interlocuteur, la pratique du CHET est de ne pas faire sortir d'isolement le vendredi. Ainsi, les CI étant toutes occupées, il n'y a pas d'entrée le week-end, avec ce commentaire « heureusement qu'ils sont sédatisés, ça leur permet de supporter ».

On observe ainsi deux mouvements antagonistes : l'incitation des gestionnaires des lits (direction, possiblement chefs de pôle) à faire sortir des patients à la veille des week-ends afin de permettre des hospitalisations non programmées durant le week-end ; à l'inverse, le souhait des équipes de soins (paramédicales mais aussi possiblement médicales) de permettre la poursuite du séjour d'un patient dans la chambre d'isolement durant le week-end même s'il n'est pas strictement nécessaire, afin d'échapper à l'admission pendant le week-end d'un patient non connu en crise à un moment où les effectifs en personnel (médical et paramédical) sont plus faibles.

La pression à l'hospitalisation ne permet pas toujours de maintenir réservée les chambres des patients placés à l'isolement. L'exigence serait de conserver au moins une chambre libre pour permettre les sorties de CI.

Recommandation

L'établissement doit s'assurer du renseignement correct du logiciel de gestion des dossiers des patients en ce qui concerne les mesures d'isolement. Le registre dont la tenue est prévue par l'article L.3222-5-1 du code de santé publique doit être mis en œuvre dans les meilleurs délais.

S'agissant du **changement de statut d'admission** des personnes en soins libres placées en isolement, les interlocuteurs rencontrés ne savent pas précisément ce qui est fait ; certains présumant que le statut de ces patients est modifié après 12 heures d'isolement, d'autres « pensent » que c'est après 24 heures Il n'existe ni instruction ni réflexion. Certaines unités affirment opérer systématiquement un changement de statut, changement qu'il n'est pas possible de mesurer faute de traçage sûr. Cependant, les données communiquées font apparaître que des patients en soins libres font l'objet d'isolement dans toutes les unités et pour des durées supérieures à 48 heures. A titre d'exemple, au 1^{er} semestre 2016, les cinq patients en soins libres placés à l'isolement à l'unité G15 ont totalisé 76 journées d'isolement.

Recommandation

La mise en chambre d'isolement de patients admis en soins libres doit conduire à réétudier leur statut d'admission lorsque l'isolement perdure.

7. LES CONDITIONS PROPRES AUX UNITES SPECIFIQUES

7.1 L'UNITE DE SOINS INTENSIFS POUR ADOLESCENTS SE REVELE UN ESPACE CONTRAINT DONT LE PROJET EST A INTERROGER ET L'EQUIPE A SOUTENIR

7.1.1 Présentation générale

Le pôle infanto-juvénile rattaché au CHET dessert le centre de Marseille, les quartiers Nord et les communes de Pennes-Mirabeau et Septèmes-les-Vallons ; il regroupe les deux secteurs de pédopsychiatrie. Le secteur 13105 (14^{ème}, 15^{ème} et 16^{ème} arrondissements ainsi que les deux communes suscitées) dispose de deux CMP, un CAMSP et un hôpital de jour ; le secteur 13106 (1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème} et 13^{ème} arrondissements) dispose d'un CAMSP et, pour chaque arrondissement, d'un CMP et d'un hôpital de jour.

L'ensemble du pôle est par ailleurs doté d'une unité de soins précoces parents-nourrisson, d'une équipe spécialisée en matière d'autisme, d'une unité pédagogique, d'une équipe mobile pour les jeunes de 16-25 ans et, depuis janvier 2016, d'une unité de soins intensifs pour adolescents (USIA), objet du présent chapitre.

L'USIA est née du constat qu'un nombre important d'adolescents était soumis à des parcours de soins complexes et non conformes à leurs besoins (hospitalisations tardives ou multiples). Une réflexion s'en est suivie, associant les acteurs des services sanitaires, sociaux, éducatifs et judiciaires sous l'égide de l'ARS. Elle a conduit à ouvrir **une unité d'accueil et de crise de cinq lits pour adolescents** de 12 à 18 ans, spécifiquement dédiée à l'observation et pour une durée limitée à sept jours.

7.1.2 Les locaux

L'USIA est située à l'hôpital Nord, à proximité immédiate des urgences pédiatriques. La localisation favorise une prise en charge globale et protège l'enfant de la stigmatisation liée à l'hôpital psychiatrique ; elle le prive aussi des équipements propres au CHET.

L'unité est fermée ; les locaux, neufs et en très bon état, se caractérisent par leur étroitesse. Selon les renseignements recueillis, la surface initialement prévue a été réduite de près des deux tiers, passant de 450 à 160 m². Dans sa réponse, la direction fait savoir que « *la Direction de l'Hôpital Nord procède actuellement à une recherche de locaux complémentaires permettant d'étendre la superficie dédiée à l'USIA.* »

L'ensemble, situé sur un seul niveau, est constitué de deux espaces séparés par une double porte tenue généralement ouverte.

A l'entrée, un petit hall d'accueil ouvre sur trois bureaux de taille modeste (un pour le médecin, un pour la cadre de santé, un pour les entretiens autres que strictement médicaux) et une salle d'activités d'une surface d'à peine 20 m², avec tapis et coussins, table et chaises, téléviseur, bibliothèque et matériels divers (vidéo, jeux de société, activités manuelles) et des toilettes pour le personnel.

Au-delà de la double porte, un couloir dessert un bureau de soins communiquant avec le bureau des infirmiers, trop petit pour accueillir toute l'équipe, une salle polyvalente servant à la fois de salle à manger, salle de réunion, salle de détente pour le personnel, une salle d'eau inutilisée car communiquant avec le bureau des soignants et portant, de ce fait, atteinte à la confidentialité, puis cinq chambres sécurisées.

A l'autre extrémité du couloir, la sortie de secours n'est utilisable qu'avec un « pass ».

Les chambres sont toutes individuelles et pourvues d'une salle d'eau avec douche, lavabo, miroir, toilettes ; l'ensemble offre une surface de 11,50 m². Les portes des chambres, qui peuvent être fermées de l'intérieur, sont munies d'un lourd verrou extérieur et d'un hublot avec cache extérieur. La lumière, les volets et le chauffage sont actionnables de l'extérieur et de l'intérieur. Les vitres de la fenêtre sont opacifiées et ouvrables sur intervention soignante. Le mobilier – lit et table de nuit – est scellé au sol ; dans l'une des chambres visitées, une tablette roulante tenait lieu de table-bureau. L'ensemble est peu chaleureux (peinture grise, absence de décoration et d'effets personnels).

Un dispositif d'alerte est installé à proximité du lit et dans la salle de bains, se traduisant par une lampe clignotante au-dessus de la porte et une sonnerie dans le bureau des soignants.

Les placards, individuels, sont dans le couloir ; ils sont munis d'une clé individuelle placée dans le bureau des soignants et accessible sur demande.

L'ensemble peine à dégager l'ambiance chaleureuse que l'équipe souhaiterait instaurer. Quelques murs ont fait l'objet de dégradations ; les demandes de travaux doivent être adressées à l'AP-HM, propriétaire des murs.

Recommandation

Sur le strict plan matériel, l'USIA n'offre pas des conditions de travail satisfaisantes ; le manque d'espace est crucial, tant pour les soignants que pour les patients : les réunions des professionnels se tiennent dans des conditions qui ne favorisent ni le recul ni la clarté des échanges. S'agissant de patients adolescents et en grande difficulté, le manque de salles limite la mise en place d'activités et rend difficile la séparation de groupes antagonistes. Le manque d'espace risque en outre de générer des tensions et des incidents regrettables.

7.1.3 Le personnel

Le personnel médical comprend :

- un praticien hospitalier, psychiatre, responsable de l'unité et intervenant à temps plein, présent chaque jour du lundi au vendredi, matin et après-midi ;
- un médecin psychiatre présent chaque jeudi après-midi ;
- un interne présent deux jours par semaine ; il a été décidé de ne pas maintenir ce poste ; le médecin responsable estimant n'avoir pas suffisamment de temps à consacrer à la formation.

