



Rapport de visite :

10 au 14 avril 2017

Centre hospitalier spécialisé de
Castelluccio

Ajaccio

(Corse-du-Sud)

SYNTHESE

Quatre contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé de Castelluccio (Corse-du-Sud) du 10 au 14 avril 2017.

Le rapport rédigé à l'issue de cette visite a été adressé le 11 janvier 2018 au chef d'établissement, au président du tribunal de grande instance (TGI) d'Ajaccio et au procureur de la République près ce tribunal, au préfet de la Région Corse ainsi qu'à l'agence régionale de santé (ARS) de Corse.

Les réponses présentées le 9 février 2018 par les chefs de la juridiction, le 19 février 2018 par le directeur général de l'ARS et le 20 mars 2018 par le chef d'établissement ont été prises en compte dans le présent rapport de visite.

Le centre hospitalier de Castelluccio (CHC), qui a ouvert ses portes en 1974, a été le premier établissement corse accueillant des malades mentaux qui auparavant, lorsqu'ils ne pouvaient plus être pris en charge par la communauté, étaient hospitalisés dans un établissement du continent. En 1979, le CHC qui disposait de ressources foncières sur son domaine de 54 ha, les a proposées pour l'édification de bâtiments devant accueillir des services d'oncologie (vingt et un lits), de soins de suite et réadaptation (vingt lits) et de scintigraphie. Avec ses 160 lits de psychiatrie générale, le centre hospitalier de Castelluccio (CHC) constitue la seule ressource d'hospitalisation psychiatrique en Corse-du-Sud et la principale pour l'ensemble de l'île.

La psychiatrie est organisée en deux pôles, l'un de pédopsychiatrie avec un seul pavillon d'hospitalisation temps plein (six lits) et l'autre de psychiatrie adulte avec neuf unités :

- deux unités de psychiatrie de la personne âgée ;
- deux unités d'admission « standard » et une unité d'admission à prestations hôtelières améliorées moyennant participation financière ;
- une unité de patients chroniques ;
- une unité d'alcoologie-toxicomanie ;
- une unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP) ;
- une unité pour déficients mentaux avec troubles du comportement (DMTC).

Quatre de ces unités sont fermées : l'USIP, l'unité de pédopsychiatrie ainsi que celles dont l'ouverture n'est pas compatible avec l'état clinique des patients : personnes âgées « démentes » et DMTC. Des patients en soins sous contrainte peuvent être hébergés dans toutes les unités hormis dans celle à participation financière et dans l'unité d'addictologie.

La gouvernance de l'établissement souffre certainement du fréquent renouvellement de ses directeurs, instabilité qui pèse notamment sur la politique immobilière et l'étalement des projets. Cette faiblesse est heureusement compensée par la permanence et le dynamisme des équipes médicales et soignantes, la qualité de leur réflexion sur la prise en charge des patients et le respect des droits de ces derniers ainsi que le souci de la communauté de faire évoluer les pratiques dans ce sens. En témoigne ainsi le travail collectif effectué après la visite des contrôleurs pour prendre en compte les analyses qui avaient pu être faites sur place et les recommandations formalisées ultérieurement, travail traduit dans la consistance de la réponse apportée par l'établissement au rapport de constat des contrôleurs. Les éléments synthétiques de cette réponse sont intégrés dans le corps du rapport de visite mais la qualité et l'importance du document justifient qu'il soit y annexé dans son intégralité.

Aussi, les constats opérés lors de la visite, dont il va être rendu compte ci-après, devront-ils être appréciés au regard des réponses qui ont été apportées ultérieurement.

Le respect des droits des patients et le souci de préserver au mieux leurs libertés sont une préoccupation des soignants mais leur relais institutionnel est à certains égards, trop flou ou absent.

L'essentiel des patients adultes conserve téléphone, cigarettes, briquet ou allumettes et aucun patient n'est mis en pyjama, même en chambre d'isolement, du reste, l'établissement n'en dispose pas. Les infractions des patients aux règles de vie sont d'abord appréciées comme un symptôme qui appelle une réponse médicale et non une sanction.

Les droits des patients prévus par la loi du 5 juillet 2011 sont reconnus mais inégalement appliqués selon les professionnels ou les phases de la prise en charge ; la procédure juridique de suivi des patients en soins sans consentement – notification des droits, conditions de présentation au juge des libertés et de la détention, collège des professionnels de santé ou visite de la CDSP – doit être mieux maîtrisée et mise en œuvre par tous les intervenants pour en assurer une application rigoureuse des droits de ces patients.

Ainsi, les audiences du juge des libertés ont toujours lieu au tribunal malgré la réalisation d'une salle flambant neuve inutilisée. Il a été difficile de mesurer le nombre et les motifs des non présentations, qui ne sont pas tracées par l'établissement et alors que les ordonnances ne mentionnent pas qui est présent à l'audience. Il est vrai que des patients ont expliqué ne pas vouloir y aller de peur que le juge ne les renvoie chez eux.

Le caractère systématique du transport nocturne des personnes en provenance du Sud de la Corse hospitalisées sans leur consentement et les conditions de ce transport constituent, *ipso facto*, une maltraitance et une source d'aggravation clinique pour les patients fragiles qui la subissent ; cette pratique doit être bannie. Elle conduit, en outre, à un surcoût financier qui n'est pas justifié et doit être évité ; la convention de transport, qui induit une dépense publique, doit donc être renégo-ciée.

Le recours à l'isolement est divers et semble désormais réfléchi mais il y a encore des pratiques à améliorer : il est très limité dans certaines unités mais trop fréquent dans d'autres (USIP). Les prescriptions « si besoin » sont encore en cours. Les personnes détenues sont systématiquement mises en chambre d'isolement. Les chambres ne disposent pas bouton d'appel, d'horloge ou de double entrée ; l'emplacement des toilettes est indignes. Le registre tel que mis en œuvre n'est pas conforme à la loi, n'en remplit pas les objectifs d'observation ni même de mesure.

Enfin, le fonctionnement de l'unité de soins intensifs psychiatriques est d'une particulière rigueur alors que la population accueillie n'est pas sensiblement différente de celle des autres pavillons : téléphone retiré, conditions de téléphone indignes et sous contrôle. Cigarettes rationnées, et à heures fixes. Absence de matériel d'activités (hormis salle de sport et de vidéo à accès restreint), déplacements limités, interdiction de se rendre dans les chambres. L'entrée, contrôlée par les soignants, y est impossible pour toute personne dépourvue de la clef électronique qui ouvre la porte – la direction de l'établissement n'en n'est pas dotée – les familles qui visitent leurs proches doivent passer sous un portique de détection des masses métalliques. Le projet de cette unité ne correspond manifestement plus à celui d'origine, mais le personnel y est très abondant et l'affectation, décidée par le cadre du pôle, permet la perception d'une prime de 240 euros par mois.

Les moyens matériels et humains appellent un renforcement qualitatif et managérial.

De la construction relativement récente des locaux, il reste un point fort : quasiment toutes les chambres sont individuelles avec une salle d'eau attenante. Ceci compense partiellement un point faible : la maintenance est sommaire, les peintures sont plus que défraîchies (certaines unités ont été repeintes par des soignants et patients dans le cadre d'activités thérapeutiques). A ceci, s'ajoute un entretien de nettoyage parfois minimal. Enfin, les espaces collectifs dans les unités sont souvent insuffisants.

Les locaux de l'unité de pédopsychiatrie, très exigus, sont totalement inadaptés à la prise en charge de mineurs. Ils ne permettent pas la mise en œuvre des activités qui leur sont nécessaires. Le nombre de lits est insuffisant au regard des besoins du département, conduisant à l'utilisation, inacceptable de la chambre d'isolement comme chambre ordinaire en cas de sur occupation.

La présence médicale est soutenue, la communauté des médecins très impliquée, notamment pour se former à des pratiques particulières (hypnose, thérapies comportementales, thérapies familiales) et dispenser ensuite les formations ; les soignants expérimentés, la synergie offrant des soins de qualité. La distribution des médicaments préserve scrupuleusement le secret médical. Néanmoins, si des activités sont conduites un peu partout, certaines ne le sont que sur le papier et d'autres existent sans forcément être bien tracées ni suivies. Les patients, dont beaucoup font de longs séjours s'ennuient donc, même si les sorties sont facilitées.

La manière de servir d'une grande partie du personnel technique et d'entretien est loin de présenter le même souci de qualité. Son recrutement, dont la direction n'a pas ou a perdu la maîtrise souhaitable, répond, a-t-il été expliqué, plus à des pressions de communautés insulaires qu'à des critères de qualification ; les agents ainsi recrutés se montrent peu enclins à remplir leur tâche ou à l'exécuter correctement ; les difficultés de maintenance ou d'entretien mentionnées plus haut sont en partie imputables à cet abandon de prérogative de la direction avec des effets démobilisateurs sur les bonnes volontés et des conséquences financièrement coûteuses pour y remédier.

Le projet d'établissement est inexistant, mais en élaboration lors de la visite, et le rapport d'activité difficilement décriptable. Cependant, l'équipe médicale, très dynamique, souhaite apporter localement des solutions à l'absence de structures d'aval en développant sur place un pôle médico-social puisque les réserves foncières et immobilières le permettent, proposant de monter établissement et service d'aide par le travail (ESAT), entreprise adaptée et foyer d'accueil.

Le fonctionnement constaté de l'établissement appelle certainement de la part de la direction une implication plus forte étayée par ses partenaires extérieurs.

Sur la plupart des points évoqués, il convient de préciser que l'établissement a informé avoir déjà apporté des corrections.

L'établissement doit améliorer et harmoniser les pratiques, en développant, pour s'y appuyer, des outils institutionnels d'analyse et d'évaluation et en renforçant la formation. La culture de qualité de prise en charge et de respect des droits des patients qui imprègne les équipes soignantes est un atout à entretenir et à diffuser à l'ensemble du personnel. La poursuite de ce mouvement nécessite également le soutien des tutelles à la politique élaborée et conduite par la direction, en premier lieu par un appui financier à la réhabilitation des locaux.

Les perspectives et développements envisagés dans le projet d'établissement en cours d'élaboration sont autant de réponses pertinentes aux contraintes géographiques et démographiques du département, aux difficultés de prise en charge et à l'impératif de sortie des

patients de l'hospitalisation. Pour autant, les caractéristiques de fonctionnement d'une partie du personnel et les difficultés rencontrées par la direction en place lors de la visite pour les régulariser risquent d'hypothéquer la réalisation des projets, les interlocuteurs et bailleurs de fonds risquant, à juste titre, de se montrer peu enclins à voir diffuser dans de nouveaux services installés sur le site des pratiques contestables de certains agents, pratiques indirectement défavorables à la qualité de la prise en charge des patients ou futurs résidents.

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

- | | |
|---|-----------|
| 1. BONNE PRATIQUE | 25 |
| Un exemplaire du livret d'accueil en grand format plastifié est placé sur un pupitre dans chaque unité et dans un endroit visible et propice à sa lecture. | |
| 2. BONNE PRATIQUE | 36 |
| Les règles les plus restrictives d'accès aux chambres en journée sont appliquées avec discernement, afin de favoriser la participation des patients aux activités tout en s'adaptant aux besoins individuels. | |
| 3. BONNE PRATIQUE | 37 |
| Le port du pyjama n'est jamais prescrit, y compris dans les phases de mise en isolement. | |
| 4. BONNE PRATIQUE | 40 |
| Pour les familles éloignées, l'établissement met à disposition, pour un coût modeste, un appartement pour la nuit ; ce dispositif facilite les visites. | |
| 5. BONNE PRATIQUE | 42 |
| Le taux d'occupation des unités où les conditions d'hébergement sont dégradées est délibérément limité. | |
| 6. BONNE PRATIQUE | 45 |
| La combinaison de plusieurs offres d'entretien du linge personnel facilite, pour les patients, le maintien de la propreté de leurs vêtements. | |
| 7. BONNE PRATIQUE | 46 |
| Un salon de coiffure pour les patients est installé sur le site ; de plus, le coiffeur se déplace dans les unités à la demande pour les patients qui ne sont pas autorisés à sortir. | |
| 8. BONNE PRATIQUE | 59 |
| Un état des lieux a été dressé et une analyse exhaustive des pratiques de mise en isolement au regard des recommandations du CGLPL (recommandations reprises ultérieurement par l'HAS) a été conduite ; cette analyse a été assortie d'une cotation en termes de risques associés et le résultat a été utilisé pour définir les actions correctrices. | |
| 9. BONNE PRATIQUE | 61 |
| Les privations ne sont imposées aux personnes mises en chambre d'isolement qu'avec discernement et en fonction de leur état clinique. | |
| 10. BONNE PRATIQUE | 63 |
| L'unité de psycho-gériatrie est équipée de lits « Alzheimer » et des chaussons « anti chute » sont fournis aux patients permettant d'éviter le recours aux contentions préventives de chutes. | |
| 11. BONNE PRATIQUE | 69 |

La conception des chambres d'isolement de l'USIP, auxquelles est accolée une pièce réservée à la toilette et aux repas, est de qualité.

12. BONNE PRATIQUE 71

L'hôpital s'est doté d'une unité qui offre aux personnes détenues une possibilité de prise en charge collective.

13. BONNE PRATIQUE 74

La place des parents des mineurs est pleinement reconnue et leur information lors de l'arrivée est assurée.

RECOMMANDATIONS

1. RECOMMANDATION 22

La direction de l'établissement doit retrouver une place plus consistante dans la gestion des ressources humaines sous tous ses aspects : recrutement, affectation, formation. Elle doit notamment pouvoir tracer et suivre la réalité des actions conduites.

2. RECOMMANDATION 24

La procédure de notification de leurs droits aux patients en soins sans consentement doit faire l'objet d'un protocole précis, au sujet duquel l'ensemble des intervenants doit recevoir une formation complète et réactualisée en tant que de besoin. Les coordonnées complètes des autorités susceptibles d'être saisies par ces patients doivent être affichées dans les unités

3. RECOMMANDATION 25

Un exemplaire du livret d'accueil doit être remis à tous les entrants ; il doit comporter l'ensemble des informations nécessaires durant l'hospitalisation et mentionner les autorités susceptibles d'être informées ou saisies.

4. RECOMMANDATION 26

Les modalités de dépôt d'une plainte ou d'une réclamation doivent faire l'objet d'affichages clairs dans les unités.

5. RECOMMANDATION 27

La procédure de désignation d'une personne de confiance doit être expliquée au personnel recueillant cette information et conduite dans son intégralité – recueillir l'acceptation de la personne désignée – sauf à rendre cette désignation inopérante.

6. RECOMMANDATION 29

Les observations du patient sur les modalités de sa prise en charge doivent être recueillies et tracées.

7. RECOMMANDATION 29

La commission départementale des soins psychiatriques doit visiter régulièrement le centre hospitalier afin d'exercer dans sa plénitude la mission de contrôle du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes en soins psychiatriques sans leur consentement qui lui est dévolue par la loi.

8. RECOMMANDATION 30

Une mise à jour des connaissances juridiques des agents chargés des admissions doit leur être assurée régulièrement.

9. RECOMMANDATION 32

Les audiences du JLD doivent se tenir, conformément à la loi et à la convention passée avec le TGI, dans les locaux que le CHC a aménagés à cet effet.

10. RECOMMANDATION 34

La rédaction des ordonnances rendues appelle un effort de rigueur : elles doivent notamment permettre de connaître la présence du patient à l'audience, sans que cette présence ait lieu d'être justifiée par des certificats médicaux superfétatoires, seule l'absence du patient méritant une motivation circonstanciée et contrôlée.

11. RECOMMANDATION 34

Il convient de veiller à ce que les motivations des certificats et avis médicaux, souvent laconiques, soient suffisamment explicites pour respecter le droit du patient de disposer d'éléments compréhensibles et permettre ultérieurement à son avocat d'argumenter sur les motifs de l'acte soumis au juge des libertés et de la détention.

12. RECOMMANDATION 34

La constitution et la réunion du collège des professionnels de santé prévu à l'article L.3211-9 du code de la santé publique doivent être organisées pour les patients qui relèvent de son examen.

13. RECOMMANDATION 37

L'accès au tabac pour les personnes hospitalisées à l'USIP doit faire l'objet d'une prise en compte individualisée et mesurée afin d'éviter des sevrages ni souhaités ni traités.

14. RECOMMANDATION 39

L'accès aux communications téléphoniques à l'USIP doit être permis à tout moment de la journée et, sauf décision médicale contraire spécifique, dans des conditions respectant leur confidentialité.

15. RECOMMANDATION 39

Les modalités d'organisation des visites au sein de l'USIP doivent être celles d'un centre hospitalier et non celles d'une unité carcérale. Les mesures de sécurité qui sont appliquées n'ont pas de fondement légal.

16. RECOMMANDATION 41

Les unités les plus anciennes doivent être réhabilitées dans le souci d'offrir des conditions d'hospitalisation individuelles respectueuses du droit à l'intimité.

17. RECOMMANDATION 42

Les capacités d'accueil de l'unité pour mineurs doivent être augmentées pour correspondre aux besoins afin de ne pas soumettre les enfants en surnombre, même temporairement, à un régime d'isolement non justifié par des motifs médicaux.

18. RECOMMANDATION 43

L'établissement doit mettre en œuvre une procédure d'inventaire des biens et valeurs laissés pleinement à la disposition du patient. Un exemplaire de sa fiche d'inventaire des objets et valeurs retiré doit être systématiquement remis au patient.

19. RECOMMANDATION 44

Le retrait des objets ne doit pas être laissé à la seule appréciation du personnel qui procède à l'accueil dans l'unité et doit être conforme aux seuls besoins de protection et de prise en charge de chaque patient individuellement, même dans les unités fermées.

20. RECOMMANDATION 44

Le personnel en charge du nettoyage doit intervenir sans délai dès lors qu'une zone de l'unité le nécessite.

21. RECOMMANDATION 46

Aucune restriction de l'accès à des produits d'hygiène, dont le rasoir, ne devrait s'imposer à tous. La restriction ne peut être liée qu'à un risque individuel identifié après évaluation.

22. RECOMMANDATION 47

Le nombre de patients rationnaires effectivement présents dans chaque unité doit être fourni chaque jour à la cuisine centrale de sorte que le nombre de repas livrés ne soit pas systématiquement supérieur aux nombre de repas réellement distribués aux patients ; les sommes payées sans raison par l'établissement pour ces repas en surrogation le sont au détriment d'autres postes de dépenses utiles aux patients.

23. RECOMMANDATION 47

Le menu pour la semaine ou de la quinzaine doit être affiché de façon visible dans chaque unité.

24. RECOMMANDATION 48

Les différents usages de l'espace collectif, dont la partie salle à manger, doivent être clairement identifiés au cours de la journée.

Le temps des repas doit être mieux investi pour en faire un moment agréable de vie collective.

25. RECOMMANDATION 48

Une boisson chaude devrait être proposée le soir aux patients, aucun motif de sécurité des personnes ne pouvant justifier l'absence de distribution.

26. RECOMMANDATION 49

Des activités non thérapeutiques, libres ou dirigées, doivent être proposées à tous les patients selon un programme adapté à leurs besoins et annoncé à l'avance par un affichage a minima hebdomadaire.

27. RECOMMANDATION 51

Une réflexion institutionnelle de nature à harmoniser les pratiques professionnelles relatives à la sexualité des patients doit être conduite.

28. RECOMMANDATION 53

L'offre d'activités thérapeutiques doit être mieux organisées, clarifiée et investie.

29. RECOMMANDATION58

Le caractère systématique du transport nocturne des personnes en provenance du Sud de la Corse hospitalisées sans leur consentement et les conditions de ce transport constituent, ipso facto, une maltraitance et une source d'aggravation clinique pour les patients fragiles qui la subissent ; cette pratique doit être bannie. Elle conduit, en outre, à un surcoût financier qui n'est pas justifié et doit être évité ; la convention de transport, qui induit une dépense publique, doit donc être renégociée et signée par l'ARS.

30. RECOMMANDATION60

Les prescriptions de mise en chambre d'isolement programmées ou avec la mention « si besoin » doivent être exclues.

31. RECOMMANDATION62

L'établissement doit mettre un œuvre un registre de l'isolement et de la contention qui donne des informations exploitables sur les conditions de l'isolement, notamment la durée de chaque mesure et servir d'outil fiable d'observation des pratiques et de leur évolution.

32. RECOMMANDATION65

La pratique d'un contrôle à nu des patients au moment de leur l'admission dans l'USIP doit être bannie.

33. RECOMMANDATION65

Il est nécessaire de revoir le fonctionnement de l'USIP au regard des patients effectivement accueillis qui ne correspondent pas au critère de « dangerosité » justifiant les moyens qui y sont consacrés. L'affectation de patients en soins libres à l'USIP, unité fermée aux règles de vie particulièrement strictes, doit être proscrite.

34. RECOMMANDATION71

Le régime juridique de l'article D.398 du code de procédure pénale ne doit pas entraîner systématiquement un hébergement en chambre d'isolement, lequel constitue une mesure de contrainte qui doit résulter d'une décision médicale individuelle au regard de l'état clinique du patient et non une offre de place hospitalière classique.

35. RECOMMANDATION72

Le développement des activités au sein de l'USIP, préconisé pour tous ses patients, doit bénéficier également aux patients détenus.

36. RECOMMANDATION72

Le régime juridique de l'article D.398 du code de procédure pénale n'impose pas de restriction à l'accès au tabac et à la télévision. Les patients hospitalisés en application de cet article doivent y avoir accès dans les mêmes conditions que les autres patients.

37. RECOMMANDATION73

Un protocole sur les modalités de prise en charge des personnes hospitalisées sur le fondement de l'article D.398 du code de procédure pénale doit être rédigé conjointement par l'établissement pénitentiaire et le CHS.

