



Rapport de visite :

29 juin au 3 juillet 2020 – 1ère visite

Clinique San Ornello

Borgo

(Haute-Corse)



SYNTHESE

Cinq contrôleurs ont visité la clinique psychiatrique San Ornello de Borgo (Haute-Corse) du 29 juin au 3 juillet 2020.

Le rapport provisoire rédigé à l'issue de ce contrôle a été adressé le 1^{er} décembre 2020 au directeur de la clinique ainsi qu'aux chefs de juridiction du tribunal judiciaire de Bastia, au préfet de Haute-Corse et au directeur de l'agence régionale de santé de Corse. Le président-directeur-général (PDG) de la clinique a fait valoir ses observations par courrier le 10 février 2021, le préfet de Haute-Corse a communiqué les siennes dans un courriel du 22 mars 2021. L'ensemble de ces observations, ainsi que les éléments des nombreux documents fournis à leur appui par l'établissement, ont été pris en compte dans le présent rapport de visite.

Le département de Haute-Corse compte, pour ses 180 000 habitants, deux secteurs de psychiatrie adulte, tous deux rattachés au centre hospitalier de Bastia, et un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile. En juillet 2020, l'offre de soins psychiatriques en hospitalisation complète est constituée par l'hôpital de Bastia, établissement public, avec deux unités de dix-neuf lits chacune qui accueillent exclusivement des patients adultes en soins libres, et par deux établissements privés à but lucratif : la clinique San Ornello (CSO) située à Borgo qui dispose de quatre-vingt-dix-sept lits dont cinq de pédopsychiatrie et la clinique du Cap implantée à Luri dans le Cap Corse, à 32 km au Nord de Bastia qui offre quarante-huit lits pour des patients en soins libres.

Ces deux cliniques sont exploitées par deux sociétés juridiquement indépendantes mais toutes deux détenues par le même groupe familial présidé par Charles Zuccarelli, le fils du fondateur. Socialement, la patientèle des deux cliniques est identique et représentative de l'ensemble de la population du département.

La clinique San Ornello est donc le seul établissement du département habilité à l'accueil de patients en soins sans consentement quel que soit le mode d'admission, notamment les personnes détenues admises sur décision du représentant de l'Etat en application des dispositions de l'article D. 398 du code de procédure pénale, situation unique sur le territoire français.

Par ailleurs, l'offre en établissements médico-sociaux pouvant constituer une solution de sortie pour les patients dépourvus de prise en charge familiale se résume aux vingt-huit places de l'unique maison d'accueil spécialisée (MAS) et à cinquante-six places réparties à parts égales dans deux foyers d'accueil médicalisé (FAM).

Une suroccupation chronique accroît la dégradation des conditions matérielles d'accueil.

Les locaux de la clinique sont séparés en trois « services » : le service fermé pour adultes situé au premier étage comporte quinze lits et une zone spécifique regroupant les cinq chambres d'isolement ; le service de pédopsychiatrie, lui aussi fermé, occupe une partie du deuxième étage ; et le service ouvert, constitué des autres chambres, est réparti sur les trois étages. Le rez-de-chaussée ne comporte que des locaux collectifs, administratifs ou techniques.

Les conditions d'hébergement ont été conçues pour être confortables, avec des salles d'eau attenantes à chaque chambre. Cependant, elles sont devenues médiocres en raison d'un nombre important de chambres collectives, doubles ou triples, d'un sureffectif de patients qui augmente encore l'occupation des chambres par des lits ajoutés, pouvant porter jusqu'à cinq patients

l'occupation d'une chambre, et d'un niveau de maintenance qui n'est pas à la hauteur de l'usure et des dégradations. L'odeur de tabac est omniprésente. Le parc, vaste et arboré est insuffisamment équipé pour être investi par les patients.

Les locaux collectifs ne sont pas assez nombreux pour permettre la réalisation d'une partie des actes de la prise en charge psychiatrique, notamment les entretiens médicaux et infirmiers ainsi que des activités thérapeutiques, en nombre insuffisant pour l'ensemble des patients.

La suroccupation chronique – le taux d'occupation annuel est de l'ordre de 106 % – est avivée par la faiblesse de l'offre de structures d'aval. Mais la prise en charge en sortie est compliquée sans doute aussi par la situation de cet établissement dans l'organisation territoriale : alors que la clinique prend en hospitalisation complète tous les patients en soins sans consentement des deux secteurs, ses liens avec les structures extra hospitalières de ceux-ci, qui assurent une prise en charge ambulatoire en sortie, n'ont qu'un caractère contingent, reposant sur les relations interpersonnelles qui ont pu se nouer entre les divers intervenants. La politique d'aval n'est donc pas institutionnalisée, même si le service de pédopsychiatrie travaille de façon intense et coordonnée avec les structures de prise en charge des adolescents dans leur sens le plus large : scolaire, social, médical.

La clinique n'a pas rigoureusement intégré dans son fonctionnement les dispositions législatives relatives aux patients en soins sans consentement

Les efforts destinés à permettre aux patients admis en soins sans consentement de connaître et d'exercer leurs droits ne produisent pas encore de résultats satisfaisants : les informations qui leur sont fournies sont inexactes ou lacunaires – motif de la décision, erreurs dans le livret d'accueil, etc. Les patients ne disposent pas non plus d'une information correcte relative aux organes de contrôle (CDSP/CDU), lesquels n'ont pas une remontée d'informations suffisante (plaintes, requêtes non tracées et essentiellement verbales) pour exercer leur mission.

Le registre de la loi prévu par la réglementation, qui doit être visé par la CDSP et les autorités dont le code de la santé publique prévoit qu'elles assurent une visite annuelle au moins, n'est pas correctement mis en place ; des patients en programmes de soins sont hospitalisés pour des périodes dépassant une ou deux nuitées ; les audiences judiciaires sont toujours tenues au tribunal judiciaire de Bastia, occasionnant des trajets qui rebutent autant les patients que les soignants qui doivent les accompagner.

La plupart des patients connaissent peu de restrictions dans le déroulement de leur séjour mais également une prise en charge thérapeutique de faible intensité

Les restrictions imposées aux patients hébergés dans le service ouvert, admis en soins sans consentement comme en soins libres, sont inexistantes. Ainsi, à juste titre, le statut d'admission est sans incidence sur les contraintes imposées à la plupart des patients pris en charge. Il demeure que ceux d'entre eux, tous en soins sans consentement, qui sont hébergés dans le service fermé subissent des conditions de séjour portant une atteinte injustifiée à leur liberté d'aller et venir, à leur droit à un accès à l'air libre ou à celui de communiquer sans restriction avec leurs proches puisque leur téléphone leur est enlevé.

Si la situation des patients détenus à la clinique est, à certains égards, préférable à celle qu'ils connaissent au centre pénitentiaire, les modalités de leur prise en charge induisent des atteintes à leurs droits injustifiées pour certaines, illégales pour d'autres : régime préfectoral des permis

de visite fondé sur une lecture anormalement extensive d'un texte aujourd'hui modifié, impossibilité d'accès à un espace extérieur, défaut d'information sur leur statut, impossibilité de recevoir des soins somatiques en milieu ouvert sans repasser par le centre pénitentiaire. L'établissement s'émeut légitimement de ces atteintes aux droits des personnes détenues et a proposé un projet d'hébergement qui pourrait mettre fin à certaines d'entre elles. Si celui-ci aboutit, il devra, corrélativement, se traduire par une réforme profonde du fonctionnement actuel du secteur fermé.

Par ailleurs, l'autorité préfectorale, qui doit motiver ses décisions de refus d'autorisation de sortie, ne peut se borner à refuser indéfiniment toute autorisation aux irresponsables pénaux, sans en justifier les raisons.

La prise en charge thérapeutique pâtit d'un effectif soignant particulièrement faible et faiblement étayé

La présence médicale est intense, grâce à l'exercice privé sur place des praticiens ; elle permet un entretien médical dès les premiers moments de la prise en charge d'un arrivant. Mais ensuite, les patients ne voient leur psychiatre que quelques minutes lors du « tour » collectif du matin – et à condition qu'ils soient dans leur chambre – alors qu'une consultation médicale est facturée chaque jour pour chaque patient. Par ailleurs, à chaque roulement, deux infirmiers et un aide-soignant ou un aide médico-psychologique (AMP), ont la charge de quarante-cinq patients en moyenne. Ce ratio ne permet ni entretiens infirmiers ni une offre d'activité suffisante, d'où l'ennui visible des patients, ce qu'ils confirment eux-mêmes.

Le recours à l'isolement est important et réalisé dans des espaces dont l'organisation porte atteinte à l'intimité de l'occupant. Il en est de même pour la sécurité du patient puisque sa surveillance est souvent exercée par un agent de sécurité au détriment d'une approche soignante de la sécurité du patient. Par ailleurs, le registre d'isolement et de contention exhaustif et opérationnel requis par la loi n'est pas mis en place. La réflexion institutionnelle sur ce sujet n'est pas engagée.

A l'inverse, la prise en charge des patients mineurs, hormis leurs conditions d'hébergement qui n'offrent aucun accès libre à un espace extérieur, montre un dynamisme et une solidité remarquables dont il est à espérer qu'ils se diffusent au plus vite aux patients adultes.

Il convient de préciser qu'à la suite du rapport provisoire qui lui a été adressé, la clinique a pris des mesures correctives qui devraient rendre une partie de ces constats obsolètes, s'agissant du respect des droits des patients en soins sans consentement. Il demeure que la tutelle devrait accorder une attention accrue à la prise en charge de ces patients qui s'opère dans des conditions de gestion et de financement particulières, et exceptionnelles s'agissant des patients détenus.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

Ces pratiques originales qui sont de nature à favoriser le respect des droits des personnes privées de liberté peuvent servir de modèle à d'autres établissements comparables. L'administration est invitée à mettre en œuvre toute mesure utile (circulaire, guide technique, formation, etc.) pour les faire connaître et imiter.

BONNE PRATIQUE 1 61

L'établissement a constitué avec l'entreprise qui fournit les repas un comité de liaison en alimentation et nutrition qui se réunit trois fois par an pour évaluer la qualité de la restauration et les améliorations à lui apporter.

BONNE PRATIQUE 2 64

Une équipe d'astreinte 7 jours/7, composée d'un psychiatre, d'un IDE et d'un agent de sécurité faisant office de chauffeur est mobilisée pour aller chercher les patients en SDRE ou ceux attendant à l'hôpital de Bastia leur admission en SDDE à la clinique de San Ornello, ce qui permet que l'intervention médicale commence sur le lieu de prise en charge.

RECOMMANDATIONS

Ces recommandations justifient un suivi par le ministre qui exerce l'autorité ou la tutelle sur l'établissement visité. Trois ans après la visite, ce ministre sera interrogé par le CGLPL sur les suites données à ces recommandations

RECOMMANDATION 1 19

Le ratio du nombre de soignants par rapport au nombre de patients qu'ils ont en charge est exceptionnellement bas. Il ne permet pas aux infirmiers d'exercer l'ensemble de leurs missions propres au-delà de l'administration des traitements et donc d'assurer la qualité et l'intensité de la prise en charge attendues par un patient contraint aux soins. Il doit être révisé à la hausse.

RECOMMANDATION 2 37

Comme le prévoit l'article L. 3211-11-1 du code de la santé publique, l'autorité préfectorale doit motiver ses décisions de refus d'autorisation de sortie de courte durée.

RECOMMANDATION 3 40

Le temps d'intervention de l'assistant de service social doit être sensiblement augmenté pour permettre d'assurer la totalité des missions qui lui incombent.

RECOMMANDATION 4 41

L'établissement doit passer une convention avec le tribunal judiciaire de Bastia qui permette notamment d'organiser sur son site, dans une salle spécialement aménagée à cette fin, les audiences du juge des libertés et de la détention.

RECOMMANDATION 5 42

L'assistance d'un avocat étant obligatoire devant le juge des libertés et de la détention, les frais d'avocat doivent être pris en charge au titre de la commission d'office quand bien-même les ressources du patient dépassent les barèmes de l'aide juridictionnelle.

RECOMMANDATION 6 43

Le président du tribunal judiciaire de Bastia et le maire de Borgo doivent, comme les autres autorités visées par l'article L. 3222-4 du code de la santé publique, visiter régulièrement l'établissement aux fins d'exercer le contrôle qui leur est imparti par ces dispositions.

- RECOMMANDATION 7** 44
Les patient du secteur fermé doivent avoir un accès direct et libre à un espace en plein air.
- RECOMMANDATION 8** 64
Le placement en isolement ou en contention sur décision d'un médecin qui n'est pas psychiatre doit être proscrit. De plus, les unités de psychiatrie du CH de Bastia n'étant pas autorisées à accueillir des patients en soins sans consentement, l'utilisation de leurs chambres d'isolement pour de tels patients en attente de transfert et les garanties qui devraient les entourer, notamment le registre d'isolement, restent dans un flou juridique préjudiciable aux patients, qu'il conviendrait de clarifier.
- RECOMMANDATION 9** 64
L'usage des menottes doit être proscrit pour le transport d'un patient dans un véhicule sanitaire. L'utilisation d'adhésif en rouleau pour limiter ses mouvements ne respecte pas la dignité du patient.
- RECOMMANDATION 10** 66
La clinique doit organiser ses locaux pour que tous les patients, y compris ceux hébergés en secteur fermé, puissent bénéficier autant que de besoin de consultations avec un psychiatre se déroulant dans un lieu approprié.
- RECOMMANDATION 11** 73
Le respect du secret médical s'applique à la dispensation des traitements. La Clinique San Ornello doit réorganiser la distribution des médicaments pour en préserver la confidentialité et permettre, à cette occasion, un échange entre le patient et l'infirmier.
- RECOMMANDATION 12** 76
La vidéosurveillance des chambres d'isolement porte atteinte à l'intimité des personnes et ne doit pas remplacer la présence humaine et l'interaction relationnelle ; elle doit être proscrite. L'équipe soignante doit être à même d'assurer la surveillance et d'être primo-intervenante dans les chambres d'isolement.
- RECOMMANDATION 13** 77
Toutes les chambres d'isolement doivent être équipées du mobilier nécessaire pour prendre dignement les repas.
- RECOMMANDATION 14** 89
Les modalités matérielles de la prise en charge des patients détenus doivent leur permettre, notamment, d'accéder à l'extérieur. En ce sens, le projet porté par l'établissement et visant à l'installation de cette catégorie de patients en rez-de-chaussée de la clinique gagnerait à aboutir rapidement.
- RECOMMANDATION 15** 90
Il doit être mis fin au caractère systématique du placement en isolement des patients détenus lorsqu'ils sont admis dans l'établissement, dès lors que ce systématisme n'est motivé que par leur statut pénal.
- RECOMMANDATION 16** 91
Toute personne privée de liberté doit pouvoir accéder quotidiennement à un espace à l'air libre qui lui permette de s'aérer, de marcher voire de pratiquer une activité physique. Il n'est pas admissible que les patients détenus hospitalisés dans l'établissement, parfois depuis dix-huit mois, soient privés de toute promenade à l'extérieur.
- RECOMMANDATION 17** 92
L'organisation de l'hospitalisation des personnes détenues doit être revue s'agissant de leurs droits à communiquer avec l'extérieur. Il doit en particulier être mis fin sans délai au régime préfectoral des permis de visite, fondé sur une lecture anormalement extensive d'un texte aujourd'hui modifié. En

outre, les patients détenus doivent être informés de l'ensemble des droits et voies de recours qui leur sont garantis.

RECOMMANDATION 18 93

Rien ne justifie que les patients détenus hospitalisés dans la clinique soient renvoyés vers l'établissement pénitentiaire avant toute réalisation de consultations ou d'examen somatiques spécialisés devant être effectués en milieu ouvert et alors même que leur prise en charge psychiatrique doit se poursuivre. Il doit être mis fin sans délai à l'organisation retenue à cet égard, dont résulterait l'abandon de certains suivis médicaux ou examens spécialisés.

RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

Ces recommandations formulées oralement en fin de visite ou inscrites dans le rapport provisoire ont, selon les informations données au CGLPL, déjà été prises en compte par l'établissement visité. Il semble toutefois utile de les rappeler ici pour mémoire, notamment en raison de leur utilité pour des établissements comparables.

RECO PRISE EN COMPTE 1 25

Le fonctionnement du comité d'éthique, sa composition et les conditions de sa saisine notamment, doivent être formalisés.

RECO PRISE EN COMPTE 2 26

La clinique San Ornello doit systématiquement donner aux patients une copie des certificats médicaux sur lesquels sont fondées les décisions de placement en soins sans consentement prises par son directeur, dès lors que ces décisions n'en reprennent pas les termes.

RECO PRISE EN COMPTE 3 27

L'établissement devra transmettre aux patients un document comportant les coordonnées des institutions avec lesquelles un patient en soins sans consentement peut prendre contact : le préfet de Haute-Corse, le président du tribunal judiciaire de Bastia, le procureur de la République de Bastia, la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), les avocats du Barreau de Bastia, le maire de Borgo, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) et les aumôniers.

RECO PRISE EN COMPTE 4 28

La clinique doit organiser l'enregistrement des plaintes et réclamations, fussent-elles formulées verbalement, et assurer leur traitement.

RECO PRISE EN COMPTE 5 30

Le livret d'accueil doit être modifié pour faire référence aux textes en vigueur en matière de protection juridique et non aux textes datant de 1968 et caduques depuis 2007 et préciser que le procureur est saisi des situations des patients dépourvus de proches pouvant initier la mesure.

RECO PRISE EN COMPTE 6 31

L'information relative à l'existence, au rôle et aux compétences de la commission départementale des soins psychiatriques doit être assurée au bénéfice de l'ensemble des patients et de leurs proches, tant par voie d'affichages dans tous les secteurs de la clinique que par ajout dans le livret d'accueil de l'établissement, dans les règlements intérieurs de ses différents secteurs et dans les formulaires notifiés aux patients en soins sans consentement.

RECO PRISE EN COMPTE 7 32

Les visites sur site de la commission départementale des soins psychiatriques doivent être préalablement annoncées à tous les patients en soins sans consentement, qu'ils soient hospitalisés dans l'établissement ou en programme de soins. Cette annonce, qui doit être accompagnée d'un rappel des missions et compétences de cette commission, doit être faite suffisamment en amont de

ces visites pour permettre aux patients qui le souhaitent de demander utilement à rencontrer ses membres.

RECO PRISE EN COMPTE 8 39

Il doit être mis fin sans délai aux « programmes de soins dans le milieu ouvert de la clinique » qui, quelle qu'en soit la formulation, ne constituent pas des programmes de soins ambulatoires au sens du 2° de l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique dont ils dévoient tant l'esprit que la lettre.

RECO PRISE EN COMPTE 9 40

Conformément aux dispositions des articles L. 3211-9, L. 3212-7 et R. 3211-2 et suivants du code de la santé publique, le collège des professionnels de santé ne peut être composé que de membres du personnel médical et soignant de l'établissement. Ce collège doit en outre collégialement entendre le patient et recueillir ses observations avant d'émettre son avis.

RECO PRISE EN COMPTE 10 56

L'espace personnel d'un patient ne doit pas être utilisé pour les besoins de stockage de l'établissement.

RECO PRISE EN COMPTE 11 57

L'établissement doit assurer aux personnes dépourvues de ressources l'entretien de leur linge personnel.

RECO PRISE EN COMPTE 12 67

Un projet de soins doit être élaboré pour chaque patient, associant tous les membres de l'équipe soignante et impliquant le patient, afin de le rendre acteur de son parcours de soins.

RECO PRISE EN COMPTE 13 68

Le livret d'accueil doit préciser qu'en cas de refus par un patient en SSC de la présence d'un médecin pour consulter son dossier médical, la CDSP doit être saisie, comme prévu à l'art. L. 1111-7 du code de la santé publique.

RECO PRISE EN COMPTE 14 77

Si la présentation de la chambre d'isolement aux proches est une initiative louable, le document actuellement utilisé doit être modifié pour rappeler les termes de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique en expliquant que le placement en chambre d'isolement n'est pas un acte thérapeutique mais une pratique de dernier recours, une mesure limitée dans le temps, prise sur décision d'un psychiatre et non sur prescription et exclusivement destinée à assurer la sécurité d'un patient ou de son entourage.

RECO PRISE EN COMPTE 15 80

Afin de réduire le recours à l'isolement et à la contention, l'établissement doit se doter d'indicateurs permettant de connaître pour chaque patient le temps réellement passé en isolement ou sous contention.

La durée des décisions initiales d'isolement doit être limitée à 12 heures.

RECO PRISE EN COMPTE 16 81

Les isolements ne doivent être pratiqués que dans des lieux spécialement aménagés à cet effet. Les isolements en chambre ordinaire, qu'ils soient inscrits ou non dans le registre, sont proscrits et doivent cesser. La pratique qui consiste à fermer à clé la nuit et de façon systématique les portes des chambres des patients de l'unité fermée doit cesser.

PROPOSITIONS

Ces propositions sont de nature à améliorer le respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté sans toutefois nécessiter un suivi de niveau ministériel. Leur application sera évaluée par le CGLPL au cours d'une visite ultérieure de l'établissement.

PROPOSITION 1 21

Des formations des soignants doivent être organisées sur les soins sans consentement ainsi que sur les pratiques d'isolement et de contention.

PROPOSITION 2 28

La direction de la clinique doit organiser des retours d'expérience sur les événements indésirables graves (EIG).

PROPOSITION 3 36

L'établissement doit mettre en place le registre de la loi prévu par l'article L. 3212-11 du code de la santé publique. Conformément à ces dispositions, ce registre doit, en outre, être effectivement contrôlé, lors de leurs visites, non seulement par la commission départementale des soins psychiatriques mais également par le représentant de l'Etat dans le département, le président du tribunal judiciaire de Bastia, le procureur de la République près cette juridiction et le maire de Borgo, ou leurs représentants.

PROPOSITION 4 46

Les restrictions à l'accès au téléphone pour les patients en soins sans consentement ne peuvent qu'être individualisées et justifiées par leur état clinique.
Un poste téléphonique assurant la confidentialité des conversations doit être mis à disposition des patients.

PROPOSITION 5 47

Les visites aux patients, quel que soit leur statut d'admission, doivent être toujours possibles ; toute restriction doit être individualisée et motivée par l'état clinique du patient.
Notamment, la clinique doit aménager des locaux pour les visites d'enfants de moins de 15 ans à leur proche hospitalisé, afin que les rencontres se déroulent dans des conditions adaptées à ces jeunes visiteurs.

PROPOSITION 6 54

L'établissement doit fournir aux patients du mobilier en bon état d'usage et en quantité adaptée au nombre de patients occupant la chambre.

PROPOSITION 7 60

Les plats doivent être servis aux patients dans des assiettes et non dans des barquettes de plastique noir qui rendent les mets peu appétissants.

PROPOSITION 8 65

Un examen somatique doit être pratiqué systématiquement dans les 24 heures suivant l'admission d'un patient à la clinique, comme le prévoit l'article L3211-2-2 du code de la santé publique.

PROPOSITION 9 71

Un programme d'activités occupationnelles et thérapeutiques doit être développé et intégré à un projet de soins élaboré pour et avec chaque patient, y compris pour ceux hébergés en unité fermée.

Les potentialités offertes par la salle d'ergothérapie et par un personnel qualifié doivent être mieux exploitées au service des patients.

PROPOSITION 10..... 75

Pour respecter l'intimité des patients, la disposition des chambres d'isolement doit être modifiée pour empêcher la vue sur les toilettes depuis le sas. Les chambres d'isolement doivent être équipées d'un dispositif d'appel. Les chasses d'eau doivent être actionnables par le patient et celui-ci doit pouvoir se laver les mains à tout moment.

PROPOSITION 11..... 79

Le protocole concernant la procédure d'hospitalisation d'un mineur en chambre d'isolement doit être modifié afin de faire référence à une décision médicale ainsi qu'au caractère exceptionnel d'une décision d'isolement prise concernant un patient en soins libres, limitée à une période ne pouvant dépasser 12 heures. Une information du représentant légal doit y être spécifiée même si elle est, de fait, effectuée.

PROPOSITION 12..... 83

L'établissement doit impérativement prévoir l'exploitation annuelle quantitative et qualitative des données relatives aux mesures d'isolement et de contention. En outre, il doit mettre en œuvre une politique visant à limiter le recours à ces mesures.

PROPOSITION 13..... 85

Les locaux du service accueillant les mineurs doivent être à distance de ceux des adultes et permettre un accès à l'air libre.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	5
RAPPORT	13
1. CONDITIONS DE LA VISITE	13
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	15
2.1 La clinique San Ornello monopolise dans le département la prise en charge à temps plein des patients en soins sans consentement	15
2.2 Le projet ambitieux de l'établissement est suspendu à des questions de financement	16
2.3 L'exploitation de la clinique dégage un résultat net positif	17
2.4 L'effectif soignants est à un niveau faible au regard du nombre de patients accueillis	18
2.5 La suroccupation est chronique	21
2.6 Le comité d'éthique est informel et peu fréquent	24
3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	26
3.1 L'information des patients en soins sans consentement est incomplète	26
3.2 La démarche de déclaration d'événement indésirable est intégrée par les agents	27
3.3 La désignation d'une personne de confiance est très majoritairement effectuée	29
3.4 L'accès au vote est organisé	29
3.5 L'accès aux cultes s'exerce sans difficulté	29
3.6 La protection juridique des patients qui le nécessitent est assurée	29
3.7 Les informations fournies au patient sur la confidentialité de la présence sont contradictoires	30
4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	31
4.1 La commission départementale des soins psychiatriques et la commission des usagers sont installées mais les patients en soins contraints ne sont pas suffisamment informés de leur rôle	31
4.2 Les livres faisant office de registres de la loi ne répondent ni à la lettre ni à l'esprit de la disposition législative qui les instaure	35
4.3 La préparation à la sortie pâtit, en particulier, de l'insuffisance des offres de prise en charge extérieure à la clinique et à son centre de jour	36
4.4 L'intervention du juge judiciaire n'est pas organisée sur le site de la clinique et l'assistance pourtant obligatoire de l'avocat n'est pas toujours prise en charge au titre de l'aide juridictionnelle	41
4.5 Les autres contrôles prévus par la loi ne sont pas tous assurés	43
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	44

5.1	La liberté d'aller et venir est drastiquement limitée pour les patients du secteur fermé.....	44
5.2	Les restrictions de la vie quotidienne sont peu nombreuses et rarement appliquées.....	45
5.3	Les relations sexuelles sont encadrées sans particulière information ou prévention	49
6.	LES CONDITIONS DE VIE.....	50
6.1	Les locaux sont entretenus mais souffrent d'un défaut de renouvellement du mobilier manquant ou dégradé.....	50
6.2	L'hygiène est correctement assurée au sein de l'établissement	54
6.3	L'accès des patients à leurs valeurs est possible selon des horaires souples	57
6.4	La restauration satisfait les patients.....	58
7.	LES SOINS.....	62
7.1	Aux urgences de l'hôpital, l'orientation des patients est opérée en dehors de toute articulation entre les offres de soins de la CSO et celle du secteur public.....	62
7.2	Les soins psychiatriques ne sont pas élaborés dans un projet d'équipe et se réduisent au strict minimum	65
7.3	L'accès au généraliste et aux spécialistes ne présente de difficulté que pour les patients détenus.....	71
7.4	La distribution des médicaments n'est pas confidentielle.....	72
8.	ISOLEMENT ET CONTENTION	74
8.1	Les locaux d'isolement sont partiellement conformes	74
8.2	L'isolement s'accompagne du recours à la surveillance et à la vidéosurveillance par du personnel non soignant.....	75
8.3	Les protocoles organisant le recours à l'isolement et à la contention ne prennent pas complètement en compte les recommandations de bonne pratique.....	78
8.4	L'analyse du registre de l'isolement et de la contention fait apparaître un recours très important à l'isolement, ainsi que des pratiques non conformes.....	79
8.5	La contention est peu utilisée	81
8.6	L'analyse embryonnaire des pratiques d'isolement et de contention et la formation insuffisante du personnel témoignent d'une réflexion institutionnelle très pauvre sur la limitation du recours à l'isolement et à la contention.....	82
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	84
9.1	La pédopsychiatrie reçoit les moyens d'une prise en charge de qualité	84
9.2	Privés de tout accès à l'extérieur, les patients détenus voient leurs droits restreints au cours d'hospitalisations contraintes qui sont prolongées en raison des insuffisances de l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Borgo.....	87
10.	CONCLUSION.....	95

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

Anne Lecourbe, cheffe de mission ;

Mathieu Boidé, contrôleur ;

Annie Cadenel, contrôleure ;

Jean-Christophe Hanché, contrôleur ;

François Koch, contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite de la clinique psychiatrique San Ornello de Borgo (Haute-Corse) du 29 juin au 3 juillet 2020.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 29 juin 2020 à 14h. Ils l'ont quitté le 3 juillet à 12h30. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction de la clinique. La présidente du tribunal judiciaire de Bastia (Haute-Corse) ainsi que le procureur de la République près cette juridiction, le directeur de cabinet du préfet de Haute-Corse ainsi que le délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS) de ce département ont également été avisés de ce contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le directeur de la clinique ainsi que par le fils de la directrice générale de la société d'exploitation de la clinique, lui-même président-directeur-général. Ils ont présenté le cadre de leur mission à ces interlocuteurs auxquels se sont joints le président de la commission médicale d'établissement (CME) également directeur médical de la clinique, la responsable de la qualité, la cadre de santé, la secrétaire médicale, deux représentantes des organisations syndicales, la déléguée régionale de l'UNAFAM¹ ainsi que le représentant local de cette association.