Le personnel non médical comprend :

- une cadre de santé à temps plein ;
- treize IDE (huit de jour et cinq de nuit) ;
- deux éducateurs ;
- quatre aides-soignants ;
- deux psychologues intervenant chacune à mi-temps ;
- deux ASH ;
- une assistante sociale ;
- une secrétaire médicale.

Le médecin porteur du projet a dû quitter la responsabilité de l'unité, pour raisons personnelles, environ un mois après l'ouverture (janvier 2016). Le médecin (une femme) qui lui a succédé est présent depuis février 2016 ; manifestement investie auprès des patients, elle se heurte à la difficulté d'assumer seule la responsabilité d'un service dont la réalité ne correspondrait pas à la description qui lui en avait été faite, notamment quant aux locaux et aux gardes, de sorte que son maintien n'est pas acquis. Plusieurs médecins ont été conduits à assurer des remplacements pendant des congés maladie du médecin responsable, sans qu'aucun ne s'investisse durablement dans un projet qu'il n'avait pas choisi.

La cadre de santé qui portait également le projet a démissionné au bout d'un mois ; plusieurs cadres se sont succédé pour assurer son remplacement jusqu'à ce qu'une cadre – volontaire, dynamique et apparemment décidée à rester – soit recrutée, en juillet 2016.

L'équipe, jeune et motivée, a été recrutée sur la base du volontariat plusieurs mois avant l'ouverture et s'est vue proposer des rencontres avec les structures partenaires d'amont et d'aval. La spécificité du rôle des éducateurs reste à définir.

Cette équipe manque encore de formation quant aux spécificités de la prise en charge des adolescents et s'est trouvée démunie face à des passages à l'acte agressifs (une jeune patiente a mis le feu à sa chambre après avoir agressé un soignant ; il en est résulté un arrêt de travail de dix jours). L'intervention d'un psychologue du travail a été organisée, sur proposition du médecin du travail. Une formation à la gestion de l'agressivité a été mise en place. Une supervision est souhaitée, mais pas mise en place au moment du contrôle. L'équipe est stable ; elle souffre cependant de l'absence d'un médecin véritablement garant de l'effectivité d'un projet dans la durée.

L'effectif minimum de deux soignants pour la nuit et de trois en journée est largement respecté ; en pratique, six adultes au moins sont présents entre 9h et 18h.

L'équipe – médecin, cadre, soignants disponibles, psychologue, assistante sociale – se réunit chaque jour pour un « staff » matinal et deux fois par semaine pour des études de cas clinique. L'une de ces deux réunions est partiellement consacrée aux questions d'organisation et de fonctionnement. Un médecin du pôle, responsable du dispositif « adolescents », est alors présent et apporte un regard distancié permettant d'interroger les pratiques de l'équipe.

Il n'existe pas de réunions soignants/soignés.

Il est à noter que, en raison de la localisation de l'USIA, l'appel aux renforts fait intervenir les équipes de l'AP-HM. Dans sa réponse, la direction fait savoir que « *le fonctionnement [de l'unité] s'est stabilisé avec l'arrivée d'un nouveau médecin, complétée par une pédopsychiatre détachée du pôle de pédopsychiatrie ; la titulaire du poste de cadre de santé est maintenant présente dans la durée.* »

Recommandation

Il est impératif de favoriser l'investissement durable à l'USIA d'un médecin et d'un cadre de santé à même de garantir la qualité et la cohérence de la prise en charge. Il convient également de parfaire la formation de l'équipe et de mettre en place une supervision.

7.1.4 Les patients

Trente mineurs ont été hospitalisés à l'USIA entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre 2016.

Il a été effectivement constaté qu'une proportion importante des jeunes accueillis faisait l'objet d'un suivi par les services sociaux ou/et judiciaires. La plupart avait déjà connu des parcours de vie complexes, cumulant difficultés matérielles, affectives, éducatives, sociales.

En pratique, les séjours durent souvent plus longtemps que prévu pour parfois atteindre plusieurs mois.

Au moment du contrôle, quatre patients âgés de 14 à 17 ans étaient accueillis dans le pavillon, tous à la demande de leurs parents.

L'un des patients, âgé de 16 ans, avait fait l'objet, un mois auparavant, d'une admission à la demande du représentant de l'Etat, la mesure avait été levée dix jours plus tard et le séjour s'était prolongé de quelques jours sur autorisation des parents. Au moment de la visite, le jeune patient venait de faire l'objet d'une nouvelle admission à la demande de ses parents.

L'examen de son dossier administratif montre que le mineur ASDRE avait été placé en garde à vue le 2 septembre 2016 pour s'être introduit dans un établissement scolaire et y avoir tenu des propos considérés comme une apologie du terrorisme. Le procès-verbal d'interpellation, seule pièce de la procédure pénale à laquelle les contrôleurs ont eu accès, ne fait état d'aucune difficulté lors de l'interpellation et évoque une palpation négative. Un examen psychiatrique réalisé pendant la garde à vue a mis en évidence un délire ; le même jour, 2 septembre, le jeune homme a fait l'objet d'un arrêté municipal d'hospitalisation en soins contraints. L'existence d'un délire mystique a été confirmée par les certificats médicaux postérieurs. Le certificat dit « de 72h » – intervenu en réalité au-delà du délai légal (il est daté du 6 septembre) – a confirmé le diagnostic tout en proposant la mainlevée en raison de la coopération du patient et de ses parents. Le préfet a cependant maintenu la mesure, sans précisément caractériser dans sa décision la notion de risque pour la sûreté des personnes ou d'atteinte grave à l'ordre public, contrairement aux dispositions de l'article L3213-1 CSP. La mesure sera levée par le préfet quelques jours plus tard, avec effet au jour de l'audience devant le JLD.

La mère, rencontrée par les contrôleurs, dit avoir été informée par les policiers de la garde à vue et de l'examen par un psychiatre, mais tenue à distance de son fils. Elle a appris son arrivée aux urgences psychiatriques dans la nuit, par l'hôpital. Elle dit n'avoir pas été destinataire des arrêtés préfectoraux, ni été informée autrement que par l'hôpital de la convocation de son fils à l'audience devant le JLD. Aucune mention portée sur les documents examinés par les contrôleurs ne vient contredire ses assertions.

L'examen du dossier relatif à un autre mineur également admis en SDRE quelques mois avant le contrôle montre les mêmes manquements (pas de notification aux représentants légaux ni de convocation devant le JLD).

Recommandation

Les représentants légaux des patients de l'USIA doivent être mis à même, par les autorités administratives et judiciaires, de défendre les intérêts de leur enfant mineur. L'information des représentants légaux incombe en premier lieu aux services préfectoraux en ce cas.

7.1.5 Le projet thérapeutique

Les indications n'excluent aucune pathologie, le projet visant à la fois les dépressions, les phobies scolaires, les troubles du comportement alimentaire, les troubles post traumatiques, les états d'agitation ou les bouffées délirantes.

Le projet initial visait à utiliser la crise pour, dans le cadre d'une prise en charge intensive et pluridisciplinaire, réaliser une évaluation approfondie, en lien étroit avec la famille et l'ensemble des partenaires, et initier une dynamique de changement permettant une orientation adaptée vers une structure extérieure, si possible ambulatoire.

Ainsi qu'il est indiqué ci-dessus, la pratique se révèle différente.

Recommandation :

On constate que la collaboration avec les services partenaires de l'USIA reste difficile. Une réflexion en ce sens est à poursuivre, avec les divers intervenants sociaux et judiciaires.

a) L'admission

Une majorité des admissions passe par les urgences, les admissions directes concernent essentiellement des patients déjà connus. De fait, l'admission est le plus souvent sollicitée par une structure de soins ambulatoires ou par une institution d'accueil (aide sociale à l'enfance, protection judiciaire de la jeunesse).

Il est dit que les parents sont avisés dès l'arrivée aux urgences ; en tout état de cause, ils sont contactés par l'USIA dès l'arrivée du jeune dans le service et invités à signer une demande d'admission. La question leur est posée, de savoir s'ils disposent de l'autorité parentale ; en cas de doute, les services sociaux sont contactés ; aucun document n'est demandé.