38. RECOMMANDATION 78

Les locaux de l'unité de pédopsychiatrie doivent être déménagés ou restructurés ; ils sont insuffisants en taille et en équipements d'activités et n'offrent pas des conditions satisfaisantes pour la prise en charge de patients adolescents et pour le travail des soignants.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	6
SOMMAIRE	12
RAPPORT	14
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	14
2. LE CONTEXTE DE FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT	16
2.1 le centre hospitalier de Castelluccio constitue l'essentiel de l'offre de soins psychiatriques de Corse-du-Sud	16
2.2 les objectifs de l'établissement tirent les conséquences de la pauvreté de l'offre médico-sociale du département	17
2.3 L'organisation de l'établissement traduit la préoccupation d'une prise en charge respectueuse des droits et libertés des patients	18
2.4 la gestion trop politique des ressources humaines masque l'implication réelle de la majorité des agents	19
3. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS	23
3.1 les modes d'admission traduisent la situation géographique et familiale particulière du département	23
3.2 Les patients ont des informations insuffisantes sur leur statut et sur le fonctionnement des unités	23
3.3 Le dépôt d'une requête ou d'une plainte n'est pas facilité ni même encouragé .	26
3.4 Les patients sont informés qu'ils peuvent désigner une personne de confiance, mais la notion et la procédure restent confuses pour les soignants	27
3.5 L'accès au vote ne constitue pour personne une préoccupation	27
3.6 L'exercice d'un culte est un sujet peu investi et peu demandé	27
3.7 Les patients nécessitant une protection juridique sont repérés mais le règlement de cette protection est démesurément long	28
4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEUR CONTROLE	29
4.1 L'établissement ne transmet que très peu aux patients les pièces écrites médicales et juridiques qui les concernent	29
4.2 La commission départementale des soins psychiatriques ne remplit que partiellement sa mission	29
4.3 Les registres de la loi doivent être remplis d'une façon plus rigoureuse et contrôlés plus régulièrement	30
4.4 Les audiences du juge des libertés et de la détention ne sont pas conduites dans les conditions prévues par la loi	31
4.5 Le recours au collège des professionnels de santé est méconnu	34
4.6 La levée de la mesure est envisagée très en amont	34

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	36
5.1 La liberté de circulation dans l'établissement ne connaît que des exceptions mesurées.....	36
5.2 Les contraintes et les restrictions aux libertés des patients sont réduites	36
5.3 La communication avec les proches est facilitée.....	37
6. LES CONDITIONS MATERIELLES DE PRISE EN CHARGE.....	41
6.1 Une hospitalisation en chambre individuelle dans les seules unités les plus récentes.....	41
6.2 Des affectations en unités marquées par un recours parfois injustifié à l'unité fermée, notamment en cas de sur occupation des autres unités	42
6.3 Le retrait des biens des patients est entendu parfois de façon extensive et son caractère contradictoire n'est pas assuré.....	43
6.4 Les locaux sont propres mais l'hygiène personnelle n'est facilitée que dans les seules unités rénovées.....	44
6.5 La salle à manger et le repas sont des lieux et des moments insuffisamment investis.....	47
6.6 Les activités sont insuffisamment investies, à un point préoccupant dans l'unité Petra Serena	49
6.7 les relations sexuelles ne sont pas systématiquement interdites aux patients	51
7. LA PRISE EN CHARGE MEDICALE	52
7.1 Les soins psychiatriques sont adaptés à la diversité des patients accueillis	52
7.2 Les soins somatiques sont disponibles facilement	54
7.3 La place des usagers mériterait d'être affirmée	54
8. LE RESPECT DE L'INTEGRITE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE.....	56
8.1 les modalités d'hospitalisation en urgence ne préservent pas les patients de traitements traumatisants	56
8.2 La sécurité à l'intérieur de l'établissement est assurée sans méconnaître les spécificités des patients de psychiatrie	58
8.3 L'isolement et la contention sont utilisés avec un souci du respect du patient mais dans des conditions matérielles parfois dégradantes et dans une ampleur difficilement évaluable.....	58
8.4 l'existence de mauvais traitements éventuels n'est pas repérée	63
9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	64
9.1 L'unité Petra Serena (USIP) s'est écartée de son objectif initial de soin intensifs psychiatriques	64
9.2 la qualité de la prise en charge des adolescents est ternie par des locaux inadaptés	73
10. AMBIANCE GENERALE	79

Rapport

Contrôleurs :

- Anne Lecourbe, cheffe de mission ;
- Luc Chouchkaieff ; contrôleur,
- Philippe Lescène ; contrôleur,
- Fabienne Viton ; contrôleure.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé de Castelluccio (Corse-du-Sud) du 10 au 14 avril 2017.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 10 avril à 14h30. Ils l'ont quitté le 14 avril 16h30. Ils ont réalisé une visite de nuit le soir du 13 avril.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par la directrice des services financiers, le directeur de l'établissement, étant en congé. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une quinzaine d'auditeurs dont la vice-présidente de la commission spéciale d'établissement (CME), les directeurs adjoints, des chefs de pôle et de secteur, des cadres de santé et la responsable du bureau des entrées.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet de Corse-du-Sud, le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance (TGI) d'Ajaccio.

Les contrôleurs ont rencontré le président du conseil de surveillance de l'établissement, adjoint au maire d'Ajaccio.

Malgré plusieurs appels téléphoniques et relances par courriel, il a été impossible de prendre contact avec les responsables de l'agence régionale de santé (ARS).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel du site ont été avisées de la présence des contrôleurs et les ont rencontrés.

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 leur 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 membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site.

Une réunion de restitution a eu lieu le 14 avril 2017 en présence de la directrice des affaires financières, des adjoints au directeur de l'établissement et de la vice-présidente de la CME.

Le rapport rédigé à l'issue de cette visite a été adressé le 11 janvier 2018 au chef d'établissement, au président du TGI d'Ajaccio et au procureur de la République près ce tribunal, au préfet de la Région Corse ainsi qu'à l'ARS de Corse.

Les réponses présentées le 9 février 2018 par les chefs de la juridiction, le 19 février 2018 par le directeur général de l'ARS et le 20 mars 2018 par le chef d'établissement ont été prises en compte dans le présent rapport de visite.

2. LE CONTEXTE DE FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LE CENTRE HOSPITALIER DE CASTELLUCCIO CONSTITUE L'ESSENTIEL DE L'OFFRE DE SOINS PSYCHIATRIQUES DE CORSE-DU-SUD

Le centre hospitalier de Castelluccio (CHC) a ouvert ses portes en 1974. Il a été édifié sur le domaine d'un ancien pénitencier pour enfants, la Colonie Horticole de Saint-Antoine, devenu pénitencier agricole où 1 200 enfants ont été incarcérés.

**ARRÊTÉ portant suppression de la Colonie horticole de Saint-Antoine,
et création du pénitencier agricole de Castelluccio.**

Paris, le 29 juin 1866.

LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR,

Arrête :

ART. 1^{er}.

La colonie publique des jeunes détenus de Saint-Antoine (Corse) est supprimée.

ART. 2.

L'établissement de Saint-Antoine est constitué maison centrale de force et de correction, sous la dénomination de Pénitencier agricole de Castelluccio.

Fait à Paris, le 29 juin 1866.

LA VALETTE.

De cette première occupation, ne demeure dans un mur de soutènement qu'une geôle.



Un vestige de l'ancien pénitencier : une geôle

Les pavillons du CHC ont été édifiés, pour la plupart en 1974, certains ont été réhabilités depuis pour offrir des chambres individuelles avec salle d'eau – équipée de lavabo, WC et douche – là où les chambres étaient doubles ou triples sans sanitaires. Deux bâtiments ont été fermés.

Le CHC a été le premier établissement corse accueillant des malades mentaux ; auparavant, ceux-ci étaient pris en charge par l'organisation sociale : le village, la cellule familiale élargie. Les plus violents étaient parfois enchaînés sur les quais d'Ajaccio, y attendaient dissimulés sous un drap le « bateau blanc » qui les transportait sur le continent et hospitalisés dans les établissements du Sud-est, notamment ceux de Pierrefeu-du-Var (Var), Montfavet (Vaucluse) et Montpellier

(Hérault). Ces patients étaient alors séparés durablement de leurs proches ; à la pathologie et l'éloignement géographique s'ajoutait le handicap de la langue – beaucoup ne parlaient que le Corse – et l'impossibilité de dialoguer avec un psychiatre.

Les patients originaires de Corse y ont été ramenés en 1974, occupant immédiatement les lits créés au CHC.

En 1979, le CHC, qui disposait de ressources foncières sur son domaine de 54 ha, les a proposées pour l'édification de bâtiments devant accueillir des services d'oncologie (vingt et un lits), de soins de suite et réadaptation (vingt lits) et de scintigraphie.

Avec ses 160 lits de psychiatrie générale, le CHC constitue la seule ressource d'hospitalisation en Corse-du-Sud et la principale pour l'ensemble de l'île, complétée par celles, en Haute-Corse, du service de psychiatrie de l'hôpital de Bastia (trente-huit lits) et de la clinique San Ornello à Borgo (quatre-vingt-douze lits de psychiatrie adulte et cinq lits de psychiatrie infanto-juvénile) qui peut accueillir des patients en soins sans consentement.

2.2 LES OBJECTIFS DE L'ETABLISSEMENT TIRENT LES CONSEQUENCES DE LA PAUVRETE DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE DU DEPARTEMENT

Le CHC est devenu en 1979 un établissement à activités mixtes, ce qui n'est pas sans conséquence sur ses objectifs et contraintes.

Un projet médical d'établissement est en cours d'élaboration, le dernier couvrait la période 2012-2016. En ce qui concerne la psychiatrie, l'actualisation prévoit notamment de remédier aux difficultés que rencontre l'établissement pour permettre la sortie des patients en raison de la faiblesse de l'offre d'établissements médico-sociaux et des difficultés de logement consécutives au prix de l'immobilier, pour répondre à la croissance de la population âgée et pour prendre en compte une toxicomanie croissante en Corse.

Les réflexions portent également sur les projets suivants :

- créer un pôle médico-social qui comprendrait une solution d'hébergement de type foyer de jeunes travailleurs, un ESAT (établissement et service d'aide par le travail), une entreprise de travail adapté qui pourrait fournir ses services au CHC. Ces structures, installées dans le domaine du CHS permettraient de sortir les patients des structures de soins et de leur offrir une prise en charge mieux adaptée tout en leur épargnant une délocalisation que, selon les interlocuteurs rencontrés, beaucoup d'entre eux redoutent ;
- former des familles d'accueil ;
- créer un centre d'accueil et de crise pour une première prise en charge d'évaluation de 72 heures en hospitalisation complète avant orientation des patients ;
- réunir dans un même bâtiment les deux pavillons de psycho-gériatrie par la réhabilitation d'un troisième et prolonger la filière extra hospitalière notamment par la concertation avec plusieurs établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour assurer une liaison psychiatrique ;
- dans le cadre du projet régional de santé, qui regroupe la communauté psychiatrique de territoire, renforcer le partenariat avec les établissements pour personnes âgées, le secteur médico-social, les médecins libéraux, le conseil de santé local, la justice (injonctions de soins) ;
- assurer un meilleur maillage avec le Sud du département (Sartène et Porto-Vecchio) pour un travail de repérage en addictologie et créer un foyer de post-cure.

2.3 L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT TRADUIT LA PREOCCUPATION D'UNE PRISE EN CHARGE RESPECTUEUSE DES DROITS ET LIBERTES DES PATIENTS

2.3.1 La politique intra/extra hospitalière

L'établissement dessert les deux secteurs psychiatriques de la Corse-du-Sud, séparés par une ligne Ajaccio-Bocognano. Il est organisé en quatre pôles : psychiatrie adulte, psychiatrie infanto-juvénile, oncologie-soins de suite et réadaptation (SSR), médico-technique.

187 lits d'hospitalisation temps plein sont autorisés, 160 sont effectivement installés. Ils sont répartis dans dix unités, les patients étant affectés dans le souci de constituer des groupes homogènes :

- deux unités d'admission :
 - o *Eddera* (vingt-sept lits) ;
 - o *Delfinu* (vingt lits) ;
- deux unités de géronto-psychiatrie :
 - o *Castagnu* (dix-neuf lits) ; elle accueille des personnes âgées majoritairement atteintes de démences ; moyenne plus de 65 ans ; un projet de soins est défini à l'arrivée et revue à chaque réunion hebdomadaire des soignants ; douze patients y étaient hébergés lors de la visite dont trois psychotiques âgés ; l'unité est fermée, seuls deux patients peuvent sortir du bâtiment en le demandant ;
 - o *Castagnola* (dix lits) ; patients de psycho-gériatrie en général en soins libres, pour un court séjour d'évaluation en vue de la réévaluation du traitement ; cette unité est fermée mais, selon leur état, ses patients peuvent sortir à la demande, en étant accompagnés si besoin.
- deux unités accueillant des patients institutionnalisés :
 - o *Nepita* (trente lits) ; unité ouverte avec des patients chroniques mais autonomes, à la durée moyenne de séjour supérieure à un an et provenant exclusivement des autres unités ;
 - o *Citrunellu* (douze lits) ; unité fermée accueillant des patients atteints de troubles envahissants du développement ou gravement déficitaires ;
- *Gigliu* (vingt-deux lits) accueille des patients dépressifs, en principe en soins libres, sauf accueil ponctuel en cas de sur occupation des autres unités ; elle propose des prestations hôtelières particulières moyennant une participation financière ;
- *Pampasgiolu* (dix lits) ; unité d'alcoologie ;
- *Petra Serena*, (treize lits) ; unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) n'accueillant que des patients âgés de plus de 16 ans et en soins sous contrainte ;
- *Alba* (six lits), unité de psychiatrie infanto-juvénile.

Toutes les unités ont une chambre d'isolement (CI) à l'exception de l'USIP, qui en a quatre ainsi qu'une chambre d'apaisement, et de *Nepita* qui n'a qu'une chambre d'apaisement.

Nonobstant le souci d'homogénéité, les interlocuteurs relèvent que faute de structure *ad hoc*, l'hospitalisation de patients souffrant de pathologies lourdes est diluée dans tous les pavillons, ce qui est traumatisant pour les autres entrants.

Le taux d'occupation est stable mais on constate une saisonnalité avec un afflux de patients au cours de l'été.

Les structures extra hospitalières sont réparties dans les principales villes : à Ajaccio, deux centres médico-psychologiques (CMP) pour les adultes et deux CMP pour les enfants (pour les 10 à 14 ans et pour les adolescents), quatre hôpitaux de jour (deux de psychiatrie générale dont un dans le CHC, un pour personnes âgées et un pour les enfants de 3 à 9 ans), un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), un hôpital de nuit pour enfants et adolescents. Un CATTP et un CMP sont ouverts dans chacune des villes : Sagone, Propriano, Sartène et Porto-Vecchio, un hôpital de jour fonctionnant également dans cette dernière.

2.3.2 Le budget

Le budget total du centre hospitalier est de 60 millions d'euros dont 43 millions de frais de personnel ; 8 millions de dépenses médicales (dont la moitié pour des médicaments liés à l'oncologie), 5,7 millions de dépenses hôtelières et 3,8 millions de frais financiers.

Ce budget est chroniquement en déséquilibre depuis quelques années avec un épuisement des réserves et une capacité d'autofinancement (CAF) négative en 2015 et légèrement positive en 2016 en raison d'une subvention exceptionnelle de trésorerie de 6 millions. L'activité de radiothérapie perd 2,5 millions chaque année du fait d'un bassin de couverture insuffisamment peuplé et d'un nombre d'actes en dessous du seuil d'équilibre financier.

L'établissement n'est pas encore en plan de redressement à l'équilibre mais en plan d'amélioration financière.

L'actuelle CAF négative ou nulle ne permet pas d'emprunt auprès des banques et les investissements immobiliers seront conditionnés à des subventions extérieures. Le projet médical qui devait être établi fin 2016 est encore en cours d'élaboration et permettra de définir le futur schéma directeur immobilier.

2.4 LA GESTION TROP POLITIQUE DES RESSOURCES HUMAINES MASQUE L'IMPLICATION REELLE DE LA MAJORITE DES AGENTS

2.4.1 Le personnel non médical

L'établissement compte globalement 742,74 équivalents temps plein (ETP) pour l'oncologie et la psychiatrie. Ils sont répartis de la façon suivante selon les catégories de personnel :

- soignant : 463,27 ETP auxquels s'ajoutent 22,32 ETP d'agents sous contrat à durée indéterminée (CDI) et 45 ETP d'agents sous contrat à durée déterminée (CDD) ;
- administratif : 79,75 ETP, plus 6 ETP en CDI et 7 ETP en CDD ;
- médico-technique : 16,74 ETP d'agents statutaires plus 5,79 ETP en CDI et 5,32 ETP en CDD ;
- socio-éducatif : 16,52 ETP plus 0,3 CDI et 0,67 CDD ;
- techniciens-ouvriers 64,67 ETP plus 3,53 CDI et 2,55 CDD.

Le taux d'absentéisme reste important même s'il est en légère diminution en 2016 à 9,93 % ; y contribuent surtout les agents des services hospitaliers (ASH), les aides-soignants (AS) et les infirmiers en fin de carrière. L'établissement vient d'être confronté aux nombreux départs en retraite d'agents présents depuis l'ouverture. Il a été indiqué que certaines organisations

syndicales exigeaient le remplacement systématique des ASH absents, ce qui pèse sur les finances de l'établissement.

Seuls les médecins et quelques cadres partagent leur service entre l'intra et l'extra hospitalier. Le poste d'ergothérapeute n'est pas pourvu et les aides-soignants assument actuellement cette fonction. Des difficultés de recrutement en infirmiers à Porto-Vecchio sont rapportées.

2.4.2 Le personnel médical

Quarante-deux postes sont budgétés et 38,54 ETP sont actuellement occupés ; quatre postes de praticiens hospitaliers en psychiatrie sont vacants dont deux sont sur le point d'être pourvus ; l'établissement ne compte qu'un médecin à diplôme étranger ayant déjà passé les épreuves d'équivalence nationales.

Les médecins généralistes sont de garde sur place (un studio spécifique est mis à leur disposition) pour l'ensemble de l'établissement, la psychiatrie et la cancérologie, de 18h30 à 8h30 le matin. Les psychiatres font des astreintes à domicile et sont appelés par le généraliste, si besoin.

Cinq internes de la faculté de Marseille (Bouches-du-Rhône) dont deux en psychiatrie adulte et un en pédopsychiatrie sont en stage au sein de l'établissement. Ils ne font pas de garde.

Une astreinte de pharmacien sur l'ensemble du centre hospitalier et une astreinte administrative de la direction sont assurées.

2.4.3 La gestion des ressources humaines

L'établissement ne rapporte pas de problème d'effectifs, le recrutement d'infirmiers est facilité par l'existence d'un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) à Ajaccio. La mobilité interne est faible, notamment pour passer de l'hospitalisation temps plein aux CMP en raison de la perte financière liée à l'absence de services le dimanche.

Le recrutement des AS a pu être qualifié de « semi politique » et celui des ASH de « totalement politique » écartant tout problème en termes de nombre de candidats mais avec certaines libertés prises sur les qualifications et les qualités nécessaires.

Les chefs de pôle et les cadres supérieurs de pôle ont la maîtrise du recrutement initial, des affectations et de la formation. La direction des soins ou celle des ressources humaines n'interviennent pas non plus sur les affectations des cadres à l'intérieur des pôles. Pour autant, les différents entretiens réalisés convergent vers des tensions sociales récurrentes entre les agents et un sentiment d'iniquité dans l'accès aux emplois, les qualifications requises, le déroulement des carrières et l'accès à certaines bonifications : certaines affectations, donnent lieu au versement d'une prime forfaitaire de risque (234,89 euros mensuels pour l'USIP qui compte trente et un postes de soignants et sept d'ASH ; de même pour les dix-huit agents de l'équipe de sécurité) et sont donc convoitées. Selon les documents fournis par l'établissement, soixante-six agents percevaient une telle prime forfaitaire, deux d'entre eux cumulant trois primes.

Selon les interlocuteurs rencontrés, les résultats qualitatifs auprès des patients ne sont pas ceux que l'on pourrait avoir : il en est ainsi du recrutement d'ASH masculins – dont certains responsables hiérarchiques indiquent ne même pas connaître le physique – peu enclins à effectuer réellement les tâches qui leur incombent, notamment en matière d'hygiène, ce que les contrôleurs ont pu constater (cf. § 6.4.1).

Il a été également indiqué que la mauvaise qualité des prestations des services techniques se traduisait dans l'état des locaux au détriment des patients et soignants, et conduisait à des dépenses de prestataires extérieurs pour les suppléer, dépenses effectuées au préjudice d'autres profitables aux patients.

Les représentants du personnel évoquent aussi les problèmes de vétusté des locaux dans certains pavillons et des conflits interpersonnels qui pèsent sur la qualité de la prise en charge, principalement à l'USIP, dont, en outre, la place n'apparaît pas clairement dans l'offre de soins locale pour de nombreux soignants.

2.4.4 La formation

L'unité pédagogique d'enseignement et de recherche (UPR), constituée de trois agents sous la responsabilité du directeur des soins, assure des formations pour les infirmiers nouvellement recrutés. Les jeunes infirmiers reçoivent tous une formation initiale obligatoire sur « l'entretien infirmier ».

Les nouveaux ASH reçoivent également, à leur arrivée, une formation de trois jours par des infirmiers puis travaillent sous un tutorat.

Les PH se montrent soucieux d'animer chacun des formations en interne ouvertes à tous les agents : ils ont évoqué des sessions sur la psychanalyse, la méditation pleine conscience, la thérapie familiale.

Une formation de krav-maga¹ est également proposée pour la prise en compte de la violence, choix dont l'opportunité mérite sans doute d'être discutée et la pertinence scientifiquement analysée mais dont la direction de l'établissement a indiqué que la décision lui avait échappé.

Ces initiatives ne sont pas tracées car les documents fournis ne font état que de deux formations en 2015 – l'une annulée faute de participants et l'autre n'ayant eu qu'un cadre participant – et deux en 2016 l'une portant sur la gestion des personnalités difficiles et les psychopathologies complexes (cinq jours, deux participants), l'autre intitulée « *soins psychiatriques sous contrainte, sécuriser les procédures* » (deux jours, deux participants).

Une formation sur les droits et libertés des patients est prévue en 2017, elle doit notamment porter sur les dispositions de la loi du 5 juillet 2011 et doit être dispensée au cours de cinq sessions avec quinze participants chacune.

Pour les formations suivies à l'extérieur, dans le cadre du projet de formation individuelle, les agents peuvent bénéficier d'une semaine sur le continent ; ces déplacements sont subordonnés à la validation de l'évaluation annuelle du besoin de formation de l'agent.

¹ Méthode d'autodéfense d'origine israélo-tchécoslovaque combinant des techniques provenant de la boxe, du muay-thaï, du judo, du jiu-jitsu et de la lutte. Cette méthode, créée par Imi Lichtenfeld, est maintenant une base de l'armée israélienne et des services spéciaux israéliens pour se défendre au corps à corps face aux assaillants. La méthode est utilisée par de nombreux services de police et forces militaires dans le monde tels qu'aux États-Unis le FBI, la DEA, les *marines*, en France le GIGN, le RAID, la Légion étrangère et au Royaume-Uni les SAS. Source : Wikipédia

Recommandation

La direction de l'établissement doit retrouver une place plus consistante dans la gestion des ressources humaines sous tous ses aspects : recrutement, affectation, formation. Elle doit notamment pouvoir tracer et suivre la réalité des actions conduites.

Dans ses observations du 20 mars 2018 en réponse au rapport de constat envoyé le 9 janvier 2018, l'établissement indique qu'il est parfois fait appel à des candidats qui n'ont pas d'expérience dans la fonction, mais précise que chaque agent recruté répond aux conditions de base physiques et de compétences clés pour obtenir ce poste. Les évaluations professionnelles sont réalisées ensuite régulièrement qui peuvent amener à ne pas renouveler le contrat.

3. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS

3.1 LES MODES D'ADMISSION TRADUISENT LA SITUATION GEOGRAPHIQUE ET FAMILIALE PARTICULIERE DU DEPARTEMENT

Les modes d'admissions en soins sans consentement (SSC) se répartissent de la façon suivante :

Nature de la mesure	Nombre de patients		Nombre de mesures	
	2015	2016	2015	2016
Soins à la demande d'un tiers y compris urgence (SDT et SDTU)	131	134	136	140
Soins en péril imminent (SPI)	81	109	83	113
Soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)	66	54	67	57
Article D.398 du code de procédure pénale (détenus)	15	13	21	16
Ordonnance provisoire de placement (mineurs)	2	2	2	1
Personnes jugées pénalement irresponsables	2	2	2	1

On constate un recours important à la procédure de péril imminent qui est expliqué par la difficulté de trouver des tiers pour les personnes âgées dont les familles résident sur le continent et pour les personnes de passage en Corse. L'importance des admissions sur décision du représentant de l'Etat à la suite d'un arrêté municipal pourrait trouver également son origine par l'isolement de personnes « restées au village » pour lesquelles le maire se substitue à la famille. Les patients en SSC sont susceptibles d'être hébergés dans quatre unités mais d'une façon non homogène. Lors de la visite la répartition était la suivante :

- trois dans l'unité *Nepita*, dont deux SDT et un SDRE, pour trente patients hospitalisés ;
- six dans l'unité *Delfinu*, dont un SDT et cinq SDRE, pour dix-neuf patients hospitalisés ;
- dix dans l'unité *Eddera* dont trois SDT, un SDRE, un SDTU et cinq SPI, pour vingt-six patients hospitalisés ;
- dix dans l'USIP dont cinq SDT et cinq SDRE pour onze patients hospitalisés.