Une salle de travail et un équipement en informatique regroupant l'ensemble des documents demandés ont été mis à leur disposition. Des affichettes signalant leur visite avaient été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec la délégation départementale de l'ARS.

Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs.

¹ UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

Une réunion de restitution a eu lieu, le 3 juillet 2020, avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation.

Le rapport provisoire rédigé à l'issue de cette visite a été adressé le 1^{er} décembre 2020 au directeur de la clinique ainsi qu'aux chefs de juridiction du tribunal judiciaire de Bastia, au préfet de Haute-Corse et au directeur de l'agence régionale de santé de Corse. Le président-directeur-général (PDG) de la clinique a fait valoir ses observations par courrier le 10 février 2021, le préfet de Haute-Corse a communiqué les siennes dans un courriel du 22 mars 2021. L'ensemble de ces observations, ainsi que les éléments des nombreux documents fournis à leur appui par l'établissement, ont été pris en compte dans le présent rapport de visite.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LA CLINIQUE SAN ORNELLO MONOPOLISE DANS LE DEPARTEMENT LA PRISE EN CHARGE A TEMPS PLEIN DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

2.1.1 L'offre de soins psychiatrique en Haute-Corse

La partition de la Corse en 1975 en deux départements de Haute-Corse et de Corse-du-Sud a appuyé la nécessité de créer, en Haute-Corse, un établissement pouvant accueillir les patients en « placement volontaire » ou « placement d'office » en soins psychiatriques. L'EPSM de Castelluccio (Corse-du-Sud), proche d'Ajaccio, ouvert en 1974, remplissait pour l'ensemble du territoire corse l'obligation légale de la loi de 1838 alors applicable² mais ne répondait pas de façon satisfaisante aux besoins du département de Haute-Corse notamment en raison de l'éloignement de ses villes principales et des conditions de déplacement difficiles, jusqu'à Ajaccio, dans une géographie montagneuse.

L'hôpital de Bastia comprenait deux unités de psychiatrie mais cet établissement, au motif qu'il n'aurait pas disposé de moyens d'isolement suffisant, n'a pas souhaité accueillir les patients « placés ». Dans ce contexte, M. Henri Zuccarelli, déjà propriétaire d'une clinique chirurgicale située à Bastia, encouragé par des médecins psychiatres a proposé aux autorités sanitaires de financer la création d'une clinique psychiatrique – en pratique, la réalisation de bâtiments d'hébergement. L'autorisation d'activité de soins psychiatriques en hospitalisation complète a été alors accordée à la société d'exploitation de la Clinique San Ornello. Les locaux sont la propriété d'une société civile immobilière familiale (Zuccarelli) qui les loue à la société d'exploitation de la clinique San Ornello, elle-même détenue par le groupe familial Zuccarelli.

Le département de Haute-Corse compte, pour ses 180 000 habitants, deux secteurs de psychiatrie adulte, rattachés au centre hospitalier de Bastia, et un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile. En juillet 2020, l'offre de soins psychiatriques en hospitalisation complète est constituée par l'hôpital de Bastia, établissement public, avec deux unités de dix-neuf lits chacune qui accueillent exclusivement des patients adultes en soins libres, et par deux établissements privés à but lucratif : la clinique San Ornello située à Borgo qui dispose de quatre-vingt-dix-sept lits dont cinq de pédopsychiatrie et la clinique du Cap implantée à Luri dans le Cap Corse, à 32 km au Nord de Bastia qui offre quarante-huit lits pour des patients en soins libres.

Ces deux cliniques sont exploitées par deux sociétés juridiquement indépendantes mais toutes deux détenues par le même groupe familial présidé par Charles Zuccarelli, le fils du fondateur. Socialement, la patientèle des deux cliniques est identique et représentative de l'ensemble de la population du département.

La clinique San Ornello (CSO) est donc le seul établissement du département habilité à l'accueil de patients en soins sans consentement quel que soit le mode d'admission, notamment les personnes détenues admises sur décision du représentant de l'Etat au titre de l'article L3214-3 du code de la santé publique et dans les conditions prévues par l'article D. 398 du code de procédure pénale, situation unique sur le territoire français.

² Ordonnance royale du 30 juin 1838, article 1^{er} : « chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département ».

Par ailleurs, l'offre en établissements médico-sociaux pouvant constituer une solution de sortie pour les patients dépourvus de prise en charge familiale se résume aux vingt-huit places de l'unique maison d'accueil spécialisée (MAS) et à cinquante-six places réparties à part égales dans deux foyers d'accueil médicalisé (FAM) (Cf. § 4.3.3.).

En revanche, le département compte une vingtaine de psychiatres libéraux, dont ceux exerçant dans les deux cliniques.

2.1.2 L'organisation de la clinique

Les quatre-vingt-douze lits sont répartis en trois « services » : un service fermé de quinze lits, un service ouvert de soixante-dix-sept lits et un service de pédopsychiatrie de cinq lits.

Le service fermé est destiné à recevoir les patients adultes admis en soins sans consentement (SSC). Les patients détenus y restent tout le temps de leur séjour. Les autres patients admis en SSC y commencent leur séjour mais peuvent être, après évaluation, transférés dans le service ouvert, situation fréquente en raison du manque de place en service fermé. Certains patients connus admis en SSC peuvent être directement hébergés en service ouvert.

Le service ouvert héberge donc des patients admis en soins libres ou en SSC.

Les mineurs, quel que soit leur âge, sont tous hébergés dans le service de pédopsychiatrie.

L'activité de la clinique San Ornello se limite à la prise en charge en hospitalisation à temps plein. Elle ne participe pas à la sectorisation psychiatrique ni, donc, au suivi après hospitalisation.

La CSO a noué des partenariats avec diverses structures – établissements privés MCO³ ou de soins de suite et de réadaptation, EHPAD⁴, foyers de vie ou d'hébergement – qui se concrétisent par l'intervention sur place des psychiatres de la clinique en tant que de besoin ou par l'hospitalisation dans la clinique des résidents de ces établissements qui nécessitent des soins plus intenses.

2.2 LE PROJET AMBITIEUX DE L'ETABLISSEMENT EST SUSPENDU A DES QUESTIONS DE FINANCEMENT

Deux projets sont envisagés par les dirigeants de la clinique.

En premier lieu, les dirigeants des deux cliniques, celle du Cap et celle de San Ornello, souhaiteraient relocaliser la première vers Borgo et en transformer l'activité pour fournir des soins de suite et de réadaptation avec une double orientation : d'addictologie, d'une part, et médico-sociale, d'autre part, en offrant des solutions de sortie de l'hospitalisation pour les patients chroniques. L'ARS n'écarte pas ce projet mais elle explique qu'il doit s'inscrire dans une approche plus globale de l'offre de soins psychiatriques en Haute-Corse où les capacités de prise en charge ambulatoire sont singulièrement réduites par rapport à ce qui est constaté sur le continent, carence qui pèse sur l'hospitalisation à temps plein et appelle un redéploiement. Par ailleurs, l'ARS relève que l'absence ou l'insuffisance, dans la région du Cap, de personnel qualifié risque de fragiliser le fonctionnement d'un établissement médico-social. Enfin, en toute hypothèse, l'étude pertinente du projet est suspendue à la réforme à venir du financement de la psychiatrie qui aura nécessairement un impact sur son équilibre.

³ MCO : médecine, chirurgie, obstétrique.

⁴ EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Le deuxième projet porté par l'établissement, très formalisé, vise une extension de la capacité d'accueil de dix lits spécifiques afin de séparer les patients détenus, admis sous le mode légal SDRE (article L3214-3 du CSP) en application des dispositions de l'article D. 398 du code de procédure pénale, de l'ensemble des autres patients. La clinique propose à cette fin la construction d'un nouveau bâtiment dans le prolongement de l'existant, spécialement consacré à la prise en charge des patients détenus auxquels il offrirait un accès à l'extérieur. Cette demande d'autorisation d'extension reste à l'étude depuis plus d'un an au moment de la visite des contrôleurs ; après s'être déclarée favorable, en mars 2019, sous réserve de finalisation du financement du projet, l'ARS de Corse a fait valoir le 24 septembre suivant que « *si l'identification d'une unité dédiée [à la prise en charge des personnes sous main de justice] est actée par l'ARS, l'étude du projet au vu des évolutions tarifaires et organisationnelles qui se profilent mérite de reposer certains préalables* ». En particulier, ce courrier souligne que « *cette opération ne doit pas remettre en cause les équilibres financiers des parties prenantes* » et doit s'inscrire « *dans un projet d'évolution de l'offre territoriale en santé mentale [qui] repositionne les acteurs hospitaliers, en termes de complémentarité de l'offre et de diversification des modes de prise en charge pour intensifier notamment le « aller vers »* ».

2.3 L'EXPLOITATION DE LA CLINIQUE DEGAGE UN RESULTAT NET POSITIF

Les ressources financières de la société d'exploitation du fonds de commerce liées à l'autorisation d'activité psychiatrique sont principalement celles versées par la sécurité sociale en vertu d'un arrêté tarifaire revu chaque année. Pour 2020, l'arrêté fixe, à compter du 1^{er} mars, les montants suivants pour les patients adultes : le forfait d'entrée à 62,57 euros ; le prix de journée à 144,58 euros ; le forfait de médicaments à 3,49 euros ; le forfait de prestations dénommées « PMS⁵ » à 4,07 euros ; le supplément de chambre particulière à 34,87 euros. Les montants sont comparables pour la pédopsychiatrie à l'exception du forfait de journée qui est fixé à 368,83 euros.

Les « consultations » médicales quotidiennes en chambre (Cf. § 7.2.1) sont facturées séparément par les psychiatres au tarif du secteur 1 à raison d'une consultation médicale par patient et par jour.

Le service de liaison psychiatrique assuré par les médecins de la clinique dans les EHPAD est refacturé à ces derniers.

L'autre partie de leur temps, les psychiatres peuvent la consacrer à leur clientèle privée qu'ils reçoivent dans des locaux mis à leur disposition au rez-de-chaussée du bâtiment (Cf. 6.1). En contrepartie, ils versent une redevance à la société d'exploitation.

Les autres ressources sont aussi limitées que celles de la patientèle de la clinique San Ornello. Il a été indiqué qu'en pratique, les chambres particulières sont rarement facturées car les patients qui les occupent n'ont pas les moyens financiers de payer le supplément et ne sont pas couverts par une mutuelle ; cependant, la sécurité sociale, prend en charge chaque jour quatre suppléments de chambre particulière.

Les subventions sont rares, fléchées essentiellement sur la sécurisation du site.

Les intervenants médicaux et paramédicaux extérieurs (médecin généraliste, kinésithérapeute, etc.) sont payés à l'acte et réglés à l'euro près avec le remboursement de la

⁵ Outil de pondération budgétaire, poids moyen du séjour.

sécurité sociale. Une partie du prix de journée – 20 % en juillet 2020 – reste à la charge des patients qui ne sont pas exonérés du ticket modérateur en raison d'une affection de longue durée. Les mutuelles prennent en charge ce reste à payer mais la clinique doit assurer ce recouvrement. Ces créances sont importantes en raison de la situation de la patientèle, en grande partie socialement défavorisée, et pas toujours recouvrées.

Il en résulte, selon les interlocuteurs, une gestion de l'établissement très serrée, ce qui est perceptible dans les conditions d'entretien des locaux (Cf. § 6.1) ou encore dans le niveau de dépenses de personnel (salaires et charges sociales) ; le montant de celles-ci⁶, 2 953 000 euros représente 44,88 % des dépenses en 2018 (42,04 % en 2017) ce qui est très inférieur aux ratios de cliniques psychiatriques semblables qui varient de 55 % à 79,7 % . Cette gestion « serrée » permet de dégager chaque année un résultat net positif : 362 373 euros en 2018 (pour un chiffre d'affaires de 6 578 600 euros).

La société n'est pas endettée et sa situation financière est saine. Elle pourrait permettre le financement d'un encadrement soignant et une offre d'activités plus soutenues, un meilleur entretien des locaux.

2.4 L'EFFECTIF SOIGNANTS EST A UN NIVEAU FAIBLE AU REGARD DU NOMBRE DE PATIENTS ACCUEILLIS

2.4.1 Les médecins

L'équipe médicale est constituée de quatre médecins psychiatres liés à la clinique par un contrat d'exercice libéral. Selon ce contrat, ils consacrent une partie de leur temps, le plus souvent leur matinée, au suivi des patients de la clinique, aux réunions de *staff*, à la réception des familles, à la liaison psychiatrique avec les EHPAD. Chaque patient a un psychiatre référent, selon un système de répartition entre ces praticiens, mais chacun d'entre eux peut, en cas d'absence du référent, voir un patient qui nécessiterait un entretien. Par ailleurs, une astreinte médicale, tenue à tour de rôle par l'un de ces quatre médecins, est assurée la nuit et le week-end.

Sauf intervention d'urgence (consultation d'un patient de la clinique, transport d'un patient en SDRE), leur après-midi est consacrée à leur clientèle privée qu'ils reçoivent dans leur cabinet installé au rez-de-chaussée de la clinique (Cf. § 6.1).

Cette organisation assure une présence médicale constante en journée et une continuité des soins médicaux 24h /24.

Situation rare sur le territoire français, la clinique ne connaît pas de difficulté de recrutement de psychiatre. Au demeurant, l'équipe en place présente une grande stabilité, certains des psychiatres y exerçant depuis son ouverture. Les conditions de travail ne sont sans doute pas étrangères à cette stabilité.

Par ailleurs, un médecin généraliste se déplace à la clinique deux fois par semaine, il est, comme les psychiatres, rémunéré à l'acte.

⁶ Le montant des dépenses de l'établissement ne comprend pas les honoraires des médecins et autres intervenants extérieurs réglés à l'acte directement par l'assurance maladie

2.4.2 Le personnel non médical

Au 31 décembre 2019, l'effectif total de la clinique était de quatre-vingt-cinq personnes exécutant 70,10 équivalents temps plein (ETP). Le taux d'absentéisme (hors congés sans solde et jours de formation) est de 5,71 %.

Les postes de soignants (en ETP) sont répartis en 19 infirmiers (dont 5 pour la pédopsychiatrie), 10 aides-soignants et aides médicopsychologiques, 19,8 agents de service, 3 éducateurs spécialisés, 1,3 psychologue, 0,5 pharmacien, 1 cadre de santé. S'y ajoutent 2,97 secrétaires médicales et 0,4 assistante sociale.

Deux psychologues interviennent, l'une, en principe, auprès des mineurs pour 0,5 ETP. L'autre à 0,8 ETP auprès des adultes ; cette dernière étant en congé maternité lors de la visite, elle est remplacée, dans la mesure du possible, par sa collègue de pédopsychiatrie.

a) L'organisation des équipes

Le recrutement du personnel infirmier est en tension, l'établissement fait le constat que la psychiatrie n'attire pas les infirmiers diplômés d'Etat (IDE).

Surtout, les salaires résultant de l'application de la grille indiciaire de la fédération des cliniques et hôpitaux privés (FHP), à laquelle se réfère la CSO, sont moins attractifs que ceux pratiqués dans le secteur public. Pour améliorer le niveau de rémunération totale, ce salaire indiciaire est complété par des primes d'ancienneté, la participation des salariés, un compte épargne salariale, des tickets restaurant ; l'ensemble représente l'équivalent d'un treizième mois.

Néanmoins, les postes d'infirmiers sont tous occupés lors de la visite, par treize femmes et six hommes.

Lors d'absences ou de vacances, il est fait appel à un *pool* de remplacement constitué de personnes disposées à faire des heures à la demande – dont d'anciens salariés de la clinique – ce qui permet de faire intervenir des professionnels qui connaissent déjà l'établissement.

L'équipe de chaque poste – deux postes de soins au total pour l'ensemble des lits adultes – comporte en journée deux infirmiers et un aide-soignant (AS) ou un aide médicopsychologique (AMP), soit une moyenne de trois soignants pour quarante-cinq patients. Ce ratio est un des plus bas jamais constaté par des contrôleurs mais aucune norme d'encadrement n'est applicable en psychiatrie. Il demeure que l'effectif de l'équipe ne lui permet pas d'animer des activités ou de conduire des entretiens qui sont pourtant les missions propres de l'infirmier en psychiatrie⁷.

RECOMMANDATION 1

Le ratio du nombre de soignants par rapport au nombre de patients qu'ils ont en charge est exceptionnellement bas. Il ne permet pas aux infirmiers d'exercer l'ensemble de leurs

⁷ Recommandations minimales du Contrôleur général des lieux de privation de liberté pour le respect de la dignité et des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, recommandation 121 : « Tout lieu d'enfermement doit disposer d'un personnel médical et soignant suffisant, proportionné au nombre et à l'état de santé des patients enfermés. Afin de mieux identifier les besoins, des études épidémiologiques doivent être conduites régulièrement. Une adaptation du nombre de soignants doit être possible dès lors que la patientèle augmente ou qu'une dégradation de son état de santé est constatée. »

missions propres au-delà de l'administration des traitements et donc d'assurer la qualité et l'intensité de la prise en charge attendues par un patient contraint aux soins. Il doit être révisé à la hausse.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique explique que « Concernant le ratio de soignants/patients. Tout d'abord, d'un point de vue réglementaire, il correspond aux conditions techniques de fonctionnement existantes. L'ensemble des effectifs de la clinique, est officiellement présent dans la charte de fonctionnement, elle-même partie intégrante du dossier d'autorisation de la clinique.

D'un point de vue fonctionnel, les soignants, ne sont pas limités à la distribution de médicaments. Outre les entretiens individuels formels et informels, ils animent ou co-animent un certain nombre d'ateliers. Les 2 ateliers animés hebdomadairement par la psychologue (photo langage et groupe addicto), sont co-animés systématiquement avec un soignant (IDE, AS ou AMP). Les ateliers animés par des intervenants extérieurs et notamment celui d'expression corporelle, sont également co-animés avec un soignant. Les soignants eux-mêmes animent seuls l'atelier de relaxation et l'atelier karaoké et certain sont actuellement formés afin de réaliser des prises en charge individuelles, sur la sexualité et le sevrage tabagique. »

Les contrôleurs maintiennent que le ratio de deux ou trois soignants pour quarante-cinq patients est insuffisant pour permettre aux infirmiers de conduire des activités et entretiens auprès des patients à hauteur des besoins de ceux-ci.

b) La formation

Un « livret d'accueil du nouveau salarié » de huit pages est distribué à tout nouvel arrivant. Il énumère les devoirs de tout agent, explique le rôle des diverses instances (commission médicale d'établissement, comité de lutte contre les infections nosocomiales, commission des usagers, etc.) et comporte un paragraphe sur la gestion des risques.

Un tuteur est désigné pour chaque nouveau soignant, dès son arrivée. Ce tuteur lui explique l'organisation de l'établissement, l'organigramme et les fonctions des trois services. Les aides-soignants et agents de service sont ajoutés durant une semaine en sureffectif de l'équipe qu'ils rejoignent.

A la fin de la période d'accueil, le nouvel agent remplit un questionnaire de satisfaction qui donne à la cadre des pistes d'amélioration de la procédure.

La formation aux spécificités de l'exercice infirmier en psychiatrie n'est pas formalisée pour les nouveaux soignants et se résume à un tutorat par un infirmier plus ancien qui donne des informations ; la cadre explique le régime des soins sans consentement et, au cours des *staffs* hebdomadaires, les soignants peuvent questionner les médecins sur les pathologies.

Il a été indiqué qu'à chaque étage, un livret contenant des fiches sur chaque médicament est mis à la disposition des patients comme des familles. Les soignants peuvent s'y référer.

Enfin, un programme de formation est mis en œuvre chaque année avec l'aide d'un cabinet spécialisé. Dix actions de formations en 2018 ont plus précisément intéressé les soignants : formation aux gestes de soins d'urgence, circuit du médicament, soins palliatifs et accompagnement de fin de vie, bientraitance, lutte et prévention des infections nosocomiales, dépression et risque de suicide, savoir gérer l'agressivité et les violences,

sauveteurs secouristes au travail, self-défense. Les autres actions étaient relatives au management ou à la bureautique.

En 2019, six thèmes de formation ont été suivis par les agents : dépression et risque de suicide, équipier de première intervention, gestes et postures, sauveteur et secouriste au travail, trouble du comportement alimentaire, savoir gérer l'agressivité et les violences.

La diminution du nombre des actions de formation a été expliquée par une modification de leur financement. La CSO garde néanmoins l'objectif de former l'ensemble du personnel à la gestion de l'agressivité.

Les entretiens professionnels sont l'occasion, pour les salariés, d'exprimer leur besoin en formation.

L'établissement participe à la formation initiale de soignants en accueillant des stagiaires – infirmier, aides-soignants ou aides médico-psychologique.

PROPOSITION 1

Des formations des soignants doivent être organisées sur les soins sans consentement ainsi que sur les pratiques d'isolement et de contention.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique indique « La clinique continuera à rechercher des formations pertinentes pour la prise en charge des patients en soins sans consentement. Enfin le nombre de personnels formés simultanément est fonction d'une part, de la nécessité de fonctionnement des services, nous ne pouvons réduire les effectifs ne serait-ce que 2 jours, pour laisser partir plus de personnels en formation, et d'autre part les budgets alloués nationalement. À ce titre et comme vous l'avez relevé dans votre rapport, les établissements de plus de 50 salariés, comme la clinique San Ornello, ont été particulièrement négativement impactés par la dernière loi sur la formation. »

Cette réponse valide, s'il le fallait, la recommandation précédente selon laquelle le nombre de soignants doit être augmenté pour permettre à ces derniers d'être disponibles pour les actions de formation.

2.5 LA SUROCCUPATION EST CHRONIQUE

2.5.1 L'activité

S'agissant de son activité au cours des deux années précédant la visite, la CSO a fourni les données suivantes :

	Totalité		1 ^{er} Etage		2 ^e Etage		Pédo- psychiatrie	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
File active totale	479	471	184	194	286	271	37	38
Nombre de séjours	670	643	229	262	391	338	52	48
Nombre journées d'hospitalisation	38 137	38 452						
Durée moyenne de séjour (en jours)	58,12	66,26						
Durée moyenne d'hospitalisation dans l'année	79,62	81,64						
Nombre de lits	98	98	38+5*	38+5	55	55	5	5
Taux d'occupation des lits	106 %	107 %						

*le nombre de lits mentionnés pour le premier étage comprend ceux des cinq chambres d'isolement

La répartition des lits figurant dans ce tableau ne correspond ni au constat des contrôleurs de l'existence de quatre-vingt-douze lits d'adultes (quarante lits au 1^{er} étage – dont quinze en service fermé – et cinq chambres d'isolement, cinquante-deux lits d'adultes aux 2^{ème} et 3^{ème} étages dénommés conjointement « 2^{ème} étage » dans la CSO) ni au propos de l'ensemble des interlocuteurs qui font référence à quatre-vingt-douze lits.

De ces données, il ressort, qu'alors que la file active diminue, le nombre de jours d'hospitalisation croît ce qui aboutit évidemment à une durée moyenne d'hospitalisation également croissante, phénomène imputable notamment aux difficultés à trouver des solutions de sortie (Cf. § 7.2.2).

2.5.2 Les chiffres des soins sans consentement

Le même document donne des précisions sur les patients admis en soins sans consentement. Au 26 juin 2020, trente-cinq patients sont admis en soins sans consentement (SSC) : vingt sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) dont sept patients détenus, en application des dispositions de l'article D. 398 du code de procédure pénale, et deux « judiciaires », terme utilisé par la CSO pour les personnes jugées irresponsables pénalement en application de l'article L. 122-1 du code pénal ; quinze sont admis sur décision du directeur de la clinique dont six en procédure de péril imminent (SPI).

Pour les deux années précédant le contrôle, la clinique a produit le tableau suivant :

	Nombre de mesures	Nombre de patients	Nombre de journées	DMS	DMH annuelle

	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Totalité des soins psychiatriques sur décision du directeur	155	134	142	123	7383	7395	47,6	55,1	51,9	60,1
Dont SDT ordinaire	122	97	113	90	5729	4810	46,9	49,5	50,7	53,4
Dont SPI	33	37	29	33	1654	2585	50,1	69,8	57,0	78,3
Totalité soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE)	133	158	111	112	8186	9007	61,5	57,0	73,7	80,4
Dont personnes détenues	47	87	33	50	1488	3588	31,6	41,2	45,0	71,7
Dont décision judiciaire	4	3	4	3	866	728	217	243	217	243
Soins libres (SL)	437	397	316	311	22540	21815	51,5	54,9	71,3	70,1
TOTAL des patients hospitalisés	670	643	479	471	38137	38452	58.1	66.2	79.6	81.6

DMS : durée moyenne de séjour par patient durant l'année considérée

DMH : durée moyenne d'hospitalisation par patient dans l'année considérée

La situation de la CSO est exceptionnelle à plus d'un titre : la proportion d'admissions de patients en SSC est importante, elle représente 40 % des admissions en 2018 et 43 % en 2019, ce qui peut s'expliquer par sa position d'exclusivité pour l'admission en soins sans consentement dans le département. Autre particularité, parmi ces modes d'admissions en soins contraints, les patients en SDRE sont en proportion importante : 46 % des SSC en 2018 et 54 % l'année suivante alors que la part moyenne des SDRE sur le reste du territoire est de l'ordre de 16 %. Parmi les patients admis en SDRE, le nombre de patients détenus est lui aussi exceptionnellement important, comme sont surreprésentés les patients reconnus irresponsables pénalement. Enfin, aucun des patients admis sur décision du directeur de l'établissement (SDDE) ne l'est en procédure d'urgence, situation également rarissime, et les admissions sur le fondement du péril imminent restent modérées parmi les SDDE : 21 % en 2018 et 27 % en 2019 pour une moyenne nationale de 29 %⁸.

Le mode d'admission semble peser sur la durée moyenne d'hospitalisation puisque les patients admis en SDRE connaissent une durée de séjour supérieure à celle des deux autres

⁸ Soins sans consentement en France : évolutions récentes et disparités territoriales, par Magali Coldefy in *Questions d'économie de la santé*, n° 222, février 2017

groupes ; cependant, l'interprétation de cette moyenne doit être relativisée par les durées d'hospitalisation des personnes reconnues irresponsables pénalement.

2.5.3 La gestion de la suroccupation

Le taux global d'occupation des lits dépasse constamment 100 %, jusqu'à 107 % en 2019. Selon les interlocuteurs, la suroccupation concerne surtout le secteur fermé. L'explication réside dans l'organisation adoptée par la clinique qui impose aux patients en SSC de commencer leur séjour dans le secteur fermé, sauf en cas de ré hospitalisation d'un patient déjà connu et calme.

Diverses mesures sont mises en œuvre lors de périodes d'afflux qui se présentent plusieurs fois par an : des patients du secteur fermé sont hébergés dans le secteur ouvert lorsqu'il est jugé que leur état le permet, et des lits supplémentaires sont installés dans les chambres : les chambres doubles sont triplées, les triples quadruplées voire, plus exceptionnellement, quintuplées, ce dans les deux secteurs. Cette solution pèse évidemment sur la qualité de l'hébergement des patients dans des chambres dont le mobilier n'est pas toujours adapté à la capacité théorique (Cf. § 6.1).