Parents et patients sont informés oralement du fonctionnement de l'unité. Au jour du contrôle, une plaquette d'information était en cours de validation.

L'inventaire est réalisé avec le patient si son état le permet ; dans le cas contraire, il est signé par deux soignants. Les parents sont invités à conserver les valeurs ; le reste est placé dans un placard fermant à clé ; petite somme d'argent (20 € au plus), téléphone, cigarettes et briquet sont mis dans une enveloppe nominative, dans un coffre.

Le pyjama est réservé aux patients en crise aiguë ; il est prescrit par le médecin pour une durée qui dépasse rarement une journée ; aucun patient n'en portait au moment du contrôle.

b) La vie quotidienne

Le projet prévoit une rupture de contacts avec l'extérieur pendant 48h, destinée à signifier « la coupure avec la vie d'avant ». Au moment du contrôle, cette rupture n'était plus systématique.

Le téléphone portable est placé au coffre ; au-delà de 48h, l'accès est possible deux fois par jour, après les repas, en présence d'un soignant.

Les visites sont autorisées tous les jours, en fin d'après-midi (17h-18h30 en semaine, 14h-19h le week-end) ; elles sont médiatisées au début. Faute de salon de visite, elles se déroulent dans la salle d'activité ou dans le hall d'entrée, parfois dans la chambre. Dès que le patient apparaît compliant aux soins, les sorties extérieures, accompagnées par la famille, sont autorisées par le médecin. Au moment de la visite, tous les jeunes étaient autorisés à recevoir des visites et à sortir

accompagnés. En pratique, les visites sont limitées à la famille, fratrie comprise (sauf contre-indication liée à l'état du patient).

Le lever s'effectue entre 8h30 et 9h ; les soignants sont attentifs à l'hygiène ; ils sollicitent aussi les patients pour participer aux tâches de la vie quotidienne (entretien de la chambre, pose et dépose du couvert...).

Les repas, livrés sous forme de barquettes individuelles par l'APHM, sont généralement améliorés sur place. Sauf prescription contraire du médecin, ils sont pris en commun et toujours en présence de soignants. Depuis qu'une adolescente a dérobé un couteau pour se scarifier, il a été décidé d'acquérir des couverts jetables. Le repas du soir est servi à 18h30. Une collation est servie à 16h et avant le coucher, vers 21h30.

L'accès à la chambre est limité et doit être justifié (besoin de repos ou d'isolement de courte durée) ; il s'agit d'éviter le repli.

Le tabac, considéré comme un problème accessoire comparé aux difficultés psychologiques auxquelles le patient doit faire face, est soumis à autorisation parentale ainsi qu'à l'accord du médecin qui détermine le nombre de cigarettes en fonction de l'état du patient ; un substitut nicotinique est éventuellement proposé. Les patients fument dans un patio étroit et grillagé, accessible exclusivement sur demande et en compagnie d'un soignant, lequel tente toujours de différer, espérant que le patient « oubliera » et renoncera.

Le quotidien est parfois altéré par la complexité du système juridique qui fait intervenir à la fois le CHET et l'AP-HM : ainsi, le premier a-t-il livré un téléviseur et des tablettes numériques que le deuxième n'a pu installer.

c) Les activités

Les activités sont limitées par l'absence de salle spécifique, le manque de matériel, l'éloignement des structures adaptées, l'insuffisance de formation des soignants. Au sein de l'établissement, elles consistent en activités manuelles de type dessin et modelage, en jeux de société, vidéo, cuisine.

Des sorties sont organisées pour faire les courses dans le cadre de l'atelier cuisine ou pour faire du sport grâce aux équipements du CHET.

Les activités ne font pas l'objet d'une programmation précise. Elles sont ouvertes à tous ; il est procédé par incitation et non sur indication médicale.

Au moment du contrôle, les jeunes patients ont assisté durant quelques heures à la journée dite « socio-éducative » organisée au CHET. Le choix de l'atelier n'avait pas été étudié à l'avance et certains patients n'y ont guère trouvé d'intérêt ; les jeunes patients n'ont pas été incités à une participation active.

Les jeunes patients rencontrés se sont plaints de l'ennui (« c'est répétitif ») tout en soulignant la bonne volonté des soignants (« ils font vraiment ce qu'ils peuvent »).

d) Les soins

Un bilan somatique est généralement réalisé aux urgences ; si tel n'est pas le cas, un somaticien est appelé dès l'admission et, par la suite, en cas de besoin. Les constantes sont vérifiées chaque jour par un soignant.

Les traitements sont distribués de façon individuelle, en salle de soins. Ils ne sont pas décrits comme obligatoires mais, de fait, concernaient tous les patients présents lors du contrôle. Les

parents et le jeune patient sont informés du traitement envisagé, de ses bénéfices et de ses effets. Les jeunes rencontrés par les contrôleurs ont pu dire qu'ils n'hésitaient pas à évoquer avec le médecin les effets secondaires néfastes et qu'ils étaient entendus.

Chaque jeune est vu quotidiennement en entretien individuel par le médecin responsable de l'unité, en présence d'un soignant. Les patients rencontrés par les contrôleurs, de même qu'une famille, ont évoqué la disponibilité du médecin et sa capacité d'écoute.

Les entretiens infirmiers ne sont pas protocolisés mais les soignants sont en permanence au contact des jeunes patients. L'une des psychologues intervient sur prescription médicale ou à la demande du jeune, à qui l'offre est systématiquement proposée ; dans le deuxième cas de figure, la demande s'effectue sans formalisme et la rencontre est immédiate.

A moins qu'ils s'y refusent et quelle que soit leur position par rapport à l'autorité parentale, les parents sont reçus par le médecin au moins une fois par semaine et étroitement associés à la prise en charge. Leur avis, leur capacité de soutien, leur histoire, sont prises en compte dans la détermination des soins et l'orientation à mettre en œuvre.

Les échanges au sein de l'équipe sont quotidiens, associant le médecin et l'ensemble des intervenants. Les contrôleurs ont pu constater que les jeunes faisaient l'objet d'une observation attentive ; les hypothèses et les soins à mettre en œuvre sont discutés et régulièrement réévalués. L'oral tient cependant une grande place, avec sa part d'interprétation, d'incertitude et d'oubli ; l'examen des dossiers montre que les écrits ne sont pas plus précis.

Une synthèse est organisée dans les jours qui suivent l'admission ; l'orientation est théoriquement envisagée en concertation avec les partenaires extérieurs ; des rencontres sont organisées entre le jeune et les équipes susceptibles de poursuivre le suivi ; au besoin, une visite est organisée dans les locaux du service pressenti. La collaboration avec le service de l'aide sociale à l'enfance est décrite comme difficile (« il faut les solliciter sans cesse »). Les relations avec les services judiciaires ne semblent pas toujours très fluides : ainsi l'USIA ignorait l'orientation prévue par le juge des enfants pour l'enfant d'une jeune mère accueillie dans le service ; dans un autre cas, le parquet des mineurs a été saisi de la situation d'une jeune fille le jour de sa sortie, en vue d'un placement en urgence, ce que le magistrat a refusé au motif qu'une mesure d'investigation était en cours.

Selon les renseignements recueillis, un autre obstacle à la sortie tient au manque de structures d'hospitalisation en aval : le secteur public offre huit lits mais cible les patients anorexiques ; le secteur privé offre une trentaine de lits mais est décrit comme peu enclin à l'accueil d'adolescents difficiles.

Recommandation

La durée et la répétition des séjours à l'USIA interrogent le bien fondé du projet, notamment son implantation à distance des hôpitaux de jour et autres structures de soins. Il pose aussi la question du manque persistant de structures d'accueil pour adolescents.

e) La place des parents

Ainsi qu'il a été dit plus haut, les parents sont systématiquement informés lorsqu'une arrivée intervient en urgence et systématiquement invités à signer la demande d'admission, y compris lorsque l'enfant est placé ; toutefois aucun document n'est sollicité, tendant à démontrer qu'ils disposent de l'autorité parentale. En pratique, les parents sont indistinctement sollicités, l'un

pour signer la demande d'admission, l'autre pour signer les diverses autorisations relatives au séjour (tabac, sorties...).