3.2 LES PATIENTS ONT DES INFORMATIONS INSUFFISANTES SUR LEUR STATUT ET SUR LE FONCTIONNEMENT DES UNITES

L'information du patient sur ses droits et les soins dont il est l'objet ne semble pas être une priorité, même si l'éthique professionnelle des intervenants et leur approche des malades paraissent de grande qualité.

3.2.1 Les droits des patients en soins sans consentement

Tous les patients reçoivent des informations dès leur arrivée, de qualité différente selon les unités.

Leur situation juridique et médicale leur est à la fois notifiée et commentée.

Cependant de très nombreuses hospitalisations se font de nuit à des heures très avancées (Cf. § 8.1.1), de sorte que le personnel médical reconnaît que les informations alors fournies sont sans doute de moins bonne qualité.

Par ailleurs les arrivants sont souvent stressés ou bien en crise ou encore sédatés de sorte que les infirmiers sont amenés à réitérer les informations précédemment données dès que le patient est à même de mieux les comprendre. Cette réitération n'est pas protocolisée, et dépend donc de l'infirmier et de sa disponibilité.

Deux documents sont en principe renseignés puis signés par le patient qui n'en conserve pas de copie, sauf demande expresse.

Le premier est intitulé « *Droits et consentement-partenariat du patient à sa prise en charge* » : le patient reconnaît avoir été informé de ses droits, du règlement intérieur (s'il y en a un), précise s'il accepte les soins proposés, la divulgation de sa présence, s'il accepte que des informations soient données à des tiers sur son état de santé ; désigne la personne de confiance, ou refuse d'en désigner, et reconnaît avoir été informé des éventuels effets secondaires de son traitement.

Ce document s'il est signé (pas toujours) par le patient, devrait l'être par la personne de confiance ou la famille ou le tuteur, ce qui est très rarement le cas.

Le second est intitulé « *Notification au patient de sa situation juridique et de ses droits* » : selon ses termes, le patient reconnaît avoir reçu la décision administrative de soins sans consentement (SSC) ; il mentionne la liste des droits suivants : communiquer avec le préfet, saisir le juge des libertés et de la détention, le tribunal administratif, le président du TGI, le maire de sa commune, le procureur de la République (sans qu'aucune des adresses de ces autorités ne soit précisée, ni leur numéro de téléphone ni leur adresse électronique), saisir la commission départementale de soins psychiatrique (ni adresse ni numéro de téléphone) ; prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat (aucun tableau de l'ordre des avocats n'a été vu dans les unités), d'émettre ou de recevoir des courriers ; de consulter le règlement intérieur de l'établissement ; d'exercer son droit de vote ; de pratiquer une activité religieuse.

Ce document est en principe signé par le patient, sauf impossibilité confirmée par la signature de deux témoins.

Le patient ne se voit pas remettre ce document, sauf demande expresse. Il est remis au bureau des entrées qui le classe dans le dossier du patient, une copie est parfois conservée dans l'unité. Certains infirmiers semblaient être dans l'ignorance de ce document ainsi que du protocole de la notification des droits, ou encore de la nature des droits à notifier ou bien faisaient la confusion entre les deux documents, « *Droits et consentement* », d'une part, « *Notification des droits* », d'autre part.

Certaines de ces notifications des droits ne comportent aucune signature.

Recommandation

La procédure de notification de leurs droits aux patients en soins sans consentement doit faire l'objet d'un protocole précis, au sujet duquel l'ensemble des intervenants doit recevoir une formation complète et réactualisée en tant que de besoin. Les coordonnées complètes des autorités susceptibles d'être saisies par ces patients doivent être affichées dans les unités

Dans ses observations du 20 mars 2018 en réponse au rapport de constat envoyé le 9 janvier 2018, l'établissement indique qu'une procédure spécifique de notification des droits aux patients

sans consentement sera rédigée et que les soignants concernés par cette pratique seront formés aux modalités d'information du patient.

3.2.2 Le livret d'accueil

Le livret d'accueil est constitué d'un cahier comportant l'ensemble des informations relatives à l'organisation de l'établissement, les conditions de séjour, les droits de la personne hospitalisée – très succinctes s'agissant des patients en soins sans consentement. Sa rédaction date de 2011. Il est complété par une série de fiches donnant des précisions actualisées sur ces éléments : organisation médicale, ateliers de psychothérapie, horaires des transports publics, coordonnées des centres extérieurs de soins psychiatriques, charte de la personne hospitalisée (en français et en corse), éléments de droit des usagers, composition de la commission des usagers, modalités d'identification du personnel, aide au sevrage tabagique.

Au moment du contrôle, le stock était épuisé et le livret n'était plus donné. Dans l'unité *Castagnu*, il n'est pas donné au motif que les patients n'ont pas de placard.

Recommandation

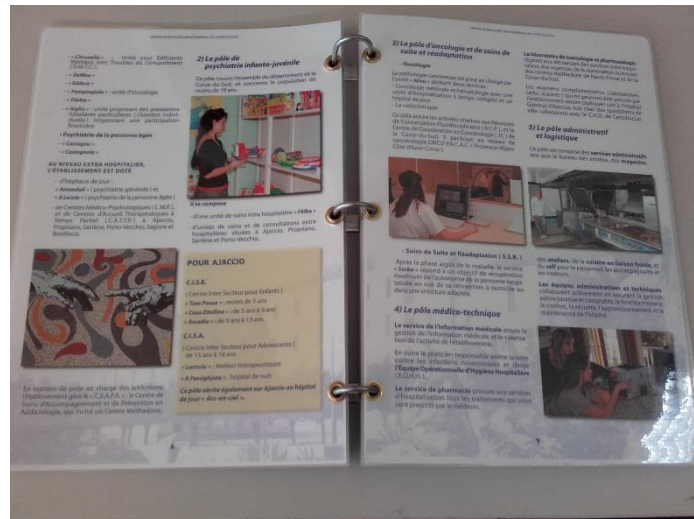
Un exemplaire du livret d'accueil doit être remis à tous les entrants ; il doit comporter l'ensemble des informations nécessaires durant l'hospitalisation et mentionner les autorités susceptibles d'être informées ou saisies.

Dans ses observations du 20 mars 2018 en réponse au rapport de constat envoyé le 9 janvier 2018, l'établissement indique que, d'ici juin 2018, le livret d'accueil sera réédité dans une quatrième version et sera systématiquement remis aux nouveaux entrants.

Mais dans toutes les unités à l'exception de l'unité *Nepita*, est installé dans le couloir principal ou le hall d'entrée un pupitre sur lequel est posé un classeur de format A3 contenant sous feuilles plastifiées, la première partie du livret d'accueil. Les patients peuvent ainsi le consulter très facilement.

Bonne pratique

Un exemplaire du livret d'accueil en grand format plastifié est placé sur un pupitre dans chaque unité et dans un endroit visible et propice à sa lecture.



Livret d'accueil plastifié sur pupitre

On trouve souvent dans les unités plusieurs panneaux d'affichage avec une multitude de documents de toutes natures, de fait peu lisibles.

Dans aucune unité ne se trouvent les informations sur les autorités susceptibles d'être contactées par le patient : juge des libertés et de la détention, préfet, procureur de la République, CDSP.

Le règlement intérieur des unités est affiché sur la porte de chaque chambre dans presque toutes les unités. Il aborde l'admission, les biens et valeurs, le traitement du linge, les repas, le tabac, le téléphone, la télévision, les visites, le stationnement, les permissions et le médecin.

3.2.3 Les règles de vie

Les règles de vie de chaque unité ne sont pas toujours établies, pas toujours affichées ou remises au patient, pas toujours expliquées ou commentées.

Dans certaines unités (*Delfinu*), elles sont affichées sur les portes des chambres ; dans d'autres elles peuvent être affichées sur un tableau *ad hoc*.

3.3 LE DEPOT D'UNE REQUETE OU D'UNE PLAINTE N'EST PAS FACILITE NI MEME ENCOURAGE

Une des fiches annexes du livret d'accueil indique les droits du patient pour exprimer ses griefs et les modalités de saisine du directeur ou du médiateur. Ces éléments ne font pas l'objet d'affichage sur les autorités à saisir ou bien celui-ci est insuffisant puisque les coordonnées de ces autorités ne sont jamais précisées.

Les contrôleurs n'ont eu connaissance d'aucune requête ou plainte.

Le président de la CDSP n'a fait état d'aucune saisine de patient.

Recommandation

Les modalités de dépôt d'une plainte ou d'une réclamation doivent faire l'objet d'affichages clairs dans les unités.

Dans ses observations du 20 mars 2018, l'établissement indique qu'il va créer une affiche d'information sur les modalités de dépôt d'une plainte ou d'une réclamation.

3.4 LES PATIENTS SONT INFORMES QU'ILS PEUVENT DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE, MAIS LA NOTION ET LA PROCEDURE RESTENT CONFUSES POUR LES SOIGNANTS

Les patients peuvent désigner une personne de confiance, cette possibilité est explicitée dans l'une des fiches du livret d'accueil ; cependant, les informations qui y figurent sont incomplètes puisqu'elles omettent de préciser que la personne désignée doit accepter cette mission en signant le formulaire de désignation. Une grande confusion semble exister chez certains des soignants entre la personne de confiance, la famille, la personne à prévenir, le tuteur.

Les patients sont systématiquement invités à désigner une personne de confiance lors de leur admission en renseignant le document « *droits et consentement* ». La procédure est très inégalement mise en œuvre :

- *Delfinu* : seize désignations sur dix-neuf patients, aucune acceptation ;
- *Eddera* : quinze désignations, aucune acceptation ;
- USIP : non mis en œuvre ;
- *Nepita* : désignée « si possible », aucune acceptation.

Recommandation

La procédure de désignation d'une personne de confiance doit être expliquée au personnel recueillant cette information et conduite dans son intégralité – recueillir l'acceptation de la personne désignée – sauf à rendre cette désignation inopérante.

Dans ses observations du 20 mars 2018, l'établissement indique qu'une procédure de désignation de personne de confiance est en cours d'élaboration et l'ensemble des soignants sera sensibilisé et formé à la bonne information des usagers.

3.5 L'ACCES AU VOTE NE CONSTITUE POUR PERSONNE UNE PREOCCUPATION

Ce n'est en aucune façon une préoccupation pour les soignants ou pour les patients auprès de qui aucune information n'est mise en œuvre.

Aucun formalisme n'a été prévu par l'administration malgré la période électorale.

3.6 L'EXERCICE D'UN CULTE EST UN SUJET PEU INVESTI ET PEU DEMANDE

Le livret d'accueil (consultable dans toutes les unités) mentionne que les patients peuvent demander à rencontrer le représentant de sa religion et que la liste des représentants des différents cultes et leurs coordonnées sont disponibles au bureau des entrées.

Un affichage sur la possibilité de rencontrer un aumônier n'a été constaté que dans l'une des unités et il a été indiqué qu'aucune demande n'avait été formulée.

Il a été indiqué que des religieuses passaient à la demande dans les unités.

Une messe est célébrée dans l'établissement à Noël et à Pâques.

3.7 LES PATIENTS NECESSITANT UNE PROTECTION JURIDIQUE SONT REPERES MAIS LE REGLEMENT DE CETTE PROTECTION EST DEMESUREMENT LONG

Les patients lors de leur admission sont pour certains déjà sous un régime de protection.

Pour d'autres c'est en règle générale le psychiatre qui signale et demande la mise en œuvre d'une mesure.

Il faut cependant une année, voire plus, pour aboutir à une décision judiciaire de tutelle avec une grande difficulté pour trouver des mandataires ; le patient peut être déjà sorti du CH.

Les tuteurs sont très peu présents. Les associations tutélaires qui ont pu exister ont été dissoutes. Les tuteurs sont donc des personnes privées.

Dans une unité où les patients sont hospitalisés à long terme, les tuteurs passent régulièrement pour remettre l'argent de poche.

Ils sont parfois joints par les soignants.

Dans chaque unité, une assistante sociale intervient à hauteur de 0,2 ETP chaque semaine. Ce temps d'intervention est considéré comme largement insuffisant par les assistantes sociales. Lors de la visite, l'une d'entre elles était en charge de trois unités et gérait, en outre, 380 dossiers de patients suivis en CMP.

4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEUR CONTROLE

4.1 L'ÉTABLISSEMENT NE TRANSMET QUE TRES PEU AUX PATIENTS LES PIECES ECRITES MEDICALES ET JURIDIQUES QUI LES CONCERNENT

Des documents de notification des droits ou des décisions du juge des libertés et de la détention (JLD) sont signés par les patients, mais il semble exceptionnel que ceux-ci leurs soient laissés.

Les certificats médicaux leurs sont lus, leurs sont commentés, mais ne leurs sont pas remis.

Les certificats médicaux de 24 heures et 72 heures, ceux de compatibilité ou de non compatibilité d'assistance à l'audience du JLD sont des documents types, préimprimés ; ils sont renseignés par le psychiatre avec notamment les rubriques suivantes :

« - Le patient a été informé de la décision... »

« - L'avis du patient a été recherché sur la modalité des soins... »

« - L'état du patient ne lui permet pas de prendre connaissance de ces informations. Elles lui seront communiquées dès que possible. »

Le patient est donc informé des décisions administratives et des soins le concernant ; ses observations sont recherchées ; mais elles ne sont pas retranscrites.

Recommandation

Les observations du patient sur les modalités de sa prise en charge doivent être recueillies et tracées.

Dans ses observations du 20 mars 2018, l'établissement prend acte de la recommandation et s'engage à constituer un groupe de travail visant à modifier les documents existants de manière à permettre le recueil des observations des patients.

4.2 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES NE REMPLIT QUE PARTIELLEMENT SA MISSION

Le bureau des entrées n'a pas vu de représentant de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) depuis bien longtemps ; le registre de la loi n'est pas visé par cette instance.

Le président de la CDSP est le juge d'instance, en charge, notamment, des tutelles.

D'un entretien téléphonique avec son président, il résulte que la CDSP se réunit tous les deux mois, qu'elle examine systématiquement la situation de tout nouveau patient en soins sans consentement, qu'elle ne reçoit aucune saisine de patient, qu'elle ne se déplace pas au centre hospitalier.

Recommandation

La commission départementale des soins psychiatriques doit visiter régulièrement le centre hospitalier afin d'exercer dans sa plénitude la mission de contrôle du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes en soins psychiatriques sans leur consentement qui lui est dévolue par la loi.

4.3 LES REGISTRES DE LA LOI DOIVENT ETRE REMPLIS D'UNE FAÇON PLUS RIGOUREUSE ET CONTROLES PLUS REGULIEREMENT

Les agents du bureau des admissions, en charge de la tenue des registres, des dossiers administratifs et du suivi des mesures de soins sans consentement, se montrent particulièrement soucieux de la qualité de leur mission. Pour autant, ils ne reçoivent pas autant qu'il serait nécessaire l'étayage juridique qui leur permettrait une meilleure maîtrise des procédures.

Deux registres sont tenus, l'un pour les patients admis en soins sur décision du directeur de l'établissement (SDDE) et un autre pour les patients admis sur décision du représentant de l'Etat (SDRE).

Dans chacun, pour chaque mesure, les certificats médicaux des 24 heures ou 72 heures ainsi que les décisions de la procédure y figurent.

Les observations suivantes peuvent cependant être faites :

- la date de notification des droits lors de l'admission n'est jamais reportée dans le registre de la loi ; en revanche, un document intitulé « *notification au patient de sa situation juridique et de ses droits* » est systématiquement envoyé par le bureau des entrées à toute unité recevant un nouveau patient admis en soin sans consentement. Ce document est renseigné immédiatement et signé par le patient (pas toujours) puis retourné au bureau des entrées qui le classe alors dans le dossier administratif du patient. Les contrôleurs ont pu le vérifier pour plusieurs dossiers (cf. § 3.2.1) ;
- sont reportés dans le registre de la loi les certificats médicaux d'incompatibilité de la présence du patient au regard de son état de santé à l'audience du JLD. Ces certificats tous établis sur le même modèle ne sont pas motivés. Ils sont assez nombreux ;
- figurent également des certificats de compatibilité de la présence du patient à cette audience. Ces certificats sont très motivés, minutie qui tranche avec les termes plus laconiques des certificats médicaux des 24 et 72 heures et de l'avis joint à la saisine du JLD, et qui peut paraître surabondante, dès lors que les patients sont en effet, présents à l'audience ;
- pour un patient en SPDRE, la décision du JLD a été oubliée ;
- pour un autre le certificat mensuel du mois d'avril n'y figure pas ;
- le nom du tiers n'est pas toujours renseigné ;
- pour un patient le document de notification de sa situation juridique et de ses droits ne se trouve pas dans son dossier ;
- pour un autre le certificat des un an du collège des professionnels de santé ne se trouve ni dans le registre de la loi ni dans son dossier (patient en SPDT).
- le registre de la loi n'est visé par aucune des autorités susceptibles de le faire.

Recommandation

Une mise à jour des connaissances juridiques des agents chargés des admissions doit leur être assurée régulièrement.

Dans ses observations du 20 mars 2018, l'établissement indique que trois agents du bureau des admissions ont, depuis la visite, bénéficié de formations sur les procédures d'hospitalisation sous contrainte.

4.4 LES AUDIENCES DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION NE SONT PAS CONDUITES DANS LES CONDITIONS PREVUES PAR LA LOI

4.4.1 La préparation de l'audience

Les patients reçoivent une information très formelle sur l'intervention du juge des libertés et de la détention (JLD) lors de leur admission par le document « *notification au patient de sa situation juridique et de ses droits* » qu'ils signent sans en garder d'exemplaire.

Ce document ne comporte aucune adresse du JLD.

Ce sont les soignants qui fournissent des explications sur l'audience, sur l'avocat et sa gratuité. Ils disent expliquer au patient que « *c'est pour discuter avec le juge de son placement, qu'il n'a rien fait de mal* ». Ils remettent aux patients les convocations à l'audience du JLD ou, ultérieurement, les notifications de ses décisions et les commentent.

Les patients ne gardent aucun de ces documents sauf demande expresse.

Certains patients ont expliqué refuser de se rendre à l'audience « *par peur d'être libérés* ».

4.4.2 La tenue de l'audience

Une convention en date du 18 novembre 2016 a été signée entre le TGI, le CHC et le barreau d'Ajaccio prévoyant la tenue d'une audience par semaine, chaque vendredi à 9h30 dans une salle aménagée au CH.

La salle d'audience de l'hôpital est aménagée au sein de l'USIP. Il s'agit d'une grande pièce accessible de l'extérieur et de l'intérieur du bâtiment, comportant au fond un coin toilettes avec un lavabo et parfaitement équipée en bureau et informatique ; elle est complétée d'une salle « des pas perdus » et d'un bureau pour l'entretien avec l'avocat. Chacune de ces pièces est parfaitement identifiée par son nom, la mention du ministère de la justice et son logo tricolore.

Cet aménagement qui aurait dû être utilisé depuis le premier trimestre 2017 pour l'ensemble des procédures d'hospitalisation sans consentement dans l'établissement n'a jamais servi : l'audience se tient au palais de justice. La convention du 18 novembre 2016 prévoit la possibilité de fixer des jours d'audience autres que le vendredi.

Elle prévoit également la possibilité d'audiences au palais de justice « *soit d'office soit à la demande des parties, lorsque le juge estime que les conditions de clarté, de sincérité, de sécurité des débats ou d'accès au public ne sont pas réunies* ». Aucune de ces conditions n'aurait été avancée auprès des accompagnants.



La salle d'audience

Le transport des patients vers le tribunal est demandé par le cadre de santé avec une prescription médicale. Un véhicule de service ou le véhicule d'une société prestataire est utilisé. Le patient est accompagné par deux soignants dont un infirmier.

Peu de patients se sont rendus au tribunal depuis l'USIP. Aucune difficulté logistique n'est mise en avant. Les patients seraient peu intéressés par cette procédure aux dires des infirmiers et médecins. On observe la rédaction de certificats médicaux d'inaptitude à la comparution devant le JLD, notamment quand il s'agit des présentations les plus proches du début d'hospitalisation. Ces certificats-types ne sont pas circonstanciés, ce qui facilite leur délivrance. Dans ces conditions, aucun patient n'a pu être interrogé sur son ressenti de ses conditions de comparution.

Deux audiences, fixées dans les jours précédant l'arrivée des contrôleurs devaient se tenir au centre hospitalier. Au dernier moment le JLD a fait savoir qu'elles auraient lieu au palais de justice, nécessitant en urgence une réorganisation de l'unité concernée, dans l'obligation de dégager deux accompagnants.

Une convocation pour l'audience du JLD est arrivée pendant la visite des contrôleurs, audience prévue le mardi suivant, au palais de justice.

Les unités concernées par la présence de patients en SSC, ne connaissaient pas toutes l'existence de la salle d'audience au sein du CH, et souhaitent la mise en œuvre au plus tôt de la convention. Aucune audience du JLD n'a été tenue durant la mission et le JLD n'a pas pu être joint par téléphone.

Recommandation

Les audiences du JLD doivent se tenir, conformément à la loi et à la convention passée avec le TGI, dans les locaux que le CHC a aménagés à cet effet.

Dans leurs observations du 19 février 2018 en réponse au rapport de constat envoyé le 9 janvier 2018, le procureur de la République et la présidente du tribunal de grande instance d'Ajaccio indiquent que, depuis le début de l'année 2018, un JLD tient ses audiences deux fois par semaine dans la salle prévue du centre hospitalier.

4.4.3 Les décisions

Les statistiques fournies par le centre hospitalier font apparaître que pour 2016, 6 patients ont été présents à l'audience JLD sur 102 convoqués et pour le premier trimestre 2017, aucun patient n'a été présent sur 30 convoqués. Dans leur réponse du 19 février 2018, le procureur de la République et la présidente du tribunal de grande instance d'Ajaccio indiquent des chiffres différents : en 2016, sur 174 personnes convoquées, 17 étaient présentes ; au premier trimestre 2017, 6 personnes se sont présentées alors que 45 étaient convoquées.

Or le personnel interrogé dans les unités concernées a fait état de présentations régulières de patients aux audiences.

Par ailleurs le registre de la loi comporte de nombreux certificats de compatibilité de l'état de santé du patient à sa présence à l'audience.

Toutes ces informations contradictoires ont trouvé leur explication :

- les décisions du JLD ne précisent jamais si le patient est ou non présent ;

- l'acte de notification des décisions du JLD est envoyé au bureau des entrées avec, concernant le patient, la mention « absent ». Le bureau des entrées en déduit que le patient était donc absent à l'audience, ne faisant pas la distinction entre la réalité et ce qui figure sur le formulaire de notification de l'ordonnance.

Les contrôleurs ont demandé au bureau des entrées d'interroger le greffe du JLD sur le nombre de patients présents aux audiences en 2016 ainsi qu'à celles du premier trimestre 2017 ; un message a été envoyé, aucune réponse n'a été donnée par le greffe.

Les contrôleurs ont tenté à de nombreuses reprises, mais toujours vainement, de joindre le tribunal.