Les chambres d'isolement peuvent également être utilisées, notamment pour les patients plus fragiles, la porte de la chambre est alors laissée ouverte.

La possibilité d'anticiper des sorties est très limitée par l'absence de solution d'aval (Cf. § 7.2.2).

2.6 LE COMITE D'ETHIQUE EST INFORMEL ET PEU FREQUENT

Le comité d'éthique n'est pas une institution formalisée ; notamment, les modalités de saisine de personnes qui se réunissent pour traiter de questions d'éthique ne sont pas protocolisées, pas plus que ne l'est son champ d'intervention et l'usage qui est fait de ses productions.

Des réunions rassemblent le directeur général de la société d'exploitation, son directeur, le psychiatre directeur médical, la cadre de santé, la responsable de la qualité, une infirmière et une aide-soignante sur des points de réflexion dont les participants se sont autosaisis.

La fréquence des réunions n'est pas non plus précise ; l'institution s'est réunie une fois chaque année depuis 2017 et jamais durant le premier semestre 2020.

Trois comptes-rendus ont été communiqués. La réunion du 24 janvier 2017 a traité de la question : « *Mener une réflexion sur la tension des hospitalisations au sein de la structure.* », qui a conduit à proposer la solution de l'extension des capacités pour prendre en charge les patients détenus.

La réunion du 14 mai 2018 étudiait la question : « *Peut-on contraindre un patient à des soins contre son gré ? Doit-on lui administrer son traitement contre son gré, en injectable ?* ». Le comité a répondu par l'affirmative à cette question, tout en reprenant la remarque d'une soignante : « *le soignant est régulièrement interrogé au niveau de ses valeurs, de sa conception personnelle de la pratique des soins* ». Il a conclu que « *si le consentement éclairé du patient est à rechercher, celui du soignant est à construire afin que celui-ci ne soit pas plus contraint au soin que le patient dont il a la charge.* »

La réunion du 19 octobre 2019 a abordé la question « *Dans quelles conditions l'accès à un service peut-il être autorisé à un visiteur ayant été patient et ayant posé problème dans ce service ?* » pour conclure : « *Plus que l'interdiction de visite, une vigilance par rapport aux*

visites semble être un fil relationnel à construire. [Le directeur médical] indique que seul le patient peut répondre de ses besoins et les communiquer au psychiatre. Une réflexion sur les pistes d'amélioration du déroulement des visites doit être menée en 2020. »

Il a été relevé par les interlocuteurs que la composition de fait de ce comité, qui ne comprend pas de médecin extérieur à la CSO, n'était pas favorable à la liberté de parole des soignants. Les avis rendus par cette instance mériteraient d'être communiqués à l'ensemble du personnel.

RECO PRISE EN COMPTE 1

Le fonctionnement du comité d'éthique, sa composition et les conditions de sa saisine notamment, doivent être formalisés.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique fait savoir « *Le protocole relatif au comité d'éthique a été complété, notamment des conditions de saisine, d'un enrichissement de sa composition, et de précisions sur son fonctionnement.* » et produit le document correspondant.

3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS

3.1 L'INFORMATION DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT EST INCOMPLETE

3.1.1 L'information générale sur leurs droits

A son arrivée, chaque patient reçoit un livret d'accueil avec une charte de la personne hospitalisée, un règlement intérieur des services de la clinique et un questionnaire de sortie. Lors de son admission, un document est remis au patient afin qu'il désigne une « *personne à prévenir* » et qu'il puisse, le cas échéant, exprimer son souhait que sa famille ne soit pas prévenue de son séjour dans l'établissement.

3.1.2 L'information sur leurs droits spécifiques

Toutes les décisions concernant les soins sans consentement – décisions du directeur et arrêtés du préfet, convocations à l'audience du JLD ou de la cour d'appel, ordonnances de ce juge et arrêts de la cour d'appel de Bastia – sont systématiquement transmises en copie au patient. Mais il ne peut obtenir une copie des certificats médicaux afférents à la procédure qu'avec l'accord du médecin psychiatre. Or, les décisions de soins sans consentement prises par le directeur de la clinique font référence aux certificats médicaux qui les fondent mais n'en reprennent pas les termes. Cette omission prive les patients de leur droit de connaître le fondement de la décision dont ils font l'objet, et donc de la possibilité de décider d'un recours de manière éclairée.

RECO PRISE EN COMPTE 2

La clinique San Ornello doit systématiquement donner aux patients une copie des certificats médicaux sur lesquels sont fondées les décisions de placement en soins sans consentement prises par son directeur, dès lors que ces décisions n'en reprennent pas les termes.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique indique « Depuis la visite du CGLPL et en accord avec les médecins psychiatres de l'établissement, l'ensemble des certificats notamment cités dans les notifications (SDDE), et arrêtés préfectoraux (SDRE), sont systématiquement transmis au patient. »

Les contrôleurs prennent acte de ces modifications.

Les patients en soins sans consentement reçoivent le document « *Droits des personnes hospitalisées SPDT et SDRE* ». Celui-ci mentionne le droit de communiquer avec le préfet de Haute-Corse, le président et le procureur de la République du tribunal judiciaire de Bastia, la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), le maire de Borgo, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), un avocat. Mais seules sont données les coordonnées de la CDSP et du JLD. Les coordonnées des avocats du Barreau de Bastia, de la préfecture, du JLD, du maire de Borgo et de la CDSP, mais pas celles du CGLPL, ne sont affichées que dans un couloir du secteur fermé, sans toutefois que le rôle de chacune de ces entités soit précisé. Dans le livret d'accueil figurent les numéros de téléphone des associations d'usagers.

RECO PRISE EN COMPTE 3

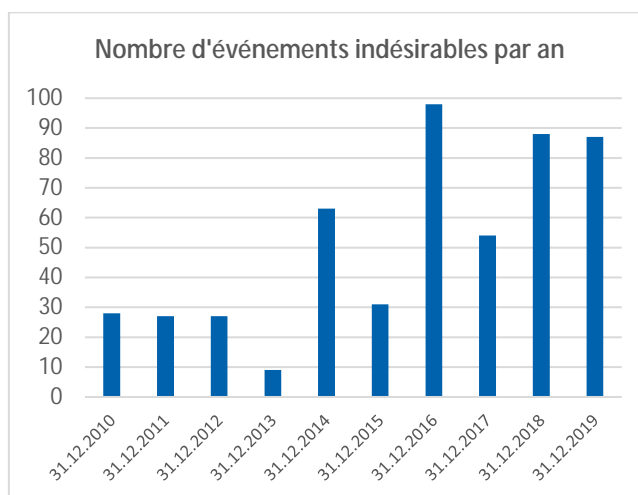
L'établissement devra transmettre aux patients un document comportant les coordonnées des institutions avec lesquelles un patient en soins sans consentement peut prendre contact : le préfet de Haute-Corse, le président du tribunal judiciaire de Bastia, le procureur de la République de Bastia, la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), les avocats du Barreau de Bastia, le maire de Borgo, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) et les aumôniers.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique fait savoir « *En complément des documents remis lors des différentes notifications liées aux soins sans consentement, le livret d'accueil a été révisé et enrichi, afin qu'y figure l'ensemble des institutions qu'un patient en soins sans consentement est en droit de contacter avec les coordonnées correspondantes. L'ensemble des patients est destinataire d'un livret d'accueil de la clinique lors de son admission.* ». Il accompagne sa réponse de la copie du nouveau livret d'accueil qui non seulement indique les coordonnées mais également explique les missions des institutions.

3.2 LA DEMARCHE DE DECLARATION D'ÉVENEMENT INDESIRABLE EST INTEGEE PAR LES AGENTS

3.2.1 Faits de violence, incidents

Le personnel s'est bien approprié la possibilité de déclarer un « événement indésirable », quelle qu'en soit sa nature. De 2014 à 2019, la moyenne annuelle est de soixante-dix déclarations, les plus fréquentes concernant des dégradations des équipements ou des locaux, des agressions ou des défaillances du circuit des médicaments.



De manière marginale, certaines déclarations ne sont pas traitées comme elles le devraient. Le 3 septembre 2019, le signalement de l'hébergement de cinq patients en chambre 108, prévue pour trois, n'a donné lieu qu'à une sortie le lendemain, alors qu'une telle suroccupation devrait être proscrite. Le 29 septembre 2019, la déclaration d'un « manque de mobilier récurrent dans les chambres à plusieurs, notamment de chaises », n'a manifestement pas été traitée, puisque, huit mois plus tard au moment du contrôle, cette carence existait toujours.

Le 17 mai 2020, une agression par une patiente détenue est signalée à la fois par une infirmière et par une aide-soignante, un agent de sécurité ayant été également atteint. Mais la direction n'a pas remis en cause la décision du personnel à l'origine de la rixe : une fouille de la chambre dans l'objectif de rechercher un téléphone mobile. Or, à défaut de risque majeur établi, une telle fouille constitue une violation de l'intimité et une atteinte à la vie privée de la patiente.

PROPOSITION 2

La direction de la clinique doit organiser des retours d'expérience sur les événements indésirables graves (EIG).

Dans sa réponse, le PDG de la clinique soutient que « La clinique San Ornello ne déplore que peu d'EIG, mais réalise malgré tout plusieurs CREX (Comité de Retour d'Expérience) par an, suite à des déclarations d'EI (a fortiori pour les EIG le cas échéant) et afin d'en analyser les causes et améliorer ce qui peut l'être pour éviter autant que possible qu'ils se reproduisent.

De plus le service de psychiatrie infanto-juvénile, réalise des RMM (Revue de morbidité et mortalité) régulièrement, et constitue un temps supplémentaire formalisé, de retour d'expérience.

Concernant les EI liés aux mobiliers, relevés dans le rapport provisoire, la clinique subit en permanence des dégradations volontaires. La conséquence de ces incivilités, est la récurrence des EI déclarés pour ce motif, dont les conséquences sont amplifiées par des délais de livraison relativement longs, pour tous les équipements présents en chambre (minimum 10 semaines). »

Les contrôleurs maintiennent les conclusions de leurs constats.

3.2.2 Requêtes et plaintes

Le livret d'accueil met en valeur la faculté qu'a le patient de faire consigner par écrit une plainte ou une réclamation. Il mentionne qu'« un registre de plainte et de réclamation se trouve à l'accueil de la Clinique ». En effet, un registre des requêtes et plaintes existe pour les années 2019 et 2020. Mais ils sont vierges, puisque les requêtes et plaintes des patients ne sont reçues que verbalement. Aussi est-il impossible de connaître le nombre de ces requêtes et de ces plaintes, ainsi que les suites qui leur ont été données. L'établissement devrait faire en sorte que le registre soit tenu avec toutes les plaintes et requêtes.

RECO PRISE EN COMPTE 4

La clinique doit organiser l'enregistrement des plaintes et réclamations, fussent-elles formulées verbalement, et assurer leur traitement.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique indique « La clinique s'engage malgré tout à améliorer la traçabilité de ses plaintes et réclamations de façon plus systématique, tout en essayant de ne pas alourdir la charge de travail en temps administratif supplémentaire. Ces derniers étant les premiers concernés par la verbalisation des patients, un document de traçabilité de ces plaintes et réclamations orales a été fourni à chaque salle de soins (cf.P.J.3), en sus du registre présent au standard de la clinique.

Une sensibilisation sur ce sujet a été faite en réunion à l'ensemble des équipes. »

3.3 LA DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE EST TRES MAJORITAIREMENT EFFECTUEE

Lors de son admission, chaque patient remplit un formulaire de désignation d'une « *personne de confiance* ». L'établissement a indiqué aux contrôleurs que quatre-vingt-sept des quatre-vingt-quatorze patients présents le 30 juin 2020 ont désigné une personne de confiance sur un document distinct de celui où est indiquée la personne à prévenir. La même personne pouvant être choisie pour les deux fonctions. L'employée en charge des admissions a assuré aux contrôleurs que chaque personne de confiance est informée par téléphone de sa désignation, mais ces appels ne sont pas tracés.

3.4 L'ACCES AU VOTE EST ORGANISE

Selon les informations transmises aux contrôleurs, le personnel soignant informe les patients des possibilités qu'ils ont d'exercer leur droit de vote. Il n'a cependant été rapporté aucune information institutionnalisée non plus qu'un quelconque affichage qui seraient systématiquement mis en œuvre lors des scrutins, qu'ils soient locaux ou nationaux. Les mêmes renseignements précisent que la majorité des patients qui participent aux scrutins le font à l'aide d'une procuration. Les démarches sont réalisées auprès de la gendarmerie. Cependant, certains patients auraient obtenu une permission au cours des week-ends des 14-15 mars et des 27-28 juin 2020 afin d'aller voter aux élections municipales.

3.5 L'ACCES AUX CULTES S'EXERCE SANS DIFFICULTE

Le livret d'accueil indique : « *Pour faire appel aux représentants des différentes religions, adressez-vous au personnel de l'accueil qui pourra ainsi contacter le représentant religieux de votre choix.* »

A l'accueil, se trouve une liste des représentants de quatre religions : catholique, israélite, musulmane, protestante, « *coordonnées vérifiées en janvier 2020* ». Figure un numéro de téléphone pour chacun, sauf pour l'aumônier musulman pour lequel une adresse de courrier électronique est indiquée mais elle ne fonctionnait pas au moment du contrôle.

Les contrôleurs n'ont pu contacter que le diacre catholique et la pasteur protestante. Le premier indique être peu sollicité et se rendre à la clinique moins de deux fois par mois. La seconde signale n'avoir jamais été sollicitée alors qu'elle a été désignée en 2013.

Aucun office religieux n'est organisé au sein de la clinique. Les patients autorisés à sortir le dimanche peuvent participer à une messe catholique en se rendant à l'église de Borgo mais il n'y a pas d'accompagnement possible le week-end avec le chauffeur de l'établissement : la distance est de près de 3 km et le parcours à pied est dangereux puisqu'il faut longer sans protection une route à quatre voies pendant plusieurs centaines de mètres. Certains patients musulmans font leur prière en chambre grâce à un tapis de sol prêté par un infirmier.

3.6 LA PROTECTION JURIDIQUE DES PATIENTS QUI LE NECESSITENT EST ASSUREE

Sous le titre « *Incapacité* », le livret d'accueil indique : « *Si vous n'êtes plus en mesure d'assurer la gestion de vos biens, il est nécessaire de vous soyez représentés ou assistés afin de sauvegarder vos intérêts conformément à la loi du 3 janvier 1968 sur la protection des*

incapables majeurs. » Il est précisé que la décision de protection juridique (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle) appartient au juge des tutelles à la demande du médecin et de la famille.

Le patient et la famille sont reçus par l'assistante sociale de la clinique, le mercredi ou le jeudi, qui transmet un rapport au secrétariat médical en cas d'accord de l'intéressé sur une mesure de protection juridique. En cas de refus du patient, le médecin peut rédiger un certificat expédié au procureur de la République.

Au moment du contrôle, trente-deux patients font l'objet d'une mesure de protection juridique, dont quatorze curatelles et dix-huit tutelles. Le patient peut contacter au téléphone son curateur ou son tuteur sans limitation.

RECO PRISE EN COMPTE 5

Le livret d'accueil doit être modifié pour faire référence aux textes en vigueur en matière de protection juridique et non aux textes datant de 1968 et caduques depuis 2007 et préciser que le procureur est saisi des situations des patients dépourvus de proches pouvant initier la mesure.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique informe que « Le livret d'accueil a été mis à jour dans le sens de la recommandation, les articles légaux de référence ont notamment été actualisés (loi 2007-308 du 5 mars 2007), et le texte concernant la protection a été complété. Cf. PJ.2 »

3.7 LES INFORMATIONS FOURNIES AU PATIENT SUR LA CONFIDENTIALITE DE LA PRESENCE SONT CONTRADICTOIRES

« Vous pouvez demander que votre présence dans l'établissement ne soit pas divulguée à des tiers extérieurs en le signalant lors de votre admission », peuvent lire les patients dans le livret d'accueil. Or les règlements intérieurs de chacun des deux services soulignent qu'« aucune indication sur votre présence dans l'établissement ou votre état de santé ne sera donnée, excepté aux personnes désignées par vous-mêmes. »

Les employées de l'accueil disent appliquer les règlements intérieurs en ne donnant aucune information aux personnes qui appellent au standard de la clinique. Elles ajoutent qu'un patient peut demander à être inscrit de manière anonyme dans le fichier des patients informatisé accessible à l'accueil. Mais de cette possibilité, le patient n'est pas informé par écrit.

4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

4.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES ET LA COMMISSION DES USAGERS SONT INSTALLEES MAIS LES PATIENTS EN SOINS CONTRAINTS NE SONT PAS SUFFISAMMENT INFORMES DE LEUR ROLE

4.1.1 La commission départementale des soins psychiatriques

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil de l'établissement et il n'y est pas non plus fait référence dans les règlements intérieurs des trois secteurs de la clinique (ouvert, fermé, de pédopsychiatrie). Les coordonnées de cette commission sont affichées dans le service fermé mais ces informations sont en elles-mêmes insuffisantes puisqu'elles ne rappellent pas le rôle et les compétences de la commission ; en outre, elles n'assurent pas une information à l'ensemble des patients en soins sans consentement puisque ceux-ci peuvent être pris en charge dans d'autres secteurs. Enfin, le formulaire récapitulatif de leurs droits qui est notifié aux personnes hospitalisées en SSC mentionne la possibilité de saisir la CDSP sans d'autre précision que son adresse, et celui qui est notifié aux personnes détenues admises dans l'établissement sur le fondement de l'article L 3214-3 du CSP et dans les conditions prévues par l'article D. 398 du code de procédure pénale (voir *infra*, § 9.2) ne la mentionne pas.

RECO PRISE EN COMPTE 6

L'information relative à l'existence, au rôle et aux compétences de la commission départementale des soins psychiatriques doit être assurée au bénéfice de l'ensemble des patients et de leurs proches, tant par voie d'affichages dans tous les secteurs de la clinique que par ajout dans le livret d'accueil de l'établissement, dans les règlements intérieurs de ses différents secteurs et dans les formulaires notifiés aux patients en soins sans consentement.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique informe que « Le livret d'accueil a été complété d'une rubrique spécifique aux soins sans consentement. Cf.PJ.2 Cette partie détaille notamment les missions de la CDSP et ses coordonnées. Ces informations sont également diffusées par voie d'affichage dans l'ensemble des services de la clinique. Enfin, une mise à jour des règlements intérieurs (secteur fermé, soins libres et pédopsychiatrie) a également été faite sur ce même sujet. Cf.PJ.4 »

Au moment de la visite des contrôleurs, la composition de la CDSP est précisée par un arrêté du préfet de la Haute-Corse du 7 février 2018 fixant pour ses membres un mandat de trois ans. Elle est présidée par l'un des psychiatres de l'établissement et comprend un magistrat (le juge des libertés et de la détention du tribunal judiciaire de Bastia), un psychiatre du centre hospitalier de cette commune, le médecin généraliste chargé de l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Borgo ainsi que deux représentantes d'associations d'usagers (A Salvia) et de familles d'usagers (UNAFAM). La secrétaire médicale en charge des procédures de SSC au sein de la clinique San Ornello, une représentante de l'ARS de Corse qui est chargée du secrétariat de la commission ainsi, parfois, que la déléguée départementale de cette agence participent également aux réunions de la CDSP.

Cette dernière se réunit quatre fois par an en alternant rencontres dans les murs de l'ARS et sur le site de la clinique, lors desquelles ses membres procèdent à une visite de tout ou partie

de l'établissement et rencontrent, ce faisant, les patients qui y sont alors hospitalisés. Aucune annonce préalable de ces visites n'est faite aux patients en SSC, qu'ils soient hospitalisés ou astreints à un programme de soins. Ainsi, les patients ne sont pas en mesure de solliciter, s'ils le souhaitent, un rendez-vous avec les membres de la commission en amont de leur visite sur site ; ceux qui sont hospitalisés peuvent s'absenter lors de ces visites et ceux qui sont suivis en SSC ambulatoires échappent totalement au contrôle éventuel de la commission.

RECO PRISE EN COMPTE 7

Les visites sur site de la commission départementale des soins psychiatriques doivent être préalablement annoncées à tous les patients en soins sans consentement, qu'ils soient hospitalisés dans l'établissement ou en programme de soins. Cette annonce, qui doit être accompagnée d'un rappel des missions et compétences de cette commission, doit être faite suffisamment en amont de ces visites pour permettre aux patients qui le souhaitent de demander utilement à rencontrer ses membres.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique fait savoir que « *L'affichage de l'information sur la tenue de la CDSP dans l'enceinte de l'établissement (semestriellement), est maintenant effectué dès que la date est définie. Cet affichage reprend également, les missions et coordonnées de la CDSP. Cf. PJ.5 Une salle au sein du secteur fermé, sera mis à disposition des patients et de la CDSP, afin qu'ils puissent se rencontrer.* »

Les contrôleurs prennent acte de ces modifications.

Des comptes-rendus de réunion et bilans de la CDSP qui ont été communiqués aux contrôleurs, il ressort qu'à chacune de leur rencontre, les membres de cette commission :

- sont informés de l'activité de la clinique en matière de SSC (nombres de levées de mesures et de nouvelles mesures, par catégories) ; une « *étude des situations* » et un « *contrôle des dossiers* » concernés seraient alors effectués ;
- abordent ensuite des « *questions diverses* » au titre desquelles, notamment, le juge des libertés et de la détention informe l'établissement de questions ou difficultés intéressant l'organisation de son office (envoi par mail des convocations, etc.) ; au cours de l'année 2019, ont par ailleurs été évoqués, en particulier, le taux d'occupation du service fermé de la clinique et le projet d'aménagement de locaux spécifiques pour la prise en charge des patients détenus (voir *infra*, § 6.1), l'ouverture projetée d'une maison d'accueil spécialisée à Bastia ou encore les exigences préfectorales entourant les autorisations de sortie des patients (voir *infra*, § 4.3.1) ;
- procèdent, lorsqu'ils se réunissent sur le site de la clinique, au « *contrôle des registres* » (voir *infra* § 4.2) puis à la visite de l'établissement ;
- éventuellement, échangent au sujet de cas particuliers de patients.

Ces comptes-rendus sont succincts ; selon le psychiatre président la commission, ils ne reflètent pas la réalité et la richesse des échanges de ses membres. Les bilans annuels d'activité sont tout aussi succincts, qui récapitulent notamment les visites organisées sur le site de la clinique et le nombre de patients rencontrés à cette occasion (sept en 2016, onze en 2017, treize en 2018). S'il est fait état, dans le bilan pour l'année 2018, de ce que « *les patients rencontrés au sein du secteur fermé (...) ont exprimé principalement des doléances en rapport avec le respect de leurs droits* », aucun détail n'est apporté à cet égard. Dans les bilans des deux années précédentes, il est au contraire constaté l'absence de « *doléance en rapport avec*

le respect de leurs droits» à l'exception de « remarques sur le mobilier des chambres, notamment sur les placards trop petits et détériorés » (année 2017 – voir *infra* § 6.1) et sur la « qualité de la nutrition » (année 2016). Aucun suivi des constats ainsi arrêté n'apparaît dans ces bilans d'une année à l'autre.

Selon son président, la commission n'est pas saisie par des particuliers – patients ou membres de leurs proches – de demande de levée de mesures de SSC, faute pour eux de connaître cette procédure « bien qu'elle soit portée à leur connaissance » ; selon lui, un site national d'information à l'attention des familles d'usagers serait utile. L'information des patients, y compris ceux suivis en soins ambulatoires, et donc de leurs proches tout au long de leur prise en charge et notamment en amont des visites de la CDSP dans les locaux de la clinique, participerait toutefois de la même utilité. Quoi qu'il en soit, il ressort des documents communiqués que la commission n'a proposé aucune mainlevée de mesure de SSC au cours des quatre années précédant la visite des contrôleurs. Elle n'a pas adressé ses comptes-rendus de visite au CGLPL.

4.1.2 La place des usagers

a) La commission des usagers

La commission des usagers (CDU) est mentionnée dans le livret d'accueil de la clinique qui rappelle notamment sa composition de principe (« le directeur, un médiateur médical, un médiateur non médical, le responsable qualité, des représentants des usagers »), son rôle, sa mission principale et mentionne comme possibilité de contact les numéros de téléphone des associations des représentants des familles d'usagers qui en sont membres (UDAF de Haute-Corse⁹ et UNAFAM de Corse) ainsi que le nom et les coordonnées de la personne chargée, au sein de la clinique, de la relation avec les usagers dans l'établissement.

Un affichage plus complet a été constaté en divers endroits de l'établissement – et notamment sur la banque d'accueil au rez-de-chaussée, où il est bien visible, mais pas dans le secteur fermé ; il expose les mêmes informations que celles figurant dans le livret d'accueil et précise la composition exacte de la commission, qu'une permanence est assurée à l'accueil de l'établissement tous les lundis durant une heure, qu'un registre des plaintes est à disposition au guichet d'accueil de la clinique et l'adresse à laquelle le président de la CDU peut être saisi, en plus des coordonnées des associations précitées de familles d'usagers.

Au moment de la visite, la CDU est présidée par la représentante d'une association de familles d'usagers ; son secrétariat est assuré par la responsable de la qualité au sein de la clinique.

La commission se réunit quatre fois par an et élabore un rapport annuel. Les comptes-rendus des réunions tenues en 2019 ont été communiqués aux contrôleurs ; lors de ces rencontres, la commission a été informée des demandes d'accès aux dossiers médicaux (trois en 2019), des plaintes et des réclamations éventuellement portées par écrit par les usagers (aucune en 2019 ; voir § 3.2.2 sur les plaintes et requêtes). Parfois, des questions touchant à la prise en charge des patients sont abordées, par exemple la question des activités, individuelles ou de groupe, qui leur sont proposées. Cependant, si ces comptes-rendus permettent d'apprécier les sujets abordés, le contenu des échanges intervenus n'est le plus souvent pas rapporté.

⁹ UDAF : Union départementale des associations familiales

Il en ressort pour autant qu'au titre des objectifs de la CDU pour 2020 figurent les outils de recueil de la satisfaction des usagers, la mise en place d'un « *projet des usagers* » et la « *réflexion à mener sur les axes stratégiques (révision des politiques bienveillance et droits des patients)* » ; ces objectifs sont repris dans le rapport annuel 2019 de la CDU, sous le titre de « *recommandations de la CDU* ». Ledit rapport reprend les informations générales précitées auxquelles sont ajoutées les données statistiques annuelles relatives au nombre de requêtes adressées à la clinique et aux résultats des questionnaires de satisfaction (voir *infra*, § 4.1.3).

b) Les associations représentant les usagers et leur famille

L'UNAFAM de Corse et l'UDAF de Haute-Corse disposent de représentants fréquemment présents dans l'établissement. En plus de leur participation à la CDU et à la CDSP, les représentants de l'UNAFAM de Corse proposent notamment un « groupe de parole » mensuel aux patients hospitalisés, auquel participent le directeur médical et une psychologue de la clinique. Cette présence institutionnelle et dans les services de l'établissement permet à ces représentants d'être informés, notamment, des enquêtes de satisfaction et des réclamations non traitées par les équipes soignantes.

Les représentants associatifs sont eux-mêmes régulièrement saisis par les usagers ou leurs familles de difficultés rencontrées dans l'établissement : « *c'est ensuite nous qui réglons les problèmes directement avec les médecins* », notamment pendant le « groupe de parole » mensuel précité.

Les représentants associatifs rencontrés font état d'un bon partenariat avec la direction et l'équipe médicale de la clinique ; pour l'illustrer, ils précisent avoir été parmi les seules personnes extérieures à l'établissement à être autorisées à y pénétrer durant la période de confinement résultant de la pandémie au coronavirus. Ils soulignent être connus des médecins et du personnel soignant, ce qui « *suffit ; on n'a jamais l'obligation de monter jusqu'à l'administratif.* »

Selon eux, les principales difficultés qu'ils déplorent localement, « *ce sont les soins dans la cité* » (voir aussi *infra*, § 4.3.3) et « *la place [qui y est faite pour] la réhabilitation psychosociale* » ; encore faudra-t-il pour les affronter, ajoutent-ils, « *que les soignants (...) cessent de penser que c'est "du social"*. » Aussi, pour tenter de pallier les difficultés déplorées dans l'accès aux droits et donc aux soins – qui résulteraient notamment de la méconnaissance des dispositifs et des prestations – l'UNAFAM de Corse propose notamment des permanences assurées par des assistants de service social ainsi qu'une plate-forme d'écoute.