Les parents sont reçus par le médecin au moins une fois par semaine et, autant que faire se peut, étroitement associés à la prise en charge (certains se montrent rejetants et refusent). Lors de la courte période de « rupture » qui suit l'arrivée, ils peuvent contacter l'équipe à tout moment.

f) L'isolement

Il n'existe pas de protocole spécifique d'isolement, ni de registre. Selon les renseignements recueillis, l'équipe s'applique à prévenir les situations de violence et, dans la majorité des cas, y parvient par le dialogue. C'est lorsque le lien est rompu – délire ou agitation extrême – que le patient est isolé dans sa chambre, au besoin avec le soutien de l'équipe de sécurité de l'AP-HM. En amont, il arrive qu'un jeune soit invité à rejoindre sa chambre pour se calmer, la porte restant ouverte avec un soignant à proximité.

Depuis juillet 2016 (date de l'arrivée de la cadre de santé), soit en deux mois, sept patients différents ont été placés à l'isolement dans leur chambre, porte fermée ; tous l'ont été sur prescription du médecin, présent lors de la crise. Le pyjama n'est pas prescrit de manière systématique ; en revanche, il est arrivé que, faute de pyjama indéchirable, une jeune fille particulièrement agitée (tentative d'auto-étranglement) soit nue sous une couverture indéchirable. Le médecin se rend deux fois par jour dans la chambre du patient isolé ; les soignants s'y rendent dans l'intervalle, notamment pour la prise des constantes, les repas, l'hygiène. Une courte sortie est tentée dès que possible. Un patient sous la double emprise de toxique et d'un délire est resté 48 heures isolé ; les autres sont sortis dans la journée.

Deux patientes placées à l'isolement ont été transférées en secteur pour adultes, en raison d'une extrême violence qui laissait l'équipe désarmée. Dans une telle hypothèse, le médecin de l'USIA maintient le suivi et les soignants rendent au moins une visite quotidienne au patient. Il est arrivé, pour l'une des patientes (qui avait mis le feu dans sa chambre) dont le séjour chez les adultes s'est prolongé au-delà de la durée du strict isolement, qu'un soignant de l'USIA soit spécialement affecté à son suivi et passe plusieurs heures par jour auprès d'elle pour éviter l'isolement total dans des chambres d'isolement indignes (cf. § 6.1).

La contention, selon les renseignements recueillis, a été utilisée « une dizaine de fois entre juillet et septembre et pas depuis cette date ». Faute de registre, il n'a pu être recueilli de renseignements précis ; il semble qu'elle ait majoritairement concerné d'autres patients que ceux placés à l'isolement.

Le recours à l'injection serait « très rare ». Il aurait été fait appel une fois aux vigiles de l'AP-HM. La sortie d'isolement ou de contention fait toujours l'objet d'une observation particulière et d'une analyse avec le patient.

L'information délivrée aux parents en cas d'isolement ou de contention ne semble pas faire l'objet d'un protocole précis. En pratique, il semble que les parents ne soient avisés qu'en cas d'isolement durable ou d'impact direct sur l'exercice de l'autorité parentale (annulation d'une visite par exemple).

Recommandation

Le recours à l'isolement et à la contention à l'USIA doit impérativement être interrogé ; la mise en place d'un protocole spécifique aux mineurs est indispensable ; la mise en place du registre prévu par la loi est impérative.

Il doit être impérativement mis fin aux placements de mineurs dans les chambres d'isolement indignes des pavillons pour adultes.

7.1.6 Les mineurs hospitalisés en service pour adultes

De janvier à fin septembre 2016, huit mineurs de plus de 16 ans ont été accueillis dans des services pour adultes, soit par manque de place à l'USIA, soit parce que le cadre de l'USIA est d'emblée apparu insuffisant (troubles du comportement aigus chez un mineur détenu, poly-addiction sévère...), soit parce que l'USIA s'est trouvée confrontée à des limites dans la prise en charge d'un mineur accueilli (deux cas d'agression du personnel, dont l'un avec un début d'incendie). **Le plus long séjour d'un mineur en pavillon pour adultes a été de 176 jours.**

Le placement en chambre individuelle est le principe mais la sur occupation ne le permet pas toujours ; dans ce cas, le mineur est transitoirement placé en chambre d'isolement, dans une visée de protection. Dans certaines unités (G11 notamment), des dispositions sont prises pour éviter à la fois le placement dans une chambre d'isolement totalement inadaptée et l'installation d'une mineure (à la fois provocatrice et potentiellement victime) au milieu des adultes : un lit a été installé dans une pièce à distance des chambres des autres patient (mais à proximité des chambres d'isolement) permettant ainsi un moindre inconfort. Des dispositions ont été prises pour qu'un soignant supplémentaire soit spécialement dédié, de jour, à son accompagnement et, de nuit, à sa surveillance ; **cette pratique mérite d'être saluée.**

L'isolement, lorsqu'il est considéré comme nécessaire sur un plan thérapeutique, devient séquentiel aussi vite que possible : des sorties hors de la chambre sont organisées dès que l'état du patient le permet, assorties d'une surveillance/protection étroite, notamment au début. On note toutefois que le patient resté 176 jours en pavillon pour adultes a passé 86 jours en chambre d'isolement, dont la moitié en isolement séquentiel.

Au-delà des questions de strict hébergement, les équipes tentent d'adapter leur prise en charge par une présence plus soutenue auprès des jeunes patients, une prise en compte plus forte de l'environnement familial, l'organisation d'activités, la collaboration avec les structures de soins pour adolescents, notamment l'USIA si le patient est connu de l'équipe ou qu'une orientation vers cette unité apparaît souhaitable.

A la Passerelle, où l'équipe a pris soin de détailler pour les contrôleurs la prise en charge de trois adolescents de 17 ans reçus au cours des neufs premiers mois de l'année 2016, **on relève le souci d'associer la famille à la prise en charge** : des entretiens familiaux sont organisés, l'environnement social et familial est pris en compte au-delà des stricts liens de parenté, les visites de la famille au mineur sont possibles, y compris durant la phase d'isolement strict ; on ajoutera que les liens avec les équipes spécialisées pour adolescents sont intenses, visant à la fois à l'organisation d'activités, à une prise en charge aussi adaptée que possible, à une orientation adéquate.

De manière générale toutefois et quelle que soit la bonne volonté des équipes, la prise en charge de mineurs en pavillon pour adultes incombe à des personnels insuffisamment formés

à la psychiatrie et pas du tout à la psychiatrie des adolescents. L'affect prend une place importante, parfois au détriment de l'analyse ; la part éducative que suppose toute prise en charge d'un adolescent, est négligée. Il est à craindre qu'un adolescent provocateur ou manipulateur ne trouve pas les limites que devraient poser des soignants agissant dans une juste distance.

Recommandation

L'accueil de mineurs dans des services pour adultes n'est pas adapté et doit impérativement être évité. Il ne peut en aucun cas se réaliser en chambre d'isolement.

7.2 LE POLE DES PATIENTS EN SOINS PROLONGES CONJUGUE L'EXCELLENCE, LE COMMUN ET L'INDIGNE

Le pôle des patients en soins prolongés (PSP) réunit trois unités d'hospitalisation temps plein, le club-cafeteria et un accueil familial thérapeutique. Ce pôle intersectoriel est dédié à la prise en charge de patients adressés par les unités sectorielles du CHET faute de solution de sortie.

Le pôle comporte 73 lits : 26 à l'unité Calypso, 22 à l'unité Escale et 25 à l'unité Baumillons.

7.1.2 Les locaux

Les unités « **Calypso** » et « **Baumillons** » sont respectivement situées aux extrémités Nord et Sud du plateau hospitalier, tandis que l'unité Escale flambant neuve est installée au centre.

Isolée géographiquement, l'unité « Baumillons » est un ancien hôpital de nuit dont « la vétusté, l'exiguïté, l'inadaptation des locaux » est évoquée dans l'ensemble des documents et rapports d'activité produits depuis 2005, année de création du pôle patients en soins prolongés.