Il est donc impossible d'apprécier la réalité et l'ampleur de la présentation des patients et, par suite, les conditions du contrôle des décisions par le JLD.

Les décisions du JLD sont reportées dans le registre de la loi (à l'exception d'un oubli). Celles figurant dans les registres en cours sont toutes des maintiens de l'hospitalisation sans consentement.

Cependant la direction du CHC a remis aux contrôleurs plusieurs décisions de mainlevée prononcées en 2016.

Pour plusieurs d'entre elles la mainlevée est ordonnée au motif que l'avocat désigné par le bâtonnier a refusé d'intervenir et qu'en conséquence le patient n'est pas légalement représenté (décisions des 21, 22, 24 novembre c'est-à-dire postérieures à la convention signée par le barreau). Pour ces dossiers un appel a été interjeté par le ministère public, accompagné d'une requête aux fins de faire déclarer suspensif l'appel formé contre l'ordonnance. Par ordonnance très motivée le magistrat délégué de la cour d'appel, a rejeté la demande de sursis à exécution de l'ordonnance du JLD au motif que « *les éléments ci-dessus caractérisent de graves manquements aux droits fondamentaux de l'intéressé* ». Ont été visés par le magistrat non seulement l'absence d'avocat, mais aussi le peu de motivations du préfet sur la dangerosité potentielle du patient, ainsi qu'un dossier médical incomplet.

Est également joint au dossier remis par le CHC une décision de mainlevée de l'hospitalisation complète, aux motivations contradictoires, faisant référence dans un premier temps au certificat médical initial, à ceux des 24 heures et des 72 heures mais constatant « *l'irrecevabilité* » de la demande pour absence des certificats médicaux de 24 heures et 72 heures.

Une décision ordonne la mainlevée au motif que la poursuite de l'hospitalisation sous contrainte n'est pas suffisamment motivée.

Une décision ordonne également la mainlevée au motif d'une insuffisance du dossier médical, l'avocat est indiqué comme présent.

Ces trois dernières décisions mentionnent la présence de l'avocat à l'audience mais n'apportent aucune précision sur celle du patient.

Toutes les décisions sont notifiées aux patients contre émargement, la notification étant remise au bureau des entrées, portant la mention de l'absence du patient au moment de la notification, entraînant ainsi une confusion pour le personnel de ce bureau sur la présence ou non de la personne à l'audience. La décision du JLD et sa notification ne sont pas laissées au patient sauf demande expresse. Celle-ci est commentée et les délais de recours rappelés.

Recommandation

La rédaction des ordonnances rendues appelle un effort de rigueur : elles doivent notamment permettre de connaître la présence du patient à l'audience, sans que cette présence ait lieu d'être justifiée par des certificats médicaux superfétatoires, seule l'absence du patient méritant une motivation circonstanciée et contrôlée.

Dans leurs observations du 19 février 2018, le procureur de la République et la présidente du tribunal de grande instance d'Ajaccio indiquent que le JLD utilisait jusqu'à présent les trames d'ordonnance figurant sur l'applicatif-métier. Le constat de leur peu de lisibilité a conduit le JLD à modifier ces modèles, de manière à faire apparaître clairement la présence ou l'absence du patient lors de l'audience ainsi que les mentions nécessaires à la compréhension par ce dernier de la mesure ordonnée.

Recommandation

Il convient de veiller à ce que les motivations des certificats et avis médicaux, souvent laconiques, soient suffisamment explicites pour respecter le droit du patient de disposer d'éléments compréhensibles et permettre ultérieurement à son avocat d'argumenter sur les motifs de l'acte soumis au juge des libertés et de la détention.

4.5 LE RECOURS AU COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE EST MECONNU

Le rôle du collège des professionnels de santé prévu à l'article L.3211-9 du code de la santé publique semble en grande partie ignoré de beaucoup d'intervenants. Il n'est jamais constitué ni réuni.

Pour un patient, l'avis de ce collège qui aurait dû se trouver dans le registre de la loi n'y figurait pas.

Recommandation

La constitution et la réunion du collège des professionnels de santé prévu à l'article L.3211-9 du code de la santé publique doivent être organisées pour les patients qui relèvent de son examen.

Dans ses observations du 20 mars 2018, l'établissement indique que le collège est désormais constitué et se réunit.

4.6 LA LEVEE DE LA MESURE EST ENVISAGEE TRES EN AMONT

Les levées de mesure sont préparées avec le CMP de rattachement du patient. Les échanges sont à l'initiative du médecin comme des infirmiers. Ces relations avec les services extra hospitaliers sont facilitées par le caractère insulaire de la Corse et existent dès le début de l'hospitalisation. Les difficultés concernent principalement la patientèle constituée des saisonniers originaires du continent.

Des liens sont tissés également avec les infirmiers libéraux en psychiatrie qui interviennent dans un programme de soins pour observer la prise du traitement au domicile du patient. Certains de ces infirmiers sont d'anciens membres du personnel du CHC, ce qui facilite les échanges.

Les levées de mesure sont souvent précédées d'un programme de soins, quitte à ce que celui-ci ne constitue que l'organisation de sorties régulières avec maintien d'une hospitalisation complète, pratique sanctionnée par la jurisprudence². La décision de levée de la mesure de SPDRE est ainsi prise plus facilement par le préfet.

Du point de vue de l'USIP, la rareté des maisons de retraite ne constitue pas un frein à la levée des mesures d'hospitalisation sous contrainte car ses patients peuvent être accueillis dans les unités de géro-psycho-geriatrie du CHC. Le cas d'infirmiers de Castelluccio à la retraite qui sont famille d'accueil pour des malades pris en charge dans les villages est aussi mis en avant.

Dans toutes les unités, la question de l'insuffisance de la prise en charge extra hospitalière de patients souffrant d'autisme se pose, particulièrement pour les patients vieillissants.

² Cour de Cassation, arrêt n°207 de la première chambre civile du 4 mars 2015 sur ordonnance du premier président de la cour d'appel de Versailles du 21 mars 2014

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE DE CIRCULATION DANS L'ETABLISSEMENT NE CONNAIT QUE DES EXCEPTIONS MESUREES

Hormis pour les mineurs, la liberté de circulation dans et hors le pavillon est totale pour les patients de toutes les unités n'hospitalisant pas de personne en soins sans consentement.

Les patients sont d'autant plus enclins à se promener dans le parc que celui-ci est vaste, joliment arboré et que le climat s'y prête ; ils ont témoigné auprès des contrôleurs du bien-être qu'ils en ressentaient. La sortie de l'enceinte n'est pas limitée et de nombreux patients se rendent en ville.

Dans les autres unités, hormis à l'USIP, la règle est l'ouverture et les restrictions de sortir, individuelles, font toujours l'objet d'une prescription médicale ; lorsqu'un patient du service ne peut sortir, la porte est fermée à clef et ouverte à la demande pour tous ceux qui en ont l'autorisation. Au moment du contrôle, les unités *Delfinu*, *Eddera* et *Nepita* sont ouvertes pour tous ; les portes sont ouvertes selon les unités de 8h ou 9h15 à 18h30 ou 20h. L'unité *Castagnu* est fermée sauf pour deux patients qui peuvent sortir en sollicitant l'ouverture de la porte ; les personnes souffrant de démence ne peuvent sortir même celles qui sont admises en soins libres. L'accès aux chambres pendant la journée est régi par des règles propres à chaque unité, mais les règles les plus restrictives sont appliquées avec discernement. Lorsque l'accès aux chambres est interdit en matinée, en général de 9h30 à 11h, et une partie de l'après-midi (14h30 à 16h), les contrôleurs ont pourtant constaté la présence de patients dans leur chambre et dans les couloirs sur ces plages horaires. La règle est destinée à inciter les patients à participer à des activités ou faciliter le ménage. Les patients ne se plaignent pas de ces règles et de leur application, même dans l'unité *Petra Serena (USIP)* où l'accès à la chambre est soumis à la médiation et à l'autorisation du personnel soignant qui dispose seul de la clé d'accès à l'étage.

Bonne pratique

Les règles les plus restrictives d'accès aux chambres en journée sont appliquées avec discernement, afin de favoriser la participation des patients aux activités tout en s'adaptant aux besoins individuels.

La situation de l'USIP est particulière (cf. § 9.1.4) car l'unité est fermée en permanence. La sortie de l'unité fait l'objet d'une prescription médicale avec l'intervention du personnel pour entrer et sortir du bâtiment. Une sonnette placée devant la porte sous un porche permet d'avertir le personnel de sa présence. Un patient en soins libres et hospitalisé depuis plusieurs années bénéficie ainsi du droit de sortir le matin et l'après-midi sur l'ensemble du site. Il est fouillé à chaque réintégration.

5.2 LES CONTRAINTES ET LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES DES PATIENTS SONT REDUITES

5.2.1 L'accès au tabac

Sauf à l'USIP, l'accès au tabac est libre sous la seule restriction de ne pas fumer à l'intérieur des locaux ; les briquets et cigarettes sont laissés aux patients, sauf exception et, dans ce cas, sur prescription médicale.

Le soir, après la fermeture des portes il est possible de fumer dans les jardins clos dont disposent toutes les unités. Dans l'unité *Castagnu*, seuls deux patients sur douze sont fumeurs au moment

du contrôle, les cigarettes leur sont données et allumées par les soignants en raison de l'état de démence des patients. A *Nepita* et à *Eddera*, certains patients reçoivent leurs cigarettes des soignants dans le cadre d'une régulation de la consommation. A *Eddera*, elle est motivée principalement par la fragilité de certains patients qui se feraient voler leur tabac par les autres ou par une capacité financière inférieure à la consommation revendiquée. Le caractère exceptionnel de la gestion par le personnel soignant est réel : au jour de la visite, trois patients sur trente-six se voient gérer leur tabac.

Les soignants n'achètent pas le tabac pour les patients, sauf exceptionnellement.

Le généraliste – qui est aussi tabacologue – voit tous les patients dans les 24 heures de l'arrivée et prescrit, si besoin, des substituts nicotiniques.

Au sein de l'USIP, les cigarettes du patient sont gérées par le personnel soignant, qui dispose de la réserve individuelle de chacun. Les patients sont autorisés à fumer dans le jardin. Il est prévu deux cigarettes après chaque repas, une cigarette à chaque période intermédiaire matin et après-midi, deux cigarettes en début de nuit soit dix cigarettes par jour. Des besoins supplémentaires sont rapportés être couverts par des substituts nicotiniques (patchs ou gommes, sur prescription médicale). Les patients soumis à une mesure d'isolement sont autorisés à fumer dans la partie annexe de la chambre. Ils peuvent fumer une cigarette après chaque repas dans cette pièce.

Recommandation

L'accès au tabac pour les personnes hospitalisées à l'USIP doit faire l'objet d'une prise en compte individualisée et mesurée afin d'éviter des sevrages ni souhaités ni traités.

Dans ses observations du 20 mars 2018 en réponse au rapport de constat envoyé le 9 janvier 2018, l'établissement indique que l'accès au tabac a été élargi et que l'achat d'un briquet mural destiné à la cour extérieure de l'USIP a été acté lors de la CME du 15 février 2018.

5.2.2 Le port du pyjama

Aucune mise en pyjama n'est pratiquée dans tout l'établissement qui n'en a d'ailleurs pas en stock.

Bonne pratique

Le port du pyjama n'est jamais prescrit, y compris dans les phases de mise en isolement.

5.3 LA COMMUNICATION AVEC LES PROCHES EST FACILITEE

5.3.1 Le courrier

Les courriers arrivants sont remis directement aux patients ; les courriers sortants sont remis par les patients au bureau des infirmiers qui les transmet au vagemestre du CHS pour affranchissement. Cette prestation est gratuite.

Il est également possible de poster un courrier dans une boîte de *La Poste* située juste à la sortie de l'hôpital.

5.3.2 Le téléphone et l'internet

Sauf à l'USIP, l'accès au téléphone est facilité et les patients peuvent conserver leur téléphone portable (sauf prescription médicale interdisant celui-ci) ainsi que leurs chargeurs ; cette possibilité est inscrite dans le règlement intérieur avec la mention de ne pas prendre de photos, de films et de ne pas l'utiliser pendant les repas.

Pour ceux qui n'ont pas de téléphone personnel, des postes sont à disposition dans tous les services gratuitement mais avec peu de confidentialité ; les soignants composent le numéro en salle de soins et transfèrent la communication. A *Nepita*, il est indiqué que les appels *via* la cabine sont autorisés de 14h30 à 18h30, mais en pratique, les soignants montrent une certaine souplesse sur ces horaires. A l'unité *Eddera*, par exemple, seuls cinq patients sur vingt-six l'utilisent.

En tant que de besoin, et principalement dans le service des personnes âgées, les soignants assistent les patients en difficulté et leur prêtent les téléphones du service. Aucun patient n'a une interdiction de téléphoner au moment du contrôle.

Aucune unité ne dispose d'un accès Internet pour les patients, mais ceux d'entre eux qui disposent d'un Smartphone ont, ainsi, accès à Internet.

A l'USIP, les patients ne peuvent pas conserver leur téléphone portable ; l'accès au téléphone est possible avec l'appareil du service, dont le combiné est tendu à travers une fenêtre rectangulaire, le patient s'asseyant sur une chaise parallèlement à cette ouverture donnant sur la grande salle d'activité.



Le téléphone accessible aux patients à l'USIP

Le patient n'a de ce fait aucune confidentialité tant avec les soignants qui composent le numéro et restent de l'autre côté de l'ouverture, qu'avec les autres patients présents en grande salle. Cet accès au téléphone nécessite une autorisation du médecin et ne peut avoir lieu qu'après 16h, ce qui occasionne une attente des patients et des tensions autour du téléphone.

Recommandation

L'accès aux communications téléphoniques à l'USIP doit être permis à tout moment de la journée et, sauf décision médicale contraire spécifique, dans des conditions respectant leur confidentialité.

Dans ses observations du 20 mars 2018, l'établissement indique qu'un abri-phone sera installé avant fin 2018.

5.3.3 Les visites

Les visites sont possibles tous les après-midis de 13h (ou parfois 13h30) à 18h30, avec cependant partout une tolérance sur les horaires. Les visites se déroulent dans le salon des visiteurs, dans le parc ou les patios fermés mais pas dans les chambres. La présence d'enfants est possible.

Une ligne de bus dessert le CHC depuis la gare Ajaccio, entre 8h et 18h15, avec neuf passages par jour, soit un départ environ toutes les heures et demie. Elle permet aux familles dépourvues de moyens de transport personnels de se rendre à l'hôpital pour visiter leur proche mais elle ne fonctionne pas le dimanche.

L'USIP se différencie totalement du reste de l'établissement dans la mesure où les visites y sont plus restrictives. Prévues par le règlement intérieur de 14h30 à 19h, sur autorisation médicale, elles sont programmées par un appel des familles aux infirmiers et limitées à trois par semaine (deux pour les personnes détenues) pendant trois quarts d'heure. Dans la pratique, le temps de visite n'est pas limité dès lors que plusieurs familles ne sont pas attendues dans la même après-midi. Les visiteurs ne peuvent être plus de deux dans la salle dédiée.

Au cours de leur venue, les familles peuvent déposer des objets pour le patient (vêtements, alimentation). Les visiteurs sont invités à se défaire de leurs effets personnels auprès des infirmiers pendant la durée de la visite. Ils doivent passer sous le portique de détection des masses métalliques. La pratique n'est pas clairement établie, certains agents ne soumettant au portique que les visiteurs des personnes détenues hospitalisées en vertu de l'article D.398 du code de procédure pénale. Le règlement intérieur prévoit la fouille des vêtements de tous les patients ayant reçu une visite de l'extérieur.

Recommandation

Les modalités d'organisation des visites au sein de l'USIP doivent être celles d'un centre hospitalier et non celles d'une unité carcérale. Les mesures de sécurité qui sont appliquées n'ont pas de fondement légal.

Dans ses observations du 20 mars 2018, l'établissement indique que l'actuel règlement intérieur de l'USIP est en cours de révision, avec une réunion de travail en avril 2018. La plage horaire des visites a été élargie et l'accès rendu libre au jardin privatif de l'unité.

L'établissement dispose pour toutes les familles de patients, d'un appartement d'accueil avec cuisine géré par le bureau des admissions et les services économiques. Il peut être réservé au prix de 15,24 euros la nuit et accueille jusqu'à deux personnes. L'information est disponible dans le livret d'accueil et est complétée par une information orale aux familles. L'établissement projetterait de proposer un second appartement de ce type qui facilite le déplacement des familles résidant à distance.

Bonne pratique

Pour les familles éloignées, l'établissement met à disposition, pour un coût modeste, un appartement pour la nuit ; ce dispositif facilite les visites.

5.3.4 La télévision et la presse

Toutes les unités disposent d'un téléviseur installé en salle commune. L'unité *Eddera* dispose de deux postes mais la télécommande est parfois égarée pendant plusieurs jours ; comme le poste est enfermé dans un caisson, il est alors impossible de changer de chaîne ou le niveau du son.

Seule l'unité *Nepita* dispose de trois postes, deux au rez-de-chaussée à proximité l'un de l'autre, et un troisième dans une petite salle conviviale au premier étage.

La possibilité de location d'un téléviseur installé dans les chambres n'est pas prévue, pas plus que celle de posséder son propre poste.

La télévision est éteinte à 23h selon le règlement intérieur, en pratique après le premier programme.

Les patients peuvent disposer d'un poste de radio, quelques-uns en possèdent.

6. LES CONDITIONS MATERIELLES DE PRISE EN CHARGE

6.1 UNE HOSPITALISATION EN CHAMBRE INDIVIDUELLE DANS LES SEULES UNITES LES PLUS RECENTES

Les unités les plus anciennes ne disposent que de chambres doubles. Ainsi, l'unité *Castagnu* n'a que trois chambres individuelles, dépourvues de toute installation sanitaire. En outre, ces chambres, de petite superficie, sans séparation visuelle entre les lits, ne sont pas meublées et comportent parfois un WC en émail non isolé. Les salles d'eau y sont collectives. Cette unité présente un état de vétusté réel et rien n'y garantit le droit à l'intimité.

Recommandation

Les unités les plus anciennes doivent être réhabilitées dans le souci d'offrir des conditions d'hospitalisation individuelles respectueuses du droit à l'intimité.

Dans ses observations du 20 mars 2018, l'établissement indique que la psycho-gériatrie fait l'objet d'un plan de réhabilitation sur trois ans. Par ailleurs, un schéma directeur immobilier va être élaboré en 2018 pour les cinq années à venir afin de planifier les investissements nécessaires. Il s'appuiera sur le projet médical élaboré en 2017. Dans ses observations du 28 février 2018, l'agence régionale de santé (ARS) confirme un accompagnement financier d'un million d'euros pour financer la première tranche de rénovation et d'humanisation du bâtiment de psycho-gériatrie. L'ARS ajoute qu'elle participe aussi au financement de travaux prioritaires de mise en sécurité à hauteur de 822 500 euros.

En revanche, les autres unités (*Eddera, Nepita, Petra Serena, Delfinu*) offrent majoritairement des chambres individuelles et exceptionnellement quelques chambres doubles. L'unité *Eddera* est la seule à offrir exclusivement des chambres individuelles ; l'unité *Petra Serena (USIP)* dispose de onze chambres individuelles et une chambre double.

Lorsque les chambres sont doubles, elles comportent, pour les plus récentes, parfois deux salles d'eau (avec lavabo, WC et douche) et deux placards. Les portes des chambres sont équipées d'un verrou intérieur permettant aux patients de s'y enfermer.

Si rien ne semble interdire aux patients de personnaliser la décoration de leur chambre, les contrôleurs n'ont pas observé de telles démarches de leur part. Les chambres occupées restent impersonnelles.



Unité Petra Serena, chambre à un lit



Unité Petra Serena, chambre à deux lits et deux placards doubles

6.2 DES AFFECTATIONS EN UNITES MARQUEES PAR UN RECOURS PARFOIS INJUSTIFIE A L'UNITE FERMEE, NOTAMMENT EN CAS DE SUR OCCUPATION DES AUTRES UNITES

Si l'unité *Eddera* est présentée comme l'unité d'accueil de référence de l'établissement, l'unité *Petra Serena (USIP)* constitue une seconde unité d'accueil, *a priori* seulement pour les affectations directes des patients détenus hospitalisés en application de l'article D.398 du code de procédure pénale mais aussi pour toute autre situation dès lors que le patient y est orienté par service d'accueil et de liaison des urgences (ALU).

Outre des hospitalisations plus nombreuses, des difficultés à faire sortir les patients – du fait de problèmes sociaux non réglés, liés au logement – expliquent aussi les phénomènes ponctuels de sur occupation.

Les périodes de sur occupation se règlent par des réaffectations négociées entre les unités mais jamais par l'installation de lits supplémentaires. La dernière période de tension a eu lieu entre le dernier trimestre de 2016 et février 2017.

L'unité *Castagnu*, du fait de la vétusté des conditions d'hébergement et de ses chambres doubles, ne peut avoir qu'un taux d'occupation inférieur à sa capacité.

Bonne pratique

Le taux d'occupation des unités où les conditions d'hébergement sont dégradées est délibérément limité.

L'unité de pédopsychiatrie *Alba* connaît parfois un nombre d'hospitalisations d'enfants supérieur à ses capacités, géré par un plus grand recours à l'hospitalisation de jour et par le biais de l'affectation temporaire dans une autre unité. Un projet « *accueil patient mineur* » en date du 6 avril 2017, rappelle que le placement d'un mineur en unité d'adultes doit intervenir en dernière intention, exclut un tel placement pour un mineur sous ordonnance de placement provisoire et prévoit que l'accueil doit se faire prioritairement à l'USIP. Le mineur doit alors être accueilli en journée à *Alba* ou centre inter secteur pour enfants et son suivi médical demeure assuré par le médecin de *Alba* qui indique à l'équipe de l'unité d'adultes la conduite à tenir auprès du patient mineur avec, si le patient ne nécessite pas d'isolement, un complément de surveillance par un IDE ou un AS de *Alba*.

Recommandation

Les capacités d'accueil de l'unité pour mineurs doivent être augmentées pour correspondre aux besoins afin de ne pas soumettre les enfants en surnombre, même temporairement, à un régime d'isolement non justifié par des motifs médicaux.

L'unité *Eddera* recourt à sa chambre d'isolement dont la porte est laissée ouverte, ou réaffecte le patient dans l'unité *Pampasgiolu* contiguë et spécialisée en alcoologie ou dans l'unité *Gigliu* dont la tarification comporte un surcoût financier non imputé, alors, au patient.

L'unité *Petra Serena*, qui dispose de quatre chambres d'isolement et d'une chambre d'apaisement, gère la sur occupation par l'affectation d'un patient dans la chambre de suite autrement réservée au patient soumis à l'isolement. Elle contribue aussi à réguler les tensions dans les autres unités en accueillant les patients que ces dernières lui adressent, notamment

quand il s'agit de patients âgés de moins de 18 ans qu'elle prend en charge en chambre d'isolement (quatre à cinq cas de mineurs sont signalés depuis 2012).

Elle constitue également, de fait, une unité d'accueil puisqu'elle prend parfois en charge durablement des patients hospitalisés en soins sans consentement qui ne sont pas réaffectés en unité ouverte dès lors qu'ils adhèrent à ces conditions de prise en charge fermée. Enfin, elle sert à affecter durablement en unité fermée certains patients en soins libres au motif qu'ils ont besoin d'un encadrement d'un niveau élevé par du personnel soignant et médical.