4.1.3 Le questionnaire de satisfaction

Des questionnaires de satisfaction sont proposés à la fin de leur séjour aux patients hospitalisés dans la clinique ; depuis 2018, leur contenu est adapté au public visé : l'un est destiné aux usagers adultes, un autre aux usagers mineurs pris en charge dans le secteur de pédopsychiatrie et un dernier est réservé aux « familles » (parents, tuteurs, accompagnants) de ces derniers.

En 2019, le questionnaire de sortie a été retourné par 77 patients adultes (contre 115 l'année d'avant), soit 16 % de la file active. Le recueil des questionnaires a été réalisé uniquement au 2^{ème} étage, qui accueille la moitié des patients adultes, sans qu'aucune explication n'ait été donnée de cette sélection.

Trente-deux des soixante-dix-sept répondants déclarent n'avoir reçu ni livret d'accueil ni règlement intérieur. On relève une satisfaction globale sur l'accueil et l'hôtellerie, la restauration, le respect des droits des patients, la prise en charge par l'équipe soignante et les médecins. Vingt-sept des soixante-dix-sept patients n'ont pas répondu sur leur satisfaction concernant les activités, et trente-deux patients n'ont pas répondu sur l'adaptation des activités à leur état de santé. Pour 2018, un total de vingt et un questionnaires a été recueilli auprès des patients mineurs et quinze auprès de leurs familles, sans apporter cette précision pour les adultes.

Afin d'améliorer le retour de ces questionnaires, la pratique a été modifiée à compter de l'année 2017 : le questionnaire est toujours distribué à l'admission, avec le livret d'accueil de l'établissement, mais il est de nouveau remis au patient lorsque sa date de sortie de la clinique est connue. A cette occasion, le soignant ou l'agent qui le lui remet l'invite à le remplir ; une assistance est proposée aux patients qui le nécessitent, notamment les plus jeunes. Cette organisation permettrait un meilleur taux de retour.

Les patients rencontrés par les contrôleurs n'expriment pas de plainte majeure, sinon un grand ennui, et parfois leur difficulté à voir leur psychiatre en entretien.

Une synthèse des résultats d'enquête reprenant, par catégorie de public visé, les taux de satisfaction globaux ainsi que ceux relatifs à la restauration, au « service hôtelier » ainsi que, pour les adultes, à l'ergothérapie et, pour les enfants, à leur prise en charge, est présentée à la CDU (voir *supra* § 4.1.2 a)) et il a été précisé aux contrôleurs qu'un projet de recueil de la « satisfaction » des patients après leur éventuel placement en isolement était projeté pour le courant de l'année 2019 et a été reporté à l'année 2020. Il n'avait pas encore été mis en œuvre au moment de la visite des contrôleurs.

4.2 LES LIVRES FAISANT OFFICE DE REGISTRES DE LA LOI NE REPONDENT NI A LA LETTRE NI A L'ESPRIT DE LA DISPOSITION LEGISLATIVE QUI LES INSTAURE

Au moment du contrôle, deux livres sont ouverts au titre de l'article L. 3212-11 du code de la santé publique : l'un est consacré aux patients en SPDT et a été ouvert le 2 février 2020, l'autre aux patients en SDRE et a été ouvert le 2 janvier 2020. Il s'agit de livres à couverture noire d'un format de 30 cm sur 35 cm. L'un comprend 400 folios, chaque feuillet étant numéroté sur chacune de ses faces et tamponné aux armes de la mairie de Borgo ; l'autre comporte 500 folios pareillement marqués. Les livres antérieurs sont archivés au quatrième étage de la clinique, dans le secteur administratif.

Aucun visa de contrôle de ces registres n'a été constaté ; selon les témoignages recueillis, seule la CDSP les examine lors de ses visites sur le site de la clinique. Bien que cette commission considère que « *leur tenue n'appelle pas d'observation* »¹⁰, aucun de ces registres ne rend possible le contrôle des procédures de SSC mises en œuvre par l'établissement, contrôle qu'ils sont pourtant censés faciliter.

La direction de la clinique a en effet pris le parti de faire recopier dans ces registres, de façon manuscrite par les membres de son personnel qui sont chargés de l'accueil et des admissions, certains des certificats et actes intéressant les patients hospitalisés en soins sans

¹⁰ Notamment : comptes-rendus de la CDSP des 18 juin et 3 décembre 2019, datés des 17 septembre 2019 et 31 janvier 2020.

consentement : certificats médicaux d'admission, des 24 h et des 72 h ; avis médical pour le juge des libertés et de la détention ; certificat de levée ; attestations de présence ; avis du collège des professionnels de santé.

Cette retranscription est faite au jour le jour, de façon chronologique et sans aucune modalité de renvoi, pour un même patient, d'un folio à un autre et d'un registre à l'autre. Il n'existe, en outre, aucun index qui serait susceptible de permettre de trouver, à l'intérieur d'un registre, les différentes pages retraçant les évolutions de la situation d'un même patient. Il n'existe pas non plus de « livre de renvoi », comme d'autres établissements ont pu le mettre en place. Enfin, aucun des actes ainsi reportés dans ces livres n'est signé de son auteur.

Ainsi, diverses mentions sont absentes du registre bien qu'obligatoires puisqu'expressément prévues par la loi, notamment l'identité du tiers, les dates auxquelles le patient est informé de sa situation et de ses droits, l'existence éventuelle d'une mesure de protection juridique. En tout état de cause, le contrôle dans le temps d'une mesure n'est pas réalisable puisque le suivi d'un même patient depuis son admission en SSC jusqu'à la levée de la mesure, au gré des évolutions éventuelles de cette mesure, est particulièrement complexe et, de fait, impossible. L'établissement doit donc sans délai mettre en place le registre prévu par la loi afin de permettre un contrôle complet, effectif et facilité des mesures de SSC qu'il met en œuvre ou dont il est chargé par les représentants de l'Etat.

PROPOSITION 3

L'établissement doit mettre en place le registre de la loi prévu par l'article L. 3212-11 du code de la santé publique. Conformément à ces dispositions, ce registre doit, en outre, être effectivement contrôlé, lors de leurs visites, non seulement par la commission départementale des soins psychiatriques mais également par le représentant de l'Etat dans le département, le président du tribunal judiciaire de Bastia, le procureur de la République près cette juridiction et le maire de Borgo, ou leurs représentants.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique fait savoir : « Concernant le registre de la loi, les prochains registres qu'utilisera la clinique comprendront un index, permettant la consultation de l'ensemble des certificats concernant l'hospitalisation d'un même patient. Les futurs registres, traceront également des informations, actuellement présentes uniquement dans le dossier patient, notamment l'identité du tiers ou encore l'existence de mesure de protection juridique. Enfin, comme vous nous l'avez suggéré, les certificats et avis médicaux, ne seront plus retranscrits de façon manuscrite, mais des copies de ces derniers seront collées dans le registre de la loi. »

Les contrôleurs prennent acte de ces projets.

4.3 LA PREPARATION A LA SORTIE PATIT, EN PARTICULIER, DE L'INSUFFISANCE DES OFFRES DE PRISE EN CHARGE EXTERIEURE A LA CLINIQUE ET A SON CENTRE DE JOUR

4.3.1 Les sorties de courte durée, programmes de soins et décisions de levée des mesures de soins sans consentement

Aucune traçabilité des autorisations de sortie de courte durée (ASCD) n'est assurée, que ce soit par l'établissement (notamment pour les patients en SPDT) ou par l'ARS de Corse (pour ceux en SDRE).

Selon les informations recueillies, seules des « permissions » non formalisées autrement que par une mention au dossier médical des patients sont accordées aux patients en SPDT. Aucune doléance n'a été faite à cet égard aux contrôleurs par les patients concernés qu'ils ont rencontrés – y compris certains d'entre eux qui étaient alors hospitalisés dans le secteur fermé de la clinique, le cas échéant en chambre d'isolement avec un régime « porte ouverte ».

Les ASCD prévues par l'article L. 3211-11-1 du code de la santé publique ne sont formellement établies que pour les personnes en SDRE – à l'exception des patients détenus (voir *infra*, § 9.2). Ni la direction ni le personnel de l'établissement rencontrés par les contrôleurs n'ont fait état de difficulté dans l'obtention de ces autorisations, dont le traitement est assuré par l'ARS de Corse qui soumet, aux fins de décision et de signature, une « note d'aide à la décision » aux services préfectoraux qui reprend notamment l'historique de la situation individuelle en cause et l'argumentation médicale justifiant la demande d'ASCD. Selon ces renseignements, moyennant le respect d'un délai de prévenance, habituel, de 48 heures, la réponse préfectorale à la demande présentée par l'établissement serait transmise en temps utile. Il ressort cependant des doléances recueillies auprès des patients et des constats des contrôleurs, d'une part, qu'aucune autorisation de sortie ne serait accordée aux patients ayant été jugés irresponsables pénalement et, d'autre part, que les refus opposés aux demandes d'ASCD par les services préfectoraux ne sont jamais motivés, l'avis du préfet n'étant formalisé que par une croix portée dans une case « refus » en méconnaissance du texte légal.

RECOMMANDATION 2

Comme le prévoit l'article L. 3211-11-1 du code de la santé publique, l'autorité préfectorale doit motiver ses décisions de refus d'autorisation de sortie de courte durée.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique informe que « La visite du CGLPL, a permis d'aborder ce sujet avec l'autorité préfectorale, qui a depuis pris l'habitude de motiver ses décisions. »

La mise en œuvre éventuelle de programmes de soins (PDS) ne poserait pas davantage de difficulté : les propositions médicales en ce sens seraient le plus souvent acceptées par l'autorité préfectorale qui, tout au plus, solliciterait parfois davantage de détails quant au contenu de ces programmes. Pourtant, il a été fait état, lors de réunions de la CDSP tenues courant 2019, de fréquentes demandes d'expertise formulées par les services préfectoraux lors des propositions de modification de la forme de la prise en charge¹¹. Selon les témoignages recueillis à cet égard, ces exigences préfectorales seraient effectivement nombreuses lors de chaque changement d'équipes préfectorales, le plus souvent inquiètes de la « dangerosité » des patients, mais resteraient ponctuelles ; elles seraient ainsi devenues moins fréquentes au moment de la visite des contrôleurs. A cette date, les propositions de levée de la mesure de SSC ne soulèveraient pas non plus de difficulté.

Au 30 juin 2020, alors que la clinique accueille vingt-neuf patients en hospitalisation complète au titre de mesures de SSC¹², trente-cinq patients sont réputés être suivis en SSC dans le cadre

¹¹ Comptes-rendus des CDSP des 18 juin et 17 septembre 2019, datés des 17 septembre et 3 décembre 2019.

¹² Dont onze SPDT et dix-huit SDRE. Parmi ces derniers, trois ont été jugés irresponsables pénalement et sept sont des patients détenus pris en charge sur le fondement des dispositions de l'article D. 398 du code de procédure pénale.

d'un PDS ambulatoires au sens du 2° de l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique, c'est-à-dire sous une autre forme que l'hospitalisation complète, « *pouvant comporter des soins ambulatoires, des soins à domicile (...) et, le cas échéant, une hospitalisation à domicile, des séjours à temps partiels ou de séjours de courte durée à temps complet (...)* ».

Si les programmes ainsi mis en place sont, pour l'essentiel, effectivement composés de soins ambulatoires qui sont dispensés à l'hôpital de jour voisin de la clinique, à domicile ou en ville, il a cependant été spontanément indiqué aux contrôleurs que quatre des patients envisagés sont en réalité hospitalisés à temps complet dans l'établissement au moment de la visite – ils étaient cinq la semaine précédente, mais ce dernier patient a fait l'objet d'une décision de réintégration en hospitalisation complète entre-temps.

Pour les quatre premiers de ces patients, les « programmes de soins » sont ainsi libellés :

- pour deux d'entre eux : « *poursuite des soins en hospitalisation continue avec courtes sorties répétées de l'établissement ; observance du traitement psychotrope prodigué* » ;
- pour le troisième : « *poursuite des soins dans le secteur ouvert de l'établissement afin de favoriser les rencontres familiales avec de brèves sorties en milieu familial* » ;
- pour le quatrième : « *sorties deux nuits par semaine, du lundi matin 9h au mardi après-midi 19h et du jeudi matin 9h au vendredi après-midi 19h avec ses parents, au domicile familial ; poursuite du traitement psychotrope pharmacologique* ».

Ces « programmes de soins » s'inscrivent pour l'essentiel dans le temps : trois d'entre eux ont été initiés le 9 novembre 2016, le 16 août 2019 et le 17 janvier 2020. Ces patients n'ont donc pas vu de JLD depuis lors. De la même façon, le patient ayant fait l'objet d'une mesure de réintégration en hospitalisation complète à la veille de la visite du CGLPL avait été placé en « programme de soins » à compter du 2 mai 2017 et n'avait plus vu de juge depuis cette date ; si la formulation a pu varier au cours des trois années ainsi écoulées, ledit programme tendait à organiser l'orientation du patient vers le centre de jour voisin de la clinique et à la « *reprise d'une autonomisation* », mais il est constant que l'intéressé est, en réalité, demeuré en hospitalisation complète dans l'établissement durant toute la période considérée – au grand étonnement du juge devant lequel il a comparu à la suite de la décision portant réintégration en hospitalisation complète – voir *infra*, § 4.4).

Les médecins et la direction de l'établissement, comme le personnel de l'ARS de Corse chargé des SSC, qui a été contacté à ce sujet, ainsi que la CDSP sont informés de l'existence de ces « *programmes de soins dans le milieu ouvert de la clinique.* »¹³ Pour conscients que ces différents acteurs puissent être de l'illégalité de ces situations, elles perdurent pour des motifs qui ne sont aucunement de nature à les justifier : « *éviter toute rupture des soins* » et, pour un patient, « *faciliter la gestion de sa situation* » et éviter d'avoir à solliciter deux fois par semaine une autorisation de sortie de courte durée.

Il doit être mis fin sans délai à ce dévoiement, qui a pour conséquence de faire échapper à tout contrôle, et notamment celui du juge judiciaire, ces hospitalisations contraintes. Seuls des soins ambulatoires peuvent être rendus obligatoires au titre d'un PDS ordonné sur le fondement du 2° de l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique ; si cette disposition offre la possibilité, dans ce cadre, de séjours à temps partiel ou de courte durée dans la

¹³ Compte-rendu de la CDSP du 17 septembre 2019, daté du 3 décembre suivant.

clinique, ceux-ci ne peuvent qu'être ponctuels : le temps passé en hospitalisation doit demeurer exceptionnel dans le cadre d'une prise en charge qui ne peut, pour l'essentiel, qu'être extérieure à l'établissement¹⁴.

RECO PRISE EN COMPTE 8

Il doit être mis fin sans délai aux « programmes de soins dans le milieu ouvert de la clinique » qui, quelle qu'en soit la formulation, ne constituent pas des programmes de soins ambulatoires au sens du 2° de l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique dont ils dévoient tant l'esprit que la lettre.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique fait savoir que « La pratique des programmes de soins en hospitalisation complète, a été stoppée à l'issue de la visite du CGLPL. L'ensemble des dossiers concernés ont été régularisés durant les deux premières semaines de juillet, en accord avec le Juge des libertés et de la détention de Bastia. De plus, suivant les conseils du CGLPL, les psychiatres de la clinique ont sollicité l'autorité préfectorale, pour des autorisations multiples de sortie de courte durée de patients irresponsables pénaux ou en SDRE. Cette démarche a permis de trouver une issue favorable pour des patients dont la situation était dans l'impasse sur ce sujet. »

Les contrôleurs prennent acte de ces évolutions dont ils se réjouissent.

Il ressort, pour le reste, des informations communiquées aux contrôleurs que les PDS peuvent être initiés dans le mois ou, le plus souvent, dans les deux mois suivant l'hospitalisation du patient ; ils sont éventuellement adaptés ensuite, lors de leur réévaluation. L'examen de cinq autres PDS choisis de manière aléatoire fait apparaître qu'ils n'incluent pas de ré-hospitalisation séquentielle, l'ensemble du suivi préconisé étant essentiellement organisé en hôpital de jour, dans la structure voisine de la clinique où interviennent une fois par semaine les mêmes psychiatres, et à domicile. Cependant, selon les informations communiquées – sans qu'un chiffre quelconque ne vienne les étayer faute de tenue d'éléments statistiques s'y rapportant –, le taux de ré-hospitalisation des patients en PDS serait élevé. Tant l'établissement que la CDSP gagneraient à suivre avec attention l'évolution de ce taux afin, si l'information était confirmée, d'interroger la pertinence et l'adaptation des PDS mis en œuvre.

4.3.2 Le collège des professionnels de santé

C'est le secrétariat médical en charge du suivi des patients en SSC qui assume la charge de tous les calendriers – pour l'élaboration des certificats médicaux, les comparutions devant le juge judiciaire et les avis du collège des professionnels de santé prévu par l'article L. 3211-9 du code de la santé publique.

Ce collège est composé du directeur de la clinique, du psychiatre référent du patient concerné, d'un autre psychiatre – en général celui qui a fait la « visite en chambre » (voir *infra*, § 7.2.1) le jour de l'avis à rendre puisqu'il est censé avoir rencontré le patient à cette occasion – et de la cadre de santé. Selon les témoignages recueillis, ces membres ne se réunissent pas formellement mais échangent, pas toujours de façon collégiale, « dans les couloirs ou dans le bureau » du directeur ou de l'un des médecins, parfois de la secrétaire médicale à laquelle l'avis est ensuite dicté. Le patient n'est donc pas convoqué devant le collège spécialement

¹⁴ Pour une illustration, voir : Cour de cassation, 1^{ère} ch. Civ., 4 mars 2015, n° 14-17824

réuni pour l'entendre, ni invité à lui présenter ses observations portant sur sa situation et sur l'avis que ses membres envisagent d'émettre quant à la poursuite de sa prise en charge.

RECO PRISE EN COMPTE 9

Conformément aux dispositions des articles L. 3211-9, L. 3212-7 et R. 3211-2 et suivants du code de la santé publique, le collège des professionnels de santé ne peut être composé que de membres du personnel médical et soignant de l'établissement. Ce collège doit en outre collégialement entendre le patient et recueillir ses observations avant d'émettre son avis.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique fait savoir que « Les protocoles relatant le collège des professionnels et son rôle, SSC-SDDE et SSC-SDRE notamment, ont été actualisés, afin d'ajouter la présence du patient et le recueil de ses observations quant à sa situation, ou si son état de santé ne le permet pas, qu'une information adaptée à son état et motivant la décision prise, lui soit délivrée dans les meilleurs délais. Cf.PJ.6 »

4.3.3 Les prises en charge d'aval

Comme la direction de l'établissement, les représentants des usagers soulignent l'insuffisance générale des structures d'aval (Cf. *supra* § 4.1.2) dans ce département qualifié de « *plus pauvre de France* » par nombre d'interlocuteurs.

Les structures médico-sociales sont insuffisantes (Cf. § 2.1.1) il n'existe qu'un seul centre d'hébergement et de réinsertion sociale sur le territoire, lequel est « *archi complet et rechigne à prendre des malades psychiatriques.* » Les familles d'accueil sont très peu nombreuses et ne concernent, exceptionnellement, que les patients mineurs.

Dans ce cadre, la préparation à la sortie et l'orientation des patients en vue de la levée de la mesure de SSC sont particulièrement difficiles dès lors qu'aucun entourage n'est présent et aidant puisque, selon l'établissement, « *les tuteurs sont débordés* » et que l'assistante de service social de la clinique « *ne peut pas tout assumer à elle seule* » – ce, d'autant plus compte tenu de son volume horaire limité. La clinique ne participant pas à la sectorisation, aucun représentant des structures extra hospitalières ne participe à la préparation de la sortie.

RECOMMANDATION 3

Le temps d'intervention de l'assistant de service social doit être sensiblement augmenté pour permettre d'assurer la totalité des missions qui lui incombent.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique fait savoir qu' « Une réflexion est en cours, concernant le temps de travail de l'assistante sociale (augmenté il y a 2 ans). Cette réflexion prend en compte également, les différents projets menés actuellement sur le territoire, visant à accroître les possibilités d'hébergement, avec plus ou moins d'encadrement thérapeutique, et destinés aux patients psychiatriques. La clinique est partie prenante de plusieurs de ces projets (notamment membre fondateur du GCSMS¹⁵, Un chez soi d'abord). »

Les contrôleurs prennent acte de ces démarches globale qui, toutefois, n'invalident pas sa recommandation.

¹⁵ GCSMS : groupement de coopération sociale et médico-sociale

4.4 L'INTERVENTION DU JUGE JUDICIAIRE N'EST PAS ORGANISEE SUR LE SITE DE LA CLINIQUE ET L'ASSISTANCE POURTANT OBLIGATOIRE DE L'AVOCAT N'EST PAS TOUJOURS PRISE EN CHARGE AU TITRE DE L'AIDE JURIDICTIONNELLE

Il n'existe pas de convention liant la clinique San Ornello et le tribunal judiciaire (TJ) de Bastia et les dispositions de l'article L. 3211-12-2 du code de la santé publique ne sont pas mises en œuvre en tant qu'elles prévoient que le juge des libertés et de la détention (JLD) statue prioritairement dans une salle d'audience attribuée au ministère de la justice, spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement.

Au moment de la visite des contrôleurs, les patients sont donc toujours conduits par le chauffeur de la clinique jusqu'au TJ de Bastia (une vingtaine de minutes de route théoriquement), où ils comparaissent dans le bureau (« le cabinet ») du JLD après avoir rencontré l'avocat qu'ils ont choisi ou qui a été désigné pour les assister au titre de l'aide juridictionnelle. S'il s'agit d'un patient détenu, l'escorte est assurée par des agents de l'administration pénitentiaire mandatés à cette fin.

La contrainte de ce déplacement, *a fortiori* lorsqu'est en cause une escorte pénitentiaire, comme le caractère inadapté d'une présence au palais de justice de patients hospitalisés en soins psychiatriques sans consentement – et notamment dans un salle d'attente partagée avec les escortes policières et, le cas échéant, des personnes menottées, comme ce fut le cas durant la visite des contrôleurs –, ne peuvent que participer du faible taux de présentation des patients devant le magistrat : si aucune donnée précise n'a été transmise aux contrôleurs à cet égard, malgré leurs demandes adressées tant à la clinique qu'à la juridiction, il ressort d'un compte-rendu de la CDSP qu'« *en moyenne, la moitié des patients se présente chez le JLD* »¹⁶.

RECOMMANDATION 4

L'établissement doit passer une convention avec le tribunal judiciaire de Bastia qui permette notamment d'organiser sur son site, dans une salle spécialement aménagée à cette fin, les audiences du juge des libertés et de la détention.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique relève « La clinique, peut tout à fait mettre une salle à disposition du JLD pour ses audiences. Le fonctionnement actuel, repose cependant sur une réelle volonté du tribunal judiciaire et du JLD. Ce dernier sera malgré tout à nouveau informé de cette possibilité et un fonctionnement détaillé de ses audiences sera alors défini, le cas échéant. »

Le magistrat siège en habits civils, aux côtés de sa greffière. Au moment de la visite des contrôleurs, leur bureau est équipé d'un hygiaphone en plexiglas à la suite de la pandémie de coronavirus ; trois fauteuils y font face, où s'installent le patient et son avocat, en robe. La porte est laissée entrouverte ; en cas de besoin, celle-ci peut être tenue dans une salle de réunion voisine, dans les mêmes conditions.

Après s'être présenté et avoir expliqué son rôle dans la procédure, le magistrat s'entretient avec le patient sur sa situation et l'évolution que celui-ci en attend. L'échange est libre et le patient, puis son conseil, peuvent exposer leurs points de vue.

¹⁶ Compte-rendu de la CDSP du 3 décembre 2019, daté du 31 janvier 2020.

Les notifications aux patients de la convocation puis de l'ordonnance judiciaires sont assurées par la secrétaire médicale de la clinique qui a la charge du suivi des dossiers de SSC et, pour les patients hospitalisés dans le secteur fermé de la clinique, par les infirmiers. Les ordonnances du JLD, transmises par le greffe du TJ à la clinique dans l'après-midi suivant l'audience, sont notifiées en fin de journée ou, plus souvent, le lendemain matin.

Le greffe du TJ convoque les tiers concernés : éventuels demandeurs de l'hospitalisation et mandataires judiciaires, qui se déplacent toutefois rarement à l'audience, selon les témoignages recueillis.

Aucune commission d'office d'un avocat n'est faite sans examen des ressources du patient par le bureau d'aide juridictionnelle du TJ. Cet examen étant souvent assuré postérieurement à l'audience, il survient régulièrement que des patients ou leurs représentants reçoivent ultérieurement une note d'honoraires imprévue, leur avocat ne s'étant finalement pas vu attribuer l'aide juridictionnelle escomptée.

RECOMMANDATION 5

L'assistance d'un avocat étant obligatoire devant le juge des libertés et de la détention, les frais d'avocat doivent être pris en charge au titre de la commission d'office quand bien même les ressources du patient dépassent les barèmes de l'aide juridictionnelle.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique indique : « La problématique des frais d'avocat dans le cadre de l'assistance que ces derniers fournissent lors des différents passages devant le JLD, sont une problématique connue de la clinique. Il est à noter, que le JLD ainsi que le bâtonnier, sont sensibles à cette question, et que systématiquement lorsque la clinique informe d'une situation délicate, une sensibilisation de l'ensemble des avocats du barreau de Bastia est effectuée par ces deux derniers, afin qu'ils agissent avec tact et mesure, dans le cadre de ces procédures. »

Les contrôleurs prennent acte de ces informations qui n'invalident en rien leur recommandation.

Au moment de la visite des contrôleurs, le même magistrat occupe les fonctions de JLD depuis une dizaine d'années ; à l'exception de ses périodes de congés, il est seul chargé du contentieux des SSC. Il souligne deux difficultés particulières de son intervention qui tiennent, pour la première, à ce qu'il ne dispose que « d'une seule vue, celle de la clinique San Ornello » et, pour la seconde, à son office en tant que tel alors qu'il n'est ni médecin ni expert.

Reconnaissant qu'une « certaine confiance s'est installée » avec l'établissement dont il rencontre certains représentants lors des réunions de la CDSP dont il est membre (voir *supra*, § 4.1.1), il souligne que les psychiatres de la clinique « prennent la responsabilité de faire des levées [de mesures de SSC] ; à l'inverse quand ils me disent qu'il faut prolonger j'ai tendance à les croire. » Il ne fait pas état de difficulté récurrente imputable à la clinique ; le cas échéant, il évoque les axes d'amélioration qu'il préconise lors des réunions de la CDSP.

Ses ordonnances ne reprennent pas, dans leurs développements, le contenu des certificats médicaux « pour ne pas heurter les patients » – pourtant, ceux-ci sont censés en être informés ; ses éventuelles décisions de levées sont systématiquement assorties d'un délai d'exécution de 24 heures.

Les éléments statistiques communiqués par le greffe du TJ sont reportés dans le tableau ci-après. Il en ressort un nombre particulièrement limité de mainlevées ordonnées par le JLD : une seule pour chacune des années 2018 et 2019, la première au motif de l'imprécision du certificat médical de saisine et au regard de l'état clinique de la personne à l'audience, et la seconde en raison d'une saisine tardive du juge par la clinique.

Des échanges intervenus durant la visite, il ressort que, parfois, le juge « *laisse passer des petites choses* » et préfère les signaler ensuite à l'établissement pour faire évoluer les pratiques de son personnel ; ce sera le cas pour le patient auditionné pendant le contrôle à la suite de sa récente réintégration en hospitalisation complète (voir *supra*, § 4.3.1).

A l'inverse, lorsque cela lui paraît indispensable, le JLD se saisit d'office d'une irrégularité pour prononcer la levée de l'hospitalisation – par exemple la tardiveté de sa saisine.

	2018	2019
Saisines de plein droit du JLD	213	221
Saisines facultatives du JLD	4	3
Nombres d'audiences	114	119
Avocats choisis	8	17
Ordonnance judiciaire de mainlevée	1	1
Saisine de la cour d'appel	5	3

Au cours des mêmes années, le juge a par ailleurs constaté qu'il n'y avait plus lieu à statuer dans plusieurs affaires, la mesure de SSC ayant été levée par l'établissement ou le représentant de l'Etat avant l'audience : quatorze en 2018 et dix en 2019.