Dans les premières années, un principe de précaution a été mis en œuvre en tentant d'y affecter en priorité des patients ayant des solutions de prise en charge extérieures en journée dans leur secteur d'origine. Très rapidement, cette pseudo-solution n'a pu résister selon les propos recueillis « au vieillissement, à l'augmentation des pathologies somatiques associées et aux besoins d'une population nécessitant la mise en œuvre de projets de réhabilitation au long cours ».

Installée sur deux étages, sans dispositions particulières prévues pour l'accueil de personnes à mobilité réduite, l'unité offre un contraste saisissant entre l'effort déployé par le personnel d'entretien pour assainir et égayer les lieux et l'usure du bâti, des murs et des sols.

Au premier niveau, un hall d'entrée dessert deux couloirs. L'un dessert « le plateau somatique » composé des bureaux des médecins, psychiatres, assistante sociale, les vestiaires, la pièce d'accueil des familles, le bureau infirmier et l'autre, les deux pièces de pharmacie, la lingerie et une salle de repos.

Ce premier volume est complété par deux blocs sanitaires comportant chacun deux WC et deux lavabos vétustes dont le réaménagement s'impose depuis plusieurs années pour satisfaire aux attentes des patients dont la mobilité peut être restreinte.

Une double porte donne accès à un second volume composé d'une salle dite « commune » partagée en deux parties : réfectoire et salons dotés de deux téléviseurs. On y trouve le minimum d'aménagement susceptible de permettre la cohabitation et « la réhabilitation » de vingt-cinq

patients dont un premier séjour dans leur unité sectorielle a débouché sur une orientation en séjour prolongé du fait de la gravité de leur état.

Dans ce contexte, l'équipe pluridisciplinaire a su inventer des micro-espaces dynamiques tels l'atelier cuisine dont le volume est équivalent à celui de la bagagerie, soit la moitié d'une chambre environ, ou encore un atelier esthétique et relaxation.

Enfin, en extrémité de bâtiment, derrière une autre porte, à une distance plus que respectable des bureaux infirmiers se trouvent deux chambres, une douche, un sanitaire et une salle de bains dédiés aux grands malades.

L'une d'elles ayant accueilli durablement une patiente cancéreuse en fin de vie a été dotée du seul bouton d'appel fonctionnant dans l'unité.

Lors de la visite des contrôleurs, un patient relevant d'une prise en charge psychiatrique, cancéreux ayant été victime d'un accident vasculaire cérébral, y était alité en permanence et confié aux bons soins d'un personnel subissant de fait l'indignité de cette situation.

La douche attenante aux deux chambres a été aménagée dans une sorte de placard de taille réduite où il est impossible de pratiquer une aide quelconque à la toilette après avoir enjambé un rebord d'une trentaine de centimètres. L'alternative proposée par la salle de bains suppose que le patient puisse s'y introduire et s'y déplacer sans fauteuil, et qu'une fois entré son accompagnateur (trice) dispose de la force suffisante pour le hisser à plus d'un mètre du sol afin de lui permettre de prendre place dans une antique baignoire.

Recommandation

Des chambres médicalisées doivent être aménagées à proximité des bureaux infirmiers pour y placer les patients souffrant de pathologies sévères.

Le premier étage du bâtiment est réservé aux vingt-quatre autres chambres. Elles sont regroupées par ensemble de trois. Chacun des ensembles dispose d'une salle d'eau (WC et douche) extérieure.

Les chambres sont équipées d'un lit, une armoire qui ne peut être fermée à clef et d'un lavabo. Les linoléums au sol sont arrachés, les peintures défraîchies, les murs et portes endommagés. Elles ne disposent pas de bouton d'appel. Les patients peuvent fermer leur chambre la nuit. L'étage n'est pas accessible le matin et réouvert après le déjeuner.

Une petite salle d'activité permet l'organisation de temps thérapeutiques pour les patients restés en journée dans l'unité.

Dans ce bâtiment, il n'est pas un mur, une porte ou un revêtement de sol qui n'ait besoin d'être remis à neuf.

La configuration même des lieux oblige les personnels, toutes catégories confondues à tenter l'impossible pour assurer le confort et la sécurité des malades, trouver l'énergie et l'ingéniosité pour tenir dans ce contexte un projet thérapeutique cohérent.



Une chambre de l'unité des Baumillons

Les locaux de l'unité « **Calypso** » ont bénéficié en 2008 d'une réfection de qualité. Ils ont été conçus selon les critères en vigueur dans les décennies antérieures : les chambres ne sont pas équipées de salle de bains. Les boutons d'appel ne sont pas connectés. Ce qui demeure une énigme au regard des dispositions prises en règle générale dans n'importe quel service hospitalier.

L'unité compte deux grandes chambres à deux lits et vingt-trois chambres à un lit. Douze douches et autant de WC extérieurs aux chambres. Un ascenseur est accessible avec un soignant.

Les bureaux et salles d'activités sont en nombre suffisant.

Les locaux de l'unité « **Escale** » ont ouvert en 2005. Ils sont particulièrement adaptés

Les vingt-deux lits sont répartis seize chambres individuelles et trois chambres à deux lits. Une chambre médicalisée près de la salle de soins et de la pharmacie permet d'accueillir des patients nécessitant ponctuellement une prise en charge spécifique. Les plans font état d'une chambre « fermable » qui n'est jamais utilisée comme telle et ce quel que soit le statut d'admission des patients.

Comme dans les autres unités les boutons d'appel en chambre ne sont pas connectés.

Les trois salles d'activités, les deux salons, la salle polyvalente constituent un ensemble communautaire intelligemment agencé au regard des enjeux thérapeutiques concernant une population en demande de projets de remobilisation individuels et collectifs.

7.1.3 L'organisation

Au 4 octobre 2016, la gestion et l'animation de l'ensemble des composantes du pôle pour les patients en soins prolongés (PSP) repose sur une unité médico-administrative composée de 0,2 ETP de praticien hospitalier, 1 ETP de cadre supérieur de santé et 0,8 ETP d'adjoint administratif.

Les rapports d'activité des dernières années, les nombreuses notes internes font état d'un management rigoureux caractérisé par :

- l'animation d'une équipe transversale de médecins et de cadres très solidaires, soucieux de maintenir une cohésion interne malgré la disparité des moyens ;
- une réflexion continue sur l'amélioration de la prise en charge des patients tant sur le plan médical (prise en charge somatique du dépistage jusqu'au suivi et des consultations pluridisciplinaires) que social (animation et soutien du réseau de familles d'accueil thérapeutique) ou qui permet d'aborder les questions relatives aux statuts de soin, à l'information et aux droits des patients et de leur famille ;
- un programme de psychothérapie renforcée et la mise en œuvre d'un partenariat avec des structures externes qui permet l'organisation d'activités externes et internes y compris les week-end pour tous les malades, avec le souci d'une prise en charge renforcée des malades restant sept jours sur sept aux Baumillons ;
- un plan de formation concernant tous les personnels.

La fermeture des appartements thérapeutiques a entraîné un redéploiement des dotations, lequel abouti à une perte sèche de 0,8 ETP de médecin.

Le personnel non médical prévu pour l'ensemble du pôle était de 102 ETP, il est actuellement de 99,9 ETP. Le maintien de la qualité de la prise en charge repose sur le redéploiement de soignants qui acceptent d'effectuer une partie de leur service dans une structure différente de celle où ils sont affectés ou de prendre en charge des responsabilités (infirmier « faisant fonction » de cadre).

On note en particulier pour l'unité des Baumillons les écarts importants entre l'effectif théorique et celui réellement octroyé : effectif médical : 1,3 ETP théorique pour 0,9 ETP (réel), personnel non médical : 28,8 ETP théoriques pour 27,2 ETP (réels).

7.2.1 Les patients

Les axes du projet 2012/2016 définissaient déjà très précisément les caractéristiques de la population accueillie dans ce pôle de soins prolongés en charge de la réhabilitation des patients qui y sont orientés après passage dans leur unité sectorielle :

« Poursuivre le travail sur la réhabilitation :

Prise en charge des patients en situation de grande précarité sociale ;

Prise en charge des patients ayant d'importantes pathologies somatiques associées ;

Définition d'une politique institutionnelle autour de la réhabilitation ».