Sauf exception (les mineurs), les patients réaffectés dans une unité ne sont plus suivis par la même équipe médicale et ils ne reviennent pas dans leur unité d'origine une fois la période de tension passée.

6.3 LE RETRAIT DES BIENS DES PATIENTS EST ENTENDU PARFOIS DE FAÇON EXTENSIVE ET SON CARACTERE CONTRADICTOIRE N'EST PAS ASSURE

L'établissement prévoit une procédure unique de gestion des biens des patients, centralisée par le bureau des admissions et mise en œuvre dans les unités lors de la phase d'admission. Elle ne concerne que les objets et valeurs retirés. Aucun inventaire des autres effets (vêtements, livres, etc.) n'est effectué alors que les patients conservent leurs bagages dans leur chambre dans un placard pour lequel aucune clef ou cadenas n'est fourni.

L'inventaire des objets et valeurs retirés est dressé de manière contradictoire à l'aide d'un imprimé-type par les infirmiers et le patient, signé par ce dernier et contresigné par le personnel soignant. L'imprimé-type comporte deux cases de signatures réservées aux infirmiers, à remplir si le patient n'est pas en état de signer ou refuse de le faire. Il a été constaté que les soignants doublent systématiquement cette signature. Un exemplaire est conservé dans le dossier du patient.

Les contrôleurs n'ont pas pu constater la remise de cette fiche d'inventaire au patient. Il apparaît que le patient doit la demander expressément.

Recommandation

L'établissement doit mettre en œuvre une procédure d'inventaire des biens et valeurs laissés pleinement à la disposition du patient. Un exemplaire de sa fiche d'inventaire des objets et valeurs retiré doit être systématiquement remis au patient.

Dans ses observations du 20 mars 2018, l'établissement indique le protocole relatif l'inventaire des biens sera revu en ce sens d'ici à juin 2018.

Les objets retirés sont ceux considérés comme interdits par le personnel qui procède à l'admission dans chaque unité (couteaux, coupe-ongles, rasoir, parfum, bijoux, clef de voiture, documents d'identité, etc.) selon des considérations tenant tant au risque de violence qu'au risque de fugue. Dans l'unité *Petra Serena*, on y retire aussi le tabac, les briquets et allumettes, les denrées non périssables apportées par les familles, etc. Ces objets courants sont déposés dans une boîte nominative, conservée dans une salle de l'unité accessible au seul personnel auquel le patient doit s'adresser lorsqu'il a besoin d'accéder à l'un de ces biens. Dans l'unité *Petra Serena*, l'accès est de surcroît subordonné à autorisation médicale.

Recommandation

Le retrait des objets ne doit pas être laissé à la seule appréciation du personnel qui procède à l'accueil dans l'unité et doit être conforme aux seuls besoins de protection et de prise en charge de chaque patient individuellement, même dans les unités fermées.

Dans ses observations du 20 mars 2018, l'établissement s'engage à vérifier que l'ensemble du personnel soignant respecte les bonnes pratiques en la matière.

Les valeurs (carte bancaire, chéquier, espèces, bijoux, mais aussi les téléphones portables retirés de manière systématique dans la seule unité *Petra Serena (USIP)* conformément à son règlement intérieur) sont également inventoriées. Une partie est conservée dans l'unité, dans un coffre, pour couvrir les besoins courants du patient ; l'autre partie doit être transmise sous enveloppe au bureau des admissions, qui remet les sommes en numéraires les plus importantes à la trésorerie générale. La somme d'argent gérée dans l'unité, remise au patient à sa demande, varie selon les unités de quelques dizaines à quelques centaines d'euros. Il est conseillé aux patients de ne conserver qu'une petite somme, variable selon les unités en fonction de la liberté d'aller et venir à l'extérieur, mais ils peuvent en conserver davantage. Dans les unités les plus libérales, le patient conserve avec lui, sans contrôle d'un jour à l'autre, une petite somme.

Au retour des sorties temporaires de l'hôpital, la même procédure de dépôts des objets et valeurs (notamment les clefs de voiture) est appliquée.

Lors de la sortie définitive, la remise des valeurs les plus importantes conservées par le bureau des admissions est effectuée de manière contradictoire à l'intérieur de ses locaux de façon à garantir la confidentialité de la restitution.

6.4 LES LOCAUX SONT PROPRES MAIS L'HYGIENE PERSONNELLE N'EST FACILITEE QUE DANS LES SEULES UNITES RENOVEES

6.4.1 Le nettoyage des locaux

L'établissement dispose en nombre suffisant d'agents en charge du nettoyage des locaux, affectés dans chaque unité où ils l'effectuent, en principe, quotidiennement. Leur présence devrait aussi permettre de faire face en temps réel aux aléas de la prise en charge de certains patients : le change du linge de lit, lorsqu'il est souillé en milieu de journée, ne doit pas attendre le lendemain comme cela a été constaté par les contrôleurs dans une chambre d'apaisement.

Recommandation

Le personnel en charge du nettoyage doit intervenir sans délai dès lors qu'une zone de l'unité le nécessite.

Dans ses observations du 20 mars 2018, l'établissement indique qu'un rappel par note de service a été établi et que ce type de dysfonctionnement est exceptionnel.

Le change des draps est assuré chaque semaine et l'est plus fréquemment encore à la demande. Le change des serviettes de toilette est quotidien. Il n'a pas été constaté de restriction à l'entretien et à la disposition de linge de literie et de toilette propre. L'établissement dispose d'un contrat d'entretien avec une société privée. L'entretien du linge personnel des patients est assuré soit par leur famille, soit au sein de chaque unité par les patients eux-mêmes en utilisant de façon

plus ou moins autonome un lave-linge et un sèche-linge. L'hôpital fournit la lessive. Les patients des unités *Castagnu*, *Delfinu* et *Nepita*, que leurs pathologies empêchent d'être autonomes, peuvent bénéficier contre paiement d'une prestation externalisée auprès d'un établissement et service d'aide par le travail (ESAT).



Unité Petra Serena, les machines



Unité Petra Serena, le stock de vêtements

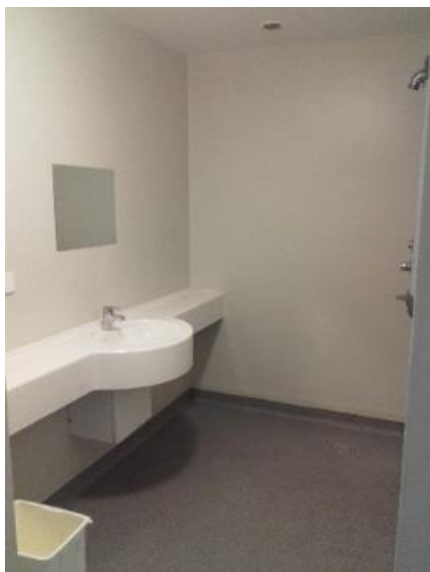
Bonne pratique

La combinaison de plusieurs offres d'entretien du linge personnel facilite, pour les patients, le maintien de la propreté de leurs vêtements.

Chaque unité gère un stock de vêtements et de produits d'hygiène pour les personnes sans ressources. Les vêtements, adaptés aux besoins des patients, proviennent de dons.

6.4.2 L'hygiène personnelle

A l'exclusion des chambres de l'unité *Castagnu* qui ne sont équipées d'aucun point d'eau sauf une cuvette de WC en émail parfois sans séparation, les chambres des unités rénovées offrent des salles d'eau avec lavabo, douche et toilettes, quoique aménagées et équipées très différemment. Dans l'unité *Eddera*, la salle d'eau de 2,25 m² comprend un WC (sans lunette ni abattant), une douche avec flexible sur un bac en céramique, un lavabo surmonté d'un miroir, parfois un porte-serviettes ; faute de rideau, le sol est mouillé après la douche. Dans l'unité *Petra Serena*, les salles d'eau de superficies diverses et même spacieuses dans certaines chambres, sont toutes équipées selon les normes de prévention du risque suicidaire, sans flexible et rideau dans les douches, sans porte-serviettes et patère mais avec des cuvettes de WC (supportant lunette et abattant) et une poubelle.



Unité Petra Serena, salle d'eau chambre individuelle



Unité Petra Serena, une des deux salles d'eau chambre double

Les patients de l'unité *Castagnu* prennent leur douche dans l'une des trois salles d'eau collectives, avec l'assistance du personnel soignant.

Les autres unités, outre de salles d'eau individuelles, disposent, à proximité des chambres dans un local dédié à l'hygiène corporelle ou vestimentaire, d'une douche ou une baignoire sabot adaptée à la mobilité réduite, avec pommeau de douche et tuyau flexible, facilitant la toilette des patients déficients par le personnel soignant.

Aux patients qui en sont démunis peuvent être fournis gel douche, brosse à dents, dentifrice, mousse à raser, rasoirs.

Des restrictions sont apportées au rasage dans l'unité *Petra Serena (USIP)* : il s'effectue quotidiennement par la distribution de rasoirs jetables à deux lames, récupérés strictement par le personnel à l'issue de l'opération.

Recommandation

Aucune restriction de l'accès à des produits d'hygiène, dont le rasoir, ne devrait s'imposer à tous. La restriction ne peut être liée qu'à un risque individuel identifié après évaluation.

Dans ses observations du 20 mars 2018, l'établissement indique que des procédures et des formations vont être mises en place et qu'une réflexion est menée concernant un enregistrement particulier des restrictions au dossier patient.

Un salon de coiffure destiné aux patients fonctionne sur le site de l'hôpital. Le coiffeur se rend dans les unités sur demande des patients qui ne peuvent sortir librement.

Bonne pratique

Un salon de coiffure pour les patients est installé sur le site ; de plus, le coiffeur se déplace dans les unités à la demande pour les patients qui ne sont pas autorisés à sortir.

6.5 LA SALLE A MANGER ET LE REPAS SONT DES LIEUX ET DES MOMENTS INSUFFISAMMENT INVESTIS

6.5.1 La restauration

Le petit déjeuner est préparé dans chaque unité. Café, chocolat, thé, sont proposés. Le pain est livré quotidiennement.

Le déjeuner et le dîner sont confectionnés par une cuisine centrale dépendante de l'hôpital, modernisée et entretenue, qui utilise principalement des aliments en conserves ou surgelés. Elle fonctionne en liaison froide et produit 850 repas quotidiens en barquettes thermo-filmées de quatre portions, réparties ensuite en assiettes au sein de chaque unité. Les menus sont conçus avec une diététicienne. Certains menus spécifiques sur prescription médicale sont fournis par la cuisine centrale ; d'autres sont achetés à l'extérieur, comme les repas mixés. Ces repas sont livrés quotidiennement dans les pavillons par le personnel de la cuisine et véhiculés dans des chariots fermés, réfrigérés par des blocs glacés à la saison chaude.

Les repas d'un patient peuvent aussi être livrés à la cafétéria des patients (foyer *Ascosu*). Dans ce dernier cas, la direction des services administratifs et économiques exige une prescription médicale.

La direction ne dispose que de peu d'informations sur l'occupation journalière des unités, ce qui rend difficile d'adapter le nombre de repas fournis au nombre de patients rationnaires. Ainsi, pour quinze patients au maximum dans l'unité *Petra Serena (USIP)* – occupées par neuf à onze patients pendant la visite des contrôleurs – dix-neuf repas sont livrés quotidiennement. Les contrôleurs n'ont pu obtenir d'information précise sur la destination du surplus.

Recommandation

Le nombre de patients rationnaires effectivement présents dans chaque unité doit être fourni chaque jour à la cuisine centrale de sorte que le nombre de repas livrés ne soit pas systématiquement supérieur au nombre de repas réellement distribués aux patients ; les sommes payées sans raison par l'établissement pour ces repas en surrogation le sont au détriment d'autres postes de dépenses utiles aux patients.

Dans ses observations du 20 mars 2018, l'établissement indique que des mesures ont été prises pour une adaptation plus juste du nombre de repas au nombre de patients présents dans l'établissement. L'établissement envisage l'installation d'un logiciel de gestion des repas en liaison avec le bureau des entrées.

Les patients interrogés apprécient la qualité de la nourriture distribuée. Les régimes spécifiques sont respectés. Les quantités sont suffisantes.

Sauf exception, le menu n'était pas affiché dans les unités.

Recommandation

Le menu pour la semaine ou de la quinzaine doit être affiché de façon visible dans chaque unité.

Dans ses observations du 20 mars 2018, l'établissement indique qu'un rappel de l'obligation d'affichage des menus sera effectué.

6.5.2 Les repas

Le petit déjeuner est servi autour de 9h, le déjeuner à midi, le goûter vers 16h, le dîner vers 19h. Chaque unité comporte une pièce de jour dans laquelle sont installées des tables rondes (notamment à *Castagnu*) ou rectangulaires (*Eddera, Petra Serena*) en nombre suffisant. Ce même mobilier sert à d'autres activités à d'autres moments de la journée et ne constitue pas un lieu de restauration identifié de manière conviviale.

Les patients s'installent quatre par quatre, soit librement, soit placés par le personnel soignant selon leurs affinités ou antagonismes, ou en regroupant les patients qui ont un régime spécifique.

Les couverts sont en métal (comptabilisés avant et après le repas et remis individuellement à chaque patient dans l'unité *Petra Serena*) ; les assiettes sont en porcelaine ; les verres et bols sont en plastique. Il n'y a pas de nappe sur les tables.

Des décorations de table et de salle ne sont envisagées et rapportées clairement que pour la fête de Noël.

Le personnel soignant aide les patients déficitaires à se nourrir.

Des patients, autonomes, se plaignent que les soignants « *pressent un peu* » pour les repas, qui deviennent un moment de tension entre les patients voire entre les patients et le personnel soignant.

Peu d'événements festifs de nature à rendre les repas plus conviviaux ont été évoqués.

Recommandation

Les différents usages de l'espace collectif, dont la partie salle à manger, doivent être clairement identifiés au cours de la journée.

Le temps des repas doit être mieux investi pour en faire un moment agréable de vie collective.

Dans ses observations du 20 mars 2018, l'établissement indique que dans les salles à manger, sera affichée une information sur les tranches horaires pendant lesquelles ces salles devront être réservées au temps de repas. Par ailleurs, une évaluation sur la manière dont se déroule le temps du repas va être déclinée par pôle.

La distribution d'une boisson chaude aux patients qui le souhaitent est non seulement fonction de l'équipe de nuit, mais est, de plus, exclue dans l'unité *Petra Serena*, afin d'éviter les incidents avec l'eau brûlante.

Recommandation

Une boisson chaude devrait être proposée le soir aux patients, aucun motif de sécurité des personnes ne pouvant justifier l'absence de distribution.

Dans ses observations du 20 mars 2018, l'établissement indique qu'une boisson chaude et une collation sont déjà proposées par l'équipe de nuit. Cette obligation sera rappelée par la direction des soins aux cadres et la possibilité d'en bénéficier fera l'objet d'un affichage dans chaque service.

6.6 LES ACTIVITES SONT INSUFFISAMMENT INVESTIES, A UN POINT PREOCCUPANT DANS L'UNITE PETRA SERENA

Les unités disposent d'une ou de plusieurs salles d'activité, parfois constituées par l'espace de vie de jour servant donc de salle à manger et de salle de télévision. L'offre varie selon les unités ; elle distingue mal les activités thérapeutiques de celles qui n'en relèvent pas.

L'unité *Eddera* dispose d'une salle identifiée exclusivement utilisée pour les activités et équipée de table de tennis de table, baby-foot, sac de frappe, jeux de société, atelier cuisine. De même, sont installés à *Delfinu un baby-foot* et un atelier cuisine.

L'unité *Petra Serena* dispose de jeux de société et d'une chaîne Hi-fi dans une salle attenante à la salle collective de jour (sous réserve que la porte de ce local attenant ne soit pas fermée à clé) mais aussi d'une salle de sport équipée de matériel de musculation et d'endurance ainsi que d'une salle de cinéma équipée d'un poste de télévision, d'un lecteur de vidéos et d'une sélection de films sous réserve d'un accompagnement par le personnel soignant. Les patients de cette unité fermée se sont montrés réservés dans l'utilisation des jeux – croyant que la porte de la réserve serait fermée à clé – et les contrôleurs ont constaté le souhait d'un patient d'organiser un loto sans que cela entraîne d'enthousiasme de la part du personnel soignant. De même, l'existence d'un atelier cinéma animé par les soignants a été signalée, conçu comme un ciné-club, abandonné suite au désintérêt des patients pour la discussion.

A l'inverse, le management du cadre de santé d'une unité amène les soignants à organiser des activités de façon régulière et selon un planning affiché : quatorze types d'activités sont proposées par des référents (photo-groupe de parole, *Folire*, vie quotidienne, arts plastique, écriture, boxe, jardin, jeux de société, cuisine, esthétique, musique, gym, randonnée, et théâtre en projet). Ainsi, au cours de la semaine de contrôle, ont été proposés « étirements » quatre matins de 7h30 à 8h, art-thérapie le jeudi matin, atelier cuisine le samedi matin, groupe de parole le lundi après-midi, atelier *Folire* le mardi après-midi, hypno-relaxation le vendredi après-midi, atelier d'écriture le samedi après-midi, randonnée le dimanche après-midi.

De façon intermédiaire et conformément aux besoins de ses patients âgés, une unité offre de la peinture sur toile, jeu de dominos, jeu de loto, ateliers beauté, manifestations autour des anniversaires, atelier pâtisserie, musicothérapie, sorties thématiques extérieures pour trois patients maximum avec un véhicule du centre hospitalier mais sans qu'aucun programme ne soit affiché. Cette même unité envisage de mettre en place un projet *Snoezelen*.

Doit aussi être noté que l'unité *Alba* souffre d'un manque de place pour organiser au mieux les activités pour les adolescents. Lorsqu'une activité est dirigée dans l'unique salle, cela amène le personnel à écarter de l'espace de jour les adolescents qui ne sont pas concernés en leur imposant de garder leur chambre.

Les patients de plusieurs unités s'ennuient. Les soignants le confirment.

Recommandation

Des activités non thérapeutiques, libres ou dirigées, doivent être proposées à tous les patients selon un programme adapté à leurs besoins et annoncé à l'avance par un affichage a minima hebdomadaire.

Dans ses observations du 20 mars 2018, l'établissement s'engage à procéder à un affichage uniforme et lisible des activités non thérapeutiques dans l'ensemble des unités de soin. Par

ailleurs, l'établissement renforce l'offre d'activités thérapeutiques depuis 2018 avec l'arrivée d'un « deuxième temps » d'art-thérapeute.

De manière générale, il n'existe pas de réunion entre les soignants et les soignés dans les unités. Les patients autorisés à sortir des unités peuvent se rendre à la cafétéria, *Ascosu*, sur le site de l'hôpital, qui offre à la vente boissons et viennoiseries, tous les jours de 8h à 12h et de 13h à 16h. Jeux de cartes, jeu de boules, télévision, karaoké, livres sont disponibles. Des animations y sont organisées lors de fêtes, les agents des services hospitaliers allant jusqu'à chercher les patients participants en voiture dans les services. Lors de la visite des contrôleurs, trois ASH animaient la cafétéria.



Cafétéria (salle en haut à gauche et bibliothèque en bas ; cuisine thérapeutique d'une unité)

6.7 LES RELATIONS SEXUELLES NE SONT PAS SYSTEMATIQUEMENT INTERDITES AUX PATIENTS

Les règlements intérieurs des unités comportent une interdiction générale de se rendre dans les chambres des autres patients.

Cela étant, le personnel de chaque unité, sauf incapacité liée à l'état de santé des patients ou aux traitements prescrits de nature à limiter l'activité sexuelle, a constaté des relations qui se nouent entre les patients, qu'elles soient sentimentales ou sexuelles.

La position institutionnelle consiste à assurer une politique active d'information sur les maladies sexuellement transmissibles et les modes de contraception, tant à l'égard du patient féminin que masculin. Un contraceptif peut être prescrit en accord avec le patient concerné et des préservatifs sont distribués.

Les autres attitudes professionnelles relèvent de la discussion au cas par cas, dès lors que celle-ci peut avoir lieu eu égard à la sensibilité de la question au sein des équipes. Faute de discussion, les pratiques sont différentes selon les soignants.

Par ailleurs, les visites des familles ne se déroulent pas dans des locaux équipés de façon à favoriser les relations sexuelles entre le patient et son partenaire.

Recommandation

Une réflexion institutionnelle de nature à harmoniser les pratiques professionnelles relatives à la sexualité des patients doit être conduite.

Dans ses observations du 20 mars 2018, l'établissement indique que cette réflexion est en cours, en psychiatries adulte et infanto-juvénile. Le comité d'éthique sera réactivé et sollicité sur la question du droit des patients au regard de la sexualité en institution.

7. LA PRISE EN CHARGE MEDICALE

7.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT ADAPTES A LA DIVERSITE DES PATIENTS ACCUEILLIS

7.1.1 Les projets de soins

Certaines unités accueillent des patients présents depuis plusieurs années, voire depuis plus de dix ans pour certains ; nombreux sont ceux dont la situation clinique relèverait davantage d'une prise en charge médico-sociale que d'une hospitalisation en psychiatrie. Pour autant, le personnel soignant et les médecins se sont adaptés à cette situation et ont développé des compétences *ad hoc* permettant de pallier cette inadéquation. L'établissement ne dispose cependant pas des outils spécifiques aux établissements médico-sociaux accueillant ce type de public comme le conseil de la vie sociale par exemple.

Ainsi chaque patient bénéficie d'un projet de soins, revu chaque semaine à *Castagnu*, qui pour certains sont plutôt un projet de vie d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou de maison d'accueil spécialisée (MAS). Les soignants sont bien impliqués dans les phases de soins et une assistante sociale peut participer au suivi du projet.

Les psychiatres sont en nombre suffisant et un géronto-psychiatre est en charge de l'unité des personnes âgées (*Castagnu*). Les patients peuvent bénéficier d'une visite du psychiatre en tant que de besoin. Dans certaines unités, un psychologue est présent plusieurs demi-journées par semaine, à l'unité *Nepita*, la psychologue organise des groupes de paroles collectifs qui peuvent associer les soignants.

Globalement et malgré le caractère très hétérogène des patients accueillis, la prise en charge est marquée par l'insuffisance de réels projets de soins individuels.

7.1.2 Le cadre institutionnel

Certaines unités, organisent des réunions institutionnelles associant l'ensemble des soignants et permettant d'aborder les sujets de fond, les modalités de la prise en charge. Ces réunions ne font pas l'objet de compte rendu. Il n'y a pas de réunion soignants-soignés et pas de supervision pour les équipes.

Aucun programme d'éducation à la santé ou d'éducation thérapeutique n'est formalisé.

7.1.3 Les activités thérapeutiques

L'ensemble des activités proposées au sein de l'établissement ne fait pas l'objet d'un affichage prévisionnel ; ces activités ne sont pas réellement globalisées et organisées.

Les activités thérapeutiques sont indifféremment accessibles aux personnes en soins libres et en soins sans consentement, sur autorisation du médecin. Dans certaines unités, elles sont indiquées sur un tableau au jour le jour.

Il règne une ambiguïté sur le caractère occupationnel et thérapeutique dans la mesure où la plupart des activités impliquent des soignants mais sans prescription systématique ni compte rendu formalisé de la part des professionnels accompagnants.

Pour autant, l'offre est assez diversifiée et souvent le fait d'initiatives par unité.

De manière transversale, on trouve surtout l'activité jardin (deux patients de l'unité *Petra Serena* (USIP) s'y rendaient quotidiennement lors du contrôle, dont un en soins sans consentement), le

sport pratiqué dans une salle spécifique, ainsi que l'accès à la cafétéria (cf. § 6.6). Ces activités se déplacent dans les unités fermées lorsque les patients ne sont pas autorisés à en sortir.