4.5 LES AUTRES CONTROLES PREVUS PAR LA LOI NE SONT PAS TOUS ASSURES

Selon les informations communiquées, un représentant du parquet du tribunal judiciaire de Bastia et un représentant du préfet de la Haute-Corse visitent, chacun, l'établissement environ une fois par an – pour la dernière fois, au début de l'année 2020.

Les autres autorités visées par l'article L. 3222-4 du code de la santé publique (président du tribunal judiciaire ; maire) ne se déplacent pas dans l'établissement.

RECOMMANDATION 6

Le président du tribunal judiciaire de Bastia et le maire de Borgo doivent, comme les autres autorités visées par l'article L. 3222-4 du code de la santé publique, visiter régulièrement l'établissement aux fins d'exercer le contrôle qui leur est imparti par ces dispositions.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique indique qu' « Un courrier sera envoyé à l'ensemble des autorités compétentes citées dans la recommandation, afin de leur rappeler ce devoir de contrôle, dès réception du rapport définitif. »

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST DRASTIQUEMENT LIMITEE POUR LES PATIENTS DU SECTEUR FERME

Le régime de liberté d'aller et venir varie selon le secteur d'hébergement, plus que selon le régime juridique d'admission.

Pour les patients en soins libres (SL), la liberté de se déplacer est totale dans l'établissement, l'accès au parc leur est possible toute la journée et en soirée, sans restriction, de même qu'à l'espace séparant la grille d'entrée du bâtiment d'hébergement ; deux bancs y sont installés, occupés en permanence par des patients inoccupés, la plupart fumeurs. Cependant, le faible nombre d'aménagements dans le parc n'incite pas les patients à s'y retrouver et à en profiter.

Pour sortir hors de l'établissement, les patients en SL doivent signer un registre de permission de sortie conservé dans la salle de soins et obtiennent, en contrepartie, un bon leur permettant de passer la grille d'entrée. Selon la direction, ce dispositif de contrôle des sorties de l'établissement a été mis en place afin qu'elle puisse savoir en permanence quels sont les patients présents ou absents dans la clinique. Si le médecin estime que la sortie à l'extérieur d'un patient en SL est contre-indiquée, celui-ci doit, avant de sortir, signer une décharge de sortie contre avis médical.

Les patients hospitalisés en secteur fermé, toujours admis en soins sans consentement, ne disposent d'aucune possibilité d'accès extérieur. Ils ne peuvent ni prendre l'air quotidiennement, ni fumer dehors. Le secteur fermé est installé au premier étage de la clinique et aucune terrasse ou espace extérieur n'a été prévu. Cet enfermement total peut durer très longtemps pour les patients qui ne quittent jamais ce secteur au cours de leur hospitalisation ; tel est le cas des patients détenus.

RECOMMANDATION 7

Les patient du secteur fermé doivent avoir un accès direct et libre à un espace en plein air.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique indique : « Nous partageons pleinement, la problématique de l'accès à un espace extérieur pour les patients du secteur fermé et particulièrement pour les patients détenus. Le projet d'extension de la clinique, permet d'apporter une solution à cette problématique et c'est précisément une des raisons principales de notre motivation.

Depuis la visite du CGLPL, une réunion de travail concernant ce projet a eu lieu à la clinique, en présence de l'ensemble des parties concernées, et notamment, du préfet, du procureur de la république, de l'ARS, de l'administration pénitentiaire ainsi que de la gendarmerie.

Même si aucune décision n'a été actée à ce jour, une nouvelle réunion aura lieu le mars sur ce sujet en présence des autorités intéressées et décisionnaires. »

Les patients hébergés dans tous les étages en « service ouvert » peuvent sortir à tout moment dans la cour de la clinique ou dans le parc.

Les patients peuvent accéder librement à tout moment de la journée aux espaces collectifs de leur secteur ainsi qu'à leur chambre, notamment au placard dans lequel ils rangent leurs effets personnels, aucun autre local, vestiaire ou bagagerie, n'étant susceptible de permettre

d'entreposer quoi que ce soit ailleurs. Seule la salle d'activité du rez-de-chaussée leur est fermée lorsqu'aucun soignant ne s'y trouve (Cf. § 7.2.4).

5.2 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT PEU NOMBREUSES ET RAREMENT APPLIQUEES

Les patients, en SL comme en SSC, conservent avec eux leur tabac et en font un usage qui n'est ni contrôlé ni régulé. Même les patients hébergés en chambre d'isolement en cas de suroccupation conservent leur tabac, ils doivent simplement sortir de la chambre d'isolement pour aller fumer dans le salon télévision du secteur fermé. Les possibilités de produits de substitution, patches ou gommes de type Nicorette®, n'ont été évoqués par aucun interlocuteur.

Un chauffeur achète le tabac, muni de la carte bancaire du patient ou d'espèces qui lui sont remises. Selon la direction, pendant le confinement, « *il ne faisait plus que ça* »

Lors du contrôle, il a été constaté que l'usage du tabac en chambre était très répandu. Les patients du secteur fermé ont d'autant moins de scrupule qu'ils ne disposent d'aucun accès à un espace extérieur ; ils doivent, en principe, se rendre au salon télévision pour fumer, peu le font. Il en résulte une odeur permanente de tabac dans les chambres et les couloirs à tous les étages. La situation est d'autant plus incompréhensible que les patients hospitalisés en soins libres ont accès librement à l'extérieur pour fumer. Les patients non-fumeurs ne semblent pas être pris en considération par les soignants et apparaissent résignés à subir la situation.



Gobelet en plastique servant de cendrier dans une chambre

5.2.1 Les communications avec l'extérieur

a) Les télécommunications

Les patients en soins libres peuvent conserver leur téléphone personnel, ceux en SSC doivent le remettre aux soignants. Selon le règlement intérieur du secteur fermé, les patients en SDDE et SPDRE ont droit de téléphoner, après avis médical. Ces appels sont passés sous la responsabilité de l'agent de sécurité qui compose le numéro et doit noter dans le registre mis en place le numéro appelé et le nom du patient concerné. Les appels entrants sont transmis par le standard de la clinique au poste de l'agent de sécurité. Le téléphone sans fil du bureau

de l'agent de sécurité est remis au patient et la conversation a lieu dans le couloir ou dans le bureau, sans aucune intimité.

Il est précisé que les patients en SDRE peuvent appeler (dans les conditions décrites ci-dessus) seulement leur avocat ou la CDSP, « *puisque les contrôles prévus par l'article D419-3 du code civil ne peuvent être effectués par la clinique (sic)* ».

PROPOSITION 4

Les restrictions à l'accès au téléphone pour les patients en soins sans consentement ne peuvent qu'être individualisées et justifiées par leur état clinique.
Un poste téléphonique assurant la confidentialité des conversations doit être mis à disposition des patients.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique précise : « Concernant la possibilité de téléphoner, ou de recevoir des appels, au sein du service fermé, seuls les patients-détenus ne sont autorisés qu'à joindre la CDSP ou leur avocat. L'ensemble des autres patients, après avis médical, ne subit ces restrictions, y compris les patients en SDRE. La clinique a toutefois sollicité une solution auprès de son prestataire, afin de pouvoir installer un poste téléphonique permettant le respect de la confidentialité des conversations, tout en gardant la maîtrise de son accès. »

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation selon laquelle les patients en soins sans consentement doivent pouvoir téléphoner librement et directement sans contrôle de leur correspondant.

Aucun accès à internet n'est organisé par la clinique qui ne fournit pas de connexion Wifi ; les patients disposant d'un smartphone peuvent, évidemment, l'utiliser pour accéder à Internet. Les trois salles de télévision dans les étages sont peu attractives, meublées de chaises et fauteuils vétustes, et sont utilisées comme fumoir, réfectoire et salle de réunion pour les soignants.

Les patients peuvent apporter leur téléviseur personnel en chambre, ce que font nombre d'entre eux, et il n'existe pas de restriction d'horaires pour son usage. De même il n'existe pas d'heure d'extinction des lumières en chambre pour les patients hospitalisés en secteur ouvert.

La lecture gratuite du quotidien *Corse-matin* est possible lorsque la salle d'activité du rez-de-chaussée est ouverte car des exemplaires y sont mis à disposition.

b) Les visites

Pour les patients en SL, les visites peuvent se faire sur avis médical, en chambre ou dans le parc, comme le prévoit le règlement intérieur de la clinique : « *Les autorisations de visite ainsi que l'accès aux chambres par des personnes extérieures à la structure sont définies par les médecins.* ». Les horaires de visite, sauf autorisation particulière, sont de 14h à 19h.

En secteur fermé, les visites sont permises de 14h à 18h30 et chaque visiteur ne peut rester plus d'une heure avec un patient, le nombre de visiteurs simultanés dans le secteur fermé étant limité à dix. Les visites ne peuvent se dérouler que dans une seule pièce, située au cœur du secteur, et dont la porte est fermée à clef pendant la visite, ce, officiellement, pour protéger les visiteurs.

L'entrée est interdite aux enfants de moins de 15 ans, même accompagnés, sauf sur dérogation médicale exceptionnelle.

PROPOSITION 5

Les visites aux patients, quel que soit leur statut d'admission, doivent être toujours possibles ; toute restriction doit être individualisée et motivée par l'état clinique du patient. Notamment, la clinique doit aménager des locaux pour les visites d'enfants de moins de 15 ans à leur proche hospitalisé, afin que les rencontres se déroulent dans des conditions adaptées à ces jeunes visiteurs.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique relève : « Comme pour d'autres aspects du fonctionnement et des règles en vigueur au sein de la clinique, la visite du CGLPL a eu lieu, dans un contexte particulier, de crise sanitaire. Comme précisé en introduction de ce document, la clinique a dû instaurer des règles qui ont évolué et continuent d'évoluer, afin de préserver la santé des patients et des salariés de l'établissement. La clinique s'efforce, dans cet exercice extraordinaire à plus d'un titre, de prendre en compte l'hospitalisation du patient dans sa globalité, et d'agir de façon proportionnée, afin de maximiser les bénéfices de sa prise en charge, tout en minimisant les risques pour sa santé. »

Les contrôleurs considèrent que cette pétition de principe n'invalide en rien la portée de la recommandation.

5.2.2 La vidéosurveillance

L'ensemble des locaux est placé sous vidéosurveillance, ce qui est signalé à l'entrée principale. Quarante-deux caméras sont installées, trente-deux à l'intérieur des bâtiments et dix à l'extérieur.



Affichage hall d'entrée



Caméra visualisant le parc



Caméra dans un couloir



Caméra sur la façade avant

A l'intérieur, elles sont implantées principalement dans les couloirs et les parties communes, dont deux dans le réfectoire ; aucune n'est installée dans les espaces de travail, les postes de soins ou les chambres sauf dans les chambres d'isolement qui sont vidéosurveillées (Cf. § 8.2.1).

Le poste de contrôle de vidéosurveillance est installé dans la pièce située à l'extrémité du couloir du secteur fermé, pièce qui constitue le bureau de l'agent de sécurité. Les images des caméras sont diffusées sur un moniteur accroché au mur en hauteur et incliné vers le bas. Des patients sont fréquemment présents dans cette pièce, qui jouxte une salle de repos du personnel, venant discuter avec le personnel de jour comme de nuit et la porte de cette pièce est ouverte en permanence ; la confidentialité des images n'est donc en rien garantie ni celle de l'implantation du dispositif avec les angles de vision.

En journée, la secrétaire en poste à l'accueil peut utiliser les images de deux caméras pour visualiser les personnes se présentant à la porte de la clinique. Lors de la visite, l'image est lointaine car la caméra proche du portail piéton est en panne depuis « *quelque temps* » sans que les contrôleurs aient pu obtenir des informations sur sa remise en service.

Devant l'entrée du secteur fermé, un écran installé en hauteur retransmet en direct l'image filmée par une caméra située dans le couloir du secteur fermé ; il permet aux personnes entrant de visualiser l'angle mort existant dans ce couloir.



Surveillance de l'angle-mort du secteur fermé

Un audit a été effectué par la gendarmerie en 2010 à la demande du préfet à la suite de six fugues de patients en SSC au cours des neuf années précédentes. La préconisation de l'audit mené est de sécuriser la clinique avec des barbelés et des clôtures plus hautes et un éclairage de la façade la nuit. Ces préconisations n'ont pas été mises en œuvre.

La vidéosurveillance a été principalement financée par une subvention de l'ARS en 2017 qui a permis l'acquisition de trente-deux caméras supplémentaires et de meilleure qualité.

Les images sont conservées pendant un mois, elles sont consultables par les médecins, le directeur ou la gendarmerie sur réquisition.

5.3 LES RELATIONS SEXUELLES SONT ENCADREES SANS PARTICULIERE INFORMATION OU PREVENTION

Le livret d'accueil et le règlement intérieur des différents services ne mentionnent pas la question de la sexualité. Seul le règlement intérieur du service de pédopsychiatrie précise que « *tout contact ou rapprochement physique sont formellement interdits* ».

Des préservatifs sont conservés à l'étage de la direction mais ne sont pas mis systématiquement à disposition des patients.

Interrogés par les contrôleurs, les soignants répondent spontanément que les patients sont des adultes, et si le consentement mutuel et éclairé est acquis, ils n'ont pas à s'en mêler. Certains soignants précisent que des patients abordent la question de la sexualité spontanément avec eux, particulièrement en matière de prévention d'infections sexuellement transmissibles (IST) et de contraception. Cependant, il n'y a pas au jour de la visite, d'action identifiée d'éducation à la santé et d'information sur la sexualité, même si un projet en ce sens est en cours de réflexion à l'initiative d'une aide-soignante et d'une aide médico-psychologique, soutenues par la direction.

Les soignants ont demandé la pose d'un distributeur de préservatifs.

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LES LOCAUX SONT ENTRETENUS MAIS SOUFFRENT D'UN DEFAUT DE RENOUVELLEMENT DU MOBILIER MANQUANT OU DEGRADE

Les bâtiments de la clinique édifiés en 1987 se situent un peu à l'écart de la route nationale, en bordure d'un lotissement, dans un parc clos. Ils sont distants de 5 km de la gare de Borgo, seule desserte de transports en commun.

Pour entrer dans l'enceinte, il faut sonner à un vidéophone pour obtenir l'ouverture un portail piéton, ouverture déclenchée par la personne travaillant au poste d'accueil.

Les façades sont en bon état général et les abords sont entretenus. Visiteurs et patients, hormis ceux du secteur fermé, ont libre accès au parc, arboré et engazonné.



Vue depuis le parc



Vue depuis le 3^{ème} étage

Le bâtiment est constitué de deux ailes formant un angle obtus. Le rez-de-chaussée est scindé en deux parties, correspondant aux deux ailes, chacune ayant une entrée spécifique en plus de l'entrée principale située à la jonction des deux ailes.

L'entrée principale donne sur un hall avec un coin salon d'attente ; il dessert un escalier conduisant aux étages, une salle d'activité, les vestiaires du personnel, une salle de restauration et un couloir donnant sur l'autre aile. Celle-ci est également accessible par seconde entrée située sur la droite du bâtiment et qui permet à la clientèle privée d'accéder aux locaux des consultations des psychiatres exerçant à la clinique.

Les chambres des patients sont situées uniquement dans les étages, sur trois niveaux.

L'escalier est placé à la jonction des deux ailes du bâtiment. Chaque palier distribue les deux ailes par deux couloirs, à droite et à gauche, menant aux chambres de chaque aile.

Les murs sont peints d'une couleur différente à chaque étage et sont en bon état. Le sol est carrelé dans tout l'établissement. On remarque une absence totale de décoration des murs des couloirs et des chambres, quel que soit l'étage.

Au premier étage, l'aile gauche dessert une salle de soins, des chambres pour les patients en soins libres, et, au fond du couloir, le secteur fermé accueillant les patients en soins sans consentement. Un escalier permet d'accéder directement à ce secteur depuis l'entrée spécifique de cette aile au rez-de-chaussée.

Dans l'aile droite, avant les chambres des patients en soins libres se trouve une salle de télévision, communément appelée « salle à manger » car certains patients y prennent leur repas.



Couloir de l'aile droite du premier étage



« Salle à manger » du premier étage

Au deuxième étage, l'aile gauche dessert une salle de soins, des chambres pour les patients en soins libres, et au fond du couloir, le service de pédopsychiatrie. Dans l'aile droite se trouvent des chambres pour les patients en soins libres, une salle de télévision et au fond du couloir la pharmacie.



Couloir de l'aile droite du premier étage



Salle de télévision du deuxième étage

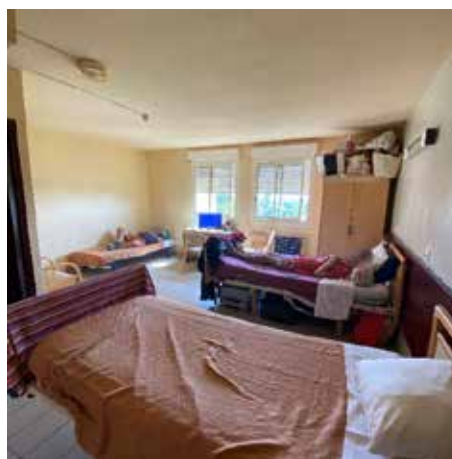
Le troisième étage ne comporte que des chambres du secteur libre et un accès à un demi-palier supérieur donnant accès à la partie administrative de la clinique par une porte actionnée par badge.

*Palier du troisième étage**Couloir des chambres du troisième étage*

Les chambres destinées aux patients en soins libres comportent soixante-dix-sept lits répartis en chambres simples, doubles ou triples, de la manière suivante :

	Chambres simples	Chambres doubles	Chambres triples
Premier étage	8	4	3
Deuxième étage	15	7	1
Troisième étage	12	4	0

Pour le secteur fermé au premier étage, les quinze lits sont répartis en trois chambres simples, trois chambres doubles et une chambre triple. Cependant lors de la visite, les contrôleurs ont pu constater l'occupation d'une chambre par cinq patients.

*Chambre simple**Chambre triple*

Les chambres sont équipées d'une ou deux fenêtres à volet roulant selon leur superficie et leur disposition dans le bâtiment. Les fenêtres ne peuvent être qu'entrebâillées. Les fenêtres du secteur fermé sont équipées de grilles.

Le mobilier est disparate et souvent en mauvais état. Le nombre de chaises, de tables, d'armoires, ne correspond que rarement au nombre des occupants de la chambre,

particulièrement au premier et deuxième étages, le troisième étage apparaissant moins touché par cet état de fait.



Absence de table de chevet



Mobilier dégradé

Toutes les chambres ont au moins un placard ou une armoire mais pas toujours en nombre suffisant pour le nombre de patients qui les occupent. La plupart des placards des chambres n'ont pas de serrure ; aussi, certains patients ont mis en place des fermetures artisanales pour protéger leurs effets des vols.



Fermeture artisanale d'une armoire d'un patient

Indépendamment du nombre de patients occupant la chambre, il n'existe qu'une salle de douche ou salle de bains par chambre. Une partie des salles d'eau du premier étage ont été rénovées en 2018, pour cette raison elles sont toutes équipées d'une douche sauf une qui comporte une baignoire. Au deuxième étage, on dénombre huit baignoires pour vingt-trois salles d'eau et au troisième étage trois baignoires pour seize salles d'eau.



Salle d'eau avec douche



Salle d'eau avec baignoire

PROPOSITION 6

L'établissement doit fournir aux patients du mobilier en bon état d'usage et en quantité adaptée au nombre de patients occupant la chambre.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique indique « (...) la dégradation récurrente de ses locaux et matériels, couplée à des délais de livraison bien souvent importants, peut créer ponctuellement des carences de certains mobiliers dans des chambres patients (cf. PROPOSITION 2).

Les locaux communs sont constitués du réfectoire et de la salle d'activité du rez-de-chaussée ainsi que des salles d'activité – servant aussi de réfectoire – des premier et deuxième étage du secteur libre, ainsi que de la salle de visite et de la salle de télévision pour le secteur fermé.

6.2 L'HYGIENE EST CORRECTEMENT ASSUREE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

6.2.1 Le nettoyage des locaux

L'hygiène des locaux est assurée par des agents d'entretien qui nettoient quotidiennement les chambres et les parties communes. L'ensemble de l'établissement est dans un état de propreté correct.

Le matériel de nettoyage utilisé par les agents d'entretien est entreposé dans une pièce aveugle située au rez-de-chaussée, dans le couloir menant aux locaux de consultation des psychiatres ; une machine à laver y est installée, utilisée exclusivement pour le lavage des tissus servant au nettoyage et qui sont ensuite entreposés sur des étagères. Au premier étage, dans l'aile droite, se trouve également un local pour le stockage du matériel de nettoyage, il est organisé de façon identique au précédent à l'exception de la machine à laver.



Stockage du linge de lit des patients

6.2.2 L'hygiène personnelle

Toutes les chambres des patients disposent de sanitaires comprenant douche ou baignoire, lavabo et toilettes (Cf. § 6.1). Des patères y sont installées mais pas systématiquement ; une tablette pour les affaires de toilette des patients est en place, également de façon aléatoire, parfois il ne s'agit que d'un renforcement dans le mur faisant fonction d'étagère, et certains sanitaires ne sont pas équipés pour permettre aux patients de déposer leurs articles de toilette. Dans les sanitaires ayant été rénovés en 2018, l'équipement est au complet : patère, tablette, abattant de WC, brosse. Pour les autres chambres de l'établissement la situation est très variable et nécessiterait une rénovation pour certaines en raison d'une vétusté apparente des installations, voire une absence de certains des équipements indispensables à l'hygiène des patients ou du lieu.

Des produits d'hygiène sont disponibles sur demande auprès des soignants et ils sont stockés dans une armoire de la chambre d'un patient, privant celui-ci de l'espace dont il a besoin pour ranger ses affaires personnelles. L'établissement est en mesure de fournir du shampoing, du savon, de la mousse à raser, des serviettes de toilette, du dentifrice, des brosses à dents. L'ensemble de ces produits est en quantité suffisante pour faire face rapidement à toute demande.

Les serviettes hygiéniques sont stockées au troisième étage dans les bureaux administratifs, de même que les préservatifs.

RECO PRISE EN COMPTE 10

L'espace personnel d'un patient ne doit pas être utilisé pour les besoins de stockage de l'établissement.



Absence de tablette et de brosse pour les toilettes



Produits d'hygiène disponibles entreposés dans l'armoire d'une chambre ; à gauche, les vêtements du patient

Dans sa réponse, le PDG de la clinique affirme « L'utilisation de l'armoire d'un patient, pour le stockage de produits d'hygiène ne lui appartenant pas, n'est évidemment pas une pratique acceptable et a été arrêtée dans les plus brefs délais suivant la visite du CGLPL. Un rappel aux soignants concernés a été fait afin que ce genre de pratique ne se reproduise plus. Un espace adéquat de rangement a été fourni. »

Les contrôleurs prennent acte de ces modifications.

Pour l'entretien de leur linge, les patients peuvent solliciter le service payant d'une blanchisserie extérieure. Le ramassage du linge sale et le dépôt du linge propre par ce prestataire est quotidien. Cependant, pour les patients ne disposant pas de moyens financiers suffisants ni de recours à la famille, il n'existe pas de solution autre que celle de laver eux-mêmes leur linge dans leur salle d'eau, puis de l'étendre soit à la fenêtre de leur chambre soit sur le mobilier dans leur chambre : lit, chaise ou radiateur.

Les patients n'ont pas la possibilité d'utiliser le lave-linge situé au rez-de-chaussée dans le local des agents de service.



Lavage du linge d'un patient dans son lavabo



Séchage du linge d'un patient sur son radiateur

RECO PRISE EN COMPTE 11

L'établissement doit assurer aux personnes dépourvues de ressources l'entretien de leur linge personnel.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique indique « *Une sensibilisation des personnels a été effectuée, concernant la prise en charge du linge des patients n'ayant aucune solution. Il a notamment été demandé au personnel, de prendre systématiquement l'initiative lorsqu'une carence était constatée (ou que le linge était lavé et séché en chambre) et de proposer une solution aux patients le nécessitant, et respectant leur dignité (prise en charge financière par la clinique, ou utilisation d'une des machines à laver présentes dans l'établissement). Quatre patients ont pu bénéficier de cette mesure depuis la visite du CGLPL. »*

Les contrôleurs prennent acte de ces heureuses évolutions.

A l'extérieur, les abords des bâtiments sont entretenus, le ramassage des déchets est visiblement assuré de façon régulière et efficace.

Sur la terrasse de la salle de restauration, on note la présence d'une poubelle de grande capacité servant à recueillir les emballages de boissons et de confiseries des distributeurs avoisinants. Cependant, l'absence de couvercle et la disposition en plein soleil de cette poubelle pourraient engendrer des problèmes d'hygiène alors qu'il serait facile d'y remédier par un couvercle, ou une poubelle comportant une ouverture basculante garantissant la fermeture.



Poubelle de la terrasse de la salle de restauration

6.3 L'ACCES DES PATIENTS A LEURS VALEURS EST POSSIBLE SELON DES HORAIRES SOUPLES

Si la clinique déconseille aux patients d'apporter des objets de valeur (téléphone portable, espèces, carte bancaire, chéquier, document d'identité, bijoux, etc.), chacun est invité, dès son arrivée, à les déposer à l'accueil, ainsi que les espèces. Un inventaire est réalisé par l'employée de l'accueil sur une « *fiche coffre* » signée par le déposant.

Chaque patient peut accéder à ses biens du lundi au vendredi de 8h à 16h. Par erreur, les règlements intérieurs indiquent comme horaires : de 9h30 à 10h et de 13h30 à 14h (hors urgences). Il a été précisé aux contrôleurs que ces horaires sont gérés avec souplesse. Pour le

week-end, le patient peut accéder à ses biens si l'employée présente à l'accueil dispose du code permettant l'ouverture du coffre.

6.4 LA RESTAURATION SATISFAIT LES PATIENTS

Les repas sont préparés par l'entreprise *Corse Centrale de Restauration (CCR)* située à Biguglia, qui fut fondée en 2006 par Henri Zuccarelli, père de l'actuel PDG de la société d'exploitation de la clinique San Ornello, ce dernier en ayant repris la direction après lui avoir succédé.

Une fois la commande passée par l'établissement, les repas, conditionnés en barquettes individuelles operculées, sont livrés par la société *CCR* une fois par semaine à la clinique et conservés dans une chambre froide. Dans le cas où des repas viendraient à manquer si de nouveaux patients arrivaient pendant l'intervalle de la commande hebdomadaire, une livraison exceptionnelle supplémentaire est réalisée dans la journée.

Le pain est livré quotidiennement.

Les menus sont élaborés conjointement par la responsable qualité de la clinique et une diététicienne en tenant compte des impératifs médicaux et des demandes de certains patients pour leur permettre de respecter les règles alimentaires de leur religion.

Le menu de la semaine est affiché dans le réfectoire et à tous les étages.

Les repas sont servis à la température optimale pour leur consommation. Les conditions d'hygiène de la cuisine sont conformes aux normes à l'exception d'un point d'organisation du nettoyage, point relevé par un audit de 2019 et qui n'était toujours pas corrigé lors du passage des contrôleurs¹⁷.



La cuisine



La chambre froide

Les horaires des repas, tels que mentionnés dans le règlement intérieur, sont :

- petit déjeuner : de 8h à 9h ;
- déjeuner : de 11h30 à 12h30 ;
- dîner : de 18h à 19h.

Une collation est servie dans les étages entre 15h30 et 16h.

¹⁷ Un tuyau utilisé pour le nettoyage des échelles à l'extérieur de la cuisine nécessite pour son passage de laisser la fenêtre du local de plonge ouverte en permanence. Ceci peut concourir à l'intrusion d'insectes ou de rongeurs.

Les patients ont la possibilité de prendre leurs repas au réfectoire au rez-de-chaussée ou dans la salle de télévision du premier ou deuxième étage. Ils doivent pour cela indiquer leur préférence le matin au personnel soignant.

Pour le service des repas au réfectoire, l'agent de service ouvre les barquettes du plat principal et les dispose dans une assiette au moment où le patient vient prendre son plateau ; il y ajoute une boule de pain individuelle. Les couverts mis à disposition sont en métal depuis la fin du mois de juin 2020, auparavant ils étaient en matière plastique et jetés après usage.

Plusieurs patients ont fait remarquer aux contrôleurs qu'il était difficile d'obtenir du pain en supplément. La quantité de pain étant commandée chaque jour en fonction du nombre de patients présents dans le service, la quantité livrée ne laisse que peu de marge au personnel pour une distribution supplémentaire.

L'eau est à disposition en pichet sur les tables.



Plateaux repas pour le réfectoire



Fiche bristol pour les menus spécifiques

Pour le service dans les étages, les repas sont apportés en liaison chaude par chariot et les barquettes sont toutes mises à disposition sur un plateau ; les agents de service assurent la distribution des plateaux sur les tables des patients. Cette organisation spécifique au service des repas dans les étages permet de conserver les plats chauds à une température correcte. Les contrôleurs ont pu constater une participation active des agents de service pour aider les patients rencontrant des difficultés pendant leur repas.

Au réfectoire comme dans les salles des étages, les patients choisissent librement l'emplacement où ils prennent leur repas ainsi que leurs commensaux.



Patients prenant leur repas à l'étage



Patiente prenant son repas à l'étage

PROPOSITION 7

Les plats doivent être servis aux patients dans des assiettes et non dans des barquettes de plastique noir qui rendent les mets peu appétissants.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique indique « Depuis la visite du CGLPL, des barquettes blanches ont été mises en place et une réflexion est menée afin d'étendre le service en assiette. Enfin, outre l'élaboration du plan diététique, la CCR est engagée dans le respect des dispositions de la loi EGALIM, permettant de garantir, une nourriture saine et équilibrée aux patients. »

Un comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) a été constitué en 2016. Il est composé d'une cuisinière et de la responsable qualité de l'établissement, d'une diététicienne et du responsable qualité de la CCR. Ce comité se réunit trois fois par an pour évaluer la qualité et les améliorations à apporter à la restauration. Le CLAN est à l'initiative plusieurs fois par an de repas à thème : repas corse, repas espagnol.

En plus du questionnaire de sortie dans lequel le patient a la possibilité d'exprimer son avis sur la qualité des repas, l'établissement a mis en place depuis 2016 des enquêtes de satisfaction qui sont réalisées auprès des patients pendant leur séjour. Ces enquêtes, élaborées par la responsable qualité de la clinique, consistent en un questionnaire remis aux patients au moment du déjeuner avec leur plateau grâce auquel ils ont la possibilité de noter les critères suivants : la variété, la quantité, la qualité, la prestation, le service, la satisfaction globale, le menu du jour.

Les patients peuvent également ajouter des suggestions personnelles à la fin du formulaire d'enquête. Les données recueillies font ensuite l'objet d'un travail d'analyse produit sous forme de graphiques regroupant les différents critères analysés, en dissociant le service au réfectoire et le service dans les étages. Il ressort de l'étude fournie aux contrôleurs, datée du 14 février 2019, un critère de satisfaction élevé sur la moyenne des réponses.

Le rapport annuel de 2019 de la commission des usagers (CDU) mentionne un taux de satisfaction globale de 64 % chez les patients adultes et un taux de satisfaction de 70 % pour les mineurs en pédopsychiatrie. Parmi les recommandations de la CDU pour 2020 figure :

« Poursuivre le projet d'amélioration de la qualité de la restauration en collaboration avec la société CCR (projet débuté en octobre 2016) ».

Les patients peuvent conserver en chambre des aliments non périssables, biscuits et friandises, capsules pour machine à café, sucre, etc.

BONNE PRATIQUE 1

L'établissement a constitué avec l'entreprise qui fournit les repas un comité de liaison en alimentation et nutrition qui se réunit trois fois par an pour évaluer la qualité de la restauration et les améliorations à lui apporter.

7. LES SOINS

7.1 AUX URGENCES DE L'HOPITAL, L'ORIENTATION DES PATIENTS EST OPEREE EN DEHORS DE TOUTE ARTICULATION ENTRE LES OFFRES DE SOINS DE LA CSO ET CELLE DU SECTEUR PUBLIC

7.1.1 La prise en charge des urgences psychiatriques en Haute-Corse

La Haute-Corse dispose de deux services d'accueil et de traitement des urgences (SAU), dans les hôpitaux de Bastia et de Calvi, et d'un service d'accueil médical non programmé à l'hôpital de Corte.

Le SAU du centre hospitalier (CH) de Bastia draine le plus grand nombre de patients pour lesquels un avis psychiatrique est rendu nécessaire ; il a été visité par les contrôleurs.

Quatre centres médico-psychologiques (CMP) (situés à Bastia, Corte, Ghisonaccia et Montesoro) reçoivent en journée du lundi au vendredi des situations qui relèvent de la crise ; ils contribuent ainsi, même faiblement, à désengorger le SAU. Les deux secteurs sont également en charge de la psychiatrie de liaison dans les services MCO¹⁸ et au SAU de l'hôpital : deux infirmiers psychiatriques sont présents de 8h30 à 19h du lundi au vendredi, un psychiatre est affecté à la psychiatrie de liaison ; enfin la totalité des psychiatres des deux secteurs (8,5 ETP) appuyés par des internes assurent les astreintes au SAU.

Le SAU, en pleins travaux de restructuration au moment de la visite des contrôleurs, comportera à leur achèvement un box réservé aux patients psychiatriques. Une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) de six lits complète le dispositif, elle est ponctuellement utilisée pour des patients psychiatriques.

Selon les données 2019 transmises par le département d'information médicale (DIM) du CH de Bastia, 384 patients ont bénéficié d'une consultation psychiatrique par les soignants de la psychiatrie de liaison mais sans que puissent être distinguées les consultations auprès de patients arrivés aux urgences et celles auprès des patients dans les services MCO du CH de Bastia. 109 patients accueillis aux urgences ou à l'UHCD ont été orientés vers une hospitalisation en psychiatrie : 70 dans les deux secteurs de psychiatrie du CH de Bastia, et 39 à la CSO.

Si tous les patients en SSC sont adressés à la clinique San Ornello, il n'a pas été possible aux contrôleurs de comprendre parfaitement ce qui détermine l'orientation d'un patient en soins libres vers la CSO ou vers son unité de secteur au sein du CH de Bastia, hormis le manque de place dans l'une ou l'autre des deux structures ou l'existence de séjours précédents de ce patient dans l'une d'entre elles ; et partant, reste également confus ce qui conduit ou pas à éviter une hospitalisation en SSC. Ainsi, un exemple a été donné d'un patient inconnu du secteur arrivé au SAU, pour lequel l'alliance thérapeutique a été longuement recherchée et finalement obtenue, permettant son hospitalisation en soins libres dans l'unité de secteur, alors qu'un proche présent était disponible pour signer une demande de SDT : « *Comme on sait qu'on ne peut pas tout adresser à la CSO, on fait autrement* ».

Il convient d'attirer l'attention sur l'existence dans les unités d'hospitalisation en psychiatrie du CH de Bastia, où ne sont admis que des patients en SL, de deux chambres dénommées « COSI » (chambres d'observation et de soins intensifs) et considérées comme des chambres

¹⁸ MCO : médecine-chirurgie-obstétrique

d'apaisement mais qui ne sont ni plus ni moins que des chambres d'isolement (CI) : elles sont dotées d'un sas d'accès, d'un WC à l'anglaise en inox, d'un lit *Cumbria*[®] et d'une caméra de vidéosurveillance mais dépourvues de bouton d'appel. Ces chambres ont été installées en 2007 après la médiatisation de « l'affaire de Pau »¹⁹. Vides au moment de la visite, il a été précisé aux contrôleurs qu'elles étaient utilisées pour des patients reçus au SAU (distant d'environ 100 m et dont le trajet nécessite un passage à l'extérieur et par des escaliers), en attente de l'arrêté de SDRE ou en attente de transfert vers la CSO. Chaque placement dans cette CI fait l'objet d'une décision médicale (sans qu'il soit possible de s'assurer que la décision est prise ou non par un psychiatre, ou confirmée dans l'heure par celui-ci), inscrite sur une fiche papier (également utilisée pour les décisions de contention) ; cette fiche prévoit les informations suivantes, outre l'identité du patient et la date : ce qui a été tenté pour éviter l'isolement, l'information du patient et de sa personne de confiance, la durée et le renouvellement, le nom et la signature du médecin prescripteur. La traçabilité de ces décisions médicales dans un registre n'a pas pu être obtenue par les contrôleurs. La précision louable de cette fiche et la préoccupation affichée par les soignants rencontrés de respecter le cadre légal ne couvrent pourtant pas le caractère inacceptable du placement en isolement ou en contention par des médecins non-psychiatres. De plus, le CH de Bastia n'étant pas autorisé à accueillir des patients en SSC, l'utilisation de ces chambres d'isolement, et les garanties qui devraient les entourer, notamment le registre d'isolement, restent dans un flou juridique préjudiciable aux patients, qu'il conviendrait de réinterroger et de sécuriser.



Chambre d'isolement au CH de Bastia

¹⁹ Événement survenu à l'EPSM de Pau (Pyrénées-Atlantiques) au cours duquel un patient psychiatrique a tué deux aides-soignantes.

RECOMMANDATION 8

Le placement en isolement ou en contention sur décision d'un médecin qui n'est pas psychiatre doit être proscrit. De plus, les unités de psychiatrie du CH de Bastia n'étant pas autorisées à accueillir des patients en soins sans consentement, l'utilisation de leurs chambres d'isolement pour de tels patients en attente de transfert et les garanties qui devraient les entourer, notamment le registre d'isolement, restent dans un flou juridique préjudiciable aux patients, qu'il conviendrait de clarifier.

7.1.2 Le transport et l'arrivée à la clinique San Ornello

Un équipage fourni par la CSO part chercher les patients en SDRE, comme la loi le prévoit, mais également, si nécessaire, les patients en SDT attendant à l'hôpital de Bastia. L'originalité de cette organisation, outre qu'elle intervient également en cas de patient en SDT, est que l'équipe d'astreinte 7 jours/7 est composée d'un psychiatre, d'un infirmier et d'un agent de sécurité qui fait office de chauffeur. La présence d'un médecin et d'un chauffeur non soignant au sein de cet équipage (contrairement à la plupart des équipages dans les autres établissements hospitaliers composés de deux ou trois infirmiers) permet que l'intervention médicale commence sur le lieu de prise en charge, avec si nécessaire une sédation médicamenteuse ; le véhicule de transport de l'établissement est, en effet, muni d'une valise d'intervention comportant les traitements éventuellement utiles. Cette solution est appréciée par les partenaires, notamment au SAU du CH de Bastia. L'assistance des forces de l'ordre peut être demandée pour les patients en SDRE et il arrive (trois à quatre fois par an) que des menottes soient utilisées pour le transport si le patient n'a pas pu être stabilisé. Le seul matériel de contention utilisé autrement pendant le transport est de l'adhésif en rouleau pour lier les membres en cas de grande agitation mais il a été affirmé aux contrôleurs que ces situations étaient exceptionnelles.

BONNE PRATIQUE 2

Une équipe d'astreinte 7 jours/7, composée d'un psychiatre, d'un IDE et d'un agent de sécurité faisant office de chauffeur est mobilisée pour aller chercher les patients en SDRE ou ceux attendant à l'hôpital de Bastia leur admission en SDRE à la clinique de San Ornello, ce qui permet que l'intervention médicale commence sur le lieu de prise en charge.

RECOMMANDATION 9

L'usage des menottes doit être proscrit pour le transport d'un patient dans un véhicule sanitaire. L'utilisation d'adhésif en rouleau pour limiter ses mouvements ne respecte pas la dignité du patient.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique indique : « Le recours à des menottes ou à d'autres moyens restreignant les mouvements du patient, pendant son transport, reste une mesure exceptionnelle de dernier recours. Conscient de l'atteinte à la dignité du patient que cette pratique peut représenter, la clinique réfléchit à une solution alternative, moins préjudiciable, tout en garantissant la sécurité de l'ensemble des passagers. »

A leur arrivée, les patients déjà connus accèdent à la clinique par la porte d'entrée. Les patients non connus et tous les patients en SDRE sont conduits directement au secteur fermé du 1^{er} étage par un escalier sur le côté du bâtiment.

Parmi les vingt-trois patients (hors détenus) en SSC présents au premier jour de la visite, neuf ont été transportés à partir des urgences du CH de Bastia, trois des autres hôpitaux du département, quatre du commissariat de police ou d'une gendarmerie, six proviennent de leur domicile. Plus de la moitié des patients n'étaient donc pas accueillis en milieu hospitalier avant leur arrivée à San Ornello et n'ont possiblement pas eu d'examen somatique préalable. Le médecin somaticien de la clinique n'intervenant que du lundi au vendredi, les patients arrivant d'un autre lieu qu'un SAU pendant le week-end ne bénéficient pas d'un examen somatique pendant une période pouvant aller jusqu'à 64 heures.

PROPOSITION 8

Un examen somatique doit être pratiqué systématiquement dans les 24 heures suivant l'admission d'un patient à la clinique, comme le prévoit l'article L3211-2-2 du code de la santé publique.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique indique : « Malgré la présence du médecin généraliste durant la semaine, la clinique cherche à conventionner avec d'autres médecins, pour que les patients admis durant le week-end, bénéficient également d'un examen somatique dans les 24 heures suivant leur admission. »

Le patient est accueilli par l'infirmier en poste et l'agent de sécurité dans l'unité fermée ; le médecin décide du lit ou de la chambre où il sera hébergé, les chambres particulières étant attribuées sur accord médical. Le patient n'est pas mis en pyjama, sauf s'il est placé en chambre d'isolement et ce, uniquement s'il présente un risque suicidaire ou s'il porte à son admission des vêtements trop sales.

Les patients en SSC sont systématiquement placés pendant une période d'observation de quelques jours dans l'unité fermée, qu'ils quittent ou non à l'issue de cette période, après évaluation clinique.

7.2 LES SOINS PSYCHIATRIQUES NE SONT PAS ELABORES DANS UN PROJET D'EQUIPE ET SE REDUISENT AU STRICT MINIMUM

7.2.1 Organisation des soins

La présence médicale dans la CSO étant constante en journée du lundi au samedi matin (plus un système d'astreinte la nuit, le samedi après-midi et le dimanche), tous les patients sont théoriquement vus par un des trois psychiatres, accompagné d'un infirmier, chaque matin de semaine dans leur chambre mais il ne s'agit pas d'un entretien et les patients qui ne sont pas dans leur chambre lors du passage du psychiatre ne sont pas recherchés. Les trois psychiatres se répartissent la référence des patients hospitalisés et voient en entretien dans leur cabinet au rez-de-chaussée, car il n'y a pas de bureau d'entretien dans les unités, ceux des patients qui en font la demande ; un patient a précisé qu'il voit son psychiatre une fois par mois. Les patients hospitalisés dans le secteur fermé ne peuvent en sortir et ne bénéficient donc jamais de consultation seul avec leur psychiatre, éventuellement accompagné d'un infirmier, dans un bureau.

RECOMMANDATION 10

La clinique doit organiser ses locaux pour que tous les patients, y compris ceux hébergés en secteur fermé, puissent bénéficier autant que de besoin de consultations avec un psychiatre se déroulant dans un lieu approprié.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique indique : « La clinique occupe actuellement l'ensemble des locaux existants, lui laissant peu de marge de manœuvre, pour modifier certaines pratiques. Toutefois, le projet d'extension, prévoit des locaux supplémentaires, qui permettront d'allouer plus d'espace de consultations, respectant la confidentialité des entretiens. Les médecins sensibles à ce sujet, n'hésitent pas non plus à faire sortir le voisin de chambre autant que nécessaire. Concernant le service fermé, les médecins peuvent utiliser la salle « parler », autant que nécessaire. »

Il n'y a pas à proprement parler d'entretiens infirmiers – auxquels la plupart des infirmiers, au demeurant, ne sont pas formés – et leur rôle propre apparaît d'autant moins que le temps soignant est des plus réduit : deux infirmiers sont présents à chaque roulement pour une quarantaine de patients, certes appuyés par un aide-soignant ou un aide médico-psychologique.

La psychologue du service pour adultes, en congé maternité, est partiellement remplacée par sa collègue de pédopsychiatrie mais celle-ci ne peut suivre les quatre-vingt-douze patients adultes.

La psychologue anime un groupe « addictions » auquel les patients toxicomanes sont invités à participer ; les patients du secteur fermé en sont exclus, faute d'avoir le droit sortir de ce secteur.

Un projet de sismothérapie devrait voir le jour et les séances seront alors pratiquées par un médecin de la CSO dans une clinique des environs disposant de l'équipement nécessaire.

Le projet de soins du patient est inexistant. Il n'y a pas de réunions patients-soignants, dont plusieurs soignants semblent ne pas connaître l'intérêt, l'objectif ni le fonctionnement.

Les réunions du personnel sont les suivantes :

- une réunion « institutionnelle » hebdomadaire d'une durée de 45 mn le jeudi à 13h, à laquelle participent un médecin (chaque fois différent), un infirmier, un aide-soignant ou aide médico-psychologique par poste de soins, la responsable qualité et parfois la cadre de santé. Elles sont l'occasion d'aborder, dans un premier temps, des thèmes tels la violence ou les droits des patients. Puis, un deuxième temps est consacré aux prises en charge des patients et fait donc office, en 20 mn, de réunion clinique. Ces réunions étant suspendues pendant les deux mois d'été, les contrôleurs n'ont pu y assister. Elles avaient d'ailleurs été suspendues pendant la période du COVID-19 et n'avaient pas repris depuis, ce qui signifie que ces déjà bien courtes réunions n'auront pas eu lieu pendant plus de cinq mois d'affilée cette année ;
- une réunion mensuelle à laquelle participent le directeur, la cadre de santé, la responsable qualité et un représentant par métier et par étage : IDE, aide-soignante ou aide médico-psychologique, agent des services hospitaliers (ASH), agent de sécurité plus la cuisinière et l'agent du standard. Y sont abordés les « problèmes des équipes », le fonctionnement, les questions liées au matériel.

Aucune de ces réunions n'associe la psychologue ni l'assistante sociale (celle-ci à 0,5 ETP pour tous les patients de la CSO). La psychologue participe à la visite dans les chambres du lundi matin et au *staff* informel qui suit. Il n'y a pas de réunions de synthèse et les transmissions orales prévalent, « *au fil de l'eau* » dira une infirmière. Il n'y a pas de supervision d'équipe, pas de projet de service ni d'unité.

Ce fonctionnement porte la trace de l'absence d'une politique institutionnelle et de conception pluridisciplinaire des soins, conséquence d'une organisation des soins où prime la juxtaposition des interventions individuelles des psychiatres libéraux. Il est dommageable pour les patients, dont quelques-uns synthétisent à quoi se résume la prise en charge : « *on mange, on dort, on prend des cachets* ».

RECO PRISE EN COMPTE 12

Un projet de soins doit être élaboré pour chaque patient, associant tous les membres de l'équipe soignante et impliquant le patient, afin de le rendre acteur de son parcours de soins.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique indique « Un travail de restructuration du dossier patient, a été initié au dernier trimestre 2020, tout comme la formalisation des staffs pluridisciplinaires bihebdomadaires, dont l'objectif principal est la définition collégiale et la traçabilité du projet thérapeutique du patient et sa réévaluation à fréquence régulière. Ce fonctionnement a été validé en CME, en décembre 2020 et a débuté en janvier 2021. Cf. PJ.7 »

7.2.2 Les patients au long cours

Au moment de la visite des contrôleurs, vingt-neuf patients au long cours²⁰, décrits dans l'établissement comme « patients psychotiques déficitaires et chroniques » et comme « hospitalisations à visée géro-psycho-geriatrique », sont présents ; ils représentent 29,59 % de la totalité des patients. Cette catégorie de patients a été identifiée dans la « cartographie des risques » de l'établissement, pour ses effets sur l'augmentation de la durée moyenne d'hospitalisation. Les contrôleurs ont eu connaissance du tableau de suivi de ces patients.

Cinq d'entre eux ont une durée continue d'hospitalisation de 5 ans à 11 ans ; vingt-quatre patients une durée continue d'hospitalisation comprise entre 2 et 5 ans.

Trois patients sont en attente d'une place en EHPAD ; onze disposent d'une décision d'orientation dans le champ médico-social par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), dont neuf vers une maison d'accueil spécialisée (MAS) ; sept ont une demande en cours de logement social ; pour un patient, le projet est un retour à domicile. Trois patients sont hospitalisés à la suite de la reconnaissance d'une irresponsabilité pénale sur le fondement de l'article L122-1 du code pénal et aucun projet n'est envisagé ; enfin, quatre patients sont sans solution, soit par refus de leur part sur un projet, soit du fait de leur pathologie qui nécessite le maintien en hospitalisation.

Mais l'obstacle majeur à la sortie d'hospitalisation réside dans le très faible nombre de structures médico-sociales pour personnes handicapées dans le département : une MAS de

²⁰ Hospitalisation supérieure ou égale à 292 jours dans l'année. Magali Coldefy, Clément Nestrigue : « *L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale* » ; Questions d'économie de la santé, 202, octobre 2014.

vingt places, un foyer d'accueil médicalisé (FAM) de vingt places, un service d'accompagnement médicalisé pour personnes adultes handicapées psychiques (SAMSAH), un projet de MAS de dix places pour personnes autistes et personnes polyhandicapées (cinq places pour chacune de ces situations de handicap). La difficulté à faire accepter les patients âgés dans des EHPAD (ou y retourner quand ils en proviennent) participe également du maintien de ces patients au long cours dans l'établissement pour lesquels l'hospitalisation en psychiatrie ne répond pas aux besoins d'accompagnement médico-social et de maintien de l'autonomie.

Même si l'attention bienveillante des soignants leur paraît acquise, ces patients au long cours ne bénéficient pas d'une prise en charge particulière, hormis l'activité de karaoké mentionnée *infra*.

7.2.3 L'accès au dossier médical

Le livret d'accueil informe les patients sur leur droit à l'accès au dossier médical. Celui-ci est très faiblement exercé, puisqu'en 2019 il y a eu trois demandes, toutes pour des dossiers de plus de cinq ans, auxquelles il a été fait droit dans les délais prévus par la loi.

Le livret d'accueil décrit également les modalités de consultation du dossier médical. Il est ainsi précisé que pour une personne hospitalisée sous contrainte « à titre exceptionnel, la consultation des informations médicales, dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte, peut être subordonnée à la présence d'un médecin de votre choix ». Cependant, en cas de refus par le demandeur, il n'est pas précisé que la CDSP doit être saisie, comme prévu à l'art. L. 1111-7 du code de la santé publique.

RECO PRISE EN COMPTE 13

Le livret d'accueil doit préciser qu'en cas de refus par un patient en SSC de la présence d'un médecin pour consulter son dossier médical, la CDSP doit être saisie, comme prévu à l'art. L. 1111-7 du code de la santé publique.

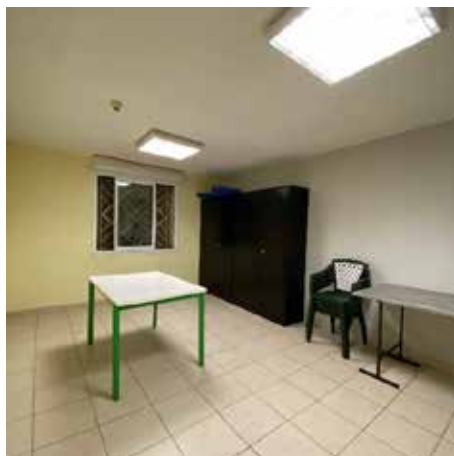
Dans sa réponse, le PDG de la clinique indique « Le livret d'accueil a été modifié dans le sens de la recommandation, afin de préciser que la CDSP peut être saisie en cas de refus d'un patient, concernant la présence d'un médecin, pour la consultation de son dossier médical, en cours d'hospitalisation. Cf. PJ.2 »

7.2.4 Accès aux activités occupationnelles et thérapeutiques

Les patients des secteurs fermés et ouverts n'ont pas d'activité en commun.

a) Secteur fermé

Ce secteur ne dispose ni de bureau médical ou infirmier ni de salle d'activité mais uniquement d'un salon de visites (meublé d'une table, de quelques chaises en plastique et d'un placard) ainsi que d'une pièce commune où sont installés un téléviseur et, au moment de la visite, trois tables et neuf chaises en plastique – ce qui y rend possible la prise des repas en commun. Le téléviseur dysfonctionne « depuis longtemps » sans avoir jamais été réellement réparé, selon les témoignages recueillis ; au moment du contrôle, seules trois chaînes sont reçues, avec une piètre qualité de son et d'image ; il ressort en outre des témoignages recueillis que le mobilier de jardin a été installé le jour même de l'arrivée des contrôleurs. Auparavant, seule une table « avec des pieds en fer » et trois chaises dont l'une cassée meublaient cette pièce.



Salon de visite du secteur fermé

C'est dans le salon de visites qu'un *coach* sportif est censé intervenir une fois par semaine et où se tiendrait, selon la même fréquence (en temps normal, mais une fois tous les quinze jours au moment de la visite, en raison d'un congé maternité), un « groupe de paroles » animé par la psychologue. Trois tapis de sol sont effectivement roulés et entreposés sur le haut d'un placard installé dans cette pièce ; mais aucun des patients rencontrés n'a dit bénéficier de l'une ou l'autre de ces activités et plusieurs d'entre eux ont même soutenu n'avoir jamais été informés de ces possibilités. De fait, selon ces témoignages, l'hospitalisation se résume au renouvellement continu de la séquence : « *on mange, on dort, on prend des médicaments ; on n'a rien d'autre* ». Comme les téléviseurs, les radios et consoles de jeux peuvent cependant être autorisés : selon un membre du personnel soignant « *tant qu'il n'y a pas internet, le médecin peut valider* », ce qui serait le plus souvent le cas. De fait, à trois exceptions près, les chambres du secteur fermé sont équipées d'un téléviseur.

b) Secteur ouvert

Un planning mensuel d'activités est affiché dans les salles de soins. Ces activités sont ouvertes à tous les patients adultes de la CSO du secteur ouvert quel que soit leur statut d'hospitalisation. Elles s'adressent donc potentiellement à soixante-dix-sept patients.

Le planning du mois de décembre 2019 qui a été remis aux contrôleurs (les activités ont été suspendues pendant la période du confinement du printemps 2020 COVID-19) prévoit une séance hebdomadaire d'une heure animée par des intervenants extérieurs pour chacune des activités suivantes : gym douce, percussions, expression corporelle ; deux séances mensuelles d'une heure pour un groupe nutrition animé par des AMP, et enfin une séance hebdomadaire d'une heure par étage pour l'activité karaoké animée par des AMP, dont il nous a été précisé qu'elle était très appréciée par les patients « déficitaires ». Il a été fait référence à une activité « relaxation » à destination de patients dépressifs et animée par des AMP au 2^e étage, mais elle n'apparaît pas dans le planning des activités.

Une salle d'ergothérapie est installée au rez-de-chaussée ; des activités y sont animées par une infirmière ayant suivi une formation d'ergothérapeute. Grande et lumineuse, donnant accès au jardin, partiellement décorée de dessins, équipée d'un évier, cette salle est ouverte quatre heures par jour du lundi au vendredi. Une petite dizaine de tables y sont installées, où lors de la visite des contrôleurs des patients lisent le journal ou font la conversation avec l'ergothérapeute ou bien sont assis là sans activité particulière. La salle recèle de nombreux

livres et revues de récupération manifestement peu empruntés et pour lesquels il n'y a pas de formalisation de l'emprunt ni de délai imparti pour les rendre. Le quotidien « *Corse-Matin* » y est disponible tous les jours. Des jeux de société et du matériel de travaux pratiques (peinture, plâtre, perles, argile) sont à disposition. Il n'y pas de possibilité, ni dans cette salle ni dans les unités, de cuisiner ou de réaliser un gâteau, ceci « *pour des raisons d'hygiène* ». Une table de ping-pong pliée est rangée dans la salle. Le budget est très limité : 200 euros par mois (soit 24 euros par an et par patient adulte).

Un portant occupant une grande partie d'un petit côté de la salle d'ergothérapie sert de réserve de blouses des soignants ce qui donne le sentiment d'un lieu qui n'appartient pas vraiment aux patients.



Salle d'ergothérapie

Les avis du personnel de la CSO divergent sur la nécessité d'une prescription médicale pour participer aux activités. Si la présence des patients dans la salle d'ergothérapie est tracée dans leur dossier médical, il n'existe pas de données chiffrées de fréquentation des activités, ce qui n'a pas permis aux contrôleurs de mesurer la place de ces activités dans ce qui devrait être un projet de soins pour chaque patient, de fait inexistant.

Le projet d'établissement 2017 fait référence à un programme d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur les activités thérapeutiques et occupationnelles mais aucun soignant n'y a fait référence, et certains médecins semblent réservés sur l'intérêt des

médiations thérapeutiques tout au long de l'hospitalisation, et positionnent plutôt celles-ci comme préparation à la sortie.

Quoi qu'il en soit, les activités sont très faibles en nombre et en diversité. Du fait de l'inexistence de projets de soins pour chaque patient, la participation à ces activités n'est pas articulée avec le reste de la prise en charge et n'est que très peu favorable à leur réhabilitation psychosociale. Un profond sentiment d'ennui et de vacuité se dégage de la salle d'ergothérapie en particulier mais aussi de tous les lieux partagés de la CSO où de nombreux patients errent dans les couloirs ou se tiennent assis devant l'entrée à toute heure du jour.

Dans le questionnaire de satisfaction de sortie 2019, à la question « *pensez-vous que les animations (ergothérapie) sont adaptées à votre état de santé ?* », seuls 37 % des patients répondent « oui ».

Cet état de fait est d'autant plus regrettable que des activités innovantes sont mises en place au centre de jour « Villa San Ornello », voisine immédiate de la clinique et appartenant au même groupe. La visée de réhabilitation psychosociale y est fortement inscrite, ainsi par exemple du programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) sur les troubles bipolaires que l'autorisation donnée par l'ARS destine non seulement aux patients dudit centre de jour mais également à ceux de la CSO et de la clinique du Cap. Mais il a été précisé que les patients de la CSO n'accédaient pas aux activités du centre de jour, hormis pour certains d'entre eux dans les derniers jours de l'hospitalisation, pour préparer leur admission au centre de jour une fois qu'ils seraient sortis.

PROPOSITION 9

Un programme d'activités occupationnelles et thérapeutiques doit être développé et intégré à un projet de soins élaboré pour et avec chaque patient, y compris pour ceux hébergés en unité fermée.

Les potentialités offertes par la salle d'ergothérapie et par un personnel qualifié doivent être mieux exploitées au service des patients.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique précise ; « La prescription médicale d'activités thérapeutiques et occupationnelles, fait partie intégrante, du travail entrepris de formalisation et de traçabilité du projet thérapeutique du patient, et de sa réévaluation »

Les contrôleurs relèvent que la traçabilité des prescriptions d'activité sont sans incidence sur le développement d'activités proposées qui constitue le fond de la proposition.

7.3 L'ACCES AU GENERALISTE ET AUX SPECIALISTES NE PRESENTE DE DIFFICULTE QUE POUR LES PATIENTS DETENUS

Un médecin généraliste, employé au service des urgences du centre hospitalier de Bastia, est disponible au téléphone en permanence pour la CSO. Il se déplace en moyenne deux fois par semaine.

A son arrivée, chaque patient bénéficie d'un électrocardiogramme et d'une analyse de sang. Mais si un patient est admis à la clinique le week-end, il n'aura sa consultation d'arrivée avec

le généraliste que le lundi. Néanmoins, lorsqu'un patient souhaite rencontrer le médecin, il peut le voir rapidement.

Les rendez-vous chez des spécialistes sont correctement gérés. En raison de la pénurie de praticiens, les délais sont plus longs pour les ORL et les dermatologues.

En revanche, l'accès aux soins pour les patients détenus est compliqué. Pour consulter un médecin spécialiste, donc en dehors de la clinique, ils doivent dans une première phase quitter l'établissement pour être réincarcérés au centre pénitentiaire. Dans un second temps, le détenu pourra bénéficier d'une extraction en ville, donc sous escorte pénitentiaire, pour rencontrer un spécialiste mais il a été constaté que la consultation n'est pourtant pas toujours assurée (Cf. § 9.2.3). Si un patient détenu se trouve en situation d'urgence vitale, la clinique fait appel au Samu : il est accompagné par un agent de sécurité jusqu'à l'hôpital où ce dernier est relayé par un agent de l'administration pénitentiaire.

7.4 LA DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS N'EST PAS CONFIDENTIELLE

Une pharmacienne est présente dans la clinique les lundis, mardis, jeudis et vendredis de 10h à 16h30, et les mercredis de 10h à 14h. Elle vérifie la compatibilité entre les ordonnances des psychiatres et celles du généraliste ou d'un spécialiste. Après échange avec l'un d'entre eux, elle peut opérer des rectifications, parfois liées à des difficultés d'approvisionnement ou des erreurs de posologie.

Les médicaments sont distribués par les infirmiers sur quatre créneaux : matin, midi, soir et coucher. Avec un cinquième horaire possible à 10h, 16h ou 20h30.

Les contrôleurs ont pu constater dans les couloirs des files d'attente devant le chariot des infirmiers, où les patients prennent leurs médicaments devant les autres, sans aucune confidentialité. La remise du traitement devrait pourtant constituer un moment d'échange sans témoin entre le patient et le soignant.

RECOMMANDATION 11

Le respect du secret médical s'applique à la dispensation des traitements. La Clinique San Ornello doit réorganiser la distribution des médicaments pour en préserver la confidentialité et permettre, à cette occasion, un échange entre le patient et l'infirmier.



Distribution des médicaments



Distribution des médicaments

Dans sa réponse, le PDG de la clinique informe que « *Dans le cadre de l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse, et notamment du circuit du médicament, la dispensation nominative a été étendue à l'ensemble des personnes hospitalisées en 2020. En 2021, la clinique envisage d'instaurer la distribution en chambre, comme cela est déjà fait dans le service fermé. Parallèlement, la mise en place d'un réseau wifi et d'outils informatiques nomades, est également réfléchi, afin de pouvoir poursuivre la validation en temps réel de l'administration des médicaments.* »

Les contrôleurs prennent acte de ces projets mais relèvent que ces engagements encourageants ne contribuent pas à assurer la confidentialité de la dispensation dans des chambres qui peuvent être occupées par cinq patients.

8. ISOLEMENT ET CONTENTION

8.1 LES LOCAUX D'ISOLEMENT SONT PARTIELLEMENT CONFORMES

Cinq chambres d'isolement (CI) sont installées au 1^{er} étage de la CSO, dans l'unité fermée.

Ces CI sont disposées de part et d'autre du couloir de l'unité : deux d'un côté, ainsi qu'une salle d'eau desservies par un sas, trois de l'autre desservies par un autre sas.

Ces chambres sont entièrement carrelées, propres, grandes, lumineuses et climatisées. La paroi de chaque CI donnant sur le sas comprend une porte aveugle et une cloison constituée en partie d'une large baie vitrée à partir de 90 cm du sol, donnant une vue complète sur l'intérieur de la pièce. Seule la partie basse de la baie vitrée est recouverte d'un film opacifiant sur une hauteur d'environ 40 cm. Les toilettes à l'anglaise en inox de chaque CI étant situées immédiatement derrière cette baie vitrée, la personne isolée y est visible, lorsqu'elle les utilise, par le personnel ou par un autre patient isolé se rendant, par exemple, à la salle d'eau ou encore par un visiteur, ce qui constitue une atteinte grave à son intimité.

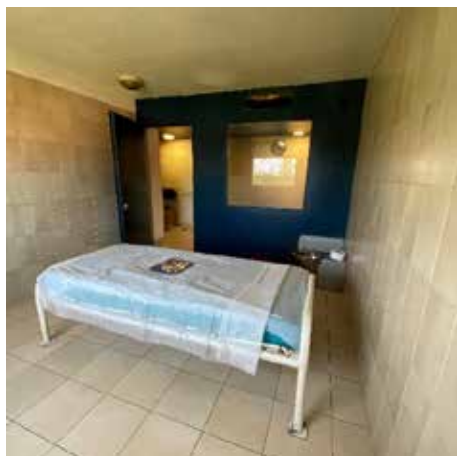
La chasse d'eau des toilettes est actionnée de l'extérieur de la CI et un rouleau de papier toilette est disponible dans chacune d'entre elles mais il n'y a pas de lavabo.

Un lit avec pieds fixés au sol, sommier métallique et matelas est installé au milieu de chaque CI dont il constitue l'unique mobilier. Une table de lit à roulettes et une chaise sont placées dans chacun des deux sas pour être utilisées dans les CI lors des repas, il a été expliqué aux contrôleurs que d'autres tables roulantes endommagées n'avaient pas été remplacées.

Les CI et les sas sont placés sous vidéosurveillance, les images sont renvoyées sur l'écran placé dans le bureau de l'agent de sécurité (cf. § 8.2.1). Aucun dispositif d'appel à distance n'est à disposition des patients isolés, ce qui contraint ceux-ci à frapper à la porte ou à faire des grands gestes devant la caméra pour attirer l'attention du personnel. La climatisation et l'éclairage sont commandés à partir du sas.

Sur le lit de chaque CI en attente d'utilisation sont disposés des draps et un pyjama à usage unique, bien qu'il ait été précisé aux contrôleurs que la mise en pyjama n'y était pas systématique. Les fenêtres dépourvues de système d'ouverture sont doublées d'un barreaudage et les stores extérieurs sont commandés à partir du sas.

Dans chacun des deux sas, deux horloges murales sont visibles par les patients isolés. Trace d'une conception ultrasécuritaire des CI, un passe-plat donnant sur le sas est percé dans le bas de la paroi de chaque CI, sur le modèle de ceux équipant les cellules de garde à vue dans les locaux des forces de l'ordre ; il a été affirmé aux contrôleurs qu'ils étaient inutilisés.



Chambre d'isolement



Vue sur les toilettes de la chambre d'isolement depuis le sas

PROPOSITION 10

Pour respecter l'intimité des patients, la disposition des chambres d'isolement doit être modifiée pour empêcher la vue sur les toilettes depuis le sas. Les chambres d'isolement doivent être équipées d'un dispositif d'appel. Les chasses d'eau doivent être actionnables par le patient et celui-ci doit pouvoir se laver les mains à tout moment.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique fait savoir « Concernant les chambres d'isolement, la clinique est en difficulté pour modifier l'existant. De fait, elle a missionné le cabinet d'architecte avec lequel elle a travaillé sur le projet d'extension, afin d'être destinatrice de solutions améliorant le respect de la dignité et de l'intimité du patient isolé, tout en conservant un niveau de sécurité adapté. »

Les contrôleurs prennent acte de cette démarche.

Dans les sas, sont disposés des casiers qui accueillent les affaires des patients qui sont placés en CI dès leur arrivée à la clinique ; il en est ainsi de ceux qui présentent un risque suicidaire. La salle d'eau comporte douche et lavabo.

8.2 L'ISOLEMENT S'ACCOMPAGNE DU RECOURS A LA SURVEILLANCE ET A LA VIDEOSURVEILLANCE PAR DU PERSONNEL NON SOIGNANT

8.2.1 La surveillance

La surveillance en chambre d'isolement est assurée en permanence par une équipe d'agents de sécurité travaillant selon le même roulement que les soignants (7h-14h, 14h-21h, 21h-7h) et dont il a été précisé aux contrôleurs qu'ils participaient également aux gestes dits techniques. Un agent de sécurité est présent pour chaque roulement. Il se tient ordinairement dans un bureau situé à l'extrémité de l'unité fermée, porte ouverte et placé de façon à avoir une vision permanente sur les mouvements dans le couloir de cette unité, sur un mode panoptique. Il a en même temps la charge de l'écran de vidéosurveillance des chambres d'isolement mais aussi de toutes les caméras de l'établissement. Le retour vidéo des chambres d'isolement affiche un carré noir à l'emplacement des toilettes, qui ne préserve pas

totale de la personne d'une intrusion dans son intimité. Cet agent de sécurité est le seul personnel présent en permanence dans l'unité fermée, le bureau des soignants du premier étage étant situé hors de la zone fermée. Cette organisation a pour conséquence que l'interlocuteur principal des personnes placées en chambre d'isolement est un agent de sécurité et qu'en cas de problème au sein de l'unité fermée, et *a fortiori* dans une chambre d'isolement, l'agent de sécurité est le premier, et parfois le seul, à intervenir notamment la nuit, hors de la présence de soignants. Cet état de fait, qui place la sécurité avant le soin, n'est pas admissible et doit être réformé.



Caméra dans une chambre d'isolement



image de la chambre d'isolement comportant un carré noir à l'emplacement des WC.

RECOMMANDATION 12

La vidéosurveillance des chambres d'isolement porte atteinte à l'intimité des personnes et ne doit pas remplacer la présence humaine et l'interaction relationnelle ; elle doit être proscrite.

L'équipe soignante doit être à même d'assurer la surveillance et d'être primo-intervenante dans les chambres d'isolement.

8.2.2 Les repas et le tabac

Les repas sont pris dans la chambre d'isolement, au mieux sur la table adaptable, le patient étant assis sur une chaise qui est apportée et ensuite retirée. Les couverts sont en plastique, sans couteau, la viande est coupée avant d'être servie. Les patients placés en CI n'ayant pas accès à l'eau, il a été indiqué aux contrôleurs qu'une bouteille d'eau leur était remise. Les patients fumeurs accèdent à leur tabac après accord de l'agent de sécurité qui conserve dans son bureau les cigarettes et briquets. Ils fument soit dans la salle de télévision de l'unité fermée, soit dans le bureau de l'agent de sécurité.

RECOMMANDATION 13

Toutes les chambres d'isolement doivent être équipées du mobilier nécessaire pour prendre dignement les repas.

8.2.3 Les visites et le téléphone

Un document est remis aux proches des personnes placées en chambre d'isolement. Il présente ce placement comme « *un acte thérapeutique (sic) qui relève d'une prescription (sic) médicale* » :



Document d'information à l'intention des patients et de leurs familles

QU'EST-CE QUE LA CHAMBRE D'ISOLEMENT?

Madame, Monsieur

L'un de vos proche bénéficie de soins en chambre d'isolement.

* L'isolement est un acte thérapeutique qui relève d'une prescription médicale établie par un médecin. Il a un effet protecteur, contenant qui diminue la dispersion des contenus psychiques et l'exposition aux stimuli stressants

* Il relève d'indications précises, tels que définies dans les conférences de consensus :

1. Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces ou ni appropriés.
2. Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins
3. Isolement intégré dans un programme thérapeutique.
4. Isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues.
5. Utilisation à la demande du patient.

* La prise en charge en isolement a lieu dans un espace sécurisé

Une surveillance régulière physique et psychique y est dispensée par l'équipe

Il vous est possible de rencontrer un médecin de l'équipe médicale de la Clinique San Ornello, avant, pendant ou après le début des soins.

RECO PRISE EN COMPTE 14

Si la présentation de la chambre d'isolement aux proches est une initiative louable, le document actuellement utilisé doit être modifié pour rappeler les termes de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique en expliquant que le placement en chambre d'isolement n'est pas un acte thérapeutique mais une pratique de dernier recours, une mesure limitée dans le temps, prise sur décision d'un psychiatre et non sur prescription et exclusivement destinée à assurer la sécurité d'un patient ou de son entourage.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique indique que « *Le document informatif, sur l'isolement, destiné aux familles des patients, a été complété, dans le sens de la recommandation, citant notamment l'article L.3222-5-1 du CSP. Cf.PJ.8* »

Les patients en CI, quand ils y sont autorisés par un médecin, peuvent recevoir des visites. Les visiteurs doivent montrer aux soignants le contenu des sacs et les objets personnels qui vont être apportés aux patients. Les visites se déroulent alors dans la chambre d'isolement elle-même ou dans la salle de vie de l'unité. Les patients isolés peuvent également, sur autorisation médicale, recevoir et passer des appels téléphoniques avec le téléphone sans fil du bureau de l'agent de sécurité.

Il a été affirmé aux contrôleurs que sauf dans de très rares exceptions, tous les patients placés en chambre d'isolement sont en SSC et que les placements de mineurs en CI sont extrêmement rares ; ces deux points ont été confirmés par l'examen du registre d'isolement par les contrôleurs.

8.3 LES PROTOCOLES ORGANISANT LE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION NE PRENNENT PAS COMPLETEMENT EN COMPTE LES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

On relève tout d'abord que le rapport de certification de la Haute autorité de santé (HAS) de décembre 2016 notait que « *les règles de gestion de l'isolement et de la contention ne sont pas conformes aux bonnes pratiques* ».

L'isolement et la contention ont donné lieu à la rédaction de trois protocoles remis aux contrôleurs.

Le premier protocole *CSO-PEC-SOI-MED-PSY-PRO-04* concerne la procédure d'hospitalisation en chambre d'isolement et sa dernière version date de décembre 2018. Il comporte des règles de bonnes pratiques notamment en ce qui concerne l'objet et mentionne que « *la surveillance vidéo de chaque chambre permet une observation intensive et isolée des patients concernés* ». Cette précision apparaît surprenante alors même que cette « *observation intensive* » n'est pas réalisée par des soignants.

Dans le logiciel de gestion des dossiers des patients, EPIONE, utilisé par l'établissement, la mesure initiale d'isolement et son éventuel renouvellement sont mentionnés dans le dossier patient et doivent comporter :

- l'identité du patient ;
- la date et l'heure de début et de fin ;
- le motif ;
- les précisions sur ce qui a été vainement mis en œuvre préalablement afin de justifier que la mesure est bien prise en dernier recours ;
- les modalités de dispensation du traitement médicamenteux ;
- les modalités de surveillance adaptées à l'évaluation des risques somatiques et psychiques ;
- les consignes devant permettre au patient de manger, de boire, d'aller aux toilettes ou de se laver clairement tracées.

Le protocole ne prévoit pas que soit inscrit dans le dossier patient le motif de la levée de la mesure d'isolement ni qu'un debriefing soit conduit avec le patient à la sortie.

Le deuxième protocole *CSO-PEC-SOI-MED-PSY-PRO-06* concerne la procédure d'hospitalisation d'un mineur en chambre d'isolement et sa création, toujours valide, date d'avril 2016. Bien que postérieur à la loi du 26 janvier 2016 qui a précisé que l'isolement se

faisait sur décision d'un psychiatre (art. L.3222-5-1 du CSP), ce protocole présente l'isolement d'un mineur comme une « *prescription à caractère exceptionnel et de durée la plus brève possible* ». De plus il n'est pas fait référence au principe inscrit dans la recommandation de la HAS que « *ne peuvent être isolés que les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement* », ce que ne sont généralement pas les patients mineurs. La possibilité du renouvellement de la mesure « *toutes les 24 h.* » est même prévue dans ce protocole. Aucune information des parents ou du tuteur légal n'est mentionnée.

Le troisième protocole CSO-PEC-SOI-MED-PSY-PRO-02 concerne la procédure de contention et sa dernière version date de décembre 2018.

Ce protocole précise en ouverture que « *la contention physique est une mesure thérapeutique exceptionnelle* ». Outre que la recommandation de bonne pratique de la HAS ne mentionne pas le caractère « *thérapeutique* » de la contention mais uniquement la nécessité d'inscrire celle-ci dans une démarche thérapeutique, le caractère thérapeutique de la contention n'a jamais reçu de confirmation par des données scientifiques. Dans le chapitre concernant la mise en œuvre de la contention, le protocole prévoit la présence de « *deux, voire trois personnes* », alors que l'HAS recommande que « *le patient est immobilisé par 4 soignants (un par membre, empaumant chacun le bras et l'avant-bras ou le mollet et la cuisse) et un 5^e soignant maintenant la tête* ». Les contrôleurs ne peuvent s'empêcher de rapprocher cette inobservation de la bonne pratique de la faiblesse des moyens humains dans les équipes soignantes de la CSO.

PROPOSITION 11

Le protocole concernant la procédure d'hospitalisation d'un mineur en chambre d'isolement doit être modifié afin de faire référence à une décision médicale ainsi qu'au caractère exceptionnel d'une décision d'isolement prise concernant un patient en soins libres, limitée à une période ne pouvant dépasser 12 heures. Une information du représentant légal doit y être spécifiée même si elle est, de fait, effectuée.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique indique « *Les protocoles concernant le recours à une chambre d'isolement pour un patient mineur ou hospitalisé en soins libres, ont été modifiés dans le sens de la recommandation et l'information a été diffusée aux personnels concernés. Cf.PJ.9* »

Les documents transmis à l'appui de cette affirmation font toujours référence à une « *prescription* » d'isolement alors que cette mesure ressortit d'une décision en tant que telle susceptible de recours devant un juge, ainsi que les récentes modifications législatives l'ont précisé (cf. article L.3222-5-1 du CSP).

8.4 L'ANALYSE DU REGISTRE DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION FAIT APPARAÎTRE UN RECOURS TRÈS IMPORTANT À L'ISOLEMENT, AINSI QUE DES PRATIQUES NON CONFORMES

Le registre prévu par la loi a été mis en place sous forme numérique. Il s'agit d'une extraction des dossiers des patients dans le logiciel EPIONE utilisé par l'établissement. Il comprend le numéro de dossier du patient, la chambre où est réalisée l'isolement, la date de début et de fin de chaque mesure, le nom du praticien auteur de la décision et des personnels effectuant la surveillance, le type de mesure, et une colonne « *durée* » inutilisable. Tous les items sont renseignés, sauf parfois les agents chargés de la surveillance. Chaque mesure fait l'objet d'une

ligne. Le registre se présente sous la forme d'un document en format *PDF*, et non en fichier *Excel* (l'extraction sous cette dernière forme aurait été considérée comme impossible par l'éditeur du logiciel), si bien qu'il est très difficilement exploitable.

Le registre ne permet pas une vision claire des durées d'isolement. En effet, d'une part, il a été précisé aux contrôleurs que les médecins oubliaient fréquemment de corriger l'heure de sortie d'isolement si celle-ci était antérieure à celle initialement projetée. D'autre part, une lecture attentive de ce registre fait apparaître relativement fréquemment des mesures d'isolement se terminant à 2, 3 ou 4h du matin, et qui sont suivies par une nouvelle mesure commençant à 9h ; il est difficile de se convaincre que la mesure s'est effectivement terminée en pleine nuit et que le patient a pu regagner sa chambre avant d'être de nouveau placé en isolement au matin. Si ce n'est pas le cas, il est resté en chambre d'isolement hors d'une décision médicale pendant plusieurs heures. Il reste enfin que la pratique de l'isolement séquentiel, si du moins elle est utilisée, n'apparaît pas.

En 2019, 143 patients ont été placés en isolement (et la tendance est la même au premier semestre 2020), soit **60 % des patients en SSC, et 30 % de la file active adultes**, ce qui représente un niveau élevé de recours à l'isolement et démontre que l'isolement n'est pas utilisé en dernier recours, de la façon la plus limitée possible.

Durant la période de 18 mois allant du 1^{er} janvier 2019 au 30 juin 2020, on retrouve vingt occurrences de décision initiale de mesure d'isolement portant sur une durée supérieure à 12 h, soit 8 % des décisions initiales, dont deux décisions prises un 31 décembre à minuit.

RECO PRISE EN COMPTE 15

Afin de réduire le recours à l'isolement et à la contention, l'établissement doit se doter d'indicateurs permettant de connaître pour chaque patient le temps réellement passé en isolement ou sous contention.

La durée des décisions initiales d'isolement doit être limitée à 12 heures.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique indique ; « L'Article 84 de la LFSS 2021, est d'ores et déjà appliqué dans l'établissement depuis le 1^{er} janvier concernant les durées maximales d'isolement (et de contention) préconisées, même si nous restons dans l'attente du décret d'application.»

Durant cette même période, trente-neuf patients ont été placés en isolement dans un espace non prévu à cet effet, c'est à dire en chambre ordinaire, et la décision a été inscrite dans le registre sans être identifiée comme telle (au contraire, la colonne « *type de mesure* » est renseignée, comme pour les autres mesures : « A - *isolement dans un espace dédié conformément aux recommandations de bonne pratique* ») mais le numéro d'une chambre ordinaire était inscrit. Quatre patients ont été isolés dans leur chambre pour une durée de 3 à 5 heures, douze patients pour une durée de 10 à 13 heures, dix-neuf patients pour une durée de 18 à 24 heures, quatre patients pour une durée de 47 à 63 heures. Ces mesures ne respectent pas les conditions de soins et de sécurité qui sont dues à un patient en isolement et ne permettent pas une surveillance attentive ; elles doivent être proscrites.

Si ces isollements en chambre ordinaire sont inscrits dans le registre de l'isolement, il n'en est pas de même de la pratique généralisée de fermer à clef la nuit les portes des chambres des patients dans l'unité fermée (même si certains soignants semblent ne pas y recourir de façon systématique). Des patients se retrouvent donc enfermés toute la nuit, y compris dans des

chambres à plusieurs, sans dispositif d'appel. Cette pratique d'isolement non décidé par un médecin, non tracé et réalisé dans un lieu non prévu à cet effet doit cesser.

RECO PRISE EN COMPTE 16

Les isolements ne doivent être pratiqués que dans des lieux spécialement aménagés à cet effet. Les isolements en chambre ordinaire, qu'ils soient inscrits ou non dans le registre, sont proscrits et doivent cesser. La pratique qui consiste à fermer à clé la nuit et de façon systématique les portes des chambres des patients de l'unité fermée doit cesser.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique affirme « Depuis la visite du CGLPL, un rappel a été effectué aux personnels, afin d'harmoniser les pratiques, notamment au sein du service fermé, et les portes ne sont plus systématiquement fermées la nuit. La clinique réfléchit de fait, à installer des verrous intérieurs, dans les chambres des patients, afin de permettre, à ceux qui le souhaitent, de pouvoir fermer leur porte, en toute autonomie, tout en garantissant un accès inconditionnel aux personnels soignants en cas de besoin. »

Les contrôleurs prennent acte de ces modifications.

Les indicateurs fournis ne permettent pas d'apprécier la durée totale de l'isolement pour un patient donné lors de son hospitalisation. Il faut pour cela relever pour chaque patient le nombre et la durée de chaque mesure d'isolement et les additionner, ce qui n'est pas réalisé par l'outil informatique utilisé par l'établissement. De plus, comme il est précisé plus haut, la fiabilité des données peut être limitée par le fait que l'heure de fin de la mesure n'est pas systématiquement corrigée si le patient sort avant l'heure initialement prévue. A l'examen du registre courant du 1^{er} janvier 2019 au 30 juin 2020, sur les 229 patients placés en isolement, 5 se distinguent par une durée totale d'isolements égale ou supérieure à un mois et par le nombre de mesures dont ils ont fait l'objet, comme le montre le tableau suivant :

Patients	Nombre mesures	Durée totale isolement en jours
A	38	46
B	45	43
C	29	31
D	51	56

Le cinquième patient a fait l'objet de quatre-vingts mesures d'isolement et de deux mesures de contention entre le 23 juillet 2019 et le 29 mai 2020, avec des périodes d'isolement continu pouvant aller jusqu'à 42 jours.

8.5 LA CONTENTION EST PEU UTILISEE

Le recours à la contention mécanique est peu pratiqué. Durant la période de 18 mois précédent la visite des contrôleurs, huit patients ont été contentonnés, dont quatre à plusieurs reprises. Tous l'ont été en chambre d'isolement. Les durées de contention ont été les suivantes :

- de 10 à 15 h : trois mesures de contention ;
- 24 h : quatre mesures de contention ;

- de 41 à 48 h : trois mesures de contention.

On notera qu'un seul médecin a prescrit toutes les mesures de contention.

8.6 L'ANALYSE EMBRYONNAIRE DES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION ET LA FORMATION INSUFFISANTE DU PERSONNEL TMOIGNEMENT D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE TRES PAUVRE SUR LA LIMITATION DU RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

Les protocoles décrits ci-dessus (Cf. § 8.3) prévoient, en cohérence (partielle) avec la recommandation de la HAS « *un temps de reprise trimestriel en équipe pluriprofessionnelle pour les cas ayant fait l'objet d'isolements de plus d'une semaine* ». Ce temps de reprise trimestriel a effectivement lieu. Il est préparé par la responsable qualité, qui extrait (à la main) toutes les situations d'isolement ou de contention du trimestre, ainsi que leurs durées. Les contrôleurs ont eu accès aux comptes rendus des réunions d'octobre 2019 et mars 2020. Y étaient présents : le directeur médical, la cadre de santé, la responsable de la qualité, une infirmière et une aide-soignante. La liste des patients placés en isolement ou en contention ainsi que les durées totales pour chacun d'eux sont présentées aux participants. Les cas des patients dont la durée d'isolement a été égale ou supérieure à une semaine, ou la durée de contention égale ou supérieure à 48 h, font l'objet d'une analyse relativement succincte. Ces réunions ne constituent pas pour autant une analyse détaillée des pratiques d'isolement sur laquelle appuyer une véritable réflexion pour une utilisation en dernier recours de l'isolement et de la contention, réflexion qui devrait permettre de définir une politique d'établissement visant à diminuer le recours à l'isolement.

Il a été indiqué aux contrôleurs que l'ensemble du personnel (soignants et non soignants) doit participer à une formation « *gestion de la violence* ». Le bilan de formation porte la trace en 2018 d'une formation « *bientraitance* » à laquelle ont participé deux salariés pendant deux jours et d'une formation « *savoir gérer l'agressivité et la violence* » en deux modules de deux jours à laquelle ont participé quatre salariés (ou deux, car il n'est pas possible de distinguer si deux salariés ont participé aux deux modules, ou si ce sont deux salariés qui ont participé au premier module et deux autres au suivant). En 2019, cette même formation « *savoir gérer l'agressivité et la violence* » a attiré deux salariés sur deux jours. En deux ans, ce sont donc un maximum de six salariés qui ont participé à des formations traitant de la bienveillance et de la gestion de la violence. A ce rythme-là, il faudrait encore une vingtaine d'années pour former les soixante-dix personnes qui composent le personnel de la CSO.

Les comptes rendus des quatre réunions de la commission médicale d'établissement en 2019 montrent qu'elle n'a pas abordé la question de la violence institutionnelle ni ne s'est interrogée sur le nombre important de mesures d'isolement. La commission des usagers (CDU) n'a pas non plus abordé cette question. Et les documents sur lesquels s'appuie l'établissement pour conduire ses réflexions d'amélioration de la prise en charge, tels qu'ils sont présentés à la CDU, ne comportent ni les données ni des analyses sur les pratiques d'isolement et de contention.

PROPOSITION 12

L'établissement doit impérativement prévoir l'exploitation annuelle quantitative et qualitative des données relatives aux mesures d'isolement et de contention. En outre, il doit mettre en œuvre une politique visant à limiter le recours à ces mesures.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique affirme : « L'établissement s'engage à étayer sa politique sur l'isolement et la contention en 2021 et à travailler avec son éditeur de logiciel pour créer des indicateurs permettant une analyse plus précise sur ces pratiques. »

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LA PEDOPSYCHIATRIE REÇOIT LES MOYENS D'UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITE

Les cinq lits de pédopsychiatrie ont été ouverts en 2007. L'intersecteur de pédopsychiatrie du département offre également un hôpital de jour situé à Bastia et des CMP à L'Île-Rousse, Ghisonaccia, Bastia et Corte, un CMP est spécialement destiné aux adolescents à Bastia. Les liens interinstitutionnels sont réels « *tout le monde se connaît* ». Chaque hospitalisation est l'occasion d'une rencontre interinstitutionnelle avec, le cas échéant, le responsable des placements du service d'aide sociale à l'enfance (ASE) et l'éducateur référent.

Le psychiatre du service participe à des synthèses avec les équipes pédagogiques des collèges et lycées.

L'hospitalisation à temps plein ne se fait pas sur orientation particulière selon le diagnostic ; toutes les pathologies peuvent être prises en charge mais, néanmoins, les patients souffrant de pathologies trop lourdes, qui nécessitent une prise en charge au long cours, ne sont pas accueillis ; les patients souffrant de troubles du spectre autistique sont pris en charge par les structures *ad hoc* du département.

En principe, les patients de ce service sont âgés de 12 à 18 ans mais il peut arriver qu'un patient de 19 ans y soit accueilli, de même que des patients de 16 à 18 ans peuvent être pris en charge dans le secteur adulte, ou y être simplement hébergés et suivre les activités de la pédopsychiatrie. La moyenne d'âge se situe entre 13 et 14 ans. Les patients sont admis sur demande des parents, principalement, mais aussi sur ordonnance de placement provisoire judiciaire (OPP) ou sur décision du représentant de l'Etat (SDRE).

L'activité du service se présente ainsi : en 2018, cinquante-deux mineurs ont été admis dont quatre en SDRE et un sur OPP ; en 2019, quarante-huit admissions dont trois SDRE et cinq OPP ; depuis le 1^{er} janvier 2020, ont eu lieu vingt-quatre admissions dont une SDRE et trois OPP.

Tous les lits sont constamment occupés.

9.1.1 Les locaux

Le service est installé au deuxième étage du bâtiment, au fond de l'aile gauche. C'est un service fermé, considéré comme contenant pour les patients, avec un effet favorable immédiat.

Les quatre chambres, trois simples et une double, semblables à celles des services pour adultes, sont disposées de part et d'autre d'un couloir central. Chacune offre un mobilier en bon état et adapté en nombre à celui de ses occupants. Une salle d'eau attenante comporte une douche à l'italienne garnie d'un rideau et pourvue d'un flexible avec douchette, un lavabo avec miroir et tablette, un WC avec abattant et couvercle, mais pas de patère. Les portes des chambres sont chacune peinte de couleur différente.

Une salle d'activité, avec un téléviseur en face d'un canapé, et une salle à manger équipée d'une table centrale autour de laquelle peuvent s'asseoir huit convives, d'appareils électroménager et d'un évier, constituent les espaces collectifs. Les soignants disposent d'un petit bureau.

Les fenêtres de toutes les pièces de l'étage sont barreaudées.

Outre une caméra, un miroir dans le couloir permet de surveiller les mouvements.

Un tableau noir est offert à l'expression de chacun. Des « *conseils de comportement* » et un tableau de répartition des tâches collectives sont également affichés.



Tableau des tâches collectives

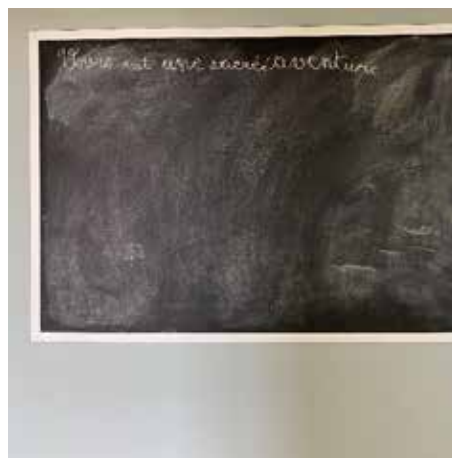


Tableau d'expression libre

PROPOSITION 13

Les locaux du service accueillant les mineurs doivent être à distance de ceux des adultes et permettre un accès à l'air libre.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique indique « Le cabinet d'architecte de la clinique a également été missionné sur la problématique de l'accès à l'air libre des jeunes patients de pédopsychiatrie, même si à ce jour aucune solution n'a été trouvée. »

9.1.2 Le fonctionnement

Un pédopsychiatre est attaché au service à plein temps, il est présent depuis l'année 2000.

L'équipe de soins comprend cinq infirmiers, trois éducateurs, une psychologue à mi-temps, un agent de service.

Un binôme formé d'un infirmier et d'un éducateur est en charge à chaque roulement du matin (7h-14h) ou de l'après-midi (14h-21h) des cinq patients. Les binômes constitués sont changés chaque semestre afin que les membres de l'ensemble de l'équipe se connaissent. Deux infirmiers ne travaillent que la nuit, l'un d'entre eux est présent de 21h à 7h.

Le psychiatre est sollicité par ses confrères, six pédopsychiatres exerçant en Haute-Corse, lorsqu'ils estiment nécessaire une hospitalisation ; il tient une liste d'attente et rappelle le demandeur lorsqu'une place se libère.

L'arrivée est en général programmée. Auparavant, le psychiatre reçoit le jeune et ses parents s'ils le demandent, en présence d'un infirmier du service. Il explique les règles de fonctionnement.

La durée moyenne de séjour est d'un peu plus d'un mois. La sortie se fait de façon générale dans la famille ; elle est plus compliquée lorsque ce n'est pas possible et il peut être fait appel à des familles d'accueil.

Il arrive que la scolarisation de l'enfant soit maintenue, à temps partiel, lorsque le séjour est suffisamment long pour pouvoir l'organiser, sur demande de la famille ou du jeune lui-même.

Durant leur hospitalisation, les jeunes patients n'ont accès ni à leur téléphone ni à Internet personnel (sauf nécessité administrative) ni au tabac.

Les relations avec les parents ne sont jamais rompues, le service s'efforce de maintenir les liens entre l'adolescent et ses parents, hormis en cas d'admission sur OPP ; la présence de ceux-ci est considérée comme une aide. Les sorties en famille sont maintenues dès l'arrivée et les visites sont possibles deux fois par semaine le mardi et le jeudi ainsi que les week-ends, elles peuvent avoir lieu dans le service et peuvent éventuellement être médiatisées par la présence d'un infirmier ou d'un éducateur. Chaque soir l'enfant appelle au téléphone ses parents.

Lorsque le patient est pris en charge par une institution, les liens avec celle-ci sont maintenus, éventuellement aussi avec l'éducation nationale selon le projet du mineur.

A chaque retour du mineur, ses affaires sont « vérifiées » devant lui. Les interlocuteurs rencontrés ont indiqué qu'il n'y avait jamais de fouille des patients, « *même par palpation* ».

Les relations sexuelles ou tout geste de séduction ne sont pas tolérés.

9.1.3 L'organisation des soins

Le psychiatre voit les jeunes dans le service les lundis et mercredis matin lors d'une visite en chambre accompagné de l'éducateur, de l'infirmier et de la psychologue. A la demande du patient, il s'entretient seul avec eux dans la chambre. Il reçoit également l'enfant et sa famille lors de retour de permission ou à la demande.

La psychologue est présente les lundis, mardis et mercredis matin – où elle anime un atelier thérapeutique – et le jeudi toute la journée où elle participe à un repas thérapeutique. Elle reçoit les patients en entretien individuel, elle peut également recevoir les parents avec l'enfant. Elle participe aux visites médicales, au groupe de parole.

Un *staff* se tient chaque jeudi avec le psychiatre, la psychologue, trois infirmiers et trois éducateurs et éventuellement un correspondant institutionnel (ASE).

Il a été indiqué qu'il n'y a pas de violences entre les patients. Un patient très agité peut être placé en chambre d'isolement. Les chambres des adultes sont utilisées ; les parents sont alors prévenus, même si le protocole d'isolement, à tort, ne le prévoit pas. Les soignants ont eu une formation à la prise en charge de la violence.

Un groupe de parole se tient tous les mardis en fin de matinée réunissant tous les patients, l'éducateur, l'infirmier, la psychologue et le psychiatre, ce dernier seulement en début de réunion. La parole est libre, aucun ordre du jour n'est établi.

Chaque jour une sortie est organisée par le binôme : sport sur un terrain d'activité à l'arrière du bâtiment, percussions, yoga et relaxation. Des sorties sont également organisées hors de la clinique, les jeunes étant transportés dans un véhicule affecté au service : parcours de santé, médiathèque, musée, cinéma, bowling et plage l'été. L'emploi du temps est tel qu'un patient n'est jamais seul.

9.2 PRIVES DE TOUT ACCES A L'EXTERIEUR, LES PATIENTS DETENUS VOIENT LEURS DROITS RESTREINTS AU COURS D'HOSPITALISATIONS CONTRAINTEES QUI SONT PROLONGEES EN RAISON DES INSUFFISANCES DE L'UNITE SANITAIRE DU CENTRE PENITENTIAIRE DE BORGIO

9.2.1 Organisation générale de la prise en charge

Depuis sa création en 1987, la clinique San Ornello est habilitée à recevoir en hospitalisation contrainte des personnes détenues au centre pénitentiaire (CP) de Borgo ou au centre de détention de Casabianda (Haute-Corse) ; des conventions ont été conclues à cet égard avec la caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Corse et chacun de ces établissements pénitentiaires. Ces derniers ont par ailleurs conclu des conventions identiques avec le centre hospitalier de Bastia, compétent pour les soins somatiques aux personnes détenues et auquel sont rattachées leur unité sanitaire respective.

Selon les informations transmises aux contrôleurs, c'est surtout depuis le CP de Borgo que sont organisées les orientations en SDRE vers la clinique ; l'établissement de Casabianda ne représente qu'un cas par an en moyenne et cette tendance est renforcée par les transferts fréquents des « *cas lourds* » de la maison d'arrêt d'Ajaccio vers le CP de Borgo.

Le tableau ci-après retrace certaines des données statistiques transmises par l'établissement, dont il ressort une tendance constante, sur cinq ans, du nombre de personnes détenues orientées vers la clinique pour des SDRE ordonnés sur le fondement de l'article L3214-3 du CSP en application des dispositions de l'article D. 398 du code de procédure pénale²¹, alors même que les autres mesures du même type vont décroissant.

	2015		2016		2017		2018		2019	
	Patients	DMS	Patients	DMS	Patients	DMS	Patients	DMS	Patients	DMS
SDRE	69	70,2	74	62,6	87	56,3	74	71,1	60	68,9
Article 706-135	3	92,6	3	230	3	251	4	217	3	242
Article D. 398	28	28,9	41	18,4	46	29,9	33	31,6	50	41,2
SPDT	82	61,3	103	51,6	98	58,6	113	46,9	90	49,6
SPPI	9	78,3	13	59,8	23	44,6	29	50,1	33	69,8

Légende :

DMS : durée moyenne de séjour

SDRE : soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

Art. 706-135 : personnes jugées irresponsables pénalement

Art. D. 398 : personnes détenues, qu'elles soient prévenues ou condamnées

SPDT : soins psychiatriques à la demande d'un tiers

SPPI : soins psychiatriques en cas de péril imminent

²¹ Article D. 398 du code de procédure pénale : « Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 3214-3 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. / Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 3214-1 du code de la santé publique. / (...) »

Dans le même temps, la durée moyenne du séjour des patients détenus pris en charge dans la clinique a elle aussi augmenté – et cette moyenne masque des réalités très diverses. Ainsi, parmi les sept personnes détenues hospitalisées dans l'établissement le 29 juin 2020, premier jour de la visite des contrôleurs, l'une est présente depuis dix-huit mois et une autre depuis dix-sept mois ; deux autres personnes sont hospitalisées depuis sept mois. Les trois dernières ont été admises en SDRE quatre à six semaines plus tôt. De telles durées d'hospitalisation de personnes détenues sont rarement constatées dans les services de psychiatrie habilités pour la prise en charge des soins sans consentement.

Le 17 septembre 2010, alors que le nombre annuel d'orientations de personnes détenues vers la clinique était moindre mais déjà en augmentation, un accord avait été conclu par la direction de l'établissement, le préfet de la Haute-Corse et le procureur de la République près le tribunal judiciaire de Bastia, à l'occasion d'une réunion à laquelle participaient également les services pénitentiaires et hospitaliers du secteur : selon le compte-rendu de cette rencontre, cet accord prévoyait que, lorsque le nombre de personnes détenues prises en charge dans la clinique dépasse six, toute nouvelle demande supplémentaire d'hospitalisation doit faire l'objet d'une contre-expertise ; si celle-ci confirme la nécessité de l'hospitalisation, la personne doit être systématiquement transférée à Marseille (Bouches-du-Rhône). Cette organisation aurait dû être facilitée par l'ouverture, en 2015, de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Marseille mais le seuil de six patients détenus est souvent dépassé sans que le transfert prévu soit organisé : ainsi, il ressort des éléments communiqués qu'au cours de l'année 2019, la clinique a accueilli sept personnes détenues ou plus durant un total de 213 jours et plus de dix pendant 108 jours – allant jusqu'à quatorze ou quinze personnes pendant huit jours au mois de décembre.

Selon les informations recueillies, cette situation est notamment imputable à la combinaison de deux dysfonctionnements :

- les carences de l'unité sanitaire du CP de Borgo, qui demeure de « niveau 1 »²² alors que son habilitation en « niveau 2 »²³ est indispensable et à laquelle ne serait affecté qu'un médecin psychiatre à temps partiel qui, selon les informations recueillies, ne disposerait que d'un local partagé avec le somaticien. La santé mentale ne disposerait donc pas de moyens matériels et humains suffisants au sein de cet établissement pénitentiaire, ce qui ne permettrait ni un suivi satisfaisant des patients et des orientations en hospitalisation complète, qui seraient souvent initiées par le médecin généraliste, ni une dispensation adaptée des traitements dont la prise effective par les patients ne serait pas vérifiée. Il en résulterait de fréquentes ruptures de traitements, entraînant décompensation voire, pour les patients ayant déjà séjourné à la clinique, rechute et ré hospitalisation à temps complet en SDRE ;
- l'échec du partenariat escompté avec l'UHSA de Marseille, dont les exigences pour la prise en charge de patients détenus corses (deux patients au maximum, sélectionnés sur dossier, uniquement s'ils sont stabilisés et pour une durée de prise en charge d'un mois au plus, selon les renseignements fournis par la direction de la clinique) seraient telles qu'elles rendent tout transfert en pratique impossible.

²² Le « niveau 1 » prévoit des consultations, prestations et activités ambulatoires uniquement.

²³ Le « niveau 2 » est relatif à des soins requérant une prise en charge à temps partiel.

Or, si les personnes détenues étaient prises en charge comme les autres patients jusqu'au milieu des années 2000, à l'exception de celles identifiées comme présentant un « risque » quelconque pour leur sécurité ou celle des autres patients et de la clinique, elles sont depuis uniquement accueillies dans le secteur fermé de la clinique. La « sécurisation » de ce secteur fermé a encore été renforcée à la suite de la réunion précitée du 17 septembre 2010 – laquelle a été organisée à cette fin notamment, après le constat de six évasions survenues en neuf ans depuis l'établissement. Ce secteur, situé en premier étage sans accès libre à l'extérieur (voir *supra* § 6.1), compte quinze lits : les orientations fréquentes de personnes détenues vers la clinique, combinées à la durée moyenne de ces séjours ou du moins à la longueur remarquable de certains d'entre eux, font ponctuellement du secteur fermé de l'établissement un service spécialisé.

Pour pallier les difficultés résultant de cet état de fait – dont également l'obligation récurrente de mettre fin à certaines admissions en soins libres afin de libérer des lits pour des personnes en soins contraints – la direction de l'établissement porte un projet d' « *extension de l'unité de soins sans consentement* » qui consisterait en la construction d'un nouveau bâtiment dans le prolongement de l'existant, spécialement consacré à la prise en charge des patients détenus auxquels il offrirait un accès à l'extérieur (Cf. § 2.2).

RECOMMANDATION 14

Les modalités matérielles de la prise en charge des patients détenus doivent leur permettre, notamment, d'accéder à l'extérieur. En ce sens, le projet porté par l'établissement et visant à l'installation de cette catégorie de patients en rez-de-chaussée de la clinique gagnerait à aboutir rapidement.

9.2.2 Modalités de prise en charge

Le transport des patients détenus depuis l'établissement pénitentiaire est assuré par l'équipe de transport de la clinique. A l'inverse, lorsque la mesure de SDRE est levée, c'est l'administration pénitentiaire qui vient chercher la personne ; de même, toute sortie du patient détenu en cours d'hospitalisation – pour une comparution judiciaire, notamment devant le JLD – est assurée par le service d'escorte pénitentiaire récemment mis en place par le CP de Borgo (auparavant, par la gendarmerie nationale).

Dans la clinique, les entrées et sorties des patients détenus sont organisées par un accès différent de l'entrée principale, par un ascenseur en cas de besoin. En conséquence, ils ne traversent pas menottés les espaces de l'établissement qui sont ouverts à la circulation des autres patients et de leurs visiteurs éventuels. A l'intérieur du secteur fermé où ils sont hospitalisés, en revanche, le personnel de l'administration pénitentiaire les fouille et les menotte dans leur chambre, voire dans le salon de visite de ce secteur, puis les escorte ainsi menottés vers l'accès réservé à ce secteur.

Le constat du coût et des difficultés liées à ces extractions est unanime²⁴ ; pour autant, les audiences du JLD en matière de soins sans consentement ne sont pas réalisées sur site (voir

²⁴ Voir le schéma régional de santé 2018-2023 du programme régional de santé de l'ARS de Corse, ainsi que les comptes-rendus des réunions « santé-justice » qui ont regroupé, en 2015, 2017 et 2018 divers représentants de l'Etat, l'autorité judiciaire, les services pénitentiaires et les représentants des services et établissements de santé.

supra, § 4.4). Il en va de même du constat, pareillement partagé par les mêmes acteurs, du nécessaire renforcement de l'unité sanitaire du CP de Borgo : aucune évolution de cette situation n'est annoncée au moment de la visite des contrôleurs.

A l'admission des patients détenus, leur paquetage les accompagnerait en règle générale : l'hospitalisation étant le plus souvent « programmée », le patient arrive avec ses affaires. Plusieurs patients détenus dénoncent cependant la mauvaise volonté de certains agents pénitentiaires : « *ça arrive qu'ils nous donnent aucune affaire ; il faut qu'on s'énerve mais parfois pour rien* ».

Arrivée dans le secteur fermé de la clinique, la personne est placée en chambre d'isolement – ce, pour un temps variable, selon les témoignages, mais manifestement jamais inférieur à une journée et pouvant aller jusque trois jours, voire même une semaine. Le port du pyjama est alors imposé – ce qui permet à l'agent de sécurité de procéder à la fouille des vêtements du nouvel arrivant. Exceptionnellement, « *si le patient est connu* » et s'il n'est pas suicidaire, il peut être directement admis en chambre ordinaire.

RECOMMANDATION 15

Il doit être mis fin au caractère systématique du placement en isolement des patients détenus lorsqu'ils sont admis dans l'établissement, dès lors que ce systématisme n'est motivé que par leur statut pénal.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique indique « Comme les contrôleurs l'ont constaté, très peu de différences sont faites entre les patients, et ceci inclus les patients détenus. Les médecins ont confirmé que le statut pénal n'entrait pas en compte dans leur décision d'isolement. Ce point sera malgré tout au cœur de la révision de la politique d'isolement de l'établissement. »

Les contrôleurs maintiennent les éléments de leurs constats et leur recommandation.

Par la suite, la prise en charge des patients détenus est identique à celle des autres patients hospitalisés dans le secteur fermé de la clinique. Il en résulte notamment qu'outre l'impossibilité de bénéficier de promenades, ils sont essentiellement hébergés en chambre multiple – dont certaines ont été « quintuplées » pendant la pandémie de coronavirus.

L'hospitalisation de personnes détenues dans un service accueillant d'autres catégories de patients figure parmi les préoccupations des usagers de la clinique qui ont été signalées à plusieurs reprises aux contrôleurs ; il n'a cependant pas été rapporté de difficulté particulière à cet égard. « *Au contraire* », selon une soignante, « *ils nous aident quand on a des patients délirants* ». Pourtant, c'est pour ce motif que, selon plusieurs témoignages recueillis dont ceux de différents membres de l'équipe soignante, les chambres sont fermées à clé tous les soirs, « *après le film, vers 23h* ». Selon l'un des agents de sécurité rencontrés, ce serait avant tout à la demande des patients, qui le souhaiteraient « *presque tous* » pour se sentir en sécurité ; l'examen du cahier de transmissions du poste de garde du secteur fermé mentionne effectivement certaines demandes expresses de patients en ce sens. Quoi qu'il en soit, cet isolement de fait en espace non dédié n'est conforme ni aux recommandations du CGLPL, ni à celles de la HAS (voir *supra* RECO PRISE EN COMPTE 16) ; il convient d'y mettre fin sans délai, par exemple par l'installation de serrures « débrayables » dans les chambres.

9.2.3 Respect des droits

Du point de vue médical, le patient détenu est pour l'essentiel pris en charge comme l'ensemble des autres patients (voir § 7) ; cependant, son orientation en SDRE et l'organisation retenue de sa prise en charge, associant la clinique et l'établissement pénitentiaire, entraîne la perte de plusieurs de ses droits et cause divers dysfonctionnements.

D'une part, il a été rappelé que, le secteur fermé étant situé au premier étage, ces patients ne sont jamais autorisés à sortir dans le parc de l'établissement. Ce secteur n'est, en outre, doté d'aucune salle d'activité ; s'ils peuvent bénéficier de prêts de livres (par deux au maximum, sans pouvoir les choisir), les patients qui y sont enfermés ne bénéficient d'aucune activité thérapeutique ou même occupationnelle, non plus que d'un quelconque temps de parole, individuelle ou collective.

RECOMMANDATION 16

Toute personne privée de liberté doit pouvoir accéder quotidiennement à un espace à l'air libre qui lui permette de s'aérer, de marcher voire de pratiquer une activité physique. Il n'est pas admissible que les patients détenus hospitalisés dans l'établissement, parfois depuis dix-huit mois, soient privés de toute promenade à l'extérieur.

D'autre part, il est porté atteinte au droit des patients détenus au maintien de relations avec l'extérieur puisque, ainsi qu'il ressort du compte-rendu de la réunion précédemment citée du 17 septembre 2010 :

- d'abord, les patients détenus « *ne peuvent avoir accès à un téléphone pour communiquer avec l'extérieur* » dès lors que les contrôles de ces communications par l'administration pénitentiaire ne peuvent être effectués par la clinique. En pratique, les patients détenus sont censés être autorisés à contacter par téléphone leur avocat, s'ils en ont un, et le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) du CP de Borgo – le règlement intérieur du service fermé mentionne la CDSP en lieu et place du SPIP, mais aucun des témoignages recueillis, y compris auprès des agents de la clinique, n'a évoqué cette commission. Les patients détenus interrogés soulignent que, si les appels au SPIP sont aisés, certains membres du personnel de la clinique seraient réticents à contacter leur avocat quand ils le demandent : « *ils se renvoient la patate chaude* » ;
- ensuite, le courrier des patients détenus doit systématiquement transiter par le CP de Borgo aux fins de contrôle avant expédition ; toutefois, en pratique ce « transit » est mis à la charge des patients qui doivent utiliser une enveloppe et un timbre pour leur courrier puis une seconde enveloppe, elle aussi timbrée, pour transmettre la première à l'établissement pénitentiaire. En outre, ce dispositif dysfonctionne, ainsi qu'il a été constaté par les contrôleurs : durant leur visite, un patient détenu a reçu une enveloppe en provenance du CP de Borgo dont le personnel lui retournait les dix courriers qu'il avait précédemment expédiés, dûment timbrés, à l'administration pénitentiaire aux fins de contrôle, dans cinq enveloppes également timbrées comme le veut la procédure : l'intéressé a donc utilisé de nombreux timbres et enveloppes en vain et son courrier, qu'il pensait expédié depuis plusieurs semaines, lui a été retourné ;

- enfin, l'ensemble des permis de visite dont bénéficiaient les proches des personnes détenues avant leur hospitalisation dans la clinique est supprimé au moment de leur admission en SDRE. En effet, alors que ces permis étaient auparavant automatiquement transférés vers la clinique au moment de l'hospitalisation, la réunion précitée du 17 septembre 2010 a posé comme principe que seules des décisions préfectorales devaient régir le régime de visite des personnes détenues hospitalisées et ce, quel que soit leur statut (prévenues ou condamnées). Après leur admission en SDRE, les personnes qui veulent les visiter doivent, même si elles bénéficiaient déjà de permis de visite antérieurement, présenter une nouvelle demande d'autorisation auprès du directeur du CP de Borgo qui les adresse pour avis au directeur de la clinique et au médecin référent du patient puis, pour décision, au préfet de la Haute-Corse. Selon les témoignages recueillis, cette procédure prendrait « deux à trois semaines » en moyenne, souvent « quatre ou cinq » et parfois beaucoup plus : au moment de la visite, un patient détenu attend depuis sept mois que sa compagne soit autorisée à le visiter. A la même date, seuls deux des sept patients détenus hospitalisés bénéficient de « parloirs ». Ce dispositif, fondé sur une rédaction ancienne de l'article D. 403 du code de procédure pénale, n'est pas conforme à la réglementation : seuls le magistrat saisi du dossier, pour les personnes prévenues (article 57-8-8 du code de procédure pénale), et le chef de l'établissement pénitentiaire, pour les personnes condamnées (article R. 57-8-10 du même code), sont en effet compétents pour délivrer, refuser ou suspendre les permis de visite des patients détenus hospitalisés en SSC ; l'exception prévue par le second alinéa de l'article R. 57-8-10 du code de procédure pénale – qui ne concerne en tout état de cause que les personnes condamnées – n'est pas applicable puisque les patients détenus hospitalisés à la clinique San Ornello ne sont pas pris en charge dans une unité pour malades difficiles, dans un hôpital militaire ou dans un établissement mentionné à l'article R. 6111-27 du code de la santé publique dans