Compte tenu des observations opérées sur site et des entretiens menés avec les professionnels, les patients sont, pour la plupart, captifs d'une situation d'exclusion sociale.

Dans ce contexte la question de l'accès aux droits fondamentaux est le présupposé de toute démarche de réhabilitation, de toute élaboration d'un projet thérapeutique visant la fin d'hospitalisation.

7.1.4 Le projet thérapeutique

Le projet thérapeutique du PSP, est traversé par « les problématiques de l'aval de l'hospitalisation et la réhabilitation ». Cet axe de travail est, pour l'ensemble du CHET, reconnu comme un point fort de l'établissement.

C'est la raison pour laquelle les liens sont constants avec les structures médico-sociales liées au CHET telles que la MAS ou le SAMSAH et un partenariat nourri a été constitué années après

années avec les structures et dispositifs d'accompagnement social, d'accès au logement, structures médicalisées du bassin marseillais.

La lecture attentive des conditions de sortie fait apparaître tout l'intérêt des « portages partagés » pendant la durée d'hospitalisation dans les trois unités.

Ainsi voit-on que, sur soixante-huit patients présents lors de la visite, dix-neuf étaient accueillis en hôpital de jour et six en CATTP. Le projet annuel de psychothérapie permet d'organiser des activités dans les unités et à l'extérieur de l'hôpital pour des patients demeurant dans leurs unités dans la journée.

Le projet thérapeutique vise aussi l'abord des problématiques somatiques jusque-là trop souvent ignorées ou peu prises en compte. Les parcours chaotiques et précaires, les errances antérieures sont à l'origine de pathologies associées aux troubles psychiatriques : pour exemple, dans l'unité des Baumillons, seuls trois patients sur vingt-quatre ne consultent pas un spécialiste, en plus des médecins du pôle.

Les séjours assez longs débouchent pour un tiers d'entre eux, chaque année sur un projet individualisé de vie à l'extérieur de l'établissement. C'est la raison pour laquelle l'expertise des équipes en matière de réhabilitation et réinsertion est reconnue dans l'hôpital et par les partenaires externes.

Pour autant, le devenir de ce pôle au sein du CHET suscite un débat autour de deux options : maintien du dispositif global actuel ou séparation pour rattachement à deux secteurs distincts. Ces incertitudes impactent la gestion institutionnelle marquée par la disparité des investissements d'une unité à l'autre, le gel de postes au sein des équipes médicales et soignantes, la cessation d'activité d'un service d'accueil en appartement thérapeutique privatif le dispositif de dix-sept places en alternative à l'hospitalisation temps plein.

Dans sa réponse, la direction précise : « *il n'y a pas d'incertitude sur le devenir de ce pôle qui a été tranché lors de l'actualisation du projet médical en juin 2016 : il a été décidé que chacune des unités de patients en soins prolongés serait rattachée à l'un des trois nouveaux pôles de psychiatrie générale, comme unité de préparation à la sortie. Tout comme le maintien des effectifs médicaux à trois équivalents temps plein a été estimé suffisant par la précédente présidence de la CME, la cessation d'activité des appartements thérapeutiques a été décidée compte tenu de l'évaluation médicale de ces appartements, marquée d'une part par une sous-utilisation et d'autre part par une inadéquation de leur projet thérapeutique par rapport aux besoins des patients.* »

7.3 LE CAP 72 CONSTITUE UNE REPONSE SATISFAISANTE AUX URGENCES MAIS DOIT MIEUX RESPECTER LES DROITS DES PATIENTS QUELQUE SOIT LEUR PROVENANCE

7.3.1 Présentation générale

Le CAP 72, créé en 2009, est une unité d'hospitalisation relevant du pôle accueil urgences du CHET. Elle est implantée dans l'hôpital Nord de l'AP-HM, accolée au service des urgences.

Elle dispose d'une capacité d'accueil de huit lits.

Le personnel du CAP 72 est composé de trois médecins, d'un cadre de santé, de seize infirmiers et de cinq aides-soignants.

7.3.2 Le projet thérapeutique

Le CAP 72 a vocation à proposer des soins psychiatriques aux patients se présentant aux urgences de l'Hôpital Nord en situation de crise psychique.

Les patients sont examinés en première intention dans le cadre des urgences somatiques par les urgentistes qui peuvent être amenés à demander secondairement un avis psychiatrique. « Il n'y a ni consultation ni hospitalisation d'emblée au CAP 72 ».

Pendant cette période inférieure ou égale à 72 heures, le CAP 72 a pour mission d'élaborer un projet d'orientation pour un patient, parfois sur le mode d'un suivi psychiatrique ambulatoire, le plus souvent sous forme d'hospitalisation complète avec ou sans consentement, avec l'établissement des documents médicaux (certificats) et la réunion des documents administratifs (arrêté préfectoral d'accueil dans un EPSM du secteur ou non) *ad hoc*.

De fait, le CAP 72 fonctionne comme un « espace de lits portes » en position d'interface entre les urgences et le CHET.

Le CAP 72 fait partie intégrante du « circuit des patients sous contrainte ».

Une des préoccupations des urgentistes concerne les décisions de « placement en soins contraints ». Le plus souvent, les médecins des urgences mettent en œuvre une procédure d'hospitalisation sans consentement sans tiers, à travers la notion de « péril imminent », qui peut devenir, si un tiers est présent ou se présente, par exemple une ASDT « urgence ».

Le patient en SSC (soins sans consentement) est informé oralement de la décision dont il fait l'objet, décision dont aucune copie ne lui est remise, sauf s'il le demande.

En tout état de cause, « la mise en œuvre d'une hospitalisation sans consentement ne va pas aider à forcer la porte du CAP 72 ».

La file active du service est de l'ordre de 1 000 patients par an, 80 % des personnes hospitalisées le sont en soins libres. En sortie du CAP 72, 40 % retournent à leur domicile, 32 % sont hospitalisés dans un établissement public et 23 % sont transférés dans une clinique privée.

En 2015, 309 patients ont été transférés au CHET.

a) La vie quotidienne

Toutes les chambres sont à un lit, équipées d'un téléviseur, d'un placard avec un coffre à code, d'une table, d'une chaise, d'une desserte et d'un chevet ; un dispositif d'appel est installé. Elles disposent d'une salle d'eau avec lavabo, douche, WC et miroir. Les chambres sont ouvertes. Elles peuvent être fermées de l'intérieur par les patients, de l'extérieur pour des raisons médicales par le personnel soignant.

Selon l'évaluation clinique, les patients peuvent garder leurs vêtements ou porter tee-shirts ou chemises « américaines » de l'hôpital. Les objets retirés aux patients sont placés dans un « coffre à la recette de l'hôpital ».

L'hôpital Nord dispose d'une réserve de vêtements.

Les patients prennent leur repas dans leur chambre, avec en cas de prescription, un *régime alimentaire* médical et, à leur demande, « religieux ».

Le séjour des patients est de brève durée. Les patients restent dans leur chambre ou dans les circulations. Aucune activité n'est - au jour de la visite - proposée, le matériel autrefois utilisé à cette fin ayant été détruit et non remplacé. L'hôpital Nord dispose d'une bibliothèque.

Il est indiqué aux patients qu'il est interdit de fumer dans les chambres.

Il n'y a pas d'accès libre à l'extérieur. Les patients peuvent fumer dans un espace extérieur clos et étroit, plusieurs fois par jour selon les disponibilités du personnel soignant.

Les patients peuvent, selon leur état clinique, conserver leur téléphone portable. L'usage en est suspendu si le patient est délirant ou s'il s'en sert pour prendre des photos.

Les patients bénéficient du droit à exercer une religion.

La désignation d'une personne de confiance est « peu pratiquée ».

b) Patients provenant du centre de rétention administrative (CRA)

Les patients du CRA du Canet restent sous surveillance policière au CAP 72, les agents se tenant à l'extérieur des locaux : il n'y a pas de présence policière à l'intérieur.

En consultation, les patients du CRA restent souvent menottés, la porte du bureau « plus ou moins fermée » en raison des risques d'évasion. Cet état de fait n'est pas sans provoquer une « gêne » du personnel soignant.