Dans les unités, les activités sont variables et mieux adaptées aux spécificités des publics accueillis ; on trouve ainsi à l'unité *Castagnu*, l'organisation de repas thérapeutiques à l'occasion des fêtes ou d'atelier pâtisserie, la musicothérapie avec un personnel formé, la peinture sur toile, des ateliers beauté et pédicure, le jeu de domino et loto, quelque fois l'organisation de sorties extérieures pour trois patients maximum.

A l'unité *Nepita*, des sorties sont organisées plutôt le week-end avec des repas extérieurs, de la marche, des courses en grande surface ; là aussi, des ateliers cuisine et de l'ergothérapie sont proposés ; il n'y a cependant pas d'ergothérapeute et ce sont des aides-soignants qui assurent l'activité. Globalement, les activités sont peu investies par les patients et au moment du contrôle, seuls deux suivent l'activité sport et deux le jardin ; quelques patients sont rencontrés à la cafétéria.

L'établissement dispose d'une flotte de véhicules suffisante pour assurer des transports entre les bâtiments du site et les sorties extérieures (dont un *Kangoo* cinq places et un fourgon neuf places).

Par rapport au reste de l'établissement, l'USIP se démarque là encore par une faible proposition d'activités. Une ergothérapie a été évoquée, réalisée par deux aides-soignants formés récemment, ainsi que de l'art-thérapie avec un art-thérapeute se rendant à l'USIP sans patients bénéficiaires au moment du contrôle. Toute sortie de l'unité entraîne une fouille du patient à son retour dans l'unité. Un patient a rapporté s'être vu proposer de l'art-thérapie et avoir simplement décliné la proposition, afin de ne pas s'investir dans sa prise en charge hospitalière.

Recommandation

L'offre d'activités thérapeutiques doit être mieux organisées, clarifiée et investie.

Dans ses observations du 20 mars 2018, l'établissement indique qu'il renforce sa communication sur l'offre existante.

7.1.4 La préparation à la sortie

Pour préparer la levée de la mesure les psychiatres ont recours aux programmes de soins. Ces programmes prévoient en général trois sorties par semaine et les patients se rendent alors seuls chez eux ou auprès de la famille. A l'unité *Delfinu*, par exemple, trois patients étaient à cette fin en programme de soins au moment du contrôle. Des freins sont cependant rapportés par l'établissement comme le manque de logement, de structures adaptées, d'appartements thérapeutiques ou de structures d'aval, notamment d'EHPAD acceptant ces patients.

Les unités organisent également de nombreuses sorties pour les patients, accompagnées comme non accompagnées.

Le préfet ne s'oppose quasiment jamais à ces passages en programme de soins ni aux sorties.

Concernant les patients de l'USIP, aucun programme n'est en cours au moment du contrôle mais les médecins signalent que 50 % des patients de l'unité en bénéficient pour la sortie. Ces programmes comprennent au moins quatre nuits par semaine à l'extérieur. Ils sont particulièrement utilisés pour se diriger vers la levée de la mesure de SPDRE car leur réussite donne des garanties préalables à la décision de levée.

7.2 LES SOINS SOMATIQUES SONT DISPONIBLES FACILEMENT

7.2.1 Accès au médecin généraliste

Dans toutes les unités, un médecin généraliste est présent entre trois et cinq demi-journées par semaine ; la continuité des soins somatiques est assurée par des gardes de vingt-quatre heures d'un généraliste parmi les dix que compte le CHC, sur l'ensemble de l'établissement (y compris l'oncologie). Ces généralistes réalisent les visites systématiques auprès des patients placés en isolement.

7.2.2 Accès aux consultations spécialisées et examens complémentaire

L'hôpital comprend un laboratoire ainsi qu'un service d'oncologie et certaines consultations ou examens ont ainsi lieu sur place.

Pour les autres besoins de consultations spécialisées, les patients sont emmenés au centre hospitalier général de la Miséricorde d'Ajaccio. En fonction de leur autonomie et de leur état clinique, il est possible pour les patients de s'y rendre seuls avec des permissions de sortie (rendez-vous avec un dentiste par exemple), éventuellement en véhicule sanitaire léger (VSL). Il n'est pas rapporté le moindre refus des services extérieurs sur le fait que le patient soit hospitalisé en psychiatrie.

Un podologue et un kinésithérapeute interviennent à la demande plusieurs fois par semaine au sein de l'hôpital.

L'établissement gère le centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) qui peut être utilisé par l'ensemble des patients.

Enfin l'unité *Castagnu* dispose d'une place en hospitalisation de jour actuellement utilisée par un patient.

Concernant l'USIP, tout patient en soins sous contrainte autorisé à sortir est véhiculé et accompagné par le seul personnel de l'équipe de soins et d'intervention (ESI) ; un patient en soins sous contrainte qui ne bénéficie pas d'autorisation de circuler est véhiculé et accompagné par le personnel de l'ESI renforcé de deux soignants de l'équipe de sécurité. Les conditions de transport font l'objet d'une procédure écrite.

7.2.3 La pharmacie

Les unités sont approvisionnées par semaine ou quinzaine par la pharmacie du centre hospitalier avec possibilité de commande exceptionnelle. L'infirmier confectionne les piluliers pour chaque prise, trois fois par jour.

La délivrance s'effectue auprès des patients valides au sein de la pharmacie ou de la salle de soins de l'unité un par un, porte ouverte ; la délivrance est faite au moment du repas pour les patients invalides.

Il a été indiqué que les refus de prise de traitement sont rares et qu'en pareil cas, un entretien avec le médecin permet de lever le problème.

Une astreinte de pharmacien pour l'ensemble de l'hôpital est organisée.

7.3 LA PLACE DES USAGERS MERITERAIT D'ETRE AFFIRMEE

Suite au rapport d'activité du CGLPL 2015 et aux recommandations de la HAS qui ont suivi, les membres de la CDU ont fait un comparatif point par point des pratiques actuelles par rapport

aux recommandations. Les contrôleurs ont été invités à participer à une Commission des Usagers, qui se tenait au moment du contrôle et à laquelle était justement inscrit à l'ordre du jour, la présentation de ce travail et l'élaboration du rapport annuel sur l'isolement et la contention. Par ailleurs, trois CME spécifiques par an traitent désormais de la gestion des risques et abordent aussi l'isolement et la contention.

Pour autant, la place des usagers en psychiatrie reste très à la marge avec seule l'union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) présente dans les différentes instances mais peu associée aux projets de soins et aux activités. Une maison des usagers dans laquelle se tenaient les permanences associatives est en cours de déménagement dans des locaux plus propices, non loin de la cafétéria ; ils étaient jusque-là dans une petite salle de réunion au sein même de la direction du CH. Ces permanences ne concernaient que l'UNAFAM en psychiatrie et trois associations en rapport avec la cancérologie. La gérontologie par exemple n'est pas représentée.

8. LE RESPECT DE L'INTEGRITE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

8.1 LES MODALITES D'HOSPITALISATION EN URGENCE NE PRESERVENT PAS LES PATIENTS DE TRAITEMENTS TRAUMATISANTS

Les CMP couvrent l'ensemble du territoire de la Corse-du-Sud et il a été indiqué que lorsqu'une personne demande une consultation, elle est reçue dans les 24 heures par un infirmier. Toutefois, les CMP ne sont pas ouverts les week-ends ce qui ne permet pas de répondre ainsi aux crises et d'éviter une hospitalisation en urgence.

8.1.1 La prise en charge des patients en situation de crise

Le service d'accueil et de liaison des urgences (ALU) assure l'organisation des prises en charge en urgence. En pratique, un cadre de santé assure la régulation par téléphone de 8h à 21h, relayé ensuite par le cadre de nuit.

L'ALU répond par téléphone à toutes sortes de demandes : centre hospitalier d'Ajaccio (CHA), mairies, familles, EHPAD, etc. La cadre peut s'entretenir par téléphone avec la personne malade et évaluer le caractère d'urgence de la prise en charge.

Si l'admission est décidée, l'ALU l'organise ; l'unité d'admission est choisie en fonction des places disponibles, de l'avis du médecin d'astreinte et, s'il est connu, du parcours du patient. Les entrées des patients majeurs se font majoritairement à l'USIP lorsqu'elles ont lieu la nuit, plus rarement à *Eddera*, *Delfinu* et la géronto-psychiatrie.

Si le patient est dirigé vers un CMP, l'ALU prend le rendez-vous et adresse le compte-rendu de l'infirmier d'astreinte.

En 2016, 1 226 appels ont été traités par l'ALU. Au 14 avril 2017, l'ALU avait reçu 265 appels depuis le début de l'année :

- 137 émanant du service des urgences du CHA conduisant à 72 admissions (51 en soins libres, 17 en soins à la demande d'un tiers et 4 en soins sur décision du représentant de l'Etat), 24 orientations vers un CMP, 2 consultations psychiatriques au CHC, 39 autres orientations (refus de prise en charge, sorties, conseils thérapeutiques, médecin traitant etc.) ;
- 128 émanant : de divers services de l'hôpital général de la Miséricorde d'Ajaccio, de patients et familles, de médecins libéraux, de foyers/ EHAPAD/ maisons de retraite, de mairies, de services sociaux etc.

En cas de nécessité d'hospitalisation sur le fondement d'arrêté municipal (article L.3213-2 du code de la santé publique), l'autorité municipale requiert le SAMU ou les pompiers qui conduisent le patient directement au CHC ; le patient a pu être sédaté par le médecin ayant rédigé le certificat d'admission. A son arrivée, la cadre de l'ALU conduit un premier entretien (identité, circonstances) ainsi que le psychiatre d'astreinte. Le patient peut être conduit au service des urgences du CHG pour éliminer les diagnostics différentiels.

La situation des patients devant être admis en urgence diffère singulièrement selon leur situation géographique.

a) Les patients du Nord du département

Les patients de la partie Nord du département passent tous par le service des urgences de l'hôpital général de la Miséricorde d'Ajaccio (CHA).

Une liaison psychiatrique est organisée avec le CHA : une fois par semaine, un psychiatre s'y rend pour les demandes de consultations des différents services. Par ailleurs, une équipe de quatre infirmiers est consacrée à cette liaison ; chaque jour, l'un d'entre eux passe au CHG pour évaluer les patients qui lui sont signalés et, le reste du temps, assure une astreinte à son domicile. L'infirmier d'astreinte se rend en tant que de besoin au service des urgences du CHA pour une évaluation des patients susceptibles de relever d'une admission en psychiatrie. En pareil cas, il fait un compte rendu et prend contact avec le psychiatre de continuité du CHC ou celui qui suit le patient si celui-ci est connu, pour un avis médical, aucun psychiatre ne se rendant au CHG, hormis en fin de journée ou le week-end.

Le patient destiné à être admis en soins sans consentement est conduit au CHC dans un véhicule du CHG, accompagné par des soignants et éventuellement sédaté par le service des urgences ; il n'est jamais contentionné. Les patients devant être admis en soins libres se rendent par leurs propres moyens au CHC.

b) Les patients de l'extrême Sud du département

L'ARS est en charge d'organiser dans chaque territoire de santé, un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques avec les acteurs concernés. Une convention prévoit ainsi les modalités de transport des personnes faisant l'objet d'une admission en soins psychiatriques sans consentement depuis le Sud du département et surtout depuis la clinique de l'Ospedale à Porto-Vecchio vers le CH de Castelluccio.

Cette convention est signée par la polyclinique, les trois sociétés d'ambulances concernées et le CHC. L'ARS n'est pas signataire de cette convention de 2014 ni du protocole de décembre 2012 établi entre les mêmes parties. Un courrier de juin 2014 du directeur général de l'ARS indique néanmoins le financement annuel de 42 000 euros pour sécuriser le transport prévu par la convention à travers la mise à disposition d'une infirmière.

Cette convention ne prévoit de transport des personnes en soins sans consentement que les nuits de 20h à 8h, les week-ends et jours fériés, alors même que l'article L. 3211-2-3 dispose que lorsqu'un patient justifiant des soins sans consentement est pris en charge en urgence dans un hôpital général, son transfert doit s'opérer vers l'établissement psychiatrique compétent selon des modalités prévues par convention dans des délais adaptés et au plus tard sous 48 heures. Ce délai de 48 heures doit permettre un transport vers un site adapté dans des conditions de dignité et d'organisation sereine. Tel n'est pas le cas pour les patients admis sans consentement, provenant de Porto-Vecchio dont le transport est programmé systématiquement la nuit, pour des considérations qui seraient quasi exclusivement financières selon les différents entretiens ayant abordé le sujet. Le prix facturé est en effet trois fois plus cher pour des transports la nuit que le jour.

Au surplus, alors que la convention prévoit que le médecin urgentiste de la clinique appelle le psychiatre d'astreinte du CHC, « afin que ce dernier apporte un avis sapiteur », cet appel n'est pas toujours passé de même que, en journée, il n'est que très rarement fait appel au psychiatre qui assure les consultations du CMP de Porto-Vecchio.

On constate ainsi que l'admission est faite sans consentement – sinon le transport en application de la convention ne serait pas possible –, que la nécessité de l'hospitalisation du patient n'est pas toujours vérifiée par un psychiatre, que le patient est toujours transporté après 20h, avec des arrivées après 23h (trente-cinq sur cinquante transports en 2016) et plus souvent vers 1h compte tenu de la durée du trajet, que le patient peut avoir attendu plusieurs heures avant d'être

transporté, qu'il est accompagné par un infirmier qui n'a pas nécessairement de connaissances psychiatriques et qu'il est toujours allongé et « *très sédaté* » pour le voyage, rendant l'évaluation médicale de son état clinique à l'arrivée plus incertaine.

Recommandation

Le caractère systématique du transport nocturne des personnes en provenance du Sud de la Corse hospitalisées sans leur consentement et les conditions de ce transport constituent, ipso facto, une maltraitance et une source d'aggravation clinique pour les patients fragiles qui la subissent ; cette pratique doit être bannie. Elle conduit, en outre, à un surcoût financier qui n'est pas justifié et doit être évité ; la convention de transport, qui induit une dépense publique, doit donc être renégociée et signée par l'ARS.

Dans ses observations en réponse au rapport de constat envoyé le 9 janvier 2018, l'ARS indique qu'un travail est en cours d'élaboration avec les différents partenaires (sociétés de transports sanitaires, clinique de l'Ospedale et CH de Castelluccio) afin de revoir l'organisation des transferts des personnes hospitalisées sans consentement. Une réflexion est en cours sur la renégociation de la convention de transport.

En 2015, sur l'ensemble des patients admis en soins sans consentement, quatre-vingt-quinze l'ont été entre 21h et 8h ; ils étaient quatre-vingt-neuf en 2016.

8.2 LA SECURITE A L'INTERIEUR DE L'ETABLISSEMENT EST ASSUREE SANS MECONNAITRE LES SPECIFICITES DES PATIENTS DE PSYCHIATRIE

Les interventions en urgence en cas de violence sont assurées par l'équipe de soins et de sécurité, créée en 2012. Elle est constituée de dix-huit aides-soignants et ASH de la psychiatrie adulte, tous volontaires. Chaque jour, deux agents de cette équipe, pendant leur service dans une unité, effectuent une ronde quatre fois par jour dans le site, rondes ayant notamment pour vocation de « *faire fuir les vendeurs de drogue* ». Ils disposent d'un téléphone sur lequel ils peuvent être appelés en urgence pour rendre sur le lieu où un incident est signalé. Ils effectuent, les recherches des patients en fugue, avant de passer la main, si celles-ci sont vaines, aux forces de l'ordre. Ils perçoivent la même prime de risque que les agents affectés à l'USIP.

Les interlocuteurs rencontrés ont souligné l'intérêt de cette organisation notamment le professionnalisme des intervenants pour faire face aux crises des patients en faisant prévaloir les techniques d'apaisement sur le recours à la force.

A cette équipe de soins et de sécurité s'ajoutent des veilleurs de nuit et un agent de sécurité incendie. Les veilleurs de nuit sont des techniciens ouvriers et tiennent également le standard de l'établissement pendant la nuit ; ils sont en général deux par nuit mais parfois seul. L'agent de sécurité incendie est un agent formé qui effectue des gardes de 24h sur site.

8.3 L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION SONT UTILISES AVEC UN SOUCI DU RESPECT DU PATIENT MAIS DANS DES CONDITIONS MATERIELLES PARFOIS DEGRADANTES ET DANS UNE AMPLIEUR DIFFICILEMENT EVALUABLE

La promulgation de la loi du 26 janvier 2016, et de son article 52, a été l'occasion d'une réflexion de la direction de la qualité sur l'évaluation mesures de mise en chambre d'isolement (MCI). La démarche a consisté à évaluer les pratiques de l'établissement au regard des recommandations

figurant dans le rapport publié par le CGLPL sur l'isolement et la contention, recommandations reprises pour l'essentiel, par celles publiées par la Haute autorité de santé en mars 2017. Le document résultant de cette réflexion est particulièrement complet et doit servir de référence pour une amélioration de pratiques au sein de l'établissement. Il affirme l'engagement du CHC à :

- « Assurer que les personnes hospitalisées privées de liberté soumises à des mesures de contraintes physiques soient traitées avec humanité dans le respect de leur dignité, et que l'ensemble de leurs droits fondamentaux est protégé,
- veiller en permanence au juste équilibre entre le respect des droits fondamentaux des personnes et les considérations sécuritaires et thérapeutiques,
- limiter le recours à l'isolement et à la contention et justifier des actions préalables vainement mises en œuvre,
- motiver les décisions de mesure d'isolement et justifier de leur caractère adapté, nécessaire et proportionné. »

Il constitue une feuille de route pertinente et claire.

Bonne pratique

Un état des lieux a été dressé et une analyse exhaustive des pratiques de mise en isolement au regard des recommandations du CGLPL (recommandations reprises ultérieurement par l'HAS) a été conduite ; cette analyse a été assortie d'une cotation en termes de risques associés et le résultat a été utilisé pour définir les actions correctrices.

8.3.1 Le protocole

Les mises en chambre d'isolement (MCI) font l'objet d'un protocole formalisé par des documents dont ceux qui sont utilisés dans les unités et présentés aux contrôleurs datent de 2006.

Une fiche « initiale » doit être renseignée des informations suivantes : nom, prénom, âge et sexe du patient, âge et unité d'hospitalisation ; le mode de placement en distinguant SPDT, SPDRE, HO D.398 ou HL et dans ce dernier cas l'existence d'un contrat de soins est prévue par une case à cocher ; pour les mineurs sont prévus OPP, AP (autorisation parentale) ou SPDRE ; le médecin « prescripteur » doit remplir un cartouche concernant l'indication médicale ; sur la mise en route de la mesure doivent être renseignés la date, l'heure et le nom de l'auteur pour les items « explication donnée à la personne soignée », « information de l'entourage », « examen somatique (dans l'heure suivant la MCI) », « entretien médical », « entretien infirmier-projet de soins infirmier », « application du protocole (sécurité, pyjama, cigarette, briquet) », « informer de la présence d'un patient en CI l'Alu et le standard ».

Une fiche « des 24 heures » exige les mêmes informations relatives à la situation du patient puis doivent être précisés la fréquence des passages, les traitements spécifiques à l'isolement, les consignes particulières/facteurs de risques somatiques, l'évaluation médicale (prescription des 24 heures) et la mention de ces visites (minimum deux par jour dont au moins un psychiatre) avec le nom et la signature du médecin, la reconduction de l'isolement et l'hygiène de la chambre d'isolement (CI) dont il est prévu qu'il soit observé deux fois par jour et la nuit.

Telles quelles, les informations notées sur ces documents pourraient constituer les éléments de base pour le registre prévu par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique.

En pratique, il a été constaté dans les unités que ces feuilles sont remplies de manière lacunaire. Il a été indiqué que les « *prescriptions si besoin* » n'étaient pas usitées. Cependant, les contrôleurs ont été saisis par téléphone au moment du contrôle par une personne souhaitant signaler la situation particulière de son fils sous tutelle, hospitalisé au CH de Castelluccio en mai 2016. Il ressort des pièces montrées que le patient a été hospitalisé en soins à la demande d'un tiers du 18 au 31 mai 2016 sans que la mesure n'ait pu être confirmée ; il a par ailleurs été officiellement placé en soins libres du 25 au 31 mai alors même qu'il était chaque jour placé en isolement avec contention ; des observations du médecin indiquant une visite auprès du patient ne sont notées qu'à six reprises dont deux fois le même jour, les 19, 25, 28, 30 et 31 mai. La mention « *CI si besoin* » est retrouvée au niveau des prescriptions.

Cette pratique n'est-elle pas encore totalement révolue puisqu'au cours de la visite de nuit des contrôleurs, une patiente non placée en isolement, souffrait aussi, sur son dossier, d'une prescription programmée d'isolement pour la nuit.

Recommandation

Les prescriptions de mise en chambre d'isolement programmées ou avec la mention « si besoin » doivent être exclues.

Dans ses observations du 20 mars 2018, l'établissement informe que ces prescriptions « si besoin » n'ont plus cours depuis juin 2017.

8.3.2 Les locaux

Le pôle de psychiatrie adulte dispose de sept chambres d'isolement et deux chambres d'apaisement, dont respectivement quatre et une pour la seule USIP ; les chambres qualifiées d'apaisement ne présentent guère de différence avec les chambres d'isolement. Une CI est installée dans l'unité de pédopsychiatrie.

L'état de ces chambres est très inégal selon les unités. Les surfaces varient de la plus petite à Eddera (8,75 m²) à la plus grande à l'USIP (13,20 m²). Les aménagements ne sont pas identiques : certaines ont des lits de mousse recouverte de plastique épais, d'autres ont un lit. Le lit en métal est fixé au sol, recouvert d'un matelas enrobé d'un plastique blanc épais ; de façon générale, le linge de lit est ordinaire et le patient dispose d'un traversin ou d'un oreiller. Certaines chambres n'ont pas de bouton d'appel (Eddera, USIP) ou pas d'horloge (Eddera, Nepita, USIP). Certaines n'ont qu'un accès (Alba, Eddera), certaines n'ont pas de climatisation (Eddera, Alba).

Les chambres de l'unité Delfinu et de l'USIP sont sous vidéosurveillance.

Si toutes ont des WC, sa situation ne préserve pas toujours l'intimité : le judas perçant la porte d'entrée de la CI d'Eddera ne laisse aucune intimité.



Intérieur de la chambre d'isolement de l'unité Eddera vu depuis le judas de la porte d'entrée

Les judas des portes d'entrée sont recouverts d'un volet de bois mais, dans certaines unités (*Nepita*) celui-ci peut être ouvert par les patients qui passent.

De façon générale, les soignants s'efforcent de rendre le séjour en isolement le moins pénible et dégradant possible pour les patients : la mise en pyjama est inconnue, la possibilité de fumer est respectée, si possible à l'extérieur, les visites ne sont pas systématiquement proscrites mais laissées à l'appréciation du médecin. Il en est de même de l'accès aux journaux et livres. Il n'est pas exclu que le patient prenne ses repas avec les autres, y compris à l'unité *Petra Serena*, c'est même systématique à *Nepita*.

Bonne pratique

Les privations ne sont imposées aux personnes mises en chambre d'isolement qu'avec discernement et en fonction de leur état clinique.

