



Rapport de visite :

2 au 6 octobre 2017 – 1^{ère} visite

Centre hospitalier

Maurice Despinoy

Fort-de-France

(Martinique)

SYNTHESE

Cinq contrôleurs du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) ont visité le centre hospitalier Maurice Despinoy (CHMD), établissement public départemental de santé mentale de la Martinique, du 2 au 6 octobre 2017. Cette mission constituait une première visite.

Ce rapport a été adressé, en vue du recueil de leurs éventuelles observations, à la directrice du centre hospitalier, au directeur général de l'agence régionale de santé, au président du tribunal de grande instance de Fort-de-France, au procureur de la République près ce tribunal et au préfet de région de la Martinique. La directrice du centre hospitalier, le président du tribunal et le procureur de la République ont fait parvenir leurs observations, intégrées dans le rapport joint.

Le CHMD gère l'intersecteur de pédopsychiatrie et les trois secteurs de psychiatrie adulte de la Martinique. En 2012, un nouveau site a été ouvert à Mangot-Vulcin, avec 140 lits de court séjour, qui sont complétés par 99 lits de moyen séjour toujours installés sur l'ancien site de Balata. Des difficultés financières obèrent à court terme le projet d'abandon du site de Balata et la construction de nouveaux bâtiments à Mangot-Vulcin.

A l'occasion de cette visite, les contrôleurs ont constaté les atteintes suivantes au respect ou aux droits fondamentaux des patients :

- plus de 90 % des patients en soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement n'ont pas de tiers désigné : près de 70 % ont été placés en urgence et plus de 20 % pour péril imminent ;
- toutes les unités de soins sont fermées alors que près de la moitié des patients sont en soins libres ;
- les règles de vie des unités, non harmonisées et incomplètes, ne sont pas remises systématiquement au patient lors de son admission ;
- les unités du site de Balata sont fortement dégradées : fuites d'eau, murs défoncés, portes de placard arrachées, fenêtres brisées remplacées par des planches ;
- sur le site de Mangot-Vulcin, chaque chambre dispose d'une sonnette d'appel mais toutes les sonnettes ont été désactivées, le personnel considérant que c'était ingérable ; la ventilation mécanique ne fonctionne plus dans certaines unités depuis plusieurs mois, voire des années ; les placards individuels ne disposent pas de système de verrouillage ;
- les équipes soignantes méconnaissent les règles relatives à la notification des mesures de soins sans consentement, au traitement des plaintes et réclamations, à l'audience du juge des libertés et de la détention ; toutes les fonctions afférentes à ces obligations sont dès lors mal exercées ou mal préparées ;
- les instances de contrôle qui permettraient de pallier cette faiblesse ne fonctionnent pas : la commission des usagers est inactive, le conseil local de santé mentale n'existe pas et la commission départementale des soins psychiatriques n'a été mise en place qu'après la visite du CGLPL ;
- la question de la sexualité n'est pas traitée d'une façon permettant d'assurer dans toutes les unités la protection des patients vulnérables et notamment d'éviter des phénomènes de prostitution ;
- les chambres d'isolement du site de Balata sont hors normes et indignes ; sur les deux sites, le registre spécifique destiné à tracer les pratiques d'isolement et de contention, imposé par le code de la santé public, n'existe pas ;

- les soins psychiatriques, attentifs et bienveillants, sont rarement formalisés par des projets de service qui permettraient de structurer les prises en charge et de donner des directives claires aux soignants ; la délivrance des médicaments n'est pas confidentielle et sa traçabilité n'est pas sécurisée ; la permanence des soins somatiques sur le site de Balata est incomplète.

Il convient de signaler que les patients détenus bénéficient des mêmes droits que les autres patients de l'unité dans laquelle ils sont placés, ce qui, bien que normal, est rarement constaté lors des visites du CGLPL dans les services de psychiatrie.

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

- 1. BONNE PRATIQUE 20**

Une équipe de médiation constituée de soignants intervient en appui du personnel des unités d'hospitalisation en cas de violence.
- 2. BONNE PRATIQUE 24**

Deux unités d'hospitalisation remettent au patient arrivant un « memento rendez-vous » qui lui précise son médecin et son soignant référents ainsi que ses rendez-vous.
- 3. BONNE PRATIQUE 60**

Les personnes détenues hospitalisées au sein de l'USIP bénéficient des mêmes droits que les autres patients de l'unité.

RECOMMANDATIONS

- 1. RECOMMANDATION 21**

Afin de fidéliser les infirmiers et de développer leurs compétences, il serait opportun de mettre en place pour les infirmiers arrivants un tutorat étayé par une formation institutionnelle à la prise en charge des pathologies psychiatriques. Les droits des patients sans consentement devraient également faire l'objet d'une formation institutionnelle, ciblée sur les médecins et les soignants des unités d'hospitalisation.
- 2. RECOMMANDATION 24**

Le retrait de certains objets personnels (lacets, chapelets, ceintures), réalisé de manière systématique dans certaines unités, doit faire l'objet d'une décision adaptée à l'état de santé de chaque patient.
- 3. RECOMMANDATION 24**

Un règlement intérieur de l'établissement doit être réalisé. Les règles de vie doivent être complétées, mises à jour, harmonisées entre les unités et remises systématiquement lors de l'admission.
- 4. RECOMMANDATION 24**

La gestion des plaintes et réclamations doit faire l'objet d'une procédure rigoureuse et correctement appliquée.
- 5. RECOMMANDATION 25**

La personne de confiance doit être informée de sa désignation afin de pouvoir la valider, et devrait être davantage impliquée dans la prise en charge du patient.
- 6. RECOMMANDATION 25**

L'exercice du droit de vote doit être expliqué aux patients de façon systématique, formelle et complète.

7. RECOMMANDATION 26

L'accès au culte doit faire l'objet d'explications complètes, systématiques et formalisées.

8. RECOMMANDATION 26

Il conviendrait que les autorités responsables prennent en compte les défaillances effectives des tuteurs extérieurs dans le suivi des patients.

9. RECOMMANDATION 28

Une vigilance particulière est nécessaire pour garantir le transfert dans les délais légaux des patients reçus au service des urgences psychiatriques du CHU avant une admission en soins sans consentement au CHMD.

10. RECOMMANDATION 29

Les notifications doivent être effectuées dès l'admission, d'une manière appropriée à l'état du patient. L'information des patients doit être correctement assurée, avec conviction et pédagogie, et la copie des documents inhérents à l'hospitalisation sans consentement doit être remise tout au long de l'hospitalisation.

11. RECOMMANDATION 29

Le recueil des observations des patients doit être formellement tracé pour toute décision médicale prolongeant le maintien de soins psychiatriques sans consentement.

12. RECOMMANDATION 30

Il est urgent que les conditions de fonctionnement de la CDSP soient mises en œuvre afin de lui permettre d'assurer l'ensemble des missions prévues par la loi.

13. RECOMMANDATION 30

Le représentant de l'Etat dans le département ou son délégué, les chefs de juridiction du tribunal de grande instance ou leurs représentants doivent visiter l'établissement une fois par an.

14. RECOMMANDATION 31

Les représentants des familles et des usagers doivent être plus présents dans les unités et leur existence doit être clairement signalée aux patients.

15. RECOMMANDATION 32

Un effort de rigueur est nécessaire pour l'amélioration de la tenue du registre de la loi.

16. RECOMMANDATION 34

Il convient de protocoliser les modalités de remise de convocation à l'audience du JLD, afin que le patient ait une exacte compréhension des enjeux judiciaires et un accès complet aux droits découlant de l'audience.

17. RECOMMANDATION 35

Le collège des professionnels doit entendre le patient pour recueillir son avis avant de motiver sa décision

18. RECOMMANDATION 36

Les portes des unités doivent être ouvertes et les restrictions à la liberté d'aller et venir justifiées au cas par cas par des indications thérapeutiques.

19. RECOMMANDATION 36

La distribution de substituts nicotiques ne peut justifier une limitation systématique de l'accès au tabac.

20. RECOMMANDATION 38

Les pratiques relatives à l'accès au téléphone doivent évoluer. La conservation des téléphones portables, le libre accès à un poste téléphonique et le respect de la confidentialité des conversations sont des principes auxquels il ne peut être dérogé qu'au cas par cas pour raison médicale.

21. RECOMMANDATION 38

L'établissement doit mettre en place les moyens techniques permettant aux patients d'accéder à Internet.

22. RECOMMANDATION 39

Les conditions matérielles d'accueil des visiteurs doivent être améliorées afin de garantir l'intimité et la confidentialité des rencontres.

23. RECOMMANDATION 43

Afin d'assurer la sécurité des patients, les sonnettes d'appel doivent être remises en service dans toutes les unités.

24. RECOMMANDATION 43

La chaleur est insupportable dans certaines unités du site de Mangot-Vulcin. La maintenance des systèmes de ventilation doit intervenir sans délai.

25. RECOMMANDATION 45

Les fenêtres brisées doivent être remplacées sans délai dans les chambres des unités de SSP de Balata.

26. RECOMMANDATION 46

L'entretien de leur linge par les patients doit être facilité : un lave-linge et un sèche-linge doivent être mis à disposition dans chaque unité. Les patients doivent disposer d'équipements pour étendre leur linge dans les patios.

27. RECOMMANDATION 46

Chaque patient doit disposer d'un placard individuel équipé d'un système de verrouillage afin d'assurer la sécurité de ses effets personnels.

28. RECOMMANDATION 47

Une procédure sécurisée et tracée de dépôt de biens de valeur doit être organisée sur les deux sites du CHMD, en lien avec la régie générale du CHUM.

29. RECOMMANDATION 48

A Mangot-Vulcin, le système de prise de commande de denrées alimentaires doit être réorganisé afin de garantir une distribution de petits déjeuners complets aux patients. Un goûter suffisant doit être distribué chaque jour aux patients des deux sites.

30. RECOMMANDATION 49

L'absence de réaction aux phénomènes de prostitution, connus des soignants dans une unité, est inacceptable. Il est indispensable que les équipes se saisissent de cette problématique et apportent des réponses adaptées à la protection de l'intégrité physique des patients.

31. RECOMMANDATION 51

Il est nécessaire de formaliser pour l'ensemble du CHMD les projets de pôle et de service afin de structurer les prises en charge des patients et de donner une direction claire aux soignants.

32. RECOMMANDATION 52

Il convient de veiller à la confidentialité de la délivrance des médicaments dans les unités et d'en sécuriser la traçabilité.

33. RECOMMANDATION 52

Il est urgent de conclure une convention entre le CHU et le CHMD afin d'améliorer le diagnostic somatique des patients orientés vers le CHMD, la prise en charge somatique des patients du CHMD et de sécuriser le retour des examens biologiques. Il convient en outre d'améliorer la couverture somatique à Balata et d'assurer la prise en charge des addictions.

34. RECOMMANDATION 54

Il convient d'intégrer les activités de la thérapie dans les projets de service des unités et de les rendre plus accessibles.

35. RECOMMANDATION 57

Toutes les chambres d'isolement doivent être équipées d'horloges permettant aux patients de s'orienter dans le temps, de boutons d'appel en état de fonctionnement et d'une table et d'une chaise pour la prise des repas. Les chambres d'isolement de Balata sont indignes. Elles doivent être mises aux normes sans délai.

36. RECOMMANDATION 58

Un registre opérationnel permettant de connaître en temps réel la pratique de l'isolement et de la contention doit être mis en place. Ce registre doit être utilisé comme support de la politique de réduction du recours à la contention et à l'isolement prévue par le même texte.

37. RECOMMANDATION 62

La configuration de l'unité de gérontopsychiatrie et son emplacement ne permettent pas d'accueillir les patients dans des conditions de sécurité et de confort satisfaisantes. Le déménagement des patients dans des locaux respectueux de leur intégrité physique et de leur dignité doit être envisagé sans délai.

38. RECOMMANDATION 63

L'unité de gérontopsychiatrie doit impérativement bénéficier d'une permanence de soins psychiatriques. Un cadre de santé doit y être dépêché sans délai. Un projet de service doit être élaboré et un programme d'activités au sein et à l'extérieur du site doit être mis en place.

39. RECOMMANDATION 64

Une réflexion doit être menée afin d'assurer de réelles perspectives de sortie aux patients de la gérontopsychiatrie.

40. RECOMMANDATION 66

L'unité de pédopsychiatrie doit s'organiser pour être en capacité d'accueillir en urgence un mineur en état de crise.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	9
RAPPORT	12
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	12
2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	14
2.1 Le centre hospitalier Maurice Despinoy, marqué par un passé asilaire, joue un rôle central dans l'offre de soins psychiatriques en Martinique	14
2.2 L'organisation de l'offre de soins, saturée en ce qui concerne l'hospitalisation complète, n'est pas encore stabilisée.....	15
2.3 Le retour à l'équilibre financier de l'établissement fait peser une contrainte forte sur son évolution.....	18
2.4 Le <i>turn-over</i> et la précarité caractérisent une partie du personnel soignant dont la formation aux droits des patients est insuffisante	19
3. LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT ET LEURS DROITS.....	22
3.1 Les patients en soins sans consentement ont été, en grande majorité, placés sur décision du directeur de l'établissement, sans désignation d'un tiers	22
3.2 Les patients reçoivent, de façon aléatoire, des informations incomplètes, obsolètes et différentes d'une unité à l'autre	22
3.3 Les plaintes et réclamations ne sont pas tracées et les accusés de réception sont rares	24
3.4 La personne de confiance, souvent désignée, n'en est pas informée et n'est pas impliquée, en tant que telle, dans la prise en charge du patient	25
3.5 L'exercice du droit de vote est parfois expliqué oralement aux patients	25
3.6 L'accès aux cultes n'est que très succinctement expliqué aux patients.....	25
3.7 Le service des tutelles de l'hôpital, efficace bien que surchargé, est correctement informé par les assistantes sociales et prend régulièrement le relais de tuteurs extérieurs inefficaces	26
4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEURS CONTROLES	27
4.1 Les modalités d'accueil en urgence des personnes en soins sans consentement avant leur admission au CHMD sont en voie d'amélioration	27
4.2 Les droits des patients hospitalisés sans leur consentement au CHMD sont largement ignorés des soignants	28
4.3 Le recueil des observations des patients est inexistant	29
4.4 Le contrôle institutionnel est défaillant, notamment depuis la déshérence de la commission départementale des soins psychiatriques	29
4.5 La commission des usagers, récemment mise en place, n'est pas signalée dans les unités.....	30

4.6	La tenue du registre de la loi est faite consciencieusement quoique souffrant parfois de manque de rigueur et de retard dus à des effectifs trop faibles eu égard à la charge de travail	31
4.7	Les sorties de courte durée sont facilement accordées, de même que les levées des mesures d'hospitalisation complète, mais ces dernières peuvent se heurter à des difficultés opérationnelles	32
4.8	Le juge des libertés et de la détention exerce pleinement sa fonction de gardien des libertés	33
4.9	Le collège des professionnels de santé ne rencontre pas systématiquement le patient dont il examine la situation	35
5.	LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	36
5.1	Toutes les unités de l'établissement sont fermées et la liberté de circulation est considérablement limitée	36
5.2	Les contraintes de la vie quotidienne sont limitées à l'usage du tabac	36
5.3	Les modalités de communication avec l'extérieur sont restrictives et les conditions d'accueil des familles ne respectent pas l'intimité	37
6.	LES CONDITIONS DE VIE.....	40
6.1	Les unités, fortement dégradées, sont peu adaptées à l'accueil de patients en psychiatrie	40
6.2	Les patients ne disposent pas d'équipements suffisants à l'entretien de leur linge	45
6.3	La gestion des biens de valeur, dont le protocole est en cours de révision, n'est pas suffisamment formalisée et sécurisée	46
6.4	La livraison de certains éléments des petits déjeuners est aléatoire et tous les patients ne bénéficient pas d'un goûter dans les unités de Mangot-Vulcin.....	47
6.5	La sexualité ne fait pas l'objet d'une réflexion institutionnelle au détriment du respect de l'intégrité physique de certains patients	48
7.	LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES.....	50
7.1	Les soins psychiatriques sont attentifs et bienveillants mais ils sont rarement formalisés par des projets de service	50
7.2	Les soins somatiques sont encore à développer notamment à Balata	52
7.3	Les activités thérapeutiques sont mises en œuvre de façon sporadique hormis dans les unités du nord et à l'USIP.....	53
8.	L'ORGANISATION ET LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION	56
8.1	Si l'isolement et la contention semblent pratiqués avec modération, le registre imposé par le code de la santé publique n'est toujours pas mis en place	56
8.2	La sécurité est correctement prise en compte avec notamment des équipes de médiateurs	58
8.3	La gestion des événements indésirables manque de rigueur	59
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	60
9.1	Les hospitalisations des personnes détenues s'effectuent à L'USIP où elles bénéficient des mêmes droits que les autres patients.....	60

9.2 L'unité de gérontopsychiatrie fonctionne dans des conditions matérielles déplorables et de soins minimalistes.....	60
9.3 Le service de pédopsychiatrie, récemment ouvert, accueille en hospitalisation programmée les jeunes patients avec professionnalisme et bienveillance	64
10. CONCLUSION GENERALE.....	67
ANNEXE - RECUEIL DES SIGLES UTILISES.....	68

Rapport

Contrôleurs :

- Cédric DE TORCY ; chef de mission,
- Marie-Agnès CREDOZ ; contrôleure,
- Céline DELBAUFFE ; contrôleure,
- Mari GOICOECHEA ; contrôleure,
- Annick MOREL ; contrôleure.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), cinq contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier Maurice Despinoy (CHMD), établissement public départemental de santé mentale de la Martinique, du 2 au 6 octobre 2017.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le lundi 2 octobre à 8h45. Ils l'ont quitté le vendredi 6 octobre à 17h30. Ils ont réalisé une visite de nuit le soir du mercredi 4 octobre.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par la directrice du CHMD. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une trentaine d'auditeurs dont le président de la commission médicale de l'établissement (CME), les directeurs adjoints, les chefs de pôle, des médecins, des cadres de santé et des représentants des usagers.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet de la Martinique, le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance (TGI) de Fort-de-France, le bâtonnier de l'ordre des avocats du barreau de Fort-de-France, le délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS) et le maire du Lamentin. Les contrôleurs ont rencontré le président du conseil de surveillance de l'établissement. Par ailleurs, ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD). Les organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site ont été avisées de la présence des contrôleurs ; certaines organisations ont, à leur demande, rencontré les contrôleurs.

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

Des affichettes signalant la visite de 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 vendredi 6 octobre en présence de la directrice, de ses adjoints et du président de la CME.

Un rapport de constat a été envoyé le 15 mars 2018 à la directrice du centre hospitalier, au directeur général de l'agence régionale de santé, au président du tribunal de grande instance de Fort-de-France, au procureur de la République près ce tribunal et au préfet de région de la

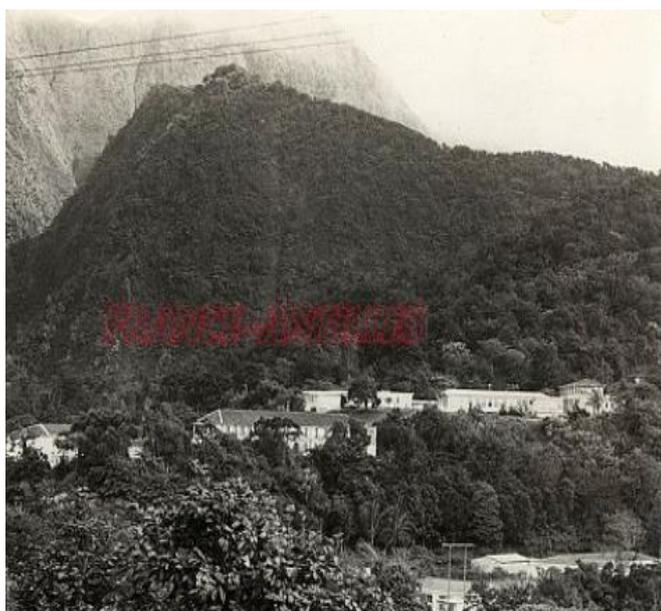
Martinique. Ont fait parvenir leurs observations, intégrées dans le présent rapport, la directrice du centre hospitalier, le président du tribunal et le procureur de la République.