Recommandation

Les consultations des personnes provenant d'un centre de rétention administrative doivent se dérouler dans des conditions respectant la dignité et la confidentialité qui doit s'attacher à cette situation, ce qui exclut que le patient soit menotté ou que l'entretien puisse être entendu de tiers.

c) Traitement des personnes détenues

Le CAP 72 n'admet pas de patients en SDRE selon les dispositions de l'article D.398 du code de procédure pénale.

Les patients détenus conduits aux urgences de l'Hôpital Nord sont placés dans la salle « police » des urgences somatiques ou restent « sur des brancards aux urgences somatiques » où ils peuvent être « contentonnés pour une période inférieure ou égale à 72 heures » jusqu'à leur éventuel transfert dans une unité d'hospitalisation psychiatrique.

L'authenticité des liens entre psychiatrie et symptomatologie présentée par les patients détenus peut faire l'objet de discussions, par exemple dans l'hypothèse d'une tentative de suicide avec hospitalisation à l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) de Marseille.

d) Les soins

Une présence médicale est assurée en semaine de 8h30 à 18h30 et le samedi de 8h30 à 13h. Le reste du temps, le médecin de permanence au CHET peut intervenir. Les documents médicaux et administratifs accompagnant le patient sont confiés à l'équipe infirmière.

La rédaction des certificats médicaux est systématiquement précédée d'un entretien médical.

Les décisions du préfet sont notifiées oralement aux patients. Une copie de la notification n'est pas remise au patient mais classée dans le dossier médical.

e) Contention

Le CAP 72 peut recourir à la contention d'un patient en cas d'agitation psychomotrice ou de « gros troubles du comportement », voire d'une « problématique de drogue » ; il a été indiqué que c'est une pratique devenue fréquente.

La contention peut être chimique, avec prescription de psychotropes sédatifs « si besoin », et/ou mécanique. Il n'existe pas de décision de contention mécanique « si besoin ».

La mise en œuvre d'une mesure de contention est possible dans les chambres des patients, le personnel soignant en fermant alors la porte. La mise sous contention se réfère à un protocole de mise en œuvre pratique que l'équipe soignante s'est appropriée pour l'avoir souvent répété.

En tant que de besoin, le personnel soignant peut recourir à l'équipe de garde de l'hôpital Nord. Il ne garde alors « pas forcément maîtrise de la prise en charge ».

f) Isolement

Le CAP 72 ne dispose pas d'une chambre d'isolement, mais d'une chambre sécurisée, où peuvent être placés des patients présentant une agitation modérée, sans risque de passage à l'acte suicidaire important. Cette chambre est dépourvue de dispositif d'appel. L'usage de cette chambre est contre-indiqué dans le cas de patients agités ou en crise suicidaire.

Le placement de patients dans la chambre sécurisée ouvre sur le « problème de la gestion de leur tabac » ; les patients peuvent être placés, le temps de fumer, dehors dans le patio ou dans une chambre ordinaire dont la fenêtre s'ouvre.

Le CAP 72 constate la carence en chambres d'isolement dans les hôpitaux de la région.

8. DES UNITES NON SPECIFIQUES

Les unités des pôles 13G13 et 13G14 sont représentatives, dans leur fonctionnement, de celui de l'ensemble des unités non spécifiques du CHET.

Ces deux unités sont situées dans un même bâtiment, leurs locaux sont semblables dans leur organisation et leur aménagement et leurs conditions de fonctionnement sont comparables. Les unités des pôles G13 et G14 sont installées dans le même bâtiment. Elles disposent d'une partie commune à chaque niveau. Au premier étage, y sont installés les ateliers de sociothérapie et le secrétariat et au rez-de-chaussée les chambres d'isolement et les chambres « fermables » des deux unités. Les développements ci-dessous sont plus spécifiques à l'unité G14.

Les pôles G13 et G14 couvrent respectivement les 13^{ème} et 14^{ème} arrondissements de Marseille. L'hospitalisation est conçue dans un parcours de soin en lien avec les structures ambulatoires du secteur. Le projet médical met l'accent sur une « *prise en charge individualisée du patient associée à la dimension thérapeutique institutionnelle* ».

Il existe un règlement de fonctionnement de l'unité ; composé de trois pages, le document est récent (2015) et est affiché dans l'unité.

8.1 L'AFFECTATION DES PATIENTS RELEVE D'UNE GESTION PUREMENT GEOGRAPHIQUE

Les patients souffrent de psychoses et troubles de l'humeur, troubles addictifs, névroses, états dépressifs, troubles déficitaires, états limites graves.

Le rapport d'activité de l'année 2015 mentionne, pour le pôle G14, une file active composée de 152 patients et une durée de prise en charge de 57 jours. Il y est relevé une augmentation de plus d'un tiers des hospitalisations de patients détenus et un nombre toujours important de personnes hospitalisées sans leur consentement. Cette pression génère « *des difficultés croissantes à pouvoir hospitaliser tous les patients du secteur le nécessitant, ce qui est une perte de chance pour nos patients et une difficulté supplémentaire dans le travail des soignants* ».

Au jour de la visite, 30 patients relevaient de l'unité G13. Parmi ceux-ci, deux étaient hébergés dans d'autres unités (G11, G12) et quatre étaient « en attente de transfert d'une autre unité ». Parmi les 24 patients suivis et hébergés dans l'unité, 8 étaient hospitalisés en SL, 12 en SDDE - dont 4 en STU, 6 en SDT, 2 en SPPI - et 4 en SDRE. On comptait dix femmes et quatorze hommes. Les 25 lits de l'unité G14 étaient occupés ainsi qu'un lit dans une chambre d'isolement par 26 patients : 11 en soins libres et 15 en soins sans consentement (dont 8 SDRE et 1 patient détenu des Baumettes – sur son secteur – relevant de l'article D.398 du code de procédure pénale), ces derniers représentant donc 60 % de l'effectif.

8.2 LES LOCAUX D'HEBERGEMENT NE VIENNENT PAS A L'APPUI D'UN PROJET THERAPEUTIQUE ABOUTI

Le bâtiment a été construit en 2011. Il s'organise sur deux étages :

- au rez-de-chaussée, le hall d'entrée, les locaux de soins et d'entretien (bureaux, pharmacie), des sanitaires, un espace central de dégagement – avec un baby-foot au milieu – entre la cour intérieure et les locaux à usage collectif (salle à manger, salons de télévision, cour intérieure, salles de visite) ainsi que les salles d'activités (informatique, cuisine, atelier créatif) dont certaines sont installées au sein d'un secteur d'ergothérapie partagé avec l'unité G13. De l'autre côté par rapport à ces locaux se trouve un espace appelé « zone de soins attentifs » (cf. *infra*) ;

- à l'étage, la plupart des chambres individuelles, une terrasse entièrement grillagée et le bureau des infirmiers de nuit où se trouvent le tableau des boutons d'appel et les commandes d'ouverture de l'unité.

L'unité est dotée de vingt-cinq chambres individuelles :

- à l'étage, vingt-deux chambres de type standard avec coin toilette (WC, douche, lavabo), climatisation, boutons d'appel à côté du lit et dans le cabinet de toilette ;
- au rez-de-chaussée à proximité du bureau infirmier, une « chambre médicalisée » avec un coin toilette, le tout étant sommairement équipé : poignées intérieures de la porte et du cabinet de toilette retirées, placard d'angle fermé, table fixée dans un angle de la pièce, commande du store à l'extérieur. Au moment du contrôle, la chambre était sale et dans un état de délabrement avancé : trous dans le sous-plafond, eau stagnante au sol, odeurs nauséabondes. Elle était occupée depuis quatre mois par une personne âgée et très déficitaire pour laquelle la recherche d'une place dans un établissement médico-social s'avérait jusqu'alors infructueuse ;
- au rez-de-chaussée, au sein de la zone de soins attentifs, deux « chambres fermables » qui sont équipées à l'identique des chambres de type standard.