8.3.3 Les pratiques

Il n'est pas toujours tenu de registre dans les unités. Selon les informations fournies par les équipes, hormis à l'USIP le recours à l'isolement est très limité : aucune mesure depuis le début de l'année à *Nepita*, aucune depuis plusieurs mois à *Delfinu*, la mesure ne dure jamais plus de trois heures à *Castagnu*, elle concerne pour l'essentiel le même patient « au long cours » à *Eddera*.

Il ressort des propos recueillis auprès des soignants que le recours à l'isolement ne relève pas de la culture de l'établissement : il est avancé que c'est la vocation de l'USIP d'assurer l'isolement en tant que de besoin et que, par suite, les isollements pratiqués en unités seraient résiduels et très ponctuels, pour des patients connus et pour lesquels les durées sont brèves.

Les patients en soins libres peuvent être mis en chambre d'isolement, la question du changement de leur statut au-delà d'une certaine durée n'est pas débattue.

Le registre prévu à l'article L.3222-5-1³ du code de la santé publique est constitué par l'énumération chronologique des mesures précisant pour chacune leur date, le sexe de la personne (par « Monsieur » ou « Madame »), son âge, le nom du médecin décideur, la durée effective et le nom des soignants ayant assuré la surveillance.

Tel quel, ce registre, qui n'est pas tenu sous forme numérique, ne permet pas une exploitation statistique aisée. Au surplus, il ne permet pas de connaître la durée réelle d'un isolement.

Recommandation

L'établissement doit mettre en œuvre un registre de l'isolement et de la contention qui donne des informations exploitables sur les conditions de l'isolement, notamment la durée de chaque mesure et servir d'outil fiable d'observation des pratiques et de leur évolution.

Dans ses observations du 20 mars 2018, l'établissement rapporte avoir mis en place depuis le 1^{er} juillet 2017 un registre des isolements et des contentions conforme à la loi. Le CHS contribue par ailleurs à renseigner, unité par unité, les indicateurs semestriels de l'enquête nationale sur l'isolement et la contention via la plate-forme de la direction générale de l'organisation des soins (DGOS).

Les contrôleurs ont pris connaissance du rapport annuel 2017 des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention adressé par l'établissement en illustration de ses observations. Ce rapport témoigne d'un réel investissement de ces questions par l'établissement.

8.3.4 Le recours à la contention

La contention est principalement orientée sur la prévention des chutes ou blessures et concerne essentiellement les patients âgés. Au moment du contrôle, la seule contention est utilisée à *Castagnu* pour un patient dément qui marche tout le temps et qu'il faut attacher en ventral sur sa chaise le temps du repas et avec les deux poignets le temps du rasage pour ne pas le blesser.

Des lits adaptés aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer ont été installés dans cette unité ; ils peuvent être descendus jusqu'au sol en prévention des chutes. De même des chaussons anti chute ont été achetés (70 euros).

³ Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires. L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1. »

Bonne pratique

L'unité de psycho-gériatrie est équipée de lits « Alzheimer » et des chaussons « anti chute » sont fournis aux patients permettant d'éviter le recours aux contentions préventives de chutes.

8.4 L'EXISTENCE DE MAUVAIS TRAITEMENTS EVENTUELS N'EST PAS REPREE

Les mauvais traitements, s'il y en a, sont peu signalés ; les familles ne désignent jamais une personne qui en serait responsable, et jamais aucune preuve n'a pu être apportée. Treize réclamations ont été formulées en 2015 pour l'ensemble de l'établissement.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 L'UNITE PETRA SERENA (USIP) S'EST ECARTEE DE SON OBJECTIF INITIAL DE SOIN INTENSIFS PSYCHIATRIQUES

L'unité *Petra Serena*, inaugurée en mars 2012 par Xavier Bertrand, ministre de l'emploi, du travail et de la santé, est entrée en fonctionnement la même année, avec la volonté d'offrir des conditions sécurisées d'hospitalisation, notamment pour des personnes détenues. Sa conception architecturale a mêlé les caractéristiques d'une unité d'hospitalisation chronique de type unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP) et d'une unité pour malades difficiles (UMD). Ses règles de fonctionnement, inspirées de certains standards carcéraux, sont destinées à des séjours limités dans le temps, en aménageant au sein de l'hôpital une « offre de collectivité contrainte » la distinguant des chambres d'isolement au sein d'unités ouvertes. Alors qu'elle était destinée à prendre en charge les mesures d'isolement des unités, celles-ci demeurent.

Si le bâtiment a été mis en service pour des patients dangereux (dangerosité présumée par le cadre juridique de l'hospitalisation), il n'est pas exclu que des mineurs et des patients en soins libres y soient pris en charge, selon le taux d'occupation des autres unités mais aussi plus largement selon décision médicale. Il n'y avait pas de patient mineur à la date de la visite, mais le personnel a évoqué le passage bref de mineurs, en cas de sur occupation de l'unité *Alba*, mais aussi de patients d'autres unités pour réguler des comportements difficiles. Les mineurs sont séparés des majeurs, et donc placés en chambre d'isolement.

Une personne déficiente est également prise en charge à l'USIP qui n'est pas destinée à ce type de patient.

9.1.1 L'accueil

L'USIP est prévenue par téléphone de l'arrivée. Sauf cas particulier nécessitant la présence de l'équipe de sécurité de l'hôpital, l'accueil est réalisé par deux infirmiers. Dans ce cas, l'entretien avec le médecin a lieu *a posteriori*.

Dès lors que l'état du patient le permet et sous réserve d'un accueil en journée, le personnel soignant procède à une présentation des locaux.

En cas d'admission en soins libres, la présentation des règles de vie sert aussi à s'assurer que le patient adhère aux restrictions de liberté induites par son hébergement à l'USIP. Ces règles ne sont pas toujours décrites correctement par la structure ayant procédé à l'orientation et peuvent conduire à un refus de soins.

A l'issue de l'entretien, le patient fait l'objet d'une fouille. Il est invité à se défaire de tout objet incompatible avec le règlement du service, dont les objets de valeur, ses papiers d'identité et tout autre objet évalué par les infirmiers en fonction de sa dangerosité. Concrètement, tous les colliers seront enlevés mais l'alliance sera laissée au patient. Avant de laisser son téléphone portable, le patient peut être autorisé à envoyer un SMS pour dire où il se trouve. Le contrôle des habits est effectué pendant une phase de déshabillage du patient réalisée dans la chambre d'apaisement du rez-de-chaussée et au cours de laquelle le patient peut couvrir sa nudité d'un drap, puis ses vêtements lui sont remis.

En cas d'hospitalisation d'une patiente, si l'entretien peut être réalisé par un personnel exclusivement masculin, le contrôle à nu qui s'ensuit doit pouvoir être réalisé en présence d'une infirmière. La composition des équipes, notamment la nuit, ne permet pas de le garantir.

Recommandation

La pratique d'un contrôle à nu des patients au moment de leur l'admission dans l'USIP doit être bannie.

Dans ses observations du 20 mars 2018, l'établissement indique que les patients conservent leurs sous-vêtements, sauf dans le cas présentant un risque suicidaire. Dans ce cas, il est demandé au patient de revêtir un sous-vêtement jetable derrière un drap faisant office de paravent, en présence d'un infirmier du même sexe que le patient. Cette pratique sera formalisée dans un protocole.

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation.

Un inventaire est dressé de manière contradictoire par les infirmiers et le patient. Il est signé par le patient et un exemplaire est conservé dans le dossier du patient. Il n'est pas exclu qu'un exemplaire soit remis au patient, même si cette bonne pratique n'a pas pu être constatée. L'imprimé-type comporte deux cases de signatures réservées aux infirmiers, qui doivent être remplies si le patient n'est pas en état de signer ou refuse de signer. Il a été constaté que les soignants doublent systématiquement cette signature.

Les objets de valeur sont remis sous enveloppe au bureau des admissions, qui les remise à la trésorerie publique dès lors qu'on atteint un certain montant.

Tous les autres objets courants sont conservés au sein de l'USIP, selon une appréciation faite par le personnel soignant, dans un lieu fermé comportant des cartons nommément désignés et un coffre-fort de petite capacité de façon à permettre une gestion courante quotidienne des besoins du patient (tabac, téléphone portable, complément d'alimentation apportés par les familles, etc.).

Si besoin, le personnel dispose d'un stock de vêtements de jour ou de nuit (stock constitué par des dons et récupération).

Recommandation

Il est nécessaire de revoir le fonctionnement de l'USIP au regard des patients effectivement accueillis qui ne correspondent pas au critère de « dangerosité » justifiant les moyens qui y sont consacrés.

L'affectation de patients en soins libres à l'USIP, unité fermée aux règles de vie particulièrement strictes, doit être proscrite.

Dans ses observations du 20 mars 2018, l'établissement justifie le fonctionnement actuel de l'USIP au regard de bénéfiques qui seraient acquis sur la sécurité de l'ensemble des patients. Il ajoute que des patients en soins libres sont exceptionnellement pris en charge en son sein et qu'ils n'auraient pas d'autre solution adaptée en Corse-du-Sud.

Les contrôleurs maintiennent néanmoins leur recommandation.

9.1.2 Le personnel

Deux médecins psychiatres référents assurent 1,2 ETP du lundi au vendredi et un interne en psychiatrie les seconde. Un généraliste est présent quatre demi-journées par semaine à l'USIP (0,4 ETP).

L'équipe soignante est composée de 1 ETP de cadre de santé, 23,8 ETP d'infirmier – effectués par vingt-quatre infirmiers dont six la nuit –, 6 ETP d'aides-soignants dont quatre pour le jour et deux pour la nuit. Sept ETP d'ASH sont affectés à l'USIP.

Assistante sociale, psychologue et ergothérapeute sont présents à raison de temps très partiels dans l'unité.

En journée sont ainsi présents *a minima* un cadre de santé, deux infirmiers, un aide-soignant, un ASH pour, au plus, quinze patients.

Le service de nuit est assuré par une équipe dédiée composée de deux infirmiers et un aide-soignant. Dans la nuit du 13 au 14 avril, l'équipe était exclusivement masculine. L'USIP est souvent la seule unité disposant d'agents masculins la nuit (l'équipe de nuit de l'unité *Alba* était à cette date constituée de trois femmes).

L'affectation à l'USIP est volontaire. Cette unité, assimilée à la prison, souffre d'un déficit d'image auprès du personnel de l'hôpital. Pour autant, l'effectif théorique et l'effectif réel ne présentent pas de différence remarquable.

Il n'existe pas de réunion des équipes de jour et de nuit, notamment animée par un médecin. Malgré cela, le personnel de nuit connaît les patients.

9.1.3 Les locaux

Le bâtiment de l'USIP comporte trois niveaux dont un sous-sol semi-enterré ; l'entrée s'effectue par le milieu du bâtiment, la porte d'accès est fermée, l'ouverture est commandée de l'intérieur sauf pour les personnes détentrices d'un badge qui permet de déclencher l'ouverture de l'extérieur ; seul le personnel de l'unité dispose d'un tel badge, il a été constaté que le directeur des soins n'en détient pas. Un deuxième accès sur la même façade sert aux visiteurs extérieurs.

Le bâtiment est de conception et construction récentes (2010, mis en service en 2012) et globalement propre mais des défauts d'entretien ont été observés. Le personnel a participé à sa conception, notamment en se rendant dans des USIP et des unités pour malades difficiles (UMD) du continent.

Au rez-de-chaussée :

- en face, les bureaux infirmiers ;
- un couloir sur la gauche dessert les bureaux des médecins, ainsi qu'une chambre d'apaisement, salle de soins, salle de sport, salle multimédia dite « cinéma », salle des visites, l'accès à la salle d'audience du JLD située au sous-sol, deuxième sas d'accès vers l'extérieur avec portique de détection des masses métalliques en état de fonctionnement ;



Le deuxième accès à l'unité, avec portique de détection des masses métalliques

- le couloir sur la droite se termine par une porte fermée à clé permettant d'accéder à l'espace collectif de jour ; celui-ci est équipé de deux téléviseurs, fauteuils, mobilier de réfectoire (cinq tables avec quatre chaises chacune) et dessert une petite salle d'activités attenante, une cuisine et des sanitaires (toilettes, lavabo) ;
- un « jardin » est accessible par la salle d'activité, grillagé entièrement bitumé (hors une dalle en béton) offrant un préau ; cette cour ne comporte aucun mobilier, initialement pour des motifs de sécurité liés au risque d'escalade. Des chaises en plastique issues du mobilier d'intérieur sont utilisées.

L'accès à l'étage se fait depuis le couloir par un ascenseur, ainsi que par deux escaliers. Ces voies de circulation sont fermées à clé et nécessitent l'intervention d'un soignant.

Le personnel dispose également d'une voie réservée de circulation vers l'étage depuis la zone des bureaux infirmiers.

L'ouverture des deux portes du bâtiment serait asservie avec la porte d'accès à l'espace de jour. La visite n'a pas permis de constater cet asservissement des portes.

Au 1^{er} étage :

- un local infirmier, fermé à clé, dans lequel débouche l'escalier réservé ;
- un espace commun occupant la moitié de la largeur de la dalle d'étage (effet de mezzanine, bouchée par une paroi percée de vitres carrées donnant sur l'espace de jour à l'étage inférieur, très lumineux) offrant sept fauteuils et un poste de télévision.

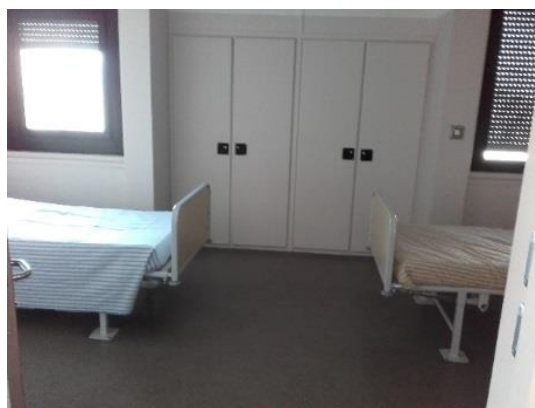


Mezzanine supportant la salle de télévision collective de l'espace de nuit

- sur la gauche un couloir dessert :
 - onze chambres simples (dont une adaptée aux personnes à mobilité réduite) et une chambre double (conçue pour les patients présentant un risque suicidaire, même si elle n'est pas utilisée à cette fin le personnel ne souhaitant pas reporter la responsabilité de la gestion du risque suicidaire sur un autre patient) ; les chambres sont dotées de sanitaires individuels de tailles diverses (toilettes, douche, lavabo), d'un lit médicalisé, d'une table de nuit, d'un double placard, d'une table, d'une chaise, de prises électriques ainsi que deux boutons d'appel. La lumière dans les chambres est assurée par un plafonnier actionnable depuis des interrupteurs placés près du lit et près de la porte. Aucune liseuse n'est installée.

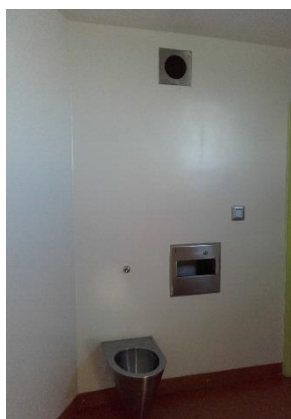


Chambre à un lit



Chambre à deux lits avec placards

- une buanderie équipée d'un lave-linge et d'un sèche-linge, avec stockage des vêtements à l'usage des patients dépourvus ressources, disposant d'une douche avec pommeau et tuyau flexible permettant aux soignants de procéder aisément à la toilette des patients non autonomes.
- sur la droite :
 - une petite salle de repos pour le personnel
 - la zone d'isolement, masquée par une porte dans le couloir, comporte quatre chambres d'isolement, organisées deux par deux à la façon d'un appartement : chacune des deux chambres comporte un lit fixé au sol, une cuvette de toilette en inox et un lavabo rectangulaire inséré dans le mur ; elles sont séparées par une pièce offrant une douche, une table et un tabouret scellés, deux miroirs incassables. Les portes sont équipées d'un oculus rectangulaire disposant sur l'extérieur d'un abattant en bois préservant l'intimité du patient isolé. Elles sont dépourvues d'horloge. Deux portes donnent accès à la chambre d'isolement, l'une depuis le couloir et l'autre depuis la pièce annexe, cette dernière étant elle-même accessible depuis le couloir. Chacune des portes est équipée d'un oculus rectangulaire disposant sur l'extérieur d'un abattant en bois préservant l'intimité du patient. La porte desservant la chambre et la pièce annexe peut être bloquée ouverte contre le mur, permettant une circulation autonome du patient entre les deux pièces. Les repas sont pris dans l'annexe de la chambre. Leur conception résulte de la volonté d'offrir un espace de vie.



Chambre d'isolement, vue depuis le lit : toilettes, lavabo, interrupteur, caméra



*Pièce annexe :
table, tabouret, miroirs,
douche derrière le mur
blanc*



*Oculus dans la
porte*

Bonne pratique

La conception des chambres d'isolement de l'USIP, auxquelles est accolée une pièce réservée à la toilette et aux repas, est de qualité.

La proportion des espaces n'appelle pas de remarque particulière, à l'exception du jardin.

La conception des locaux et le mobilier reflètent un équipement récent (2012) mais limité par un souci sécuritaire et sans entretien et complément ultérieurs :

- les fenêtres ne sont pas ouvrantes. Le bâtiment, hors l'accès au « jardin », est entièrement fermé. L'ensemble est soumis à une climatisation réglable par les soignants depuis les colonnes techniques situées dans les couloirs – qui sert aussi de chauffage – et ne permet pas une aération efficace. Malgré cette volonté de garantir l'enfermement, il est relaté le cas d'une évasion par bris de fenêtre depuis une chambre ordinaire du 1^{er} étage à l'été 2016. Des travaux de renforcement de l'encadrement des fenêtres sont annoncés ;
- le « jardin » ne comporte aucun mobilier et est ceint d'un grillage vert anti-escalade de plus de 2 m de hauteur. Le risque d'évasion est mis en avant pour justifier l'absence de mobilier fixe de jardin. Par ailleurs, le sol est constitué de deux revêtements distincts et de hauteurs différentes qui pourraient être destinés à animer cette cour. Les patients y marchent, dans la longueur soit environ vingt pas à l'aller puis au retour, au risque de se prendre les pieds contre le trottoir constitué par le revêtement surélevé de plus de 10 cm ;
- les portes des placards ne peuvent être fermées à clé par le patient que sous réserve de disposer d'un cadenas. Celui-ci n'est pas fourni par l'hôpital et les patients eux-mêmes ne s'en procurent pas ; il a donc été constaté qu'aucun placard de chambre n'était fermé à clé. Les recherches effectuées par la direction de l'hôpital n'ont pas permis de retenir une solution satisfaisante de fermeture des portes de placard. Les patients qui voudraient préserver leur propriété ou leur intimité en journée demandent au personnel de fermer la porte de la chambre à clé en leur absence ;

- le risque suicidaire a été pris en compte dans les salles d'eau de toutes les chambres par un pommeau de douche inamovible et sans accroche : absence de patère et de porte-serviettes. Ce dernier point est compensé par le change quotidien des serviettes de toilette (confirmé par les patients) ;
- toutes les pièces sont équipées de volets roulants électriques, qui ne sont pas tous en état de fonctionnement. Lors de la visite, les volets de trois chambres et d'une CI étaient bloqués en position haute et ceux de trois autres en position basse. L'entreprise qui dispose du marché doit venir d'ici au mois de mai 2017 effectuer les travaux utiles. Trois appels ont déjà été faits par la direction de l'hôpital ;
- aucune chaise n'est à disposition dans les chambres 6 et 12 ;
- la salle commune n'est ni identifiée dans ses différents espaces et usages, ni décorée et constitue un lieu à l'apparence neutre, sans convivialité. Les patients y sont regroupés à heures fixes ; il a été regretté que les repas soient parfois un moment de tension entre eux, certains ont exprimé le regret de ne pas avoir davantage de temps pour déjeuner. Cet espace pourrait être mieux investi par les uns et les autres.

La structure est équipée de vingt-trois caméras sur le pourtour comme à l'intérieur. Seules les chambres ordinaires ne sont pas équipées de caméras. Les images sont renvoyées dans les différents locaux infirmiers, enregistrées (hors celles des chambres d'isolement) et conservées cinq jours.

9.1.4 Les règles particulières de la vie quotidienne

Les patients ne sont pas autonomes dans leur gestion du tabac. Les cigarettes du patient sont gérées par le personnel soignant qui dispose de la réserve individuelle en cigarettes et du feu. Les patients sont autorisés à fumer dans le jardin. Il est prévu deux cigarettes après chaque repas, une cigarette à chaque période intermédiaire matin et après-midi, deux cigarettes en début de nuit, soit dix cigarettes par jour. Des besoins supplémentaires pourront être couverts par des substituts nicotiniques (patch ou gomme, sur prescription médicale).

Les patients soumis à une mesure d'isolement (dont les patients détenus) sont autorisés à fumer dans la partie annexe de la chambre. Ils peuvent fumer une cigarette après chaque repas dans cette pièce.

Au sein de l'unité fermée, on distingue deux zones distinctes : l'espace de nuit et l'espace de jour, situés sur deux étages différents et séparés par des portes fermées à clé dont seul le personnel dispose. La circulation au sein de chacune de ces zones est libre. Ainsi, la nuit, les patients peuvent déambuler librement dans le couloir ; en journée, les patients circulent librement entre la salle commune, les sanitaires, le jardin.

L'accès au téléphone est limité et géré par les soignants, les conversations n'ont aucune confidentialité (cf. § 5.3.2).

Les modalités d'organisation des visites s'apparentent à celles d'un établissement pénitentiaire pour tous les patients (cf. § 5.3.3).

Toute sortie de l'unité entraîne une fouille du patient à son retour dans l'unité.

9.1.5 La prise en charge des personnes détenues

Toutes les personnes détenues du secteur – donc écrouées à la maison d'arrêt d'Ajaccio – sont dirigées vers le centre hospitalier, systématiquement vers l'unité *Petra Serena (USIP)*. Une convention lie par ailleurs le centre hospitalier avec la *Clinique San Ornello* (Borgo, Haute-Corse) et permettrait à cette dernière d'adresser des personnes détenues pour leur prise en charge dès lors qu'elle estime ne pas pouvoir le faire. Cette convention n'a pas été appliquée pour l'instant. On compte six admissions de patients détenus au cours de l'année 2014 pour une durée moyenne de séjour de 44,20 jours puis vingt-et-une admissions au cours de l'année 2015 pour une durée moyenne de séjour de 14,71 jours et treize admissions en 2016 sur 5,71 jours en moyenne.

A la date de la visite, aucun patient n'était hospitalisé en application de l'article D 398 du code procédure pénale.

Bonne pratique

L'hôpital s'est doté d'une unité qui offre aux personnes détenues une possibilité de prise en charge collective.

Le patient détenu est pris en charge par les soignants du CHC à la maison d'arrêt, ou au CHA si des soins somatiques ont été nécessaires. Son transport est effectué en ambulance par une société prestataire de service et l'hôpital assure l'accompagnement par deux infirmiers ou un infirmier et un aide-soignant. Ces institutions sont distantes de moins de 10 kilomètres les unes des autres.

Une fois la procédure d'accueil effectuée – identique à celle appliquée aux autres patients – le patient détenu est dirigé systématiquement vers une chambre d'isolement.

Sur quatre chambres d'isolement, deux sont réservées aux personnes détenues. L'occupation de ces chambres d'isolement est acquise au point que les équipes incluent ces deux places dans les éléments de présentation de la capacité de l'USIP (« 15 places dont 13 lits en chambres normales et 2 lits en chambre d'isolement »).

Les chambres d'isolement sont placées sous vidéosurveillance.

Recommandation

Le régime juridique de l'article D.398 du code de procédure pénale ne doit pas entraîner systématiquement un hébergement en chambre d'isolement, lequel constitue une mesure de contrainte qui doit résulter d'une décision médicale individuelle au regard de l'état clinique du patient et non une offre de place hospitalière classique.

Dans ses observations du 20 mars 2018, l'établissement indique que l'isolement systématique des patients dits détenus est désormais banni.

L'aménagement des chambres d'isolement réservées aux personnes détenues est identique aux autres chambres d'isolement.

Les promenades s'effectuent dans le jardin clos de l'unité sous la surveillance constante des infirmiers, au moins une fois par jour.

Si des lieux d'activité sont accessibles au sein du bâtiment (sport, vidéothèque, jeux de société) et que des séances d'ergothérapie sont préconisées prioritairement pour les patients détenus, la réalité de ces activités dans l'emploi du temps d'un patient n'a pas pu être observée en ce qui concerne les personnes hospitalisées à la date de la visite. Il est probable que cela soit aussi pauvre en ce qui concerne les personnes détenues.

Recommandation

Le développement des activités au sein de l'USIP, préconisé pour tous ses patients, doit bénéficier également aux patients détenus.

Dans ses observations du 20 mars 2018, l'établissement précise que les patients dits détenus ont désormais accès aux mêmes activités proposées que les autres patients.

La disposition d'un téléphone portable est interdite pour tous les patients. Concernant les patients soumis à l'article D.398 du code de procédure pénale, l'accès au téléphone fixe n'est autorisé que sur double décision judiciaire et médicale. L'autorisation est mise en œuvre dans les mêmes conditions que pour les autres patients, à savoir dans la pièce commune du rez-de-chaussée, au vu et au su de tous, après que l'infirmier a composé le numéro de téléphone (cf. § 5.3.2).

Les visites sont autorisées par le magistrat en charge du dossier et par le médecin. Un délai de latence de 72 heures est appliqué avant mise en œuvre du droit de visite. Les visites sont limitées à deux par semaine, d'une durée de 45 minutes, pour au plus deux visiteurs simultanément. Les visiteurs doivent se soumettre au portique de détection des masses métalliques. La vêtue du patient est fouillée à l'issue de la visite.

La correspondance des patients détenus transite par l'administration pénitentiaire qui y applique ses propres instructions.

Les personnes isolées peuvent fumer, après le repas, dans la chambre d'isolement, à raison d'une cigarette donnée par l'infirmier qui allume la cigarette. La promenade dans le jardin clos est une autre occasion de fumer. Les médecins complètent volontiers avec des prescriptions de substituts nicotiniques.

La télévision est, éventuellement, accessible dans les salles communes, sous la surveillance constante du personnel.

Recommandation

Le régime juridique de l'article D.398 du code de procédure pénale n'impose pas de restriction à l'accès au tabac et à la télévision. Les patients hospitalisés en application de cet article doivent y avoir accès dans les mêmes conditions que les autres patients.

Dans ses observations du 20 mars 2018, l'établissement précise que les patients dits détenus ont désormais accès au tabac et à la télévision dans les mêmes conditions que les autres patients.

Une fiche de liaison est prévue, transmise par la maison d'arrêt au centre hospitalier. De plus, le personnel spécialisé en psychiatrie qui intervient à la maison d'arrêt est rattaché au centre hospitalier de Castelluccio, permettant des liaisons formelles et informelles.

Les situations médicales sont décrites comme diverses mais prévaut la situation de personne détenue admise en application de l'article D.398 du code de procédure pénale, qui entraîne de façon automatique des modalités de gestion. Elles ne reflètent pas la prédominance du statut de malade sur le statut de personne placée sous main de justice, même si l'ensemble du personnel a exprimé son attention pour le patient plus que pour la personne détenue.

Recommandation

Un protocole sur les modalités de prise en charge des personnes hospitalisées sur le fondement de l'article D.398 du code de procédure pénale doit être rédigé conjointement par l'établissement pénitentiaire et le CHS.

Dans ses observations du 20 mars 2018, l'établissement informe qu'un protocole cadre entre la maison d'arrêt d'Ajaccio et l'établissement de santé a été signé en mars 2017.

Les liaisons formelles et informelles entre la maison d'arrêt et le centre hospitalier, ainsi que la période d'observation dans l'unité hospitalière doivent servir à individualiser les conditions de prise en charge des personnes hospitalisées en application de l'article D.398 du code de procédure pénale.

9.2 LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS EST TERNIE PAR DES LOCAUX INADAPTES

L'unité *Alba*, d'une capacité de six lits, accueille des mineurs de 13 à 18 ans, atteints de troubles mentaux de toutes natures : anxiété, bouffées délirantes aiguës, schizophrénie, troubles des conduites alimentaires, etc. Faute de possibilité d'hospitalisation de mineurs en Haute-Corse – les six lits de pédopsychiatrie de la clinique de San Ornello étant occupés par des patients au longs cours –, l'unité *Alba* accueille, depuis deux ans, des jeunes du Nord de l'île.

Lors de la visite, les six patients présents avaient été admis sur demande parentale. Lorsqu'un enfant est placé en SDRE ou sur ordonnance de placement provisoire (OPP), la prise en charge ne diffère pas, seules ses sorties appellent plus de vigilance.

En 2016, quatre-vingt-dix-sept entrées ont été comptabilisées, pour une durée moyenne de séjour de 32,32 jours en tenant compte de la présence depuis cinq ans du patient le plus ancien dans l'unité mais de l'ordre de trois semaines en réalité. L'âge moyen des patients a été de 14,83 ans ; 36 % d'entre eux étaient des garçons. La liste d'attente pour un séjour comporte toujours un ou deux mineurs, nombre qui a pu monter jusqu'à sept.

Le déficit de structures d'aval est problématique : il n'existe que dix-huit places de post-hospitalisation en Corse-du-Sud, dont six lits en foyer de l'aide sociale à l'enfance. Ainsi, alors que cette unité avait pour vocation la gestion des crises, l'hospitalisation de certains patients sans solution de sortie devient, en pratique, de l'hébergement.

9.2.1 L'arrivée

Les entrées se font soit en urgence sur appel des parents, surtout pour les patients connus, soit à la suite d'une consultation, immédiatement ou programmées. Dans ce dernier cas, les parents peuvent être invités avant l'admission à visiter le service.

Lorsqu'aucune place n'est disponible à *Alba*, le jeune de plus de 16 ans peut être envoyé dans une unité pour adulte, *Eddera* ou *Delfinu* le temps qu'une place se libère. De manière

exceptionnelle, « *il y a longtemps* », un mineur de moins de 16 ans a pu être hébergé en chambre d'isolement dans une unité d'adultes ; le procureur a été saisi de cette situation.

A l'occasion de l'admission, le livret d'accueil et les règles de vies sont communiqués aux parents. L'enfant est accueilli par l'infirmier disponible qui lui présente les locaux ainsi qu'à ses parents s'ils sont présents. Le médecin choisit la chambre en fonction des particularités du jeune, notamment pour éviter les proximités problématiques ; éventuellement, des patients peuvent être changés de chambre. Les formalités administratives sont remplies (diverses autorisations), les règles de vie sont également expliquées et commentées avec les parents. Elles ne sont pas signées par l'enfant mais l'infirmier note, après l'explicitation, « *vu, lu et compris* ».

Un document « *droits et consentement ; partenariat du patient à sa prise en soins* » est signé par le patient et ses représentants légaux. Aux termes de ce document, le signataire reconnaît avoir été informé de ses droits et de la réglementation en matière de dépôt et retrait des biens, accepte les soins et la communication du dossier médical au médecin traitant et éventuellement, que des informations sur l'état de santé du mineur soient communiquées à des personnes désignées. Il reconnaît également avoir été informé par le médecin de l'état de santé de l'enfant et de la nécessité d'un traitement médicamenteux, du bénéfice thérapeutique et des éventuels effets secondaires.

L'inventaire contradictoire des valeurs de l'enfant est établi ; les autres effets ne sont pas inventoriés car les armoires des chambres ferment avec une clef que les patients ne détiennent pas et ceux-ci ne sont pas autorisés à entrer dans les chambres les uns des autres. Aucun problème de vol n'a jamais été rencontré. Un inventaire des objets apportés sera de nouveau dressé après chaque retour de permission, en vue notamment de vérifier la détention d'objets interdits (objets tranchants, câbles, produits stupéfiants, etc.) et de les enlever dans un souci de protection du jeune. Sont également retirés les téléphones et chargeurs qui peuvent être brièvement redonnés, avec accord du médecin, pour consultation des messages. Les objets retirés sont placés dans des casiers nominatifs conservés dans le bureau des soignants.

Bonne pratique

La place des parents des mineurs est pleinement reconnue et leur information lors de l'arrivée est assurée.

9.2.2 La prise en charge

L'équipe est constituée d'un psychiatre (0,6 ETP), un interne, une cadre de santé (1 ETP), treize infirmiers et quatre ASH.

Les équipes de roulement sont formées de deux infirmiers et un ASH le matin et trois infirmiers et un ASH l'après-midi. Le week-end, trois infirmiers sont présents matin et après-midi. L'équipe de nuit (avec un roulement de deux infirmiers et un aide-soignant par nuit) est dédiée ; elle participe aux réunions du service.

Le psychiatre passe à l'unité toutes les fins de matinée et y consulte les lundis et vendredis après-midi. Tous les soignants sont volontaires pour travailler au sein de cette unité et le médecin et le cadre, qui assurent le recrutement, sont très sélectifs. L'important renouvellement constaté cinq ans en arrière a ralenti et est essentiellement désormais motivé par des considérations familiales. L'équipe soignante se considère comme solidement étayée.

Un médecin généraliste passe chaque jour dans l'unité, il examine les patients dans leur chambre ou dans la salle de soins.

Les consultations spécialisées ont lieu au CHA, notamment celles de gynécologie, ou à Marseille pour les examens très pointus.

Les médicaments, qui ne sont pas préparés d'avance, sont distribués individuellement en salle de soins, en même temps que sont prises les constantes.

En cas d'incident, violences ou crises, il est fait appel aux infirmiers du bâtiment proche, ainsi qu'aux agents de l'équipe de sécurité dont il a été indiqué que l'intervention est non seulement très rapide mais efficace : « *ils sont calmants et cadrants* ».

Le maintien d'une scolarisation est assuré par l'intervention à l'unité, quatre matins par semaine, d'un professeur des écoles. Certains jeunes poursuivent une scolarité pendant leur hospitalisation ; ils sont conduits à leur établissement scolaire.

Le CHC s'efforce de créer des liens avec les référents de l'éducation nationale pour favoriser la scolarisation en établissement, par l'aménagement des temps scolaires ou par l'admission dans des structures particulières comme l'établissement régional d'enseignement adapté (EREA), démarche compliquée par la rareté des places dans les deux seules sections d'enseignement général et professionnel adaptées.

Les activités thérapeutiques peuvent constituer en : animalo-thérapie, jardin thérapeutique, méditation pleine conscience (animée par un psychologue), sport (animé par un intervenant chaque mercredi matin), musicothérapie, diététique, yoga, thérapie cognitive et comportementale.

Certaines de ces activités sont conduites au centre inter secteur pour enfant (CISA) installé en ville, les jeunes y sont descendus avec le véhicule dont dispose l'unité ou en véhicule sanitaire privé.

Les ordinateurs et tablettes, lecteurs de DVD, liseuses, peuvent être conservés dans les chambres, permettant de visionner des films pendant les moments de retour en chambre, les soignants veillant toutefois à ce que le patient ne se referme pas ; l'unité dispose d'une vidéothèque de 600 films, constituée sur les deniers personnels du médecin, que les jeunes peuvent emprunter. Les enfants disposent de leur MP3 toute la journée et le rendent le soir aux soignants. Lors de la visite des contrôleurs, aucun n'avait d'ordinateur.

9.2.3 Les relations avec l'extérieur

La correspondance des jeunes n'est pas ouverte et les courriers des parents sont toujours donnés. Parfois, des lettres ne sont pas distribuées aux patients s'il est estimé que l'expéditeur peut être « toxique » ou si l'état du patient n'est pas compatible avec le contenu plausible de la lettre. Les parents sont prévenus que le courrier est arrivé et n'a pas été donné.

Les jeunes ne peuvent appeler que leurs représentants légaux de 15h à 18h et ceux-ci peuvent les appeler de 15h à 21h, un appel par jour (entrant ou sortant) est autorisé par patient. Cette règle ne peut être amoindrie que pour permettre d'appeler les grands-parents ou, en cas de séparation des parents, le nouveau conjoint de l'un d'entre eux et ce, sur autorisation de l'autre parent.

Les visites sont possibles de 16h30 à 18h30, avec une tolérance d'horaire pour les familles éloignées.

Les relations sexuelles ne sont pas admises entre patients, pas plus que les « gestes de proximité ». Il a été indiqué que la gestion de ces interdits ne présentait pas de difficultés.

9.2.4 L'organisation matérielle

a) Les locaux

Les locaux de l'unité pour adolescents, *Alba*, sont installés près de l'entrée du domaine, face à aux unités *Gigliu* et *Castagnola*. Ils sont constitués d'un bâtiment entouré de grillage : une première porte d'accès, dans la clôture, est actionnée sur demande, de l'intérieur par les soignants ; la porte du bâtiment, située à l'arrière, est également fermée et l'ouverture doit en être demandée.

Le bâtiment n'a qu'un niveau, de plain-pied avec un espace paysagé sur un côté qui se prolonge en façade avant et sur l'arrière. Cet espace sert de cour, de terrain de jeux et de terrasse. Un coin repas, avec table et banc, à l'abri du soleil y est aménagé dans un coin.

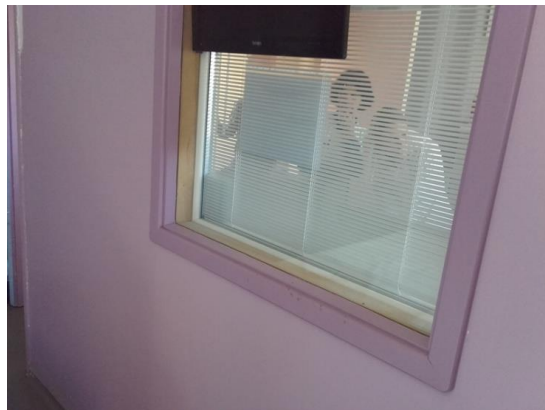
Le bâtiment comporte une entrée donnant sur un couloir qui distribue, sur la droite en entrant, les six chambres individuelles, sur la gauche, le bureau infirmier et la chambre d'isolement qui lui est contiguë, la salle de soins, la salle de repos des soignants, la salle d'activité, la salle à manger, le salon de télévision meublé de six fauteuils – qui sert également de salle de visite –, le bureau de la cadre et celui du médecin.

La **salle d'activité**, d'une vingtaine de mètres carrés, est équipée de deux postes informatiques, d'une console de jeux vidéo, d'une armoire contenant divers jeux et matériaux, d'un tableau blanc et d'un tapis de course. Elle sert non seulement pour les activités mais également comme salle de classe et salle de sport. Elle offre un accès direct sur la terrasse sur laquelle est installée une table de ping-pong.

La **salle à manger** dispose de deux tables rondes et deux tables individuelles ; l'espace d'office est aménagé dans cette salle où, faute de place en salle d'activité, le baby-foot a également été installé.

La **chambre d'isolement** (4 m de long sur 2,45 m de large soit 9,80 m²) est meublée d'un lit en mousse recouverte de plastique épais sur lequel sont fixées des attaches permettant de poser des contentions. Un WC est installé dans le coin proche du poste infirmier d'où, la chasse d'eau est actionnée. Un fenestron carré (0,90 m de côté) est percé dans le mur de séparation d'avec le poste infirmier, il peut être occulté par un store vénitien, un téléviseur est installé dans sa partie haute. La fenêtre (1,30 m de hauteur et 1 m de largeur) formée d'un carreau fixe transparent donne sur le retour de l'espace vert en façade ; elle peut être occultée par un volet roulant. Les murs de la pièce sont peints de couleur parme et le sol est gris. La pièce est climatisée. L'accès, unique, se fait par une porte depuis le bureau infirmier.

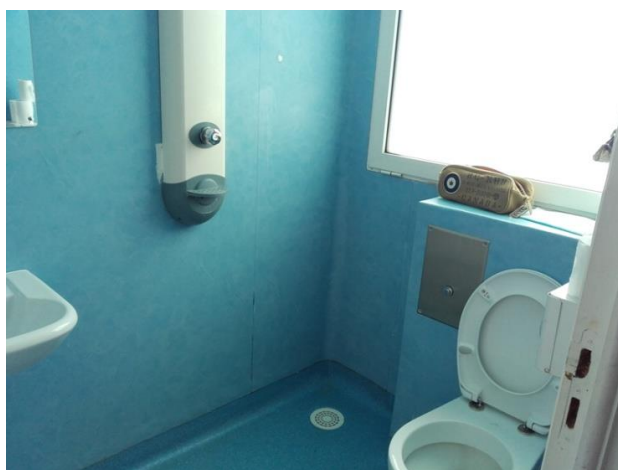
Outre que l'équipement sanitaire est indigne et que, faute de bouton d'appel, la sécurité de l'occupant n'est pas assurée, la situation de cette pièce en rend l'utilisation problématique : elle n'est pas insonorisée et l'occupant peut être entendu du couloir.



La chambre d'isolement

Les chambres sont toutes de taille comparable, 3,60 de long sur 3,20 m de large, et meublées à l'identique : un lit, une table plus ou moins petite selon les chambres, une table de chevet, une chaise ; une liseuse est fixée au-dessus du lit. La fenêtre (1,30 m de hauteur et 1 m de largeur) ne peut pas être ouverte par l'occupant. La salle d'eau attenante offre une douche sans flexible, un lavabo surmonté d'un miroir et d'une lampe, un WC et un porte-serviettes ; elle est dépourvue de tablette et de patère.

Un bouton d'appel est installé dans chaque chambre et chaque salle d'eau.



Une chambre

Le couloir central, la salle d'activité et la salle de télévision sont sous vidéosurveillance. Comme dans tous les services, de minuit à 5h un détecteur sonne lorsqu'un patient sort de sa chambre ; les jeunes en sont prévenus.

Pour garder un caractère propre et accueillant, et faute de disponibilité des équipes techniques de l'hôpital, le personnel – soignants comme médecin – a assuré lui-même les travaux de réfection de la peinture, aidé parfois par les jeunes patients.

Les moyens matériels à la disposition du service sont très insuffisants : le bâtiment est trop étroit et la cour trop exiguë pour le type de patients et d'activités qui doivent y être conduites : faute de salle d'attente, les familles croisent les autres patients et les intervenants. La chambre d'isolement, à côté du poste de soins, se trouve au milieu du bâtiment, en pratique peu isolée phoniquement. L'unité utilise un véhicule dédié au CISA lorsqu'il est disponible faute d'en avoir un et doit, à défaut, recourir à des véhicules de société privées.

Recommandation

Les locaux de l'unité de pédopsychiatrie doivent être déménagés ou restructurés ; ils sont insuffisants en taille et en équipements d'activités et n'offrent pas des conditions satisfaisantes pour la prise en charge de patients adolescents et pour le travail des soignants.

Dans leurs observations du 20 mars 2018 et du 19 février 2018 respectivement, l'établissement et l'ARS confirment qu'un schéma directeur immobilier va prendre en compte les besoins de la pédopsychiatrie et qu'un accompagnement financier des études du projet est déjà acté.

b) La vie quotidienne

Les repas sont servis dans la salle à manger, ou aux beaux jours sur la terrasse, avec de la vaisselle en plastique épais et des couverts en métal ; les patients ont toujours le choix entre deux entrées et des féculents ou des légumes, sauf ceux auxquels un programme alimentaire est imposé. Un goûter est servi à 16h30. Le choix des places à table est libre, sauf proximités problématiques, et il est pris soin qu'un seul infirmier se tienne dans la salle à manger au moment des repas afin que les patients n'aient pas le sentiment d'être surveillés. Il arrive que sur prescription médicale, des patients prennent leur repas en chambre, ce qui se produit une quinzaine de fois par an. Un repas thérapeutique est organisé chaque semaine.

Les parents n'ont pas le droit d'apporter des aliments.

Avec l'accord des parents, les jeunes peuvent être autorisés à fumer un maximum de cinq cigarettes dont une avant le coucher.

L'entretien du linge est assuré par les familles ou le lieu de vie où est placé l'enfant, famille d'accueil ou foyer ; pour les enfants dont la famille est éloignée, le linge est lavé par l'établissement. Le linge de toilette est fourni. Une coiffeuse vient deux heures, deux fois par mois.

10. AMBIANCE GENERALE

Le respect des droits et de la dignité des patients et la volonté de limiter au plus strict nécessaire les atteintes à leurs libertés imprègnent la prise en charge. De façon active, elle se traduit dans la plus large possibilité de téléphoner ou d'aller et venir qui est laissée aux patients, l'absence d'imposition du port du pyjama ou encore le souci d'un recours mesuré à l'isolement et la contention et dans des conditions soucieuses, même si les locaux ne s'y prêtent pas, de la dignité du malade. Les patients témoignent de cette qualité, au point que certains redoutent d'avoir à quitter le centre hospitalier.

Participe fondamentalement à ce qui est perceptible comme une culture de l'établissement, une implication forte des médecins dans leur mission de soins mais également dans l'animation des équipes et la formation de tous les soignants et intervenants. Dans ce contexte, la place de l'USIP, les particularités de son fonctionnement mériteraient d'être réinterrogées par la communauté hospitalière.

La liberté pour la plupart des patients de déambuler en sécurité dans un parc vaste et agréable compense deux points faibles : la mauvaise qualité des bâtiments d'hébergement et une offre mal structurée d'activités.

Alors que le service qualité fonctionne bien, l'intérêt de l'évaluation des pratiques ne touche que modérément les esprits. Ainsi, les documents qui tracent l'utilisation de chaque chambre d'isolement en montrent un usage très modéré dans la plupart des unités, conforme au discours des médecins et soignants sur la question ; pourtant, l'établissement ne s'est pas doté de l'outil statistique informatisé qui lui permettrait d'observer finement ses pratiques, se privant d'une appréciation plus globale sur ses qualités de prise en charge.

De même, les conséquences financières de certains procédés discutables mériteraient d'être évaluées avec précision pour fonder une démarche corrective.

Les droits des patients prévus par la loi du 5 juillet 2011 sont reconnus mais inégalement appliqués selon les professionnels ou les phases de la prise en charge ; la procédure juridique de suivi des patients en soins sans consentement – notification des droits, conditions de présentation au juge des libertés et de la détention, collège des professionnels de santé ou visite de la CDSP – doit être mieux maîtrisée et mise en œuvre par tous les intervenants pour en assurer une application rigoureuse des droits de ces patients.

Les perspectives et développements envisagés dans le projet d'établissement en cours d'élaboration sont autant de réponses pertinentes aux contraintes géographiques et démographiques du département, aux difficultés de prise en charge et à l'impératif de sortie de l'hôpital. Pour autant, les caractéristiques de fonctionnement d'une partie du personnel et les difficultés rencontrées par la direction pour les régulariser risquent d'hypothéquer la réalisation des projets, les interlocuteurs et bailleurs de fonds risquant, à juste titre, de se montrer peu enclins à voir diffuser dans de nouveaux services installés sur le site des pratiques contestables de certains agents, pratiques indirectement défavorables à la qualité de la prise en charge des patients ou futurs hébergés.