2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LE CENTRE HOSPITALIER MAURICE DESPINOY, MARQUE PAR UN PASSE ASILAIRE, JOUE UN ROLE CENTRAL DANS L'OFFRE DE SOINS PSYCHIATRIQUES EN MARTINIQUE

Le centre hospitalier Maurice Despinoy (CHMD), établissement public de santé mentale, seul hôpital martiniquais à être conventionné pour accueillir des patients en soins sans consentement, gère l'intersecteur de pédopsychiatrie et les trois secteurs de psychiatrie adulte de l'île (Sud, Centre, Nord). Il concentre 80 % de la capacité d'hospitalisation à temps complet pour adultes d'un département de près de 400 000 habitants. Une offre complémentaire est assurée par le CHU (urgences psychiatriques depuis décembre 2012, service médico-psychologique régional [SMPR] depuis le 1^{er} juillet 2014, vingt lits pour troubles anxio-dépressifs) et la clinique privée Saint Paul (quarante-huit lits pour anxiété et dépression résistante). Les psychiatres libéraux sont relativement peu nombreux : dix médecins psychiatres enregistrés avec un exercice libéral ou mixte en mars 2016, soit moins de trois médecins pour 100 000 habitants contre dix en moyenne au niveau national.

Le CHMD s'inscrit dans une histoire singulière. Après la destruction, en 1902, par l'éruption de la montagne Pelée, de la première « maison des aliénés » de Saint-Pierre, les patients martiniquais présentant des pathologies mentales sont accueillis dans une annexe de la prison de Fort-de-France, appelée « *quartier provisoire* » (ils y sont « pris en charge » par les gardiens) ou sont « exilés », pour les malades les plus difficiles, à l'hôpital psychiatrique de Saint-Claude en Guadeloupe. Cette situation perdure jusqu'en 1953, date de la création d'un hôpital psychiatrique à vocation départementale, au lieu-dit Colson, à 14 km de Fort-de-France, sur la route de Balata, à mi-pente des pitons du Carbet, sur le site d'un ancien aérium abandonné par la Marine nationale, qui l'utilisait comme lieu de repos pour ses officiers. En dépit de l'éloignement du site, Maurice Despinoy, ancien directeur de l'établissement de Saint-Alban (Lozère), haut lieu de la psychiatrie institutionnelle, y développe une psychiatrie active. L'établissement accueillera jusqu'à 650 patients (avant le développement de la sectorisation).



Le site historique du centre hospitalier spécialisé « Colson » à Balata

L'histoire institutionnelle de l'établissement est marquée postérieurement par la mise en place d'une offre de soins hors les murs et l'implantation de structures de secteur extra hospitalières (CMP¹, hôpitaux de jour, CATT², accueil familiaux thérapeutiques). Dans l'actuelle décennie, la création d'établissements médico-sociaux sans autonomie juridique (deux maisons d'accueil spécialisées, deux foyers d'accueil médicalisés, un EHPAD³), pour une capacité totale de 206 lits, est destinée à accueillir les patients chroniques ou chronicisés de Balata ; le but est de « désengorger » les unités d'hospitalisation et de rendre ainsi plus fluide la gestion de la file active. En 2012, le transfert de 130 lits d'hospitalisation de court séjour sur le site de Mangot-Vulcin dans des locaux neufs jointifs du CHU – avec lequel est mis en place un groupement de coopération sanitaire –, et la nouvelle appellation « Maurice Despinoy » pour le centre hospitalier en 2014 signent les étapes récentes de la « décolonisation » de la psychiatrie martiniquaise. Sur le site de Balata, aujourd'hui fortement dégradé, sont toujours installés quatre-vingt-dix-neuf lits d'hospitalisation de moyen séjour.



Le nouveau centre hospitalier Maurice Despinoy à Mangot-Vulcin

2.2 L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS, SATURÉE EN CE QUI CONCERNE L'HOSPITALISATION COMPLETE, N'EST PAS ENCORE STABILISÉE

Le CHMD, dans sa partie sanitaire, est organisé en sept pôles :

- deux pôles administratifs, gérant les fonctions « support » :
 - « Finances » ;
 - « Ressources » ;
- trois pôles correspondant à trois secteurs de soins pour adultes :
 - Sud ;
 - Centre ;
 - Nord ;
- un pôle de pédopsychiatrie ;
- un pôle regroupant des fonctions interpolaires : gérontopsychiatrie, département d'information médicale, pharmacie, médecine somatique.

1 CMP : centre médico-psychologique

2 CATT : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

3 EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

L'ensemble des trois pôles sectoriels de soins et la pédopsychiatrie s'appuient sur une filière complète de prises en charge ; structures ambulatoires – CMP, CATT –, alternatives à l'hospitalisation – hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques, accueils familiaux thérapeutiques – et unités d'hospitalisation, appelées « maisonnées ». Ces dernières sont complétées pour les adultes par une unité de soins intensifs psychiatriques (USIP), échelon intermédiaire entre une UMD⁴ et un service d'hospitalisation générale ; rattachée au pôle Centre, créée en 2012 sur le site de Mangot-Vulcin, elle reçoit des patients en hospitalisation sans consentement qui ne peuvent pas être accueillis immédiatement ou maintenus dans les services d'hospitalisation « normale » en raison d'un état de « dangerosité situationnelle » et *a priori* transitoire ; notamment, les personnes détenues y sont soignées.

Deux des secteurs de psychiatrie adulte – Nord et Centre – sont en responsabilité des unités dites « services de suite psychiatriques » (SSP), destinées aux patients en moyen et long séjour, situés à Balata tout comme la gérontopsychiatrie. Au total, la capacité d'hospitalisation complète de l'établissement psychiatrique est de 239 lits.

Capacité d'hospitalisation CHMB

<i>Court séjour</i>	<i>Site de Mangot-Vulcin</i>
M1 (Centre 1)	20
M2 (Centre 2)	20
M3 (Sud1)	20
M4 (Sud2)	20
M5 (Nord1)	20
Parvis (Nord 2)	15
USIP	15
Pédopsychiatrie	10
<i>Total (1)</i>	<i>140</i>
<i>Moyen long séjour</i>	<i>Site de Balata</i>
SSP Centre	44
SSP Sud	30
Géronto (interpole)	25
<i>Total (2)</i>	<i>99</i>
<i>Total hospitalisation (1+2) = (3)</i>	<i>239</i>

Les patients présentent deux caractéristiques :

- la gravité des troubles psychiatriques : en 2016, 63 % des hospitalisés souffraient de difficultés liées à une décompensation psychotique contre 23 % en métropole ;
- l'importance des mesures de contrainte : en 2016, 68 % des patients hébergés avaient une mesure de contrainte. La même année, les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) représentaient 13 % des personnes soignées dans les services de l'hôpital contre 4 % en 2013 pour la moyenne nationale. La proportion de soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) était de 55 % au CHMD contre 14 % en moyenne nationale.

4 UMD : unité pour malades difficiles

Des taux d'occupation élevés sont constatés dans l'ensemble des unités, celles de moyen séjour mais aussi les SSP (entre 90 % et 98 %). En particulier, la saturation des maisonnées du pôle Centre conduit à l'hospitalisation de ses patients « hors secteur », dans les unités des pôles Sud et Nord, où ils représentaient en 2016 entre 28 et 23 % des hospitalisations annuelles. Plusieurs facteurs expliquent ce phénomène récurrent :

- le faible taux d'équipement de la Martinique en lits de psychiatrie générale (en 2010, 0,74 lit installé pour 100 000 habitants contre 1,10 au niveau national) ;
- un recours à l'hospitalisation plus important dans l'île qu'en métropole (24 % supérieur à celui de la France entière), notamment pour les patients en soins sans consentement (SSC) ;
- l'insuffisant développement des alternatives à l'hospitalisation (le taux de recours aux alternatives – ambulatoires ou prises en charge à temps partiel – reste inférieur à la moyenne nationale) et des structures médico-sociales d'aval pour les patients chroniques : selon une étude transversale de juin 2016 réalisée dans toutes les unités d'hospitalisation du CHMD, 38 % des patients hospitalisés auraient dû être transférés dans d'autres structures une fois leur état stabilisé au CHMD.

Ces éléments éclairent également une durée moyenne de séjour (DMS) et une durée moyenne d'hospitalisation (DMH⁵) élevées, non seulement dans les SSP mais également dans les unités d'hospitalisation « actives », notamment celles du Centre (en 2016, DMS : 31 à 36 jours ; DMH : 42 à 41 jours), les durées de séjour de l'USIP étant les plus courtes (DMS : 11 jours ; DMH : 14 jours). Cependant, en 2016, les durées d'hospitalisation du pôle Nord étaient en baisse par rapport à 2015, tandis que celles du Centre connaissaient à l'inverse une augmentation ; les DMS et DMH du pôle Sud étaient les plus basses.

Le projet d'établissement pour la période 2014-2018 prévoit une évolution de l'offre de soins du CHMD à la fois pour « humaniser » l'accueil des malades chroniques mais aussi pour rationaliser les prises en charge. Dans ce sens, il est envisagé de :

- regrouper les secteurs Nord (90 000 habitants) et Sud (110 000 habitants) afin de remédier au déséquilibre des secteurs en termes de couverture de la population : le secteur Centre, qui recouvre la population urbaine de l'île, compte 200 000 habitants ;
- construire de nouveaux bâtiments à Mangot-Vulcin afin de rapatrier les soins de suite psychiatrique et la gérontopsychiatrie de Balata en abandonnant le site qui offre aujourd'hui des conditions d'accueil indignes ;
- porter à vingt-cinq la capacité des deux maisonnées de chacun des futurs secteurs afin d'y accueillir les patients en soins au long cours aujourd'hui hébergés à Balata.

Cependant, les difficultés financières de l'organisme obèrent à court terme le projet d'abandon du site de Balata et la construction de nouveaux bâtiments à Mangot-Vulcin, d'autant que les charges de fonctionnement sur ce dernier site seraient supérieures aux économies réalisées par la fermeture du site historique.

5 DMH : DMS cumulée sur une année

2.3 LE RETOUR A L'EQUILIBRE FINANCIER DE L'ETABLISSEMENT FAIT PESER UNE CONTRAINTE FORTE SUR SON EVOLUTION

A partir de 2006, dernier exercice équilibré, le développement de l'établissement vers l'extra hospitalier et le médico-social s'effectue dans un grand désordre : mise en place de structures sur la base d'opérations immobilières douteuses, création des établissements médico-sociaux sans budgets annexes, recrutement non maîtrisé de personnel.

Cette dérive, non contrôlée par la tutelle, se traduit à partir de 2008 par un écart structurel grandissant entre dépenses et recettes (résultat d'exploitation négatif : -14,7 millions d'euros pour un budget de 65 millions d'euros en 2013), et un fort endettement ; une situation de quasi-faillite est constatée en 2012. Une administration provisoire de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2012 reprend en main l'établissement pendant six mois, accompagnée par un soutien financier massif (17 millions d'euros).

Après l'installation en 2013 d'une nouvelle équipe de direction, un plan de retour à l'équilibre financier (PREF), conclu avec l'ARS en 2014, vise à redresser les comptes sur une période de quatre ans. En raison de l'ampleur du déficit et de l'importance du soutien financier apporté par l'Etat, l'établissement est intégré en 2016 dans le dispositif de suivi du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO), regroupant les ministères de la santé et de la sécurité sociale, des finances, de l'assurance maladie et l'inspection générale des affaires sociales.

Durant la période 2013-2017, dans un contexte de stagnation de la dotation annuelle de financement – qui contraint à des économies structurelles parfois contradictoires avec le développement de l'extra hospitalier –, des efforts de gestion et de rationalisation des équipements sont entrepris : restructurations des CMP afin d'en diminuer le nombre, transfert au CHU du SMPR et du centre de ressources sur les auteurs de violences sexuelles (CRAVS) sur décision de l'ARS en 2014, transformation de trente-trois lits de long séjour en EHPAD en 2015, fermeture d'une unité d'hospitalisation de douze lits aux « Trois Ilets » en 2016, réduction progressive des accueils familiaux thérapeutiques (AFT). Des réductions d'effectifs (plus de 140 de 2014 à 2017) interviennent dans les services administratifs mais aussi les services de soins (- 32,9 ETP depuis 2015). Parallèlement, les restructurations, fortement aidées financièrement par l'Etat, permettent d'ouvrir dix places de lits en pédopsychiatrie et deux hôpitaux de jour pour adultes.

Les efforts de gestion de l'établissement réduisent le déficit comptable : - 2,2 Millions d'euros en 2016 sur un budget de 67 millions d'euros, résultat obtenu cependant avec une aide exceptionnelle – mais reconduite – de l'Etat de 9 millions d'euros. Mais la situation demeure très tendue. L'insuffisance de ressources réelles pour faire face aux charges de l'établissement et à l'apurement de son passif issu des exercices antérieurs – dettes sociales et fournisseurs – contraint toujours à reporter le paiement de certaines dépenses, notamment les charges patronales. La capacité d'autofinancement de l'établissement étant nulle, les dépenses d'investissement permettant le rapatriement à Mangot-Vulcin des longs séjours de Balata dans de nouveaux locaux dépendent intégralement des subventions (Fonds d'intervention régional).

2.4 LE TURN-OVER ET LA PRECARITE CARACTERISENT UNE PARTIE DU PERSONNEL SOIGNANT DONT LA FORMATION AUX DROITS DES PATIENTS EST INSUFFISANTE

Sur les 1 200 ETP⁶ de salariés figurant à l'effectif de l'établissement en 2016, 994,39 étaient affectés à l'hôpital.

Les médecins du CHMD, dont tous les postes sont pourvus, travaillent presque en totalité pour la partie sanitaire, soit 55 pour 42 ETP, 1,1 ETP de médecin étant consacré aux établissements médico-sociaux. Les psychiatres sont répartis sur les pôles de soins, placés sous la responsabilité d'un médecin chef de pôle, assisté d'un cadre supérieur de santé et d'un administratif. Certains d'entre eux sont dédiés intégralement à l'hospitalisation temps plein et présents toute la semaine sur le site de Mangot-Vulcin, hors après-midi d'intérêt général. Les services de moyen et long séjour situés à Balata disposent d'une moindre couverture médicale : il a été déclaré aux contrôleurs, contrairement à leur constatation, qu'après trois ans de déshérence, en 2017, un mi-temps de médecin psychiatre aurait été affecté à la gérontopsychiatrie ; sur les SSP Centre et Sud, la présence médicale partagée entre deux, trois voire quatre médecins ne couvre pas l'ensemble de la semaine. Une permanence à Mangot-Vulcin et des astreintes dont les contrôleurs ont constaté l'effectivité (en dépit de dysfonctionnements de transmission des plannings à la DRH) est organisée la nuit et le week-end. Le déplacement à Balata pose parfois problème. En cas d'absence, les remplacements dans les « maisonnées » sont assurés par les médecins du pôle, y compris par ceux dont l'activité est principalement extra hospitalière.

Six médecins généralistes, constituant l'équipe somatique de l'hôpital – qui comprend en outre une diététicienne – rattachée au pôle interpolaire, interviennent dans les unités de court et moyen séjour ; assistés par un gérontologue à Balata (SSP Sud), ils sont en contact avec le CHU pour les soins spécialisés.

Le personnel non médical constitue 64 % des effectifs, les infirmiers représentant la moitié de ce groupe et les aides-soignants le quart, le quart restant étant constitué d'agents administratifs et techniques. Les effectifs cibles, intégrant un volant de remplacement pour pallier les absences, conduisent à des présences dans la journée de quatre ou cinq soignants (deux tiers infirmiers et un tiers aides-soignants) par maisonnée de vingt patients à raison de deux équipes (6h-14h20 ; 13h-21h). Certaines unités (Sud 2, Centre 1) peuvent être légèrement mieux dotées que d'autres, de même que l'USIP en raison des pathologies des patients qui y sont placés. Le « tuilage » des équipes de jour n'est pas homogène : de 1 heure 20 dans les unités de court séjour, il est de 1 heure 40 au SSP Centre et de 50 minutes au SSP Sud. Les équipes de nuit (20h15-6h15), dédiées et gérées directement par la direction des soins infirmiers (dont la directrice est défailante depuis trois ans), ne rencontrent les soignants de jour qu'au moment des transmissions et ne participent pas aux réunions de synthèse. Une cellule de médiation de treize personnes, rattachée au pôle Centre, composée principalement d'aides-soignants et d'agents des services hospitaliers, peut intervenir en cas de violence dans les unités d'hospitalisation du site de Mangot-Vulcin en renfort des équipes dédiées.

6 ETP : équivalent temps plein

Bonne pratique

Une équipe de médiation constituée de soignants intervient en appui du personnel des unités d'hospitalisation en cas de violence.

Avec un taux d'absentéisme modéré – 6,34 % –, la communauté des soignants présente deux caractéristiques fortement reliées :

- une précarité élevée : en dépit depuis quatre ans d'un plan de résorption de l'emploi précaire (recrutement par concours de 212 personnes entre 2014 et 2017), le nombre de contrats à durée déterminée (CDD) était en septembre 2017 de 216 agents sur 740 salariés non médicaux dont la majorité étaient des infirmiers et des aides-soignants, soit près de 30 % qui correspondraient selon la direction à des contractuels de remplacement.
- un *turn-over* préoccupant de 29,83 % en 2016 pour ce qui est du personnel des services de soins : ainsi, sur le SSP Centre, sur trente-quatre soignants affectés, douze étaient contractuels, seize départs ayant été enregistrés depuis quatre ans.

Les causes de ces phénomènes sont plurifactorielles : demandes de disponibilité des titulaires aussitôt la titularisation obtenue, qui obligent à pourvoir les postes par des contractuels ; renouvellements des CDD ; remplacements des longues maladies ; démissions.

Ces caractéristiques fragilisent la capitalisation d'expériences et de compétences par les équipes soignantes, « *peu autonomes* » selon les propos de plusieurs médecins psychiatres. Au demeurant, le tutorat des jeunes infirmiers arrivants n'est pas mis en place de façon institutionnelle, même si certaines unités ont tenté d'instituer des infirmiers référents (pôle Centre) et si l'USIP exprime la nécessité « *d'une trame d'accueil des professionnels soignants et d'un vade-mecum du cadre* ».

Dans ce contexte, les actions de formation visant à sensibiliser les jeunes infirmiers à la prise en charge des pathologies psychiatriques n'ont pas de place dans les formations institutionnelles, à l'exception du pôle Nord. Dans une stratégie d'amélioration de la qualité des soins et de fidélisation des soignants, ce pôle a consacré depuis 2015 l'ensemble de ses crédits spécifiques de formation à un cursus de formation aux pathologies psychiatriques, destiné à l'ensemble de ses équipes. Pour les infirmiers, il dure deux ans et demi et s'organise en deux niveaux : niveau « spécialiste » avec savoirs incontournables et niveau « expert ». Les formations aux droits des patients n'existent pas plus, hors huit agents formés en 2017 par l'association nationale de formation hospitalière (ANFH), la dernière formation de ce type remontant, semble-t-il, à 2011. On note cependant que, dans le cadre de la certification de l'établissement par la HAS⁷, une évaluation des pratiques professionnelles (EPP), mise en place en novembre 2016 et pilotée par le médecin responsable de l'USIP, concerne la gestion des libertés : une première présentation des résultats de l'EPP devrait être faite en octobre 2017 en comité de pilotage de la certification. La formation « Omega » à la prise en charge de la violence concerne, annuellement et depuis trois ans, quarante-cinq agents sans qu'un ciblage sur les soignants ou les médecins des unités d'hospitalisation soit affirmé.

D'autres types de personnel complètent les équipes soignantes, de façon hétérogène selon les unités :

7 HAS : haute autorité de santé

- psychologues (entre 0,3 et 1 ETP selon les unités), assistantes sociales (0,5 ou 1 ETP par unité) ;
- éducateurs spécialisés (unités des pôles Nord et Sud) ;
- techniciens supérieurs hospitaliers (plasticienne au pôle Centre) et adjoints administratifs.

Recommandation

Afin de fidéliser les infirmiers et de développer leurs compétences, il serait opportun de mettre en place pour les infirmiers arrivants un tutorat étayé par une formation institutionnelle à la prise en charge des pathologies psychiatriques. Les droits des patients sans consentement devraient également faire l'objet d'une formation institutionnelle, ciblée sur les médecins et les soignants des unités d'hospitalisation.

3. LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT ET LEURS DROITS

3.1 LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT ONT ETE, EN GRANDE MAJORITE, PLACES SUR DECISION DU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT, SANS DESIGNATION D'UN TIERS

Statuts d'hospitalisation en 2015 et 2016	Nb de patients		DMS en jours		DMH annuelle en jours	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Total SPDT	609	648	30,40	31,13	34,73	32,71
<i>dont SDT</i>	57	43	31,42	26,97	27,50	23,80
<i>dont SDTU</i>	409	467				
<i>dont SPI</i>	143	138	29,11	42,94	54,16	45,12
Total SPDRE	91	90	144,41	139,17	155,52	139,18
<i>dont SDRE Maire</i>	40	37				
<i>dont détenus</i>	16	16				
<i>dont décision judiciaire</i>	1	2				
<i>dont SDT -> SDRE</i>	3	3				
Soins libres	574	558	86,51	92,18	86,51	92,18
Total	1 274	1 296	63,85	76,89	68,32	79,04

A l'examen de ce tableau, il apparaît que plus de 90 % des patients en soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SPDT) n'ont pas de tiers désigné : près de 70 % ont été placés en urgence (SDTU) et plus de 20 % pour péril imminent (SPI). Ce pourcentage inhabituellement élevé et qui s'est aggravé entre 2015 et 2016 interroge sur le degré d'implication du service des urgences du CHU à rechercher un tiers voire un deuxième médecin.

Par ailleurs, on constate que près de la moitié des patients sont en soins libres alors qu'en pratique toutes les unités de soins étaient fermées au moment de la visite du CGLPL (Cf. *infra* chap. 5.1).

Les services « Adultes » reçoivent parfois des mineurs de 16 ou 17 ans mais cela reste exceptionnel depuis l'ouverture d'une unité de pédopsychiatrie (Cf. *infra* chap. 9.3). Ainsi, au moment de la visite du CGLPL, l'unité 2 du pôle Sud recevait un jeune de 17 ans depuis le 27 septembre 2017 ; il était vu tous les jours par l'équipe soignante et médicale de l'unité de pédopsychiatrie.

Les statistiques qui ont été remises aux contrôleurs concernant les unités de soins de suite psychiatriques (SSP) indiquent un taux de renouvellement de près de 30 % pour le SSP Sud et 50 % pour le SSP Centre durant les douze derniers mois.

3.2 LES PATIENTS REÇOIVENT, DE FAÇON ALEATOIRE, DES INFORMATIONS INCOMPLETES, OBSOLETEES ET DIFFERENTES D'UNE UNITE A L'AUTRE

Un « livret d'accueil de l'usager » a été élaboré en 2015. Ce document de cinquante pages présente l'organisation des soins psychiatriques en Martinique et plus précisément au sein du CHMD ; il développe les questions administratives liées au séjour du patient. Les spécificités des différents types de soins sans consentement ne sont pas développées, sont parfois erronées –

exemple : soins psychiatriques « à la demande » et non « sur décision » du représentant de l'Etat (SDRE) – et les droits y afférents sont incomplets ; ainsi, le CGLPL n'est pas mentionné et les coordonnées des autorités que le patient peut contacter ne sont pas précisées. Certaines évolutions de la loi ne sont pas prises en compte ; ainsi, il est évoqué la « commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), remplacée, selon un décret datant du 1^{er} juin 2016, par la « commission des usagers » (CDU). D'autres informations sont fausses ; ainsi, il est fait mention d'un lieu de culte sur le site de Balata, qui n'existe plus depuis plusieurs années. En principe, ce livret d'accueil est remis à tout patient au moment de son admission ; les contrôleurs ont constaté que la délivrance n'était pas systématique et que certains patients le réclamaient. En revanche, il est souvent remis aux familles.

Un projet de « *règlement intérieur des unités d'hospitalisation complète* » a été élaboré en 2015 ; s'il ne s'agissait pas du règlement intérieur complet du CHMD, ce projet avait le mérite de réaliser ce que l'on appelle communément des « *règles de vie* », qui auraient été communes à toutes les unités d'hospitalisation ; il développait sur cinq pages « *les conditions d'accueil et l'organisation du séjour des personnes hospitalisées en psychiatrie générale à temps complet sur les trois sites du CHMD* ». La situation des personnes en soins sans consentement, décrite sur une demi-page, est peu détaillée ; il est notamment indiqué : « *Vous serez informé(e) dès votre admission de votre situation juridique et de vos droits* ». Apparemment, ce projet de règlement a été validé en août 2015 mais la plupart des unités visitées ont déclaré ne pas le connaître.

Selon les déclarations faites aux contrôleurs, lors de l'installation à Mangot-Vulcin, il aurait été demandé aux équipes de ne pas créer de règlement intérieur propre à chaque unité, dans l'attente d'un règlement intérieur général, qui n'existe toujours pas.

Certaines unités ont rédigé des règles spécifiques qui apportent quelques précisions complémentaires aux informations contenues dans le livret d'accueil, parfois de façon très succincte sur deux pages, parfois illustrées ; d'autres développent davantage d'informations sur huit pages. Selon les cas, ce document est intitulé « *règles de vie* », « *règlement intérieur* » ou « *règlement interne* ». Ces règles ne sont pas affichées dans toutes les unités.

L'unité Sud 2 ne dispose pas de règles écrites.

Un « *règlement intérieur de l'USIP* », remis à chaque agent nouvellement affecté dans cette unité, consacre un article aux droits des patients hospitalisés ; cet article ne fait aucune référence aux audiences du JLD ni à la possibilité de le saisir pour contester une mesure de soins sans consentement. Ce document, qui explicite notamment l'ensemble des règles de vie, n'est ni affiché ni remis aux patients ; ceux-ci peuvent demander à le consulter.

Dans les deux unités d'hospitalisation du pôle Nord, une fiche cartonnée appelée « *memento rendez-vous* » est remise au patient lors de son arrivée ; elle précise l'identité du patient, les noms du médecin et de l'infirmier référents, et liste les dates, heures, lieux et titres des professionnels avec lesquels le patient a rendez-vous. Ainsi, elle permet au patient de se repérer dans le rythme de son hospitalisation.

Au-delà, certaines règles systématiques non écrites diffèrent d'une unité à l'autre. Ainsi, les unités adoptent une politique propre en ce qui concerne l'interdiction de conserver divers objets personnels : dans les unités du Nord, les ceintures sont systématiquement retirées afin de prévenir les risques de suicide, dans celles du Sud les ceintures, les lacets et les chapelets sont retirés et placés dans une pièce non utilisée.

Recommandation

Le retrait de certains objets personnels (lacets, chapelets, ceintures), réalisé de manière systématique dans certaines unités, doit faire l'objet d'une décision adaptée à l'état de santé de chaque patient.

Les questionnaires de satisfaction ne sont pas remis systématiquement aux patients. Dans certaines unités, ils sont remplis avec l'aide des soignants puis stockés en attendant d'être suffisamment nombreux pour être remis à la cellule « Qualité ».

Recommandation

Un règlement intérieur de l'établissement doit être réalisé. Les règles de vie doivent être complétées, mises à jour, harmonisées entre les unités et remises systématiquement lors de l'admission.

Dans sa réponse, la directrice du CHMD précise : « L'établissement a procédé à la rédaction de son règlement intérieur général, qui a été approuvé par le conseil de surveillance en date du 24 avril 2018. Sa publication devrait intervenir début mai 2018 ».

Bonne pratique

Deux unités d'hospitalisation remettent au patient arrivant un « memento rendez-vous » qui lui précise son médecin et son soignant référents ainsi que ses rendez-vous.

3.3 LES PLAINTES ET RECLAMATIONS NE SONT PAS TRACÉES ET LES ACCUSES DE RÉCEPTION SONT RARES

Le livret d'accueil évoque les plaintes et réclamations dans le chapitre de la CRUQPC ; il y est indiqué que le patient peut exprimer oralement ses griefs auprès de l'ensemble des services de l'établissement ou adresser une plainte écrite à la directrice du CHMD ; « toute réclamation écrite fait l'objet d'un courrier au patient l'informant que sa plainte est instruite. L'enquête sur l'objet de la plainte est conduite par le directeur sous le contrôle du médiateur concerné. Une réponse est alors adressée au plaignant. Toutes les plaintes sont présentées à la CRUQPC ». Cette procédure, qui est affichée dans certaines unités, n'est pas toujours connue des soignants.

Les dépôts de plaintes et réclamations sont rares. Les requêtes écrites sont remises de la main à la main au personnel soignant qui les transmet au bureau des hospitalisations, ce qui ne permet pas de protéger la confidentialité de leur contenu. Des enveloppes, du papier et des stylos sont mis à la disposition des patients qui le demandent. Ces requêtes ne sont pas tracées de sorte que l'on ne connaît pas leur volume et, d'après les déclarations faites aux contrôleurs, les patients ne recevraient pas systématiquement d'accusé de réception à leurs requêtes.

Recommandation

La gestion des plaintes et réclamations doit faire l'objet d'une procédure rigoureuse et correctement appliquée.

Dans sa réponse, la directrice précise : « *Même s'il n'existe pas de registre des plaintes comme on peut le concevoir, les plaintes sont tracées dans un tableau Excel. Les plaintes font l'objet d'un accusé de réception et les réponses sont apportées dès que possible. Les plaintes peuvent être consultées à tout moment. Il existe un rapport des plaintes, qui présente les statistiques et met en exergue le volume des réclamations sur plusieurs années. Ce rapport est soumis à la CDU* ».

3.4 LA PERSONNE DE CONFIANCE, SOUVENT DESIGNÉE, N'EN EST PAS INFORMÉE ET N'EST PAS IMPLIQUÉE, EN TANT QUE TELLE, DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Au moment de leur admission, les patients sont consultés sur le sujet, qui fait l'objet d'une rubrique dans le dossier médical informatisé mais que les soignants reconnaissent connaître mal voire pas du tout.

Contrairement aux directives du code de santé publique, la procédure ne prévoit pas l'information de la personne désignée, qui par conséquent ne confirme pas formellement son accord, ce qui invalide la désignation.

La personne de confiance n'est impliquée dans la prise en charge du patient que si, en tant que membre de la famille, elle vient lui rendre visite.

Au moment de la visite du CGLPL, plus de la moitié des patients avaient désigné une personne de confiance.

Recommandation

La personne de confiance doit être informée de sa désignation afin de pouvoir la valider, et devrait être davantage impliquée dans la prise en charge du patient.

3.5 L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE EST PARFOIS EXPLIQUÉ ORALEMENT AUX PATIENTS

L'exercice du droit de vote n'est pas évoqué dans le livret d'accueil.

D'après les déclarations des équipes des unités visitées, les élections ne font l'objet d'aucune information formelle, organisée par la direction, écrite, diffusée par voie d'affichage. Les patients sont informés oralement. « *Ceux que ça peut intéresser ont les informations par la télévision ; de toute façon, leur état de santé leur interdit toute sortie pour aller voter* ».

Lors des élections présidentielles, dans l'ensemble de l'établissement, une dizaine de patients sont sortis voter et un patient aurait voté par procuration.

Recommandation

L'exercice du droit de vote doit être expliqué aux patients de façon systématique, formelle et complète.

3.6 L'ACCÈS AUX CULTES N'EST QUE TRÈS SUCCINCTEMENT EXPLIQUÉ AUX PATIENTS

Le livret d'accueil donne des indications très succinctes : « *Pendant la durée de votre hospitalisation, vous pouvez faire appel au ministre du culte de votre choix. Des lieux de prières sont à votre disposition ; Mangot-Vulcin : dans le hall d'accueil à droite ; Balata* ». Aucune indication n'est donnée sur des éventuelles permanences, des coordonnées, des horaires, etc. Sur le site de Balata, la chapelle est fermée et inutilisable depuis plusieurs années.

Les règles de vie des unités n'évoquent pas toujours le sujet et les soignants ne connaissent pas toujours les différents cultes susceptibles d'être représentés à l'établissement.

A Mangot-Vulcin, seul, un aumônier catholique vient parfois rendre visite à des patients et présider un office. Certains visiteurs religieux – témoins de Jéhovah, catholiques, adventistes, évangélistes – proposent de rencontrer des patients dans les unités, au salon des visiteurs.

A Balata, une messe est dite une fois par mois dans l'EHPAD situé de l'autre côté de la route. L'EHPAD envoie une note d'information précisant la date qui est affichée dans les unités. Il arrive qu'un patient s'y rende accompagné par un soignant. Parfois un patient est accompagné à l'église de la commune de Balata. Si un patient demande à rencontrer un représentant d'un autre culte, une recherche est réalisée pour le satisfaire ; il n'existe aucune liste de contacts préétablie.

Il n'est plus demandé au patient à son arrivée s'il souhaite rencontrer le représentant d'un culte au motif qu'il est « *interdit de demander sa religion* ».

Recommandation

L'accès au culte doit faire l'objet d'explications complètes, systématiques et formalisées.

3.7 LE SERVICE DES TUTELLES DE L'HOPITAL, EFFICACE BIEN QUE SURCHARGE, EST CORRECTEMENT INFORME PAR LES ASSISTANTES SOCIALES ET PREND REGULIEREMENT LE RELAIS DE TUTEURS EXTERIEURS INEFFICACES

Un service des tutelles est constitué dans l'établissement ; il est animé par deux mandataires judiciaires qui suivent quelque 150 dossiers dont, au moment de la visite du CGLPL, une trentaine concernait des patients en hospitalisation complète parmi lesquels six étaient en soins sans consentement. D'autres patients sont placés sous une tutelle ou une curatelle personnelle ou tenue par des associations. Le livret d'accueil consacre une page à la protection des personnes majeures vulnérables.

Le service des tutelles gère notamment les dépenses du patient, soit par l'établissement de bons d'achats, soit en délivrant au patient de l'argent de poche en fonction de ses besoins et de ses disponibilités. Il est tenu informé des convocations aux audiences du JLD, auxquelles il se rend et au cours desquelles il est invité à s'exprimer.

Parfois, sur demande du médecin, éventuellement alerté par l'assistante sociale en charge de l'unité d'hospitalisation, un patient est confié au service des tutelles par le juge des tutelles ou par le tribunal d'instance du domicile du patient. Cette demande intervient régulièrement en raison d'un manque de réactivité d'un tuteur extérieur – personnel ou associatif – déjà mandaté, qui grève la vie quotidienne du patient et ses possibilités de sortie avec parfois des conséquences néfastes en termes médical et social ; cela entraîne l'intervention de l'assistante sociale, qui doit prendre le relais du tuteur extérieur pour régler des affaires telles que le renouvellement de la couverture maladie (CMU-C), l'ouverture des droits, les impayés de loyers, les ruptures d'électricité, etc.

Recommandation

Il conviendrait que les autorités responsables prennent en compte les défaillances effectives des tuteurs extérieurs dans le suivi des patients.

4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEURS CONTROLES

4.1 LES MODALITES D'ACCUEIL EN URGENCE DES PERSONNES EN SOINS SANS CONSENTEMENT AVANT LEUR ADMISSION AU CHMD SONT EN VOIE D'AMELIORATION

Alors que jusqu'en 2012 l'hôpital psychiatrique départemental Colson gérait les urgences psychiatriques (personnel médical et paramédical) au sein du service d'accueil d'urgences du centre hospitalier universitaire de Martinique (CHUM) à Fort-de-France, le transfert des lits d'hospitalisation de court séjour sur le site de Mangot-Vulcin a eu pour conséquence l'ouverture d'un service d'urgences psychiatriques au CHUM avec le maintien de la participation au tiers des praticiens hospitaliers de Colson. Rapidement et malgré la convention conclue entre le CHUM et le CHMD, des difficultés institutionnelles (disparition de l'équipe mobile d'urgences psychiatriques [EMUP] précédemment adossée au centre 15, suppression de l'unité de 72 heures) et relationnelles entre les praticiens ont obéré la fluidité et parfois la régularité du circuit des admissions au CHMD.

La très problématique répartition des gardes entre les médecins psychiatres des deux établissements, les possibilités d'accueil réduites au CHMD compte-tenu du taux d'occupation élevé dans toutes ses unités, auxquelles il faut ajouter les modalités de transfert dépendant d'ambulanciers privés ont parfois conduit à des hospitalisations sans consentement irrégulières.

Il est aussi arrivé que des patients admis sans leur consentement aux urgences du CHUM y séjournent plus de quarante-huit heures sans qu'aucun droit ne leur soit notifié, alors même que ce service n'a pas été désigné, conformément à l'article L 3222-1 du CSP, par le directeur général de l'ARS pour assurer les soins psychiatriques sans consentement.

Il a été dit aux contrôleurs que les conditions de prise en charge médicale laissaient alors à désirer, le patient pouvant rester dans les boxes, maintenu sous contention, voire même n'étant pas correctement alimenté avant l'effectivité de son transfert vers le CHMD.

Devant la gravité de la situation et alerté par le juge des libertés et de la détention, le directeur de l'ARS a, en 2016, réuni un comité de pilotage (CoPil) qui est parvenu à mettre en place une organisation efficiente depuis la fin du deuxième trimestre 2017 et qui paraît avoir résolu les dysfonctionnements sus visés.

Dans sa réponse, la directrice du CHMD déclare : « *Le directeur de l'ARS a, en 2016, organisé des réunions entre les deux établissements sans issue véritable. Début 2017, avec des dysfonctionnements persistants, un comité de pilotage (CoPil) a été constitué et s'est réuni sous l'égide de deux médecins de l'ARS pour faire des propositions (mise en place d'un "bed management", réouverture de quelques lits de post urgences psychiatriques gérés par le CHMD au CHUM, création d'une équipe mobile de gérontopsychiatrie). Seule la création de la cellule "bed manager" a été concrétisée par le CHMD* ».

De fait, afin d'optimiser le circuit des hospitalisations, deux cadres de santé ont été nommés pour exercer les fonctions de *bed manager* avec pour mission de repérer les places vacantes dans les différentes unités et ainsi de prévoir, en relation avec un « psychiatre régulateur », les capacités d'accueil au sein de l'établissement. Le *bed manager*, dont la présence est assurée de 7h à 21h, est en contact avec le CHUM, reçoit et trace quotidiennement les demandes de transfert avant de mettre en œuvre la décision médicale en organisant le transfert du patient.

Pendant la visite des contrôleurs, trois admissions de patients ont ainsi été réalisées dans la journée de leur arrivée aux urgences psychiatriques, aucun autre patient n'étant en attente de transfert du CHUM vers le CHMD.

Recommandation

Une vigilance particulière est nécessaire pour garantir le transfert dans les délais légaux des patients reçus au service des urgences psychiatriques du CHU avant une admission en soins sans consentement au CHMD.

4.2 LES DROITS DES PATIENTS HOSPITALISES SANS LEUR CONSENTEMENT AU CHMD SONT LARGEMENT IGNORES DES SOIGNANTS

Les modalités d'admission sont organisées de telle façon que le patient n'a pas à se présenter au bureau des hospitalisations : le transfert ayant été organisé par le *bed manager* et l'affectation dans l'unité adéquate validée par le médecin régulateur, le patient y est directement conduit et pris en charge par l'équipe pluridisciplinaire avant même que son dossier administratif ne soit ouvert.

L'admission dans le secteur de référence du patient est privilégiée, étant précisé que les patients détenus relevant de l'article D 398 du code de procédure pénale et ceux présentant un état psychiatrique aigu en phase de décompensation sont accueillis à l'USIP.

Le soignant accueillant remplit une fiche de liaison, avec indication de l'identité du patient, la nature juridique de son hospitalisation (SPDRE ou SPDDE⁸), la date et l'heure d'entrée au service ; il la transmet ensuite au bureau des hospitalisations accompagnée de la photocopie de la pièce d'identité et des documents justifiant l'hospitalisation. Un travail identique est fait la nuit par l'infirmière coordinatrice. C'est alors seulement que s'effectuent les vérifications de la conformité des certificats médicaux et l'édition des documents d'admission – le bulletin d'entrée, l'arrêté du maire puis celui du préfet, la décision de la direction – avant que ne soient envoyées dans l'unité adéquate les notifications à effectuer auprès du patient.

C'est principalement le cadre de santé de la maisonnée ou l'infirmière de service qui procède à la notification de la décision d'admission, sans que soit remise au patient une notice détaillant les dispositions de l'article L 3211-3 du code de la santé publique déclinant l'ensemble des droits inhérents à toute personne hospitalisée sans consentement. Tous les patients sont appelés à signer l'accusé de réception qui accompagne l'arrêté préfectoral ou la décision directoriale, chacun de ces documents faisant mention des voies de recours. Le souci principal est plus d'obtenir la preuve de la notification pour la retourner dans les meilleurs délais au bureau des hospitalisations que de donner des explications orales à visée pédagogique tant sur le sens de l'hospitalisation que sur les droits dont la personne peut demander la mise en œuvre.

Certes, les contrôleurs ont constaté l'attitude bienveillante du personnel, mais les échanges avec les soignants ont démontré leur manque de formation juridique quant aux exigences de la loi sur les soins sans consentement. Il en résulte logiquement des pratiques qui, si elles sont respectueuses du formalisme légal, font montre, dans la plupart des cas, de peu de conviction

8 SPDDE : soins psychiatriques su décision du directeur de l'établissement

pour expliquer au patient l'utilité de la mise en œuvre des voies de recours et l'intérêt des droits qui lui sont reconnus.

Par ailleurs, la copie des documents, notamment les certificats médicaux mensuels, qui devrait être remise ne l'est que très exceptionnellement et uniquement quand le patient le demande.

Durant le temps de la mission, la personne responsable du bureau des hospitalisations, interpellée par les questionnements des contrôleurs, s'est employée à élaborer une fiche de notification listant l'intégralité des droits résultant de la loi pour que, jointe aux décisions d'admission, elle soit remise au patient qui en accusera réception.

Recommandation

Les notifications doivent être effectuées dès l'admission, d'une manière appropriée à l'état du patient. L'information des patients doit être correctement assurée, avec conviction et pédagogie, et la copie des documents inhérents à l'hospitalisation sans consentement doit être remise tout au long de l'hospitalisation.

4.3 LE RECUEIL DES OBSERVATIONS DES PATIENTS EST INEXISTANT

Les dispositions de l'article L 3211-3 du code de la santé publique (CSP) exigent que, dans la mesure où son état le permet et avant chaque décision, le patient soit informé par le psychiatre du projet de maintien des soins sans consentement. Il doit alors lui être donné la possibilité de faire valoir ses observations, notamment son opposition à la poursuite des soins sous cette forme.

Or, cette notion est quasiment inconnue des soignants ; des psychiatres ont indiqué en faire état sur les certificats médicaux mensuels ; cependant, lors de la consultation par échantillonnage d'un certain nombre de certificats médicaux, les contrôleurs n'ont pas constaté de telles mentions.

Recommandation

Le recueil des observations des patients doit être formellement tracé pour toute décision médicale prolongeant le maintien de soins psychiatriques sans consentement.

4.4 LE CONTROLE INSTITUTIONNEL EST DEFAILLANT, NOTAMMENT DEPUIS LA DESHERENCE DE LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES

Au jour de la visite des contrôleurs, la composition de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) était caduque : le mandat des membres des associations des usagers avait expiré et le médecin psychiatre désigné par le procureur général près la cour d'appel avait cessé son activité. La dernière réunion s'était tenue le 16 juin 2016.

Les contrôleurs ont rencontré le président de la CDSP, médecin généraliste et la directrice de l'offre de soins à l'ARS accompagnée de deux agents de la cellule de soins contraints. De ces échanges, il est apparu des difficultés conjoncturelles de communication entre la cellule gestionnaire à l'ARS et les membres de la commission. Il a été expliqué que les contraintes d'effectifs avaient empêché l'assistance que la CDSP était en droit d'attendre en termes de secrétariat de la part de l'ARS ; le planning annuel des visites a ainsi été annulé à compter de juin 2016. Le dialogue qui s'est instauré entre les protagonistes a permis une clarification du rôle de

l'ARS autant qu'a été mis en évidence le souhait de la présidente de voir la commission exercer pleinement les fonctions attribuées par la loi.

Il a ainsi été décidé une nouvelle programmation des visites au CHMD et la reprise du suivi des admissions sans consentement avec notamment le contrôle des hospitalisations sur décision directoriale d'une durée supérieure à un an.

Aucun rapport d'activité n'a été remis aux contrôleurs, qui ont rappelé aux représentants de l'ARS l'obligation résultant de l'article L 3223-1 du CSP de transmettre le rapport d'activité annuel au CGLPL.

Recommandation

Il est urgent que les conditions de fonctionnement de la CDSP soient mises en œuvre afin de lui permettre d'assurer l'ensemble des missions prévues par la loi.

Dans sa réponse, la directrice du CHMD précise : « La CDSP s'est réunie deux fois depuis la visite (le 21 décembre 2017 et le 15 mars 2018) ».

Les contrôleurs ont été informés que le conseil local de santé mentale n'avait pas été installé et que les autorités ayant l'obligation de visiter le centre hospitalier en application de l'article L3222-4 du code de santé publique ne s'y déplaçaient que rarement, aucune trace d'une visite récente n'ayant, de ce fait été relevée.

Recommandation

Le représentant de l'Etat dans le département ou son délégataire, les chefs de juridiction du tribunal de grande instance ou leurs représentants doivent visiter l'établissement une fois par an.

Dans sa réponse, le procureur de la République précise : « [les visites] ont bien été réalisées par le parquet de Fort-de-France en 2014, 2015 et 2017. Ces visites ont donné lieu à des comptes rendus [...]. J'ai demandé pour l'avenir aux magistrats chargés de ces visites d'en laisser une trace dans le registre de l'établissement ».

4.5 LA COMMISSION DES USAGERS, RECEMMENT MISE EN PLACE, N'EST PAS SIGNALEE DANS LES UNITES

La CDU a été « réactivée » à l'occasion d'une première réunion le 16 février 2017 ; le 6 avril 2017, les membres en ont été désignés : la présidente, la vice-présidente, quatre représentants des usagers, deux représentants de la CME, deux représentants de la CSIRMT⁹, deux représentants du personnel, deux médiateurs médicaux et deux médiateurs non médicaux. La CDU a examiné trois plaintes puis a visité l'ensemble des locaux du CHMD.

Par la suite, la CDU s'est réunie le 10 juillet 2017 ; à cette occasion, elle a notamment procédé à un bilan des plaintes, réclamations et événements indésirables pour l'année 2016, échangé

9 CSIRMT : commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (Cf. décret n° 2010-449 du 30 avril 2010)

autour d'une présentation sur les différentes formes d'hospitalisation en psychiatrie et a visité le SSP Sud sur le site de Balata. La réunion suivante était programmée pour le 26 octobre 2017.

Lors de ces deux réunions, seule la CSIRMT n'a pas été représentée.

D'après les déclarations faites aux contrôleurs, les contacts des unités avec les associations ou représentants des usagers sont rares voire inexistants. Ceux-ci ne font l'objet d'aucun affichage ni d'une information dans le livret d'accueil et leur existence n'est pas toujours connue du personnel.

Recommandation

Les représentants des familles et des usagers doivent être plus présents dans les unités et leur existence doit être clairement signalée aux patients.

4.6 LA TENUE DU REGISTRE DE LA LOI EST FAITE CONSCIENCIEUSEMENT QUOIQUE SOUFFRANT PARFOIS DE MANQUE DE RIGUEUR ET DE RETARD DUS A DES EFFECTIFS TROP FAIBLES EU EGARD A LA CHARGE DE TRAVAIL

Les registres de la loi sont conservés au bureau des hospitalisations, où sont affectés deux adjoints administratifs pour le suivi des soins sans consentement sous l'autorité d'un chef de service, adjoint des cadres hospitaliers.

Ces agents, qui n'ont pas reçu de formation spécifique au moment de la mise en œuvre de la loi de 2011 et de ses modifications ultérieures, bénéficient toutefois de documents constitués de fiches pratiques qui, en fonction de la nature juridique de l'hospitalisation sans consentement, déclinent les exigences de la loi quant aux documents à produire et à l'échéance à respecter.

En sus, un tableau *Excel* a été mis au point par chacun des agents pour lui faciliter le suivi de la date des échéances et ainsi sécuriser la production des documents exigés par la loi.

Ces outils sont apparus insuffisants au regard du gain de temps offert par un logiciel beaucoup plus performant utilisé dans d'autres CHS (planipsy). En effet les contrôleurs ont pu constater que les deux agents, compétents et consciencieux, se trouvaient en difficulté pour être à jour dans la tenue des registres dès que l'un d'eux était absent. Au jour de la visite, des pièces datant d'une semaine étaient en attente de classement.

D'un modèle standard, les registres dits « vivants » sont au nombre de trois concernant les patients en SPDRE, le plus ancien datant de 2015, et onze réservés aux SPDDE dont sept pour l'année 2017 et quatre pour l'année 2016. Les registres précédents, dont toutes les mesures étaient levées, sont gardés aux archives de l'hôpital avant d'être versés aux archives départementales. Chaque registre est paraphé à l'ouverture et à la fermeture par le maire de la commune.

Les contrôleurs ont examiné tous les registres par sondages et ont plus particulièrement examiné les deux derniers registres ouverts : celui des SPDRE, ouvert le 13 janvier 2017 et rempli jusqu'au folio n°72 (admission le 30 septembre 2017) et celui des SPDDE, ouvert le 30 août 2017 et utilisé jusqu'au feuillet 44 pour une admission le 29 septembre. Ces examens ont donné lieu aux constats suivants :

- les mentions visées à l'article L 3212-1 du code de la santé publique sont généralement retranscrites à l'exception des trois suivantes :
 - o pas de notification des droits énoncés à l'article 3211-3 du code de la santé publique ;

- pas d'inscription des notifications des décisions de mise sous protection judiciaire ;
- pas d'inscription concernant les audiences du JLD ;
- la levée des mesures n'est pas toujours indiquée et nécessite alors de consulter le dossier ;
- les arrêtés préfectoraux mentionnent les voies de recours mais ne donnent ni les coordonnées du CGLPL ni celles de la commission des usagers ;
- malgré la disposition de la loi du 27 septembre 2013 préconisant la dématérialisation du registre de la loi, aucun projet n'est mis en œuvre alors que, de l'avis unanime, la tenue du registre est chronophage et fastidieuse.

Recommandation

Un effort de rigueur est nécessaire pour l'amélioration de la tenue du registre de la loi.

Dans sa réponse, la directrice du CHMD précise : « *Les remarques pour les mentions manquantes sur les registres ont été prises en compte. Les agents du BH ont reçu une formation spécifique en 2014* ».

4.7 LES SORTIES DE COURTE DUREE SONT FACILEMENT ACCORDEES, DE MEME QUE LES LEVEES DES MESURES D'HOSPITALISATION COMPLETE, MAIS CES DERNIERES PEUVENT SE HEURTER A DES DIFFICULTES OPERATIONNELLES

4.7.1 Les sorties de courte durée

Selon l'ensemble des informations recueillies, vérifiées par des éléments statistiques remis aux contrôleurs, il ressort que la prise en charge des patients en soins sans consentement est, dès le début de l'hospitalisation, orientée, autant que faire se peut, dans l'optique d'une réinsertion sociale. Les médecins précisent que l'hospitalisation complète sans consentement doit cesser en même temps que la crise.

Ainsi, les sorties de courte durée sont accordées, soit pour maintenir des liens familiaux, soit pour faire des démarches à caractère médico-social. Le préfet ne s'y oppose, après qu'il a été saisi de la demande quarante-huit heures au moins avant la date envisagée pour la sortie, que dans de très exceptionnelles situations.

A titre d'exemples et tous statuts juridiques confondus, dans le courant du mois de septembre 2017, soixante-neuf personnes ont bénéficié de sorties dont sept pour une durée inférieure à 24 heures.

Les tiers, qui sont informés le plus souvent par téléphone, ne s'opposent jamais à une telle demande.

Il a été précisé que les patients respectaient les horaires de rentrée. Les quelques exceptions contraires ont été résolues sans difficulté, la localisation du patient étant connue et permettant la mise à exécution de la procédure de retour forcé.

4.7.2 Les levées des mesures

La levée de la mesure de SPDDE en hospitalisation complète cesse après que le psychiatre de l'unité d'affectation du malade a certifié que les conditions l'ayant motivée ne sont plus réunies. Elle se heurte parfois à la défaillance des tuteurs et à la difficulté de trouver des structures

adaptées quand le retour en famille n'est pas possible. Dans quelques cas, peu nombreux, le médecin prescrit le maintien de la contrainte sous forme de programme de soins. Au jour du contrôle, vingt-trois patients hospitalisés sur décision du directeur de l'établissement étaient en programmes de soins avec pour modalité le suivi ambulatoire dans un CMP.

Concernant les personnes admises en SPDRE, il a été précisé aux contrôleurs que les préfets successifs exigeaient des motivations circonstanciées des certificats médicaux prescrivant une demande de mainlevée d'hospitalisation complète, mais ne demandaient qu'exceptionnellement l'avis d'un second psychiatre. Très souvent, le psychiatre propose la levée de l'hospitalisation complète mais préconise un suivi en programme de soins ; c'est ainsi qu'au moment de la visite, soixante-quatre personnes étaient en soins ambulatoires, contraintes de se présenter régulièrement au CMP du ressort de leur domicile. L'une d'entre elles était ainsi en programme de soins depuis 1991.

Par ailleurs, les sorties souffrent de l'absence d'assistante sociale dans certaines unités.

4.8 LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EXERCE PLEINEMENT SA FONCTION DE GARDIEN DES LIBERTES

Bien qu'aucune convention n'ait été établie entre le TGI et l'ARS pour définir les modalités d'intervention du JLD, l'audience se tient conformément aux dispositions de l'article L3211-12-2 du code de la santé publique dans les locaux de l'hôpital, où une pièce a été spécialement aménagée ; un bureau attenant à cette salle est dédié aux entretiens avec les avocats.

Les audiences se tiennent le mardi et le vendredi matin sous la présidence d'un des deux JLD en charge, au TGI, du contentieux civil des hospitalisations sans consentement.

4.8.1 Les modalités d'organisation

Les échanges entre le bureau des hospitalisations et le greffe judiciaire se font sous la forme dématérialisée.

La requête, rédigée selon un formulaire standard, est transmise au greffe, comme l'exige la loi, au plus tard huit jours après la décision d'admission et au moins quinze jours avant l'expiration du délai de six mois pour les contrôles ultérieurs. A cette saisine, sont obligatoirement joints les certificats médicaux de 24 heures et 72 heures et l'avis médical motivé. Le JLD a alerté les médecins sur l'importance de la description précise des troubles mentaux justifiant la poursuite de l'hospitalisation complète et sur l'incapacité du patient à consentir à se soigner.

Le médecin établit en sus un certificat attestant la possibilité ou non pour le patient d'assister à l'audience ; il préconise l'impossibilité d'être auditionné dans des cas rares et justifiés par une conjoncture telle que le placement en chambre d'isolement ou une hospitalisation somatique.

Le patient se voit notifier sa convocation par un soignant de sa maisonnée et signe un accusé de réception que l'on retrouve joint au dossier d'audience.

Dans l'hypothèse où il refuse de comparaître, il le mentionne sur un formulaire qui l'informe que sa représentation à l'audience sera assurée par un avocat.

A l'instar des conditions de notification des décisions d'admission, il a été difficile aux contrôleurs de vérifier quelles explications étaient données au patient pour lui permettre de comprendre le sens de l'audience et d'exercer les droits attachés à cette convocation, notamment la possibilité de consulter le dossier judiciaire. Les soignants entendus ont tous paru être dans l'ignorance de cette disposition.

Le greffe judiciaire dispose des coordonnées du tiers et de l'existence d'une mesure de protection judiciaire lui permettant ainsi d'aviser les intéressés. Dès la réception des documents, il saisit le bâtonnier pour désignation, au titre de l'aide juridictionnelle, d'un avocat.

Recommandation

Il convient de protocoliser les modalités de remise de convocation à l'audience du JLD, afin que le patient ait une exacte compréhension des enjeux judiciaires et un accès complet aux droits découlant de l'audience.

4.8.2 Le déroulement de l'audience

Les contrôleurs ont assisté à deux audiences hebdomadaires.

Ils ont pu constater, confirmant ce qui leur avait été dit, que les patients étaient désireux de comparaître. Accompagnés d'un ou deux soignants suivant leur état, ils ont été introduits dans la salle d'audience sans avoir eu à subir un temps d'attente susceptible de générer angoisse ou stress.

Certains soignants ont assisté à l'audience, assis derrière le patient, tandis que d'autres sont restés dans le couloir, les magistrats ayant précisé leur laisser le choix. Un tuteur était présent à l'audience du mardi et deux à celle du jeudi.

Particulièrement respectueux du contradictoire, avec une qualité d'écoute empathique, le juge, qui n'avait pas revêtu sa robe institutionnelle, a procédé à un recueil d'informations pertinentes et a cherché à connaître l'avis des patients, chacun étant en capacité de s'exprimer.

Les avocats, qui s'étaient au préalable entretenus avec leurs clients et avaient une bonne connaissance des dossiers, n'ont pas soulevé de moyens de défense juridiques.

La capacité d'attention des juges est apparue réelle.

4.8.3 Les décisions rendues

Invités à patienter dans le couloir pendant le délibéré, le patient et son avocat ont ensuite été appelés pour entendre la décision, expliquée en termes clairs et simples avec une information pédagogique des possibilités des voies de recours. La greffière, qui avait pris des notes d'audience exhaustives, en a fait signer le procès-verbal et a précisé que les ordonnances seraient transmises dans l'après-midi au bureau des hospitalisations pour notification.

A l'issue de deux audiences, une décision de mainlevée exécutoire dans un délai de 24 heures a été prononcée pour irrégularité du certificat médical d'admission.

En 2015, le JLD a rendu 739 décisions dont 37 ont fait l'objet d'une mainlevée. En 2016, 618 décisions de maintien ont été prononcées tandis que 63 patients ont vu lever leur hospitalisation complète sans consentement. Au premier trimestre 2017, le JLD a rendu 175 ordonnances dont 157 confirmaient le maintien et 18 levaient la mesure.

L'analyse des ordonnances décidant de la mainlevée, toutes communiquées aux contrôleurs, a fait apparaître que les motifs retenus à l'appui de telles décisions visaient principalement des irrégularités procédurales à l'admission et des certificats médicaux non conformes.

Dans sa réponse, le procureur de la République précise : « *Les principaux motifs d'irrégularités ont été exposés au corps médical et administratif du CHMD au cours de réunions de travail annuellement organisées par le JLD, en présence d'un magistrat chargé du service civil du parquet*

(notamment en dates des 10 décembre 2014, 18 novembre 2015 et 10 janvier 2017). Des améliorations concrètes ont pu être observées à l'issue de ces réunions, notamment quant à la présence dorénavant systématique de la feuille de recherche de tiers incluant les diligences effectuées par le corps médical pour justifier une hospitalisation fondée sur un péril imminent. Il doit toutefois être indiqué que, depuis la visite de votre délégation, de nouvelles irrégularités ont été constatées, notamment s'agissant de l'absence ou la tardiveté des notifications au patient des décisions d'admission ou de maintien en hospitalisation signées par la direction de l'hôpital. Mon parquet a rappelé depuis à la direction du CHMD les dispositions de l'article L3211-3 du CSP ».

4.9 LE COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE NE RENCONTRE PAS SYSTEMATIQUEMENT LE PATIENT DONT IL EXAMINE LA SITUATION

Le collège est composé d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient en soins sans consentement, d'un médecin psychiatre extérieur au suivi médical du patient et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire – généralement le cadre supérieur de santé.

Il se réunit chaque fois que de besoin afin de se prononcer sur une mesure de SPDDE, que l'hospitalisation soit complète ou sous forme de programme de soins, lorsque sa durée excède un an. Le directeur établit alors une convocation en mentionnant le nom de ses trois membres et la date à laquelle l'avis doit être émis. Réuni dix fois entre le mois de janvier et le mois de septembre 2017, il n'a pas eu à se prononcer en faveur de la levée d'une mesure d'hospitalisation sans consentement.

S'agissant des patients relevant de l'irresponsabilité pénale, le collège donne son avis :

- au JLD quand il est saisi d'une demande de mainlevée ou quand il exerce son contrôle obligatoire judiciaire tous les six mois ; ainsi réuni treize fois entre janvier et octobre 2017, il a prononcé la levée d'une mesure d'hospitalisation complète avec placement dans une structure de type EHPAD ;
- au préfet lorsqu'il envisage une prise en charge autre que l'hospitalisation complète ou quand il souhaite lever la mesure ; ces deux hypothèses ne se sont jamais produites.

Sauf cas exceptionnel, le collège examine la situation au vu des éléments du dossier sans estimer nécessaire d'entendre le patient.

Recommandation

Le collège des professionnels doit entendre le patient pour recueillir son avis avant de motiver sa décision

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 TOUTES LES UNITES DE L'ETABLISSEMENT SONT FERMEES ET LA LIBERTE DE CIRCULATION EST CONSIDERABLEMENT LIMITEE

Toutes les unités de l'établissement sont fermées.

Sur le site Mangot-Vulcin, l'accès aux unités se fait à l'aide d'un badge que détiennent les professionnels. Pour pénétrer dans les unités, les visiteurs doivent sonner à un interphone ; une caméra est placée à chaque entrée, dont les images sont renvoyées dans le bureau des infirmiers. Pour sortir des unités, les patients doivent se faire ouvrir les portes par les soignants. Si les patients en soins libres peuvent théoriquement demander à sortir, dans les faits, ils restent la plupart du temps cantonnés à l'intérieur des unités et au sein de leurs espaces extérieurs clos. Les patients qui se rendent aux activités de sociothérapie sont pris en charge dans leurs unités par le personnel de la sociothérapie qui vient les chercher et les accompagne jusque dans les locaux. Bien que clos, les vastes espaces extérieurs qui entourent les bâtiments d'hospitalisation ne sont absolument pas investis, sauf par certains patients de l'unité Nord 1, alors qu'ils pourraient constituer un lieu de promenade et d'activité pour les patients.

Sur le site de Balata, au SSP Sud, le règlement interne précise que les patients en soins libres peuvent sortir de l'unité seuls « *sauf en cas de consignes médicales différentes* » ; en pratique, toutes les sorties sont accompagnées, notamment en raison de la présence de dealers autour du site, a-t-il été indiqué. Au SSP Centre, au moment de la visite du CGLPL, trente et un patients pouvaient sortir de l'unité accompagnés, sept pouvaient en sortir seuls et un ne pouvait plus sortir depuis qu'il avait « *fugué* ».

Recommandation

Les portes des unités doivent être ouvertes et les restrictions à la liberté d'aller et venir justifiées au cas par cas par des indications thérapeutiques.

5.2 LES CONTRAINTES DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT LIMITEES A L'USAGE DU TABAC

5.2.1 L'accès au tabac

Dans l'ensemble des unités, à l'exception de l'unité Nord 1 où les patients conservent leur tabac et gèrent leur consommation, l'accès au tabac est rationné à environ dix cigarettes par jour, qui sont remises par les soignants aux patients selon diverses modalités en fonction des unités (une à quatre distributions quotidiennes).

Dans la majorité des unités, cette règle n'est ni explicitée ni affichée ; selon les informations fournies, elle a pour objectif d'éviter le racket et la consommation de cigarettes en chambre.

Afin de contrebalancer cette restriction à la consommation, l'établissement a mis en place une politique non contraignante de lutte contre le tabagisme ; des substituts nicotiques (patchs et gommes) sont à la disposition des patients qui le souhaitent.

Recommandation

La distribution de substituts nicotiques ne peut justifier une limitation systématique de l'accès au tabac.

5.2.2 Le port du pyjama

A l'USIP, seuls les patients en « *protocole suicidant* » portent un pyjama en papier.

Dans les autres unités, le port du pyjama n'est jamais imposé y compris en chambre d'isolement.

5.2.3 L'accès aux chambres

A l'USIP, les chambres sont inaccessibles dans la journée, les patients restant dans l'espace de vie commune de l'unité.

Dans les autres unités, l'accès aux chambres est libre tout au long de la journée à l'exception parfois de quelques heures durant la matinée, pour permettre le nettoyage des chambres. Les patients ne peuvent pas fermer leur chambre à clé mais ils peuvent s'enfermer dans leur local sanitaire.

5.3 LES MODALITES DE COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR SONT RESTRICTIVES ET LES CONDITIONS D'ACCUEIL DES FAMILLES NE RESPECTENT PAS L'INTIMITE

5.3.1 Le courrier

La possibilité d'émettre et de recevoir du courrier est évoquée dans le livret d'accueil, qui précise que les patients peuvent « *communiquer avec la personne de leur choix (proches, représentant légal, autorité judiciaire)* ».

Le courrier est acheminé dans les services par le vaguemestre et distribué par le personnel soignant ; à défaut de boîte aux lettres, le courrier sortant est remis aux soignants.

Les patients peuvent affranchir eux-mêmes leur courrier ; s'ils ne disposent pas de timbre, le courrier est affranchi par l'hôpital. Le matériel d'écriture est fourni dans les unités qui ne disposent pas toujours d'un stock suffisant d'enveloppes.

Le règlement intérieur de l'USIP consacre un chapitre au courrier. Il précise que le courrier entrant est systématiquement ouvert par le patient en présence d'un soignant afin de s'assurer qu'il ne contient pas « *d'objet suspect* ». Il énonce également que le courrier sortant ne doit pas être contrôlé « *et particulièrement les correspondances adressées* » à un certain nombre d'autorités parmi lesquelles figurent le directeur de l'établissement, le procureur de la République, le JLD et le président de la CDSP.

5.3.2 Le téléphone

Le livret d'accueil prévoit que « *l'utilisation des téléphones portables n'est pas autorisée à l'intérieur des unités de soins. L'utilisation du téléphone du service est soumise à l'avis du médecin et aux disponibilités du service* ».

Les pratiques divergent d'un pôle à l'autre et parfois d'une unité à l'autre au sein d'un même pôle.

Au pôle Sud, à l'unité Nord 2, à l'USIP et au SSP Centre, les téléphones portables sont interdits ; la raison la plus fréquemment invoquée est la possibilité de prendre des photos et la violation du droit à l'image. Dans ces unités, au moment de la visite, tous les patients avaient l'autorisation de téléphoner mais cette autorisation trouve des limitations effectives et opérationnelles dans le fait que le seul téléphone accessible se situe dans le bureau des soignants. La localisation du téléphone ne permet aucune confidentialité des communications ; certains appels sont placés

sur haut-parleur pour contrôler ce que disent les patients à leurs proches ; à l'USIP, cinq patients étaient ainsi soumis à des conversations téléphoniques « médiatisées » au moment de la visite.

Au pôle Centre – uniquement pour les patients en soins libres –, à l'unité Nord 1 et au SSP Sud, le téléphone portable est autorisé mais ne peut être conservé dans les unités ; les patients peuvent le récupérer dans le bureau des infirmiers pour passer leurs appels.

Par ailleurs, le nombre de communications téléphoniques hebdomadaire depuis le poste téléphonique du bureau des infirmiers est limité : entre un et trois appels dans la plupart des unités, un appel quotidien à l'USIP et au sein de l'unité Centre 2.

Recommandation

Les pratiques relatives à l'accès au téléphone doivent évoluer. La conservation des téléphones portables, le libre accès à un poste téléphonique et le respect de la confidentialité des conversations sont des principes auxquels il ne peut être dérogé qu'au cas par cas pour raison médicale.

5.3.3 Informatique et internet

A l'instar du téléphone, le seul accès possible à un poste informatique est limité à celui installé dans le bureau des infirmiers, utilisable sur demande et uniquement pour procéder à des démarches administratives. Là encore, son utilisation est subordonnée de la disponibilité de la salle et du personnel.

Seuls les patients de l'unité Nord 1 peuvent conserver leur ordinateur portable mais l'établissement est dépourvu de wifi.

Recommandation

L'établissement doit mettre en place les moyens techniques permettant aux patients d'accéder à Internet.

5.3.4 Les visites

Les horaires de visite sont précisés dans le livret d'accueil et le plus souvent affichés à la porte des unités : de 14h à 18h du lundi au vendredi et, en plus le week-end, de 10h à 12h.

Sur le site Mangot-Vulcin, les familles restent confinées avec les patients dans les espaces qui leur sont réservés ; elles peuvent se rendre, sous réserve d'une autorisation médicale, à la cafétéria de la sociothérapie mais celle-ci est fermée à partir de 14h. A l'exception de l'unité Nord 2 et de l'USIP, les visites se déroulent dans le salon des familles placé à l'entrée des unités. Dépourvu de porte, ce local ne permet aucune intimité, en particulier lorsque plusieurs patients accueillent simultanément leurs proches. Il n'y a pas de sanitaires pour les familles, ni de jeux à disposition pour les enfants. L'unité Nord 2 est dépourvue de salon de visite, les patients peuvent rencontrer leurs proches dans un espace ouvert aménagé au fond d'un couloir de l'unité ou dans la salle à manger dont les vitres donnent sur le bureau des infirmiers. Certaines visites peuvent être médiatisées mais uniquement à la demande des patients. Au sein de l'USIP, les conditions de visite sont différentes. Le règlement intérieur de l'unité précise que les visites sont autorisées de 14h30 à 17h30 à raison d'une seule visite à la fois et de deux personnes maximum. Les familles doivent prendre contact avec l'équipe soignante afin de programmer le jour de la visite. Les

rencontres ont lieu dans une salle de réunion située à proximité de l'entrée de l'unité. Certaines visites sont, sur prescription médicale, médiatisées et ne peuvent donc se dérouler sans la présence d'un personnel soignant. Si, dans l'ensemble des autres unités du site Mangot-Vulcin, tous les patients étaient autorisés à recevoir des visites au moment du contrôle, à l'USIP, trois patients n'étaient pas autorisés à en recevoir et six ne pouvaient rencontrer leurs proches qu'en présence d'un soignant.

Sur le site de Balata, le SSP Sud est dépourvu de local pour les visites de familles, qui se déroulent souvent à l'extérieur. Au SSP Centre, les visites peuvent s'effectuer, sous le balcon, dans un « local familles et activités » au rez-de-chaussée ou dans un coin de la salle à manger à l'étage.

Recommandation

Les conditions matérielles d'accueil des visiteurs doivent être améliorées afin de garantir l'intimité et la confidentialité des rencontres.

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LES UNITES, FORTEMENT DEGRADEES, SONT PEU ADAPTEES A L'ACCUEIL DE PATIENTS EN PSYCHIATRIE

6.1.1 La conception et l'organisation des lieux de vie

Les deux unités de SSP à Balata, anciennes et largement dégradées, et les maisonnées de Mangot-Vulcin, pourtant récentes, connaissent de nombreuses fuites d'eau provenant des toits, notamment dans les chambres et les couloirs. Mal conçues, les unités présentent des dégradations matérielles notables : murs en Placoplatre défoncés, dalles du plafond effondrées, portes de placards arrachées, traces d'humidité, peintures décollées.

Les unités de court séjour de Mangot-Vulcin sont situées aux niveaux -1 et -2 du centre hospitalier. Il s'agit de sept maisonnées à un étage, construites à l'identique, à l'exception de l'unité Nord 2, ancienne unité d'urgences psychiatriques située au rez-de-chaussée du CHMD désormais utilisée comme unité de soin « classique », et de l'USIP, maisonnée de plain-pied composée de quinze chambres d'isolement.

Les quatre maisonnées du Centre et du Sud font face à celles du Nord et de l'USIP ; desservies par de longues travées abritées, les entrées des unités entourent un espace central arboré.

Les espaces de vie des patients se trouvent au rez-de-chaussée des maisonnées ; chacun s'organise autour d'un patio ouvert. A l'exception de l'unité Nord 2, tous les locaux collectifs, éclairés par de larges baies vitrées, donnent sur ce patio : une salle de télévision – dont les chaises sont largement défoncées dans certaines unités –, une salle à manger spacieuse avec des tables de quatre et un local d'activité. A l'USIP, un unique local collectif fait office de salle à manger, salon, salle d'activité et salle de télévision.



Vue d'une unité du site Mangot-Vulcin depuis l'espace central

Une pièce d'accueil des visiteurs est située à l'entrée de chaque maisonnée, ainsi qu'une petite salle de travail et de réunion pour les infirmiers, dont la situation ne permet pas d'avoir une vue d'ensemble sur l'unité. La salle de soins (médicaments, table d'examen etc.) qui communique avec elle, est située à l'arrière.

Les quinze chambres des unités sont regroupées sur la partie gauche des maisonnées, distribuées par un couloir au début duquel se trouve la chambre d'isolement.

Les couloirs dans lesquels déambulent les patients sont étroits et sombres et ne sont pas décorés. Les bureaux des médecins se trouvent au rez-de-chaussée mais ceux du service d'assistance sociale, du secrétariat administratif, des psychologues et du cadre de santé sont au premier étage, espace qui n'est accessible qu'à l'aide d'un badge. Les services d'assistance sociale et les psychologues reçoivent néanmoins les patients dans un bureau du rez-de-chaussée.

A l'USIP les bureaux des médecins, du cadre de santé et du secrétariat et la salle de réunion se situent dans la première partie de l'unité, avant le franchissement de la porte verrouillée qui donne accès aux chambres.

A Balata, les unités SSP Centre et SSP Sud sont installées dans des bâtiments anciens, vétustes et mal entretenus.

L'unité SSP Centre occupe un bâtiment d'un étage, qui était occupé auparavant par deux unités distinctes. Chaque niveau comporte dix chambres d'un, deux ou trois lits, des toilettes, des locaux de vie et des bureaux ; le 1^{er} étage est équipé pour recevoir vingt-quatre patients en soins sans consentement et le rez-de-chaussée dix-huit patients en soins libres. Devant le bâtiment, un terrain arboré et sécurisé par une clôture est librement accessible aux patients du rez-de-chaussée. Les patients de l'étage ne peuvent s'y rendre que si un soignant ouvre la porte ; ils ont accès toute la journée à un balcon sécurisé qui court sur toute la longueur du bâtiment.



L'unité SSP Centre à Balata

L'unité SSP Sud occupe un bâtiment de plain-pied. Elle comporte trente lits répartis dans treize chambres à un, deux ou trois lits. Derrière le bâtiment, une cour sécurisée est accessible toute la journée aux patients.



L'unité SSP Sud à Balata

6.1.2 Les chambres et les lieux collectifs

a) A Mangot-Vulcin

Les chambres

A l'exception de l'unité Nord 2, chaque unité de court séjour – Centre, Sud et Nord 1 – dispose d'une chambre d'isolement et de vingt chambres classiques réparties en dix chambres simples et cinq chambres doubles dont l'une est adaptée aux personnes à mobilité réduite. Les chambres d'isolement ne sont pas utilisées comme chambre d'hébergement.

Une chambre individuelle de l'unité Centre 1 était condamnée au jour de la visite, en cours de rénovation après qu'elle a été dégradée par un patient deux mois plus tôt.

L'unité Nord 2 dispose de cinq chambres doubles et trois chambres individuelles, ainsi que trois chambres d'isolement et une chambre d'apaisement qui, selon les déclarations faites aux contrôleurs, sont parfois utilisées comme chambres « normales » en cas de sur occupation de l'unité.

Chaque patient dispose d'un lit médicalisé et d'un placard individuel à deux étagères, dont la porte est parfois arrachée. Les chambres sont monocales – une table et une chaise dans les chambres doubles, parfois une table de chevet au pied du lit – et ne sont pas équipées de téléviseur. Les patients ne disposent pas de poste de radio ; à l'unité Centre 2, les règles de vie autorisent uniquement la possession de « *tout matériel audio (petit format) équipé d'écouteurs sans caméra (MP3, Ipod)* ».

En cas de dégradation d'un élément du mobilier, son remplacement peut prendre beaucoup de temps ; il a ainsi fallu attendre plus d'un an pour installer un nouveau bouton poussoir dans une douche.

Toutes les chambres disposent d'un espace sanitaire équipé d'une douche à l'italienne et d'un lavabo, d'une toilette sans abattant, d'une prise électrique à proximité du lavabo et d'une patère. Le revêtement de toutes les douches de l'unité Centre 2, que l'humidité faisait gonfler, a été refait début 2017. Tous les lavabos ne disposent pas d'un miroir mural.

Dans chaque unité – sauf à l'USIP –, une chambre double est accessible aux personnes à mobilité réduite. Elle n'accueille qu'une personne et dispose d'un fauteuil médicalisé et d'une table adaptable. Le local sanitaire est également équipé d'une patère supplémentaire plus basse et de barres d'appui dans la douche et à côté des toilettes.

Les sonnettes d'appel placées au-dessus de chaque lit et dans les douches n'ont jamais fonctionné, désactivées avant l'ouverture de l'établissement en 2012 sur demande des syndicats « *car en psychiatrie c'est ingérable* ». Ces équipements sont, dans de très nombreuses chambres, arrachés du mur.

Recommandation

Afin d'assurer la sécurité des patients, les sonnettes d'appel doivent être remises en service dans toutes les unités.

Les portes des chambres sont percées d'un hublot légèrement quadrillé donnant une vision complète de la chambre depuis le couloir.

Toutes les fenêtres et portes-fenêtres des chambres, dont l'extérieur est pourvu de claies en bois sensées permettre la ventilation naturelle, sont condamnées, à l'exception de l'unité Nord 1, où les fenêtres sont ouvertes toute la journée et uniquement refermées la nuit par les soignants.

Le verrouillage général des fenêtres et la mauvaise orientation des bâtiments empêchent tout renouvellement de l'air ambiant. Les unités sont équipées d'un système de soufflerie mécanique qui ne fonctionne plus, à l'exception de l'unité Nord 2, depuis plusieurs mois voire des années dans certaines unités. La température peut être très élevée dans les chambres ; 30°C ont été relevés durant la visite de l'unité Sud 1. De nombreux patients laissent leur porte ouverte sur le couloir à l'aide d'une chaise afin de laisser l'air circuler. A l'USIP, la température varie entre 30 et 32°C, avec un taux d'humidité atteignant 70 %. Des ventilateurs sont installés dans les bureaux des soignants qui signalent régulièrement cette situation à leurs supérieurs.

Le site de Mangot-Vulcin connaît un problème général de rafraîchissement de ses locaux, qui relève de la gestion du groupement de coopération sanitaire (GCS). Le projet d'installer un « groupe froid » à proximité de l'USIP est à l'étude par le service logistique du CHMD.

Recommandation

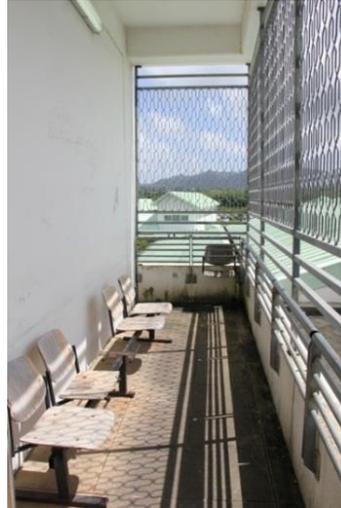
La chaleur est insupportable dans certaines unités du site de Mangot-Vulcin. La maintenance des systèmes de ventilation doit intervenir sans délai.

Les lieux collectifs

Les patios intérieurs, ouvert de 7h à 20h, permettent aux patients de déambuler à l'air libre, de fumer, et éventuellement de participer à des ateliers de jardinage.

Les patios, plus ou moins bien entretenus et arborés selon les unités, sont de taille réduite compte tenu du nombre de patients hospitalisés et ne disposent pas de point d'eau pour se désaltérer. A l'USIP, le patio est dépourvu de tout aménagement et aucun abri ne permet de se protéger du soleil ou des intempéries.

L'unité Nord 1 dispose, en plus du patio, d'une terrasse et d'un jardin accessibles depuis la salle d'activités, tandis que l'unité Nord 2, située au premier étage ne dispose ni de patio ni de jardin. Le seul espace extérieur accessible aux patients est un long balcon grillagé.



Balcon de l'unité Nord 2

Cependant l'accès depuis ce balcon à une cour fermée et gazonnée venait d'être édifié au moment de la visite ; un projet d'aménagement de cet espace (plantation d'arbres, etc.) était en attente de financement. Les patients de l'unité Nord 2 peuvent parfois s'y rendre l'après-midi et le week-end, toujours accompagnés de soignants.

Des jeux de société (*Trivial Pursuit™*, puzzles) et des livres (dictionnaire, classiques, romans policiers, *Super Picsou Géant*) sont mis à disposition dans les locaux d'activité. Les réalisations des patients y sont parfois exposées. Dans certaines unités, les patients bénéficient d'une enceinte installée dans la salle d'activité ou le couloir ; ils peuvent y brancher une clé USB.

b) A Balata

Les chambres des unités de SSP ne sont pas équipées de cabinets de toilette. Les patients doivent se rendre dans l'une des salles de douches collectives – trois au SSP Sud, quatre au SSP Centre – , équipées de lavabos parfois sans miroir, une ou deux douches individuelles et des sanitaires. Aucune barre d'appui n'est installée ; un WC au SSP Centre n'avait plus de porte et il n'y a pas toujours de poubelle.



Chambres collectives de SSP à Balata

Les fenêtres des chambres peuvent être ouvertes librement par les patients mais ne sont équipées ni de stores ni de rideaux. Par ailleurs, le minimalisme de l'ameublement, les nombreuses fenêtres brisées remplacées par des planches en bois, et les portes d'armoires défoncées donnent un sentiment de misère et d'abandon.

Recommandation

Les fenêtres brisées doivent être remplacées sans délai dans les chambres des unités de SSP de Balata.

Les unités de SSP disposent chacune d'une salle d'activité et d'une salle à manger ; une poubelle était placée dans l'une d'elles pour récupérer l'eau qui fuyait du toit. Les patients hébergés à l'étage ont accès à un long balcon fermé et, sur demande, à un jardin librement accessible pour les patients du rez-de-chaussée.



Balcon de l'unité SSP Centre

6.2 LES PATIENTS NE DISPOSENT PAS D'EQUIPEMENTS SUFFISANTS A L'ENTRETIEN DE LEUR LINGE

A Mangot-Vulcin comme à Balata il n'y a pas d'horaire imposé pour les douches, sous réserve des plages horaires d'entretien des chambres. Les patients les plus dépendants se font aider par le personnel soignant.

Les produits de toilette (déodorant en spray, parfum, rasoirs, savon) sont retirés aux patients et conservés sur un chariot dans le local vestiaire, étiquetés au nom du patient, et distribués le matin.

Aucun produit d'hygiène n'est fourni par l'hôpital, à l'exception du papier toilette. Comme l'indique le livret d'accueil et le *flyer* « règles de vie », les produits d'hygiène autorisés doivent être fournis par la famille ou la tutelle et être « *ravitailés régulièrement* » : un gel-douche, un gant, une brosse à dents, un dentifrice, un peigne, une brosse à cheveux, un flacon d'eau de toilette en plastique, un paquet de rasoirs jetables et de la mousse à raser, un paquet de serviettes hygiéniques ou tampons, une boîte de coton-tige, une crème hydratante, un déodorant, un sac cabas pour y ranger le linge sale.

A Balata, les personnes dépourvues de ressources suffisantes se voient remettre du savon et des gants de toilette.

A Mangot-Vulcin, les patients peuvent bénéficier des services gratuits d'un coiffeur dans les locaux de la sociothérapie sur rendez-vous. La consultation du registre de présence révèle que les patients des unités Sud s'y rendent très peu, contrairement aux autres unités. Certains

soignants sont volontaires pour assurer ce service, comme à Balata où aucun coiffeur n'intervient.

Un podologue intervient une fois par mois sur le site de Balata.

Seule l'unité de SSP Sud dispose d'un lave-linge que les patients peuvent utiliser avec l'aide d'un soignant. Dans les autres unités, les patients lavent leurs effets à la main ou les remettent à leur famille lors des visites. A l'unité Centre 2, l'étendoir destiné aux patients est inutilisable ; le personnel l'a signalé à plusieurs reprises à la direction, mais il n'a pas été remplacé.

Des pastilles de savon leur sont offertes par les soignants lorsqu'ils en font la demande.

Recommandation

L'entretien de leur linge par les patients doit être facilité : un lave-linge et un sèche-linge doivent être mis à disposition dans chaque unité. Les patients doivent disposer d'équipements pour étendre leur linge dans les patios.

L'entretien des locaux est assuré en partie par les agents des services hospitaliers (ASH) du CHMD pour les chambres et les salles d'activité, et sous-traité à la société *Madianet* pour les couloirs, bureaux, réfectoires et cuisines. Leurs interventions sont tracées et les unités sont propres.

Le linge hôtelier est relevé quotidiennement dans chaque chambre et remplacé en fonction des besoins. Le linge propre est livré trois fois par semaine dans les unités.

Lorsque cela est nécessaire, les équipes disposent d'un stock de vêtements de dépannage (chaussures, vêtements, sous-vêtements).

6.3 LA GESTION DES BIENS DE VALEUR, DONT LE PROTOCOLE EST EN COURS DE REVISION, N'EST PAS SUFFISAMMENT FORMALISEE ET SECURISEE

Les placards individuels ne disposent pas de système de verrouillage, même dans les chambres doubles. Certains placards, dégradés, ne disposent pas de porte.

Recommandation

Chaque patient doit disposer d'un placard individuel équipé d'un système de verrouillage afin d'assurer la sécurité de ses effets personnels.

Les biens de valeur du patient et les sommes d'argent qu'il possède lors de son affectation sont renseignés dans un inventaire d'arrivée, y compris la nuit, signé par l'intéressé et dont une copie est conservée dans son dossier. En principe, les valeurs sont remises à l'unique régisseur de l'établissement, dont le bureau se situe à Balata. En pratique, de nombreux objets et sommes d'argent sont conservés dans le bureau des cadres de santé des unités ou dans le bureau des infirmiers qui ne disposent pas toujours de coffre ou d'armoire fermée.

Chaque unité fixe un montant approximatif au-delà duquel les fonds sont portés à la régie. A l'unité de SSP Sud par exemple, les patients peuvent confier à la cadre de santé des sommes ne dépassant pas 100 euros, qui sont placées dans des enveloppes individuelles et dont les mouvements sont inscrits sur un cahier. A l'USIP et à l'unité de SSP Centre, seules les sommes dépassant 300 euros sont remises à la régie.

Les objets et sommes de valeur déposés à la régie de Balata donnent lieu à la remise d'un reçu provisoire qui ne devient définitif qu'à la validation de la trésorerie générale située au CHUM, où les biens sont déposés par le régisseur.

La procédure de dépôt manque de traçabilité centralisée, pouvant donner lieu à des désaccords ou des disparitions de biens. Le personnel n'est pas clairement informé sur les objets de valeur susceptibles d'être remis au régisseur. Les patients manquent d'informations relatives aux démarches qu'ils doivent réaliser à leur sortie de l'hôpital pour récupérer leurs valeurs à la trésorerie générale du CHUM.

Un projet de protocole révisé de la procédure de gestion des biens de valeur est en cours de validation par la direction du CHMD. Parmi les nouvelles mesures, une boîte sécurisée a été installée au bureau des hospitalisations du site de Mangot-Vulcin pour éviter toute conservation de valeurs dans le bureau des cadres mais celle-ci n'était pas utilisée au jour de la visite.

Recommandation

Une procédure sécurisée et tracée de dépôt de biens de valeur doit être organisée sur les deux sites du CHMD, en lien avec la régie générale du CHUM.

6.4 LA LIVRAISON DE CERTAINS ELEMENTS DES PETITS DEJEUNERS EST ALEATOIRE ET TOUS LES PATIENTS NE BENEFICIENT PAS D'UN GOUTER DANS LES UNITES DE MANGOT-VULCIN

Lors de la visite, il était projeté d'arrêter la production des repas sur le site de Balata (hors normes) au profit de celle de Mangot-Vulcin, dont la gestion relève du GCS.

Les éléments du petit déjeuner – café, chocolat, thé, beurre –, livrés deux fois par semaine dans les unités, sont distribués quotidiennement aux patients. Le pain – quatre portions par jour et par personne – est livré tous les jours entre 7h30 et 8h30 ; sa livraison est parfois retardée.

Certains produits du petit déjeuner ne sont plus livrés depuis plusieurs mois dans les unités de Mangot-Vulcin, comme le thé ou la tisane. En principe, une fiche de commande délivrée lors de la livraison doit être renseignée le mardi par les équipes de chaque unité et remise le jeudi au magasin, ce qui n'est pas fait en pratique. Dans certaines unités, les commandes sont renseignées informatiquement ; le responsable du magasin n'en serait pas destinataire et renseigne donc les bons de commande lui-même sans connaître l'état des stocks dans chaque unité.

Le déjeuner est servi à 12h, le dîner entre 18h et 18h30. Les repas sont pris dans la salle à manger, et exceptionnellement en chambre pour les patients alités ou isolés. Dans certaines unités, des places sont attribuées. Un jeune patient autiste, accueilli dans une unité du Sud et en attente d'une place en structure médico-sociale, prend ses repas, seul, dans la salle de loisirs.

Les menus ne sont pas affichés dans les unités. A Balata, ils sont élaborés par l'unique diététicienne du CHMD, et par une équipe de diététiciens du CHUM à Mangot-Vulcin. Les grammages y sont fixés au regard du groupement d'étude des marchés en restauration collective et de nutrition (GEMRCN). A Balata, les portions sont légèrement supérieures ; le mode de conditionnement, dans de grands plats en inox, permet aux patients de se resservir ; au moment de la visite, un changement des modalités de service était en cours : un conditionnement des plats chauds en barquettes collectives pour quatre personnes et individuelles pour les entrées et les desserts. A Mangot-Vulcin, les repas sont livrés froids dans des barquettes individuelles par le GCS. Ils sont réchauffés et servis aux patients sans déconditionnement sur des plateaux.

Les repas y sont diversement appréciés. Les patients peuvent regretter que les portions soient trop petites, que les plats manquent d'assaisonnement ou que les menus soient répétitifs. La diététicienne de l'établissement peut être mobilisée ; en 2016, elle a mené 280 interventions et entretiens avec des patients, dont les deux tiers concernaient l'adaptation de l'alimentation à la prise de traitements pouvant entraîner d'importantes prises de poids. Il a été signalé aux contrôleurs la réalisation prochaine d'une formation pour dix-huit membres du personnel des deux sites – médecins, représentants de la CDU, psychologues, cadres, infirmiers – animée par la diététicienne, traitant de la prise de poids concomitante à la prise de médicaments.

Il n'existe pas d'organisation formelle pour recueillir les aversions des patients.

Des fiches permettant de lister les régimes alimentaires existent mais ne sont pas renseignées dans toutes les unités et transmises à la cuisine. Au jour de la visite, un patient sur cinq bénéficiait d'un régime particulier à Mangot-Vulcin – diabétique, mixé, sans porc, végétarien, végétalien –, près d'un sur deux à Balata.

A Balata, des repas « hors du commun » pour les fêtes de fin d'année et au moment du carnaval sont organisés par un traiteur. Les familles sont autorisées à apporter de la nourriture aux patients, conservée dans le réfrigérateur de la cuisine et dans les armoires des salles à manger, parfois dans des sacs nominatifs en plastique.

Le goûter n'est pas prévu dans les menus et les commandes à Mangot-Vulcin : seuls les patients dont les familles en apportent en bénéficient, sous surveillance des soignants qui en assurent la distribution. Pour les personnes non visitées ou dépourvues de ressources suffisantes, l'unité constitue des stocks de pain et de beurre. Cette solution ne permet pas de distribuer un goûter suffisant à tout le monde et instaure une inégalité ressentie par les patients rencontrés.

A Balata, un goûter est prévu par l'hôpital tous les jours sauf les mardi et dimanche ; ces jours-là, les patients ne peuvent prendre que les sodas et biscuits qu'ils ont achetés eux-mêmes, stockés dans l'office des unités.

Recommandation

A Mangot-Vulcin, le système de prise de commande de denrées alimentaires doit être réorganisé afin de garantir une distribution de petits déjeuners complets aux patients. Un goûter suffisant doit être distribué chaque jour aux patients des deux sites.

6.5 LA SEXUALITE NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE AU DETRIMENT DU RESPECT DE L'INTEGRITE PHYSIQUE DE CERTAINS PATIENTS

Il n'existe pas de comité d'éthique au sein de l'établissement, ni de réflexion institutionnelle sur la question de la sexualité des patients. Cette question n'est pas abordée dans les règles de vie des unités ou à l'occasion de l'admission du patient. Des préservatifs sont disponibles sur demande au bureau des infirmiers.

La question de la sexualité est discutée à l'occasion des synthèses cliniques ou des séances d'analyses des pratiques. Les équipes reconnaissent globalement un droit à la sexualité aux patients, bien que certains soignants considèrent que les unités de court séjour ne doivent pas être un lieu d'expression de celle-ci.

Les patients sont autorisés à circuler dans les chambres de l'unité. Les soignants sont attentifs à la protection des personnes les plus vulnérables et au respect de l'intimité. Un cas s'est par

exemple présenté pour une patiente qui s'était plainte d'avances insistantes de la part d'autres patients ; elle a été reçue par l'équipe soignante pour l'accompagner et lui apprendre à dire « non ».

A l'unité SSP Sud, il a été signalé aux contrôleurs l'existence de phénomènes de prostitution pour obtenir des cigarettes. Ces relations ne sont pas systématiquement interdites, voire sont acceptées par certains soignants. La seule réponse apportée aux patients est la préconisation d'utilisation des moyens de contraception.

Recommandation

L'absence de réaction aux phénomènes de prostitution, connus des soignants dans une unité, est inacceptable. Il est indispensable que les équipes se saisissent de cette problématique et apportent des réponses adaptées à la protection de l'intégrité physique des patients.

Dans sa réponse, la directrice du CHMD précise :

« Le comité d'éthique de l'établissement en cours de constitution en 2017 a été installé le 28 février 2018. Sa première réunion thématique est prévue le 2 mai 2018 : libertés et contraintes en psychiatrie (le chapitre 5 du rapport servira de support objectif à ce thème pour notre établissement).

Sans minimiser le caractère complexe de cette situation qui effectivement laisse les équipes dans un certain désarroi entre droits fondamentaux et protection des usagers, elle ne peut pas être tenue comme "exemplaire" de la gestion de la sexualité dans les unités. Comme le relève le rapport, ce sont les synthèses cliniques et l'analyse des pratiques qui sont la règle dans les unités, et qui permettent d'apporter des réponses adaptées ».

7. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES

7.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT ATTENTIFS ET BIENVEILLANTS MAIS ILS SONT RAREMENT FORMALISES PAR DES PROJETS DE SERVICE

7.1.1 La prise en charge clinique

S'il existe des contrats de pôle essentiellement administratifs, seuls l'USIP et le pôle Nord ont formalisé des projets de service qui définissent les axes thérapeutiques des unités d'hospitalisation et affichent les moyens de les mettre en place. Le dossier du patient est totalement informatisé depuis trois mois sur le logiciel CIMAISE et partagé par les équipes intra et extra hospitalières : des droits d'accès sont prévus pour les médecins lorsqu'ils prennent en charge un malade hors secteur mais cette fonctionnalité semble encore peu connue ou mal utilisée et les accès internet sur le site de Balata manquent de fiabilité.

Les unités de court séjour

Dans la majorité des unités de court séjour, les prises en charge sont essentiellement médicales, étayées dans certaines maisonnées par celles des psychologues. Les entretiens avec les malades, accompagnés parfois par un infirmier, sont précoces – moins de 24 heures après l'arrivée des patients – et réguliers.

Les projets thérapeutiques individuels font l'objet, outre de réunions médecins-soignants tous les matins, d'un *staff* pluridisciplinaire toutes les semaines afin de faire le point des dossiers de patients hospitalisés : y sont présents des membres de l'extra hospitalier mais également les assistantes sociales et, lorsqu'ils existent, les psychologues des unités.

Cependant, dans la plupart des unités, faute d'un projet de service fédérateur, la prise en charge des patients n'est pas marquée par une véritable synergie médecins-soignants mais plutôt par un partage de territoire ou d'addition de compétences : aux médecins, la responsabilité de la prise en charge clinique, et aux soignants, sous la responsabilité du cadre de l'unité, la gestion de la vie quotidienne des patients avec recours au médecin en cas de problème. La vie quotidienne étant marquée par des restrictions (Cf. *supra*), ce sont les médecins qui autorisent les dérogations aux interdictions. Dans certains pôles – Sud, Centre –, le cadre de santé tient tous les mois une réunion institutionnelle relative à l'organisation et au fonctionnement de l'unité. En dépit de ce « cloisonnement » et de l'absence de projet institutionnel, la prise en charge par les équipes soignantes « au fil de l'eau » est bienveillante.

Le fonctionnement des unités du pôle Nord, qui disposent d'un projet de service, et de l'USIP tranche avec la description ci-dessus.

En ce qui concerne le pôle Nord, les options d'organisation du « *traitement réadaptation réhabilitation psycho-sociale* » (TRR), qui affiche la continuité du parcours de soins des patients, se traduisent par un projet de soins personnalisé : le travail en équipe pluridisciplinaire et le recours syncrétique à diverses thérapies – cognitives, comportementales, ateliers d'autonomisation – fondent tout à la fois le traitement et la réhabilitation des patients. L'attention portée aux droits conduit à une grande attention aux activités thérapeutiques (Cf. *infra*) et à la mise en place de différents groupes de parole :

- soignants-soignés sur les conditions d'hospitalisation et les droits des patients, animés par la cadre de santé ;

- patients sur le vécu de l'hospitalisation, animés par une psychologue, individualisés par la rencontre de chaque patient avec un infirmier référent, huit jours après le début de l'hospitalisation ;
 - soignants pour une analyse de pratiques professionnelles.
- Un projet d'éducation thérapeutique est en cours d'élaboration.

Les unités de moyen séjour

Les projets thérapeutiques des SSP Centre et Sud, tournés vers la sortie des malades dans des structures médico-sociales, ne sont pas formalisés, en raison de l'absence de projets de pôle :

- le psychiatre rencontre les patients une fois par mois ;
- les transmissions de journée entre les soignants, particulièrement longues, tiennent lieu de réunions de synthèse avec les psychiatres dans les deux SSP.

Recommandation

Il est nécessaire de formaliser pour l'ensemble du CHMD les projets de pôle et de service afin de structurer les prises en charge des patients et de donner une direction claire aux soignants.

7.1.2 La prescription et la délivrance de médicaments

Dans l'ensemble des unités d'hospitalisation, les médicaments sont prescrits par les médecins sur le logiciel Pharma, configuré sur un ordinateur portable, posé sur un chariot roulant. Cette installation devrait permettre une délivrance des médicaments en toute confidentialité et une traçabilité plus sûre : la délivrance effective des médicaments aux patients doit être « topée » informatiquement au moment de la distribution individuelle. Mise en place par la pharmacie centrale qui, outre la responsable, comprend 1,5 ETP de pharmacien, quatre préparateurs et un magasinier, elle fait partie du programme d'action pour le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (PECM) comportant d'autres volets :

- protocoles pour sécuriser le circuit du médicament, réalisé en 2015 : préparation et gestion des piluliers des chariots de médicaments dans les structures de soins, préparation et gestion des formes buvables ;
- suivi des pratiques dans toutes les unités par des audits annuels ;
- campagne de sensibilisation au bon usage, réalisée en 2016 au profit des soignants de jour et de nuit des services sanitaires (113 soignants concernés) : « *le bêtisier des Piluliers et Bonnes Pratiques des médicaments injectables* » ;
- cartographie des risques médicamenteux à Balata réalisée en 2016.

L'observation dans les unités témoigne que la délivrance des médicaments continue, dans certaines d'entre elles – Sud, SSP –, de s'effectuer sans confidentialité devant la salle de soins infirmiers ou au moment des repas. En outre, la traçabilité de la délivrance reste problématique, comme cela a été constaté dans l'une des unités.

Au-delà, depuis 2014, la responsable de la pharmacie centrale porte une attention particulière à l'amélioration des prescriptions, en lien avec les unités de soins :

- analyse exhaustive des prescriptions grâce à l'accès en temps réel réalisé de façon exhaustive pour les patients de plus de 65 ans admis à Mangot-Vulcin et, pour les autres, à la demande du service ;
- mise en place en 2015 d'un processus de conciliation médicamenteuse pour les patients de plus de 65 ans admis à Mangot-Vulcin et pour ceux ciblés par les services : comparaison des

traitements de routine pris par un patient avec les ordonnances émises aux diverses étapes de son parcours de soins.

Recommandation

Il convient de veiller à la confidentialité de la délivrance des médicaments dans les unités et d'en sécuriser la traçabilité.

7.2 LES SOINS SOMATIQUES SONT ENCORE A DEVELOPPER NOTAMMENT A BALATA

Assurée par une équipe de 5,3 ETP de somaticiens praticiens hospitaliers, complétée depuis 2015 par des internes, la prise en charge somatique, effective sur Mangot-Vulcin, souffre sur Balata de l'éloignement des unités de moyen séjour et de l'absence ponctuelle mais répétée de médecins : si la répartition théorique des médecins entre les deux sites est de 3,8 ETP de PH à Mangot-Vulcin et 1,5 ETP de PH à Balata, en réalité, les temps de présence ne sont que de 8,9 % à Balata, avec pour conséquence « *l'intervention de PH du site de Mangot-Vulcin pour gestion de situations dangereuses, de prescription à distance* », selon le rapport d'activité 2016 du pôle interpolaire auquel est rattachée l'équipe somatique.

A Mangot-Vulcin, les consultations des généralistes s'effectuent systématiquement à l'arrivée des patients avec des examens biologiques d'entrée prédéfinis et un électrocardiogramme (ECG), puis en fonction des besoins ou des demandes des psychiatres ou des infirmiers. Les analyses biologiques sont confiées à un coursier du CHU ou, en son absence, apportées aux laboratoires du CHU par les équipes du CHMD, faute de transmission électronique des analyses. En dépit de la proximité du CHU, les délais d'obtention de certaines consultations spécialisées, notamment en néphrologie, cardiologie et ophtalmologie, sont longs, de même que les retours des comptes rendus de consultations (selon les propos recueillis entre trois et six mois) ; certains services ont, de ce fait, recours à des structures de soins privées. Selon les informations disponibles, en octobre 2017, le scanner du CHU était indisponible depuis juin 2017. Enfin, si les addictions semblent constituer un véritable problème parmi les patients hospitalisés du CHMD – selon le rapport d'activité 2016, 52,5 % des patients hospitalisés souffriraient d'une addiction : tabagisme (51,5 %), cannabis (37,3 %), crack (15,7 %), alcoolisme chronique (7,8 %), polyaddictions (37,8 %) –, l'intervention d'addictologues d'autres services – CSAPA¹⁰ du CHU par exemple – dans les unités d'hospitalisation ne semble pas pratiquée.

Une partie des problèmes signalés aurait pu se résoudre par la convention entre le CHMD et le CHU prévue dans le projet médical du CHMD ; au moment de la visite du CGLPL, elle n'était toujours pas conclue. Ce retard est d'autant plus dommageable que le rapport d'activité 2016 du pôle signale que six décès ont été enregistrés au CHMD – trois dans les 24 heures suivant l'arrivée du patient et les trois autres dans la semaine suivant l'arrivée du patient –, ce qui « *conduit à des interrogations sur l'orientation des urgences vers la psychiatrie* ».

Recommandation

Il est urgent de conclure une convention entre le CHU et le CHMD afin d'améliorer le diagnostic somatique des patients orientés vers le CHMD, la prise en charge somatique des

10 CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

patients du CHMD et de sécuriser le retour des examens biologiques. Il convient en outre d'améliorer la couverture somatique à Balata et d'assurer la prise en charge des addictions.

7.3 LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES SONT MISES EN ŒUVRE DE FAÇON SPORADIQUE HORMIS DANS LES UNITES DU NORD ET A L'USIP

Les activités thérapeutiques au bénéfice des patients sont pratiquées soit au sein des unités soit dans les locaux de la sociothérapie à Mangot-Vulcin, dont les équipes se déplacent à Balata selon un planning hebdomadaire.

Pour ce qui est de la première modalité, dans la majorité des maisonnées, les activités sont mises en place en fonction des disponibilités et des appétences des équipes soignantes ou encore de l'affectation partielle de personnel spécifique de l'unité de sociothérapie – une plasticienne en Centre 2, une éducatrice spécialisée en Sud 1. Hormis des groupes de parole au pôle Centre, les activités pratiquées dans les unités sont occupationnelles autant qu'occasionnelles : ping-pong, jardinage au patio, karaoké, jeux de société – dominos, échecs. Des sorties culturelles ou sportives peuvent être organisées y compris à Balata : ainsi, au SSP Centre – vingt-trois sorties ou événements organisés en dix mois –, les activités peuvent concerner des visites – sites, parc –, des déjeuners au restaurant, etc. ; une journée par an « portes fermées » est l'occasion d'emmener familles et patients à l'extérieur – plage, restaurant –, et un atelier « danse » concerne chaque semaine deux groupes de huit patients

Ces activités ponctuelles, pratiquées de façon aléatoire (Cf. *infra*), ne suffisent pas à remédier à l'ennui « ordinaire » des patients sensibles dans les unités. L'accès à la télévision, assez libéral – dès 6h30 au SSP Sud, dès la fin du petit déjeuner à Mangot-Vulcin, et possible selon les unités jusqu'à 22h, 23h ou jusqu'à la fin du film –, constitue la principale « occupation » dans la majorité des unités du Nord et du Centre.

A l'USIP et dans les unités du pôle Nord, les activités font partie du projet de service.

L'USIP a mis en place des ateliers thérapeutiques au sein de l'unité qui, aux termes du projet de service « *représentent un espace de liberté et d'échanges, de responsabilisation et de valorisation personnelle* ». Trois ateliers, qui s'ajoutent à l'atelier théâtre animé une fois par semaine par le personnel de la sociothérapie, ont été mis en place :

- groupe de parole soignants-soignés ouvert à tous sauf contre-indication et période d'évaluation ;
- jardinage sur prescription médicale ;
- activités sportives sur prescription médicale.



Salles d'activités dans les unités Sud

Dans les unités du pôle Nord, les nombreuses activités thérapeutiques font partie du projet de réhabilitation et sont pratiquées aussi bien à l'intérieur des unités que dans les locaux de la sociothérapie, fréquentée en majorité par les patients du pôle : jeux de société, jardinage, pétanque, couture, esthétique à Nord 1, relaxation à Nord 2 – suspendue dans l'attente de l'acquisition d'un matériel *ad hoc* –, sorties.

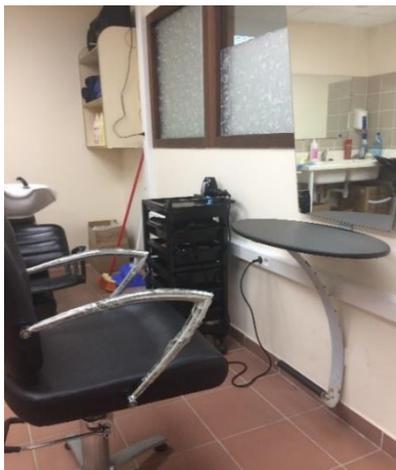
Depuis juin 2016, la sociothérapie dispose à Mangot-Vulcin de locaux et d'une équipe composée de neuf personnes : éducateur sportif, infirmier référent en danse-thérapie, plasticienne intervenant partiellement au pôle Centre, éducatrice spécialisée mobilisée partiellement au pôle Sud, animateur conteur, coiffeur, infirmier référent couture, responsable qui anime également des ateliers de chants, agent des services hospitaliers. Des ateliers, réunissant de huit à dix personnes par semaine et des sorties plus ponctuelles sont organisées.

La sociothérapie peine à trouver ses marques, en raison de problèmes de personnel (absences, revendication de « statut ») mais aussi d'une « collaboration » peu active de certaines unités, tenues d'y conduire et rechercher les patients en soins sans consentement. Dans certaines unités (Sud), les plannings d'activité de la sociothérapie ne sont pas même pas affichés et un flou certain marque la prescription médicale ou non de ces activités : les malades « *s'y rendent s'ils veulent* », lorsqu'un agent de la sociothérapie se présente à l'unité pour les activités. Dans d'autres (Nord, Centre), les activités, davantage fréquentées, sont prescrites et font partie des projets thérapeutiques.

A Mangot Vulcin comme à Balata, une cafétéria, servant des boissons et faisant office de petite épicerie, appelée « Le Club », accueille les patients de 8h30 à 14 h30 pendant les seuls jours ouvrés, soit en dehors des horaires de visites des familles. Compte tenu de ces horaires peu attractifs, les contrôleurs ont constaté à Mangot-Vulcin une très faible fréquentation la semaine de la visite.

Recommandation

Il convient d'intégrer les activités de la sociothérapie dans les projets de service des unités et de les rendre plus accessibles.



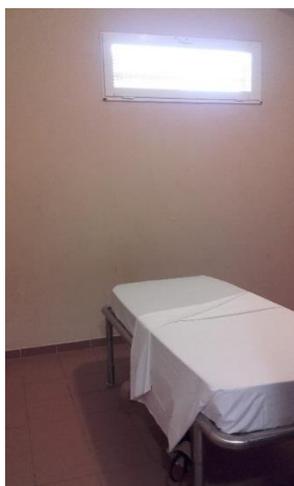
Le coiffeur, la salle d'activités et la cafétéria de la sociothérapie à Mangot

8. L'ORGANISATION ET LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

8.1 SI L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION SEMBLENT PRATIQUES AVEC MODERATION, LE REGISTRE IMPOSE PAR LE CODE DE LA SANTE PUBLIQUE N'EST TOUJOURS PAS MIS EN PLACE

8.1.1 Le recours à l'isolement

Outre l'USIP, qui compte quinze chambres d'isolement, l'établissement dispose de douze chambres d'isolement – une dans chaque unité et trois à Nord 2 – et deux chambres d'apaisement – Nord 2 et SSP Centre. A l'exception de l'unité Nord 2, qui connaît régulièrement des problèmes de sur occupation, ces chambres ne sont jamais utilisées en chambre d'hébergement.



Une chambre d'isolement de Mangot-Vulcin

Sur le site de Mangot-Vulcin, ces chambres sont à peu près identiques. Spacieuses, elles sont accessibles depuis un sas dont une porte ouvre sur la chambre et une autre permet d'accéder aux sanitaires. Ces deux portes sont dotées d'un hublot ; celui de la porte donnant sur la salle de douche offre une vision directe sur la cuvette des toilettes. Les chambres sont uniquement équipées d'un lit métallique fixé au sol. La lumière du jour pénètre faiblement par une fenêtre fermée rectangulaire située en hauteur et qui ne permet pas de voir l'extérieur ; seules les chambres de l'USIP disposent de fenêtres basses qui sont barreaudées. Les chambres sont dépourvues d'horloge permettant de se repérer dans le temps et les boutons d'appel ne fonctionnent pas. Sur le site de Balata, les chambres d'isolement sont vides de tout équipement en dehors d'un lit scellé au sol. Elles n'ont pas de sas d'accès ni de sanitaire ; le patient ne dispose que d'un seau hygiénique.



Les deux chambres d'isolement du SSP du pôle Sud

Les patients placés en chambres d'isolement, qui ne disposent ni de table ni de chaise, doivent prendre leur repas assis sur leur lit, le plateau posé sur leurs genoux.

Recommandation

Toutes les chambres d'isolement doivent être équipées d'horloges permettant aux patients de s'orienter dans le temps, de boutons d'appel en état de fonctionnement et d'une table et d'une chaise pour la prise des repas. Les chambres d'isolement de Balata sont indignes. Elles doivent être mises aux normes sans délai.

Depuis 2010, un protocole commun à l'ensemble de l'établissement encadre les mesures de mise en chambre d'isolement et de surveillance. Ces mesures, ainsi que la contention, font l'objet d'un suivi informatisé dans le dossier médical et soignant informatisé.

Tout patient placé en isolement bénéficie d'au moins deux visites médicales quotidiennes : une par le médecin psychiatre qui décide du maintien ou non de la mesure et une par le médecin généraliste.

Faute de registre d'isolement, le nombre de placements en chambre d'isolement au sein de l'établissement n'a pu être communiqué aux contrôleurs. D'après les informations recueillies, au moment de la visite, les nombre de placements par unité était le suivant :

- à l'unité Sud 1, depuis le 1^{er} décembre 2016, quatorze séjours avec des durées pouvant aller jusqu'à trente-six jours ;
- à l'unité Sud 2, durant la même période, huit séjours dont le plus long est de neuf jours ;
- à l'unité Centre 1, depuis le 1^{er} avril 2017, huit séjours d'isolement de un à sept jours ;
- à l'unité Centre 2, durant la même période, dix séjours de trois heures à neuf jours.

Cette situation s'explique notamment par l'existence de l'USIP, dont la vocation est d'accueillir les patients qui ne peuvent être maintenus dans un service classique en raison d'un état de dangerosité situationnelle *a priori* transitoire. En 2016, 393 patients y ont séjourné et 10,29 % des patients admis au centre hospitalier y ont été pris en charge ; la DMS est de 12,06 jours.

Bien que cette unité soit très sécurisée et uniquement composée de chambres d'isolement, le fonctionnement à l'intérieur de l'unité est plutôt ouvert pour une USIP ; les patients ne sont pas enfermés toute la journée en chambre, sauf situation particulière et temporaire. Ils y sont

enfermés la nuit entre 19h30 et 8h30 et l'après-midi de 13h à 16h (sauf cas particuliers, visite médiatisée à 14h30 par exemple). Le projet thérapeutique de l'unité repose en effet sur une alternance de moments au sein des parties collectives et de temps en chambre.

8.1.2 Le recours à la contention

Des registres des contentions sous format papier ont été mis en place dans les unités depuis septembre 2016 à l'USIP et août 2017 ailleurs. Ces registres sont sommaires ; composés de cinq rubriques – nom du patient, nom du praticien, date et heure de la mise en place, date et heure de la levée et émargement infirmier –, ils sont souvent mal remplis et les informations reportées sont parfois différentes de celles contenues dans le dossier patient.

Selon les informations recueillies, le recours à la contention est une pratique rare dans les unités. Dans les différents services, la contrainte physique n'intervient qu'en dernier recours ; tout est mis en œuvre pour apaiser la situation de crise par des approches alternatives à cette mesure.

Le rapport d'activité 2016 de l'USIP précise qu'entre le 20 septembre et le 31 décembre 2016, quatre-vingt-dix prescriptions de mise sous contention ont été prises, concernant vingt-trois patients, soit 5,89 % des patients admis à l'USIP ; la durée moyenne de ces contentions a été de 24 heures ; un patient « dangereux » a été contenu quinze jours avant d'être transféré en UMD. Entre le 1^{er} décembre 2016 et le jour de la visite, 167 mesures de contention ont été prises concernant 71 patients ; la durée moyenne de contention par patient s'est élevée à 43 heures.

8.1.3 La tenue d'un registre

Il n'existe pas de registre conforme aux dispositions de l'article L 3222-5-1 du CSP permettant aux soignants comme aux autorités d'analyser les pratiques en matière d'isolement et de contention.

Recommandation

Un registre opérationnel permettant de connaître en temps réel la pratique de l'isolement et de la contention doit être mis en place. Ce registre doit être utilisé comme support de la politique de réduction du recours à la contention et à l'isolement prévue par le même texte.

Dans sa réponse, la directrice du CHMD précise : « le registre dématérialisé des contentions est opérationnel depuis le 1^{er} avril 2018 ».

8.2 LA SECURITE EST CORRECTEMENT PRISE EN COMPTE AVEC NOTAMMENT DES EQUIPES DE MEDIATEURS

Sur le site de Mangot-Vulcin, les entrées des unités et les couloirs qui ne sont pas visibles depuis les bureaux des soignants sont couverts par des caméras de vidéosurveillance dont les images sont visualisées sur des écrans situés dans lesdits bureaux.

Les alarmes « coup de poing » sont rares.

Les appareils individuels d'appel type PTI¹¹ sont peu utilisés ; les soignants ne souhaitent pas s'en servir, notamment parce qu'ils ne sont reliés qu'au poste de sécurité et non aux unités voisines. Selon les responsables de la logistique, 30 des 105 PTI en service seraient défectueux parce qu'ils

11 PTI : protection du travailleur isolé

ne sont pas utilisés : ils doivent être déchargés et rechargés régulièrement pour fonctionner. En mai 2017, il aurait été décidé de revoir l'ensemble de l'équipement PTI sur le site de Mangot-Vulcin.

Les soignants font appel à l'équipe de médiation (Cf. *supra* chap. 2.4), notamment lors de situations de crise et de placements difficiles en chambre d'isolement.

Le site de Balata ne comporte pas de vidéosurveillance ni de service de lutte contre les sinistres. Les soignants n'ont pas de PTI. Des vigiles contrôlent l'entrée et font des rondes notamment en raison de la présence fréquente de dealers à proximité du site. Ils n'interviennent jamais en contact avec un patient agité.

Une équipe de trois médiateurs, infirmiers ou aides-soignants, intervient dans les unités en cas de besoin de renfort ; lorsqu'ils ne sont pas appelés, ils visitent les unités, échangent avec les patients et apportent éventuellement leur concours aux soignants.

8.3 LA GESTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES MANQUE DE RIGUEUR

Un outil informatique nommé GALAWEB permet d'établir, stocker et exploiter les fiches d'événement indésirable (FEI). La direction reconnaît les faiblesses du système : le personnel est insuffisamment formé, les réponses ne sont pas systématiques et les signalements ne sont pas systématiquement clôturés. Aussi les FEI sont très rares : « *elles ne donnent jamais lieu à un retour* ». Les FEI sont analysés par la cellule qualité et présentés à la CDU.

Les événements graves « *sont rares* » mais pas toujours déclarés ; selon les déclarations faites aux contrôleurs, ils donnent parfois lieu à la tenue d'un comité de retour d'expérience (CREX).

Les fugues sont extrêmement rares, « *moins d'une par an* ».

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LES HOSPITALISATIONS DES PERSONNES DETENUES S'EFFECTUENT A L'USIP OU ELLES BENEFICIENT DES MEMES DROITS QUE LES AUTRES PATIENTS

A défaut d'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) en Martinique, les personnes détenues au centre pénitentiaire de Ducos souffrant de troubles psychiatriques nécessitant une hospitalisation sont accueillies au sein de l'USIP, seule unité habilitée à les recevoir.

Cette unité a accueilli vingt patients détenus en 2015, vingt-trois en 2016 et neuf entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre 2017. La durée moyenne de séjour est de onze jours.

Les personnes détenues ne sont pas systématiquement enfermées en chambre d'isolement. Elles sont globalement traitées comme les autres patients de l'unité. Durant l'hospitalisation, les patients ont accès au téléphone et aux visites en fonction des droits qui leur sont octroyés en détention ; les informations relatives à ces possibilités de communiquer sont toujours transmises par l'établissement pénitentiaire à l'hôpital. L'équipe soignante de l'USIP est très soucieuse pour ce type de patient du respect du secret médical et de la séparation entre les fonctions symboliques de chacun ; lorsqu'elles viennent rechercher une personne détenue, les escortes pénitentiaires ne sont pas autorisées à pénétrer au sein de l'unité et le dossier médical ne leur est pas remis mais envoyé par fax au SMPR.

Bonne pratique

Les personnes détenues hospitalisées au sein de l'USIP bénéficient des mêmes droits que les autres patients de l'unité.

9.2 L'UNITE DE GERONTOPSYCHIATRIE FONCTIONNE DANS DES CONDITIONS MATERIELLES DEPLORABLES ET DE SOINS MINIMALISTES

Ouverte en 2006, l'unité de gérontopsychiatrie dispose de vingt-cinq places dédiées aux patients de plus de 60 ans dans l'attente d'une orientation en EHPAD ou en maison de retraite. Au jour de la visite, quinze hommes et dix femmes s'y trouvaient. Le service n'admet aucun patient faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement. Il n'existe pas de possibilité d'entrée directe : les patients doivent être stabilisés après avoir préalablement bénéficié d'une hospitalisation en unité de soins psychiatriques.

Cette unité fonctionne en service fermé.

9.2.1 Les locaux

L'unité de gérontopsychiatrie est géographiquement isolée, à l'extrémité du site de Balata. Il s'agit d'un bâtiment de plain-pied en forme de L, entouré d'une enceinte grillagée. Deux carrés de pelouse, à l'avant et à l'arrière du bâtiment, permettent aux patients de déambuler.



Vue d'ensemble de l'unité

L'entrée se fait par un portail coulissant commandé depuis le bureau des infirmiers. Cette zone est abritée ; un banc, une table et des chaises sont installés devant l'entrée de l'unité.

Le bâtiment comporte une pièce équipée d'un lave-linge, deux espaces sanitaires, une salle de consultation médicale, des bureaux dédiés au cadre de santé et au service d'assistance sociale, un espace de détente pour le personnel, un poste infirmier, un salon pour les visiteurs et une salle à manger qui sert aussi de salle de télévision. Cette pièce, étroite, est extrêmement bruyante lorsqu'elle est remplie.

Il n'existe pas de chambre d'isolement.

Les chambres, simples ou doubles, sont meublées de lits, d'armoires et parfois d'un fauteuil. Au jour de la visite, une chambre double comportait un troisième lit pour un patient qui ne pouvait rester dans celle qu'il occupait, en raison du comportement de son voisin. Les chambres sont monocales et le mobilier rudimentaire. Certains patients disposent d'un petit poste de radio.



Chambre simple et double

Les systèmes de ventilation installés dans les chambres ne fonctionnent pas ; les chambres ne sont pas dotées de sonnettes d'appel.

Faute de sanitaires dans les chambres, les patients doivent se rendre dans l'un des deux locaux sanitaires, équipé chacun d'une zone de douches collectives, de douches individuelles, de WC

sans abattant et de lavabos. Certains WC ne disposent pas de porte. Le revêtement d'une des douches, très glissant, a été refait à la suite de la chute d'une infirmière, mais apparaît déjà détérioré. Des poignées de maintien et un petit siège de douche escamotable sont installés dans les douches et les cabinets de toilette. L'ensemble, très dégradé, présente d'importantes traces d'humidité et de moisissures.

Il n'est pas rare que les patients soient amenés à prendre simultanément leur douche dans cet espace collectif, au détriment de tout respect de leur intimité.



Douche individuelle et douche collective équipée d'un WC

Le lave-linge ne fonctionnant pas, un partenariat avec une société de pressing a été conclu : le linge des patients est déposé dans des sacs nominatifs, relevés puis remis par le prestataire une fois par semaine. Un vestiaire de dépannage permet de compléter le trousseau des patients les plus démunis. Le linge plat, fourni par le centre hospitalier, est changé quotidiennement.



Local de buanderie

Recommandation

La configuration de l'unité de gérontopsychiatrie et son emplacement ne permettent pas d'accueillir les patients dans des conditions de sécurité et de confort satisfaisantes. Le

déménagement des patients dans des locaux respectueux de leur intégrité physique et de leur dignité doit être envisagé sans délai.

9.2.2 L'organisation des soins

L'unité est dotée de 4 ETP d'ASH, 21 ETP d'aides-soignants, 9 ETP d'infirmiers, un assistant médico-administratif, un médecin somatique en charge de l'ensemble du site de Balata et 0,4 ETP d'assistante sociale.

Aucun médecin psychiatre n'intervient dans cette unité depuis plusieurs années.

Le cadre de santé, parti en formation pour une période d'un an, n'a pas été remplacé. Une permanence est assurée par la cadre de santé de l'EHPAD situé à proximité du site de Balata. Sa charge de travail ne lui permet pas d'assurer correctement la gestion des équipes et des soins au sein de cette unité qui donne, de fait, un fort sentiment d'abandon.

La nuit, le service est en principe assuré par trois soignants dont un infirmier. Au soir de la visite du CGLPL, seuls deux aides-soignants étaient en poste. Des rondes d'écoute sont assurées plusieurs fois dans la nuit, la première aux environs de 20h. Un livret de bord installé dans le bureau des soignants permet d'assurer le suivi des patients et sert de support aux transmissions d'équipe.

Il n'existe pas de tutorat formalisé pour le personnel arrivant.

Aucun livret d'accueil n'est distribué aux patients à leur arrivée ; les règles de vie du service sont délivrées oralement.

De 9h à 11h, les chambres sont fermées, « pour éviter que les patients ne dorment toute la journée ». La nuit, les patients sont autorisés à déambuler dans les couloirs et à regarder la télévision dans la salle à manger s'ils le souhaitent. La distribution des traitements s'effectue lors des repas à 8h et 12h et après le dîner, servi à 18h30.

Au jour de la visite, quatre patients étaient fumeurs. Les cigarettes sont conservées dans le bureau des soignants et distribuées sur demande des intéressés, qui ne sont pas autorisés à conserver leur propre briquet. Il n'existe pas de stock de cigarettes pour les indigents. Les patients doivent éventuellement faire appel à leur mandataire judiciaire : en raison de difficultés rencontrées avec les tutelles associatives, la désignation de tutelle familiale est suggérée par l'assistante sociale.

Les patients peuvent recevoir leur famille de 13h à 17h dans un salon étroit pourvu de canapés, ou sur le parvis de l'unité. Au jour de la venue du CGLPL, cinq patients ne bénéficiaient d'aucune visite.

L'ancien bâtiment dédié aux activités est condamné. Celles-ci reposent sur les initiatives ponctuelles de l'équipe soignante, organisées dans la salle à manger ou dans les carrés de jardin de l'unité. A défaut, les patients sont désœuvrés. Quelques livres et jeux de société sont mis à leur disposition et l'accès à la télévision est libre, dans la salle à manger ; les anniversaires des patients y sont célébrés.

Recommandation

L'unité de gérontopsychiatrie doit impérativement bénéficier d'une permanence de soins psychiatriques. Un cadre de santé doit y être dépêché sans délai. Un projet de service doit être élaboré et un programme d'activités au sein et à l'extérieur du site doit être mis en place.

9.2.3 Les permissions de sortir et les projets de sortie

Les patients ne sont pas autorisés à sortir de l'enceinte de l'unité sans accompagnement. Au jour de la visite, plusieurs patients ont pu se rendre aux festivités organisées par l'EHPAD voisin, accompagnés de soignants de l'unité et de l'EHPAD. Deux patients bénéficient également de sorties dans leur famille, dans la limite de deux par mois.

Une assistante sociale assure une permanence le mercredi et le vendredi depuis deux ans. Un laborieux travail de régularisation de la situation administrative des patients a été réalisé à son arrivée – documents d'identité, affiliation à une mutuelle et à la sécurité sociale, mise en place de tutelles, etc. –, ce poste ayant été laissé vacant plusieurs années.

Les projets de sortie des patients s'appuient sur le concours de deux EHPAD – « Kay Gran Moun » et « Emma Ventura » – et de familles d'accueil de la collectivité territoriale martiniquaise (CTM), dispositif qui a concerné un seul patient en 2016.

L'EHPAD « Kay Gran Moun », ouvert depuis le 1^{er} juin 2015, dispose de trente-trois places. Le projet initial de cet établissement « *s'inscrit dans une logique de continuité des soins. Il devient le domicile des personnes âgées hospitalisées au CHMD, qui souffrent de pathologies psychiatriques au long cours. Il a aussi l'ambition d'accueillir à moyen terme des résidents en provenance d'établissements de court séjour, d'établissements médico-sociaux ou de leur domicile* »¹². Selon les informations recueillies par les contrôleurs, les places au sein de cet EHPAD, peu nombreuses, sont automatiquement attribuées aux patients hospitalisés dans les unités de court séjour de psychiatrie du site de Mangot-Vulcin. Les demandes de place dans les autres EHPAD de l'île par les patients de l'unité de gérontopsychiatrie sont *a priori* toutes refusées depuis deux ans, en raison du « *profil* » des intéressés.

Le service de gérontopsychiatrie de Balata, sorte de « *petit EHPAD où on termine sa vie* », dispose donc de perspectives de sortie très limitées.

Recommandation

Une réflexion doit être menée afin d'assurer de réelles perspectives de sortie aux patients de la gérontopsychiatrie.

9.3 LE SERVICE DE PEDOPSYCHIATRIE, RECEMMENT OUVERT, ACCUEILLE EN HOSPITALISATION PROGRAMMEE LES JEUNES PATIENTS AVEC PROFESSIONNALISME ET BIENVEILLANCE

Après plusieurs années de réflexion autour de la prise en charge hospitalière des mineurs présentant des pathologies psychiatriques ou psychiques diverses telles que des troubles dépressifs, psychotiques, voire autistiques ou des fonctionnements limites de la personnalité, « l'unité d'hospitalisation programmée séquentielle pour adolescents » (UHPSA), dont le projet a été validé par le président de la CME, a admis le premier patient le 29 mai 2017.

Mise en place progressivement à compter du mois d'avril, l'équipe pluridisciplinaire comprenait au jour de la visite des contrôleurs :

- deux médecins psychiatres pour 1 ETP ;
- un psychologue à temps plein ;

12 « Projection », La lettre d'information du projet d'établissement du CHMD, n°1, Novembre 2015.

- une assistante sociale, une psychomotricienne et une ergothérapeute, toutes trois travaillant à temps plein ;
- deux éducateurs spécialisés et une institutrice, à temps plein ;
- une équipe de soignants, animée par un cadre de santé, comptant quinze infirmiers – trois hommes et douze femmes – et deux aides-soignants ;
- trois ASH et une secrétaire.

L'unité dispose de neuf lits répartis dans cinq chambres individuelles et deux chambres doubles. La DMS est d'un mois.

Au moment de la visite, quatre jeunes garçons étaient hospitalisés, chacun dans une chambre individuelle.

Les locaux ont été particulièrement bien conçus, dans une partie du premier étage de l'hôpital entièrement rénovée pour la création de cette unité. Vaste, claire, lumineuse, chaque chambre dispose de mobiliers confortables – armoire avec penderie, table de chevet, bureau, chaise – et sanitaires avec douches. Un grand patio sert de lieu de détente avec une table de ping-pong et de petits buts permettant des parties de football.

Il n'y a pas de chambre d'isolement mais une salle d'apaisement meublée de canapés posés à même le sol dans laquelle le jeune peut se rendre à sa demande ou sur incitation d'un soignant, la porte restant ouverte. L'utilisation de cette chambre n'est mentionnée dans aucun registre spécifique.

Chaque admission est préparée par l'équipe mobile de l'hospitalisation des adolescents, qui est en relation avec les CMP et le service de pédiatrie au CHUM.

Les modalités du séjour sont travaillées avec le jeune et sa famille qui visitent l'unité et s'entretiennent avec l'équipe avant l'admission effective de l'adolescent. Un projet de soins est mis en place dès le début de l'hospitalisation et réévalué chaque semaine au cours de la réunion de synthèse au vu des observations cliniques de toute l'équipe.

L'unité est fermée par protection pour le jeune hébergé mais l'hospitalisation n'arrête pas les soins ambulatoires ; le lien avec l'extérieur n'est pas rompu et le jeune peut se rendre dans le centre de soins où il était suivi, pour continuer à y pratiquer des activités thérapeutiques. L'équipe pluridisciplinaire a insisté sur l'idée de développer le concept du « *dedans et dehors* ».

L'offre d'activités est variée, allant des ateliers manuels à l'expression corporelle, le sport, l'art plastique, les groupes de paroles et la relaxation.

Le lien avec la famille, dont les visites sont autorisées quotidiennement de 15h30 à 18h, est un souci constant de l'équipe qui, tel qu'observé par les contrôleurs, développe une écoute bienveillante en faisant preuve d'un professionnalisme de grande qualité.

Le choix, fait dès la conception de cette unité, de ne pas recevoir le jeune patient en crise aiguë de décompensation, questionne. Dans cette hypothèse, le jeune est admis aux urgences pédiatriques du CHUM ; si ce séjour ne permet pas de mettre en place un traitement suffisant pour stopper la crise, il est transféré dans une des maisonnées pour adultes du CHMD, voire à l'USIP – « *c'est rarissime* » – où il bénéficie d'un suivi quotidien par un des membres de l'équipe pluridisciplinaire de l'unité de pédopsychiatrie.

Recommandation

L'unité de pédopsychiatrie doit s'organiser pour être en capacité d'accueillir en urgence un mineur en état de crise.

10. CONCLUSION GENERALE

Le déménagement des unités de court séjour du centre hospitalier spécialisé martiniquais, depuis les montagnes de Balata vers le nouveau site de Mangot-Vulcin au Lamentin en 2012, a eu des conséquences positives pour les patients hospitalisés et le respect de leurs droits : meilleure accessibilité aux familles, conditions d'hébergement plus confortables et plus dignes, création d'une unité de soins intensifs accueillant les patients – notamment les personnes détenues – sur la base d'un projet de service respectueux des droits des patients, mise en place d'une équipe de soins somatiques, mise en place d'un projet de service au pôle Nord qui a en outre permis une formation spécifique des soignants aux pathologies psychiatriques, création d'une unité de pédopsychiatrie.

Cette récente implantation, accompagnée d'une réorganisation extra hospitalière dans un contexte de forte contrainte budgétaire, n'a pas cependant effacé l'héritage asilaire au sein du nouveau centre hospitalier Maurice Despinoy, dont toutes les unités sont fermées, souvent saturées, et offrent peu d'activités aux patients. Mal structurées en l'absence de projet de service et de règlement intérieur, les jeunes équipes soignantes, globalement bienveillantes, sont marquées par l'instabilité et l'absence d'autonomie. Elles sont insuffisamment formées notamment aux droits des patients.

Les services de soins et de réadaptation psychosociale et la gérontopsychiatrie, encore situés à Balata, présentent des conditions matérielles indignes et une hygiène insuffisante alors que le projet de rapatriement sur l'unique site de Mangot-Vulcin est mis en échec par les difficultés budgétaires récurrentes de l'établissement.

Au-delà, les unités d'hébergement sur le nouveau site sont mal adaptées et déjà détériorées, faisant notamment souffrir patients et soignants d'une chaleur difficilement tolérable. Si les graves difficultés d'admission dues aux dysfonctionnements des urgences psychiatriques du CHU sont peu à peu en voie de résolution, l'accès des patients aux soins spécialisés de l'hôpital universitaire reste problématique.

Le projet de réorganisation en cours d'élaboration doit impérativement s'accompagner d'un projet d'établissement global, s'appuyer sur les jeunes acquis du nouvel établissement et mettre les droits des patients au cœur de ses préoccupations.

Annexe - Recueil des sigles utilisés

ANFH	: association nationale de formation hospitalière
ARS	: agence régionale de santé
ASH	: agent des services hospitaliers
CATTP	: centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CDSP	: commission départementale des soins psychiatriques
CDU	: commission des usagers (ex-CRUQPC)
CGLPL	: contrôle(-ur) général des lieux de privation de liberté
CHMD	: centre hospitalier Maurice Despinoy
CHUM	: centre hospitalier universitaire de Martinique
CME	: commission médicale d'établissement
CMP	: centre médico-psychologique
CoPerMO	: comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers
CoPil	: comité de pilotage
CRUQPC	: commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CSP	: code de la santé publique
CTM	: collectivité territoriale martiniquaise
ECG	: électrocardiogramme
EHPAD	: établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPP	: évaluation des pratiques professionnelles
ETP	: équivalent temps plein
GCS	: groupement de coopération sanitaire
GEMRCN	: groupement d'étude des marchés en restauration collective et de nutrition
HAS	: haute autorité de santé
IGAS	: inspection générale des affaires sociales
JLD	: juge des libertés et de la détention
PECM	: prise en charge médicamenteuse
PH	: praticien hospitalier
PREF	: plan de retour à l'équilibre financier
SMPR	: service médico-psychologique régional
S(P)DDE	: soins (psychiatriques) sur décision du directeur d'établissement
S(P)DRE	: soins (psychiatriques) sur décision du représentant de l'Etat
S(P)DT	: soins (psychiatriques) à la demande d'un tiers
SSC	: soins sans consentement
SSP	: service de suite psychiatrique
TGI	: tribunal de grande instance
TRR	: traitement réadaptation réhabilitation psychosociale
UHSA	: unité hospitalière spécialement aménagée
UHPSA	: unité d'hospitalisation programmée séquentielle pour adolescents
UMD	: unité pour malades difficiles
USIP	: unité de soins intensifs psychiatriques