La cour intérieure de l'unité est accessible, jour et nuit, depuis la salle à manger et le couloir d'accès à la zone de soins attentifs. Equipée de bancs et de salons de jardin, la cour est abondamment arborée, ce qui permet de dissimuler le grillage de séparation avec la cour de l'unité G13 qui est contiguë.

La zone de soins attentifs comporte deux chambres d'isolement, un espace commun de détente et un patio. Selon les indications recueillies, le placement en chambre d'isolement répond à un déni de pathologie ou un refus de soin et donne systématiquement lieu à un changement de statut – sur le fondement du péril imminent – si le patient est en soins libres.

Hormis la chambre médicalisée, les locaux sont neufs et globalement bien entretenus.

Les chambres « potentiellement fermables » de la zone des soins attentifs sont entendues comme ayant une « vocation contenant et de mise à distance des autres patients » pour des personnes ne relevant pas de la chambre d'isolement. S'il n'existe aucun support écrit, le personnel évoque une « contractualisation sur la nécessité d'une mise à l'écart » avec le patient lors de son placement dans une de ces chambres. Les chambres sont en permanence maintenues ouvertes, sauf la nuit pour les patients en soins sans consentement. Au moment du contrôle, un patient s'y trouvait depuis deux jours et le second depuis deux semaines.

Le personnel a été invité à donner son avis à partir des plans de l'unité et validé le projet global, notamment la zone de soins attentifs qui était conçue à l'origine comme devant être couverte en permanence par une présence soignante. Or les effectifs n'ont jamais été prévus pour ce faire, ce qui rend problématique la surveillance de la zone, notamment la nuit lorsque les deux infirmiers sont à l'étage. Les contrôleurs ont noté une amertume chez le personnel qui a évoqué une « promesse d'effectifs non tenue par la direction », cette dernière niant, dans les observations qu'elle transmises au CGLPL, n'en avoir jamais faite et précisant qu'elle s'était bornée à annoncer « *que le regroupement de deux unités antérieurement présentes dans des bâtiments distincts devait se faire à effectifs constants. Cet effectif constant rendait tout à fait possible une présence soignante permanente dans la zone des soins intensifs, pour autant qu'un minimum de mutualisation des équipes, notamment pour le nettoyage et la nuit, soit mise en place, ce que l'architecture du bâtiment rendait tout à fait possible. C'est donc le refus qui*

explique l'absence de présence soignante dans la zone de soins intensifs, et non pas une prétendue promesse non tenue de la Direction ».

Ce recours à l'isolement, fût-il, en alternance, représente selon certains soignants « une régression fondamentale des libertés », ils indiquent que « par le passé le recours à l'isolement était plus court, plus souple, plus clair ». Ces points de vue ne sont pas largement partagés, notamment par le chef de pôle et les médecins. Ils signifient donc *a minima* un écart entre la doctrine énoncée d'une pratique réfléchie collectivement en référence à une « psychiatrie institutionnelle où la parole est au centre du soin » et la pratique réelle. En ce qui concerne le sas fermé où se trouvent les chambres d'isolement et la chambre « fermable », le contrôle effectué a permis de constater qu'il ne constitue, de fait, en aucun cas une « zone de soins renforcés ».

Les chambres sont quasiment en permanence occupées et la pression des places disponibles est constante, d'autant que « la priorité est toujours donnée à l'admission d'un patient sans consentement ». Le jour du contrôle, un patient occupait une chambre fermable en attente qu'une chambre ordinaire se libère : en journée, il était libre de circuler partout au sein de l'unité, prenant notamment ses repas dans la salle à manger avec les autres patients, sans toutefois pouvoir retourner en chambre dans laquelle il était de nouveau enfermé durant la nuit (du fait de son hospitalisation sans consentement).

Selon les indications recueillies, compte tenu du manque récurrent de lits disponibles, il arrive que la chambre d'un « permissionnaire » soit utilisée par un autre patient pendant la durée d'absence de ce dernier mais jamais au-delà ; il arrive aussi que l'unité doive héberger des patients relevant d'un autre secteur (hors SDF et détenus) ou qu'un patient domicilié dans le secteur 13G14 le soit dans une autre unité. Aucune de ces trois hypothèses n'était toutefois de mise au moment du contrôle.

8.3 LE FONCTIONNEMENT EST ASSURE DANS UNE BONNE COORDINATION DES EQUIPES AU NIVEAU DE L'UNITE

8.3.1 L'organisation du service

L'effectif minimal présent matin et après-midi dans l'unité est de trois infirmiers, un aide-soignant et deux ASH. Les activités et les accompagnements se font avec des agents positionnés sur la journée ou entre 13h et 15h lors du temps de chevauchement des équipes du matin et de l'après-midi.

Le personnel de l'unité est régulièrement sollicité pour intervenir en renfort dans d'autres unités : lors des repas ou d'entretiens en chambre d'isolement, pour un accompagnement d'un patient pour une consultation à l'hôpital Nord ou une présentation devant le juge des libertés et de la détention (JLD), dans le cadre d'une prescription médicale particulière qui requiert par exemple une présence minimale de personnel. Une permanence « accueil » est organisée au niveau de l'hôpital par des ponctions du personnel des différents services. Il n'existe pas d'équipe spécialisée pour ce type d'intervention qui, selon les indications données, sollicite dans les mêmes proportions les agents masculins et féminins.

8.3.2 Les réunions

A l'unité G14, une réunion clinique hebdomadaire se tient le jeudi avec la participation d'un médecin et d'un infirmier du CMP ; parallèlement, un médecin et un soignant de l'unité

participent aux réunions organisées au sein des structures extrahospitalières. Un infirmier de nuit est également prévu à la réunion mais sa participation y serait rare.

Une réunion de fonctionnement de l'unité se tient un vendredi sur deux. L'ensemble du personnel est convié ; la psychologue et l'assistante sociale y participent le plus souvent.

Une réunion mensuelle de supervision portant sur l'analyse des pratiques est organisée depuis peu entre médecins et infirmiers.

Une réunion médicale a lieu le lundi.

Les médecins et le cadre du pôle se réunissent une fois par mois.

Un *staff* pluridisciplinaire se tient chaque matin.

Une réunion associant les infirmiers de jour et ceux de nuit a lieu une fois par trimestre à 20h.

Les transmissions de la mi-journée – auxquelles participent les médecins présents – durent chaque jour entre 30 et 45 minutes ; celles du matin et de la soirée (15 minutes) sont jugées insuffisantes par l'encadrement.

Une réunion « soignants-soignés » a lieu le mardi matin : un ordre du jour est prédéterminé sur des points concernant la vie de la collectivité (activités, repas, sorties...) et est examiné lors de la transmission du lundi midi ; la réunion est ouverte à tous les patients avec une large participation des professionnels (médecins, infirmiers psychologues, ergothérapeute).

Un vendredi par mois, le chef de pôle organise une formation pour le personnel soignant de l'unité.

8.4 LES PERSPECTIVES D'EVOLUTION S'INSCRIVENT DANS UN SOUCI DE RESPECT DES DROITS DES PATIENTS QUI RESTE A CONCRETISER

Plusieurs aspects du projet médical de l'année 2016 portent sur le fonctionnement de l'unité d'hospitalisation.

Depuis mars, la **distribution des médicaments** s'effectue en chambre, matin et soir, afin de respecter la confidentialité de la prise de traitement pour le patient et de privilégier un temps d'échange plus individualisé avec le soignant ; les patients qui prennent des médicaments à la mi-journée se rendent dans le local de la pharmacie.

L'**ouverture du pavillon** était en cours de réflexion, la liberté de circulation étant de fait la règle dans cette unité où tous les patients étaient autorisés à sortir sauf un sur prescription médicale.

La **présence permanente de soignants au sein du secteur fermé** était envisagée dans le cadre d'un projet d'une utilisation partagée avec l'unité G13, afin de mettre la réalité en concordance avec l'objectif poursuivi et affiché qui consiste à dispenser des soins attentifs dans ce secteur.

L'**utilisation des chambres d'isolement et des chambres « fermables »** était également interrogée (indications médicales, gestion des places), afin de diminuer la durée de séjour en isolement thérapeutique et de permettre au patient placé en chambre d'isolement de retrouver sa chambre à l'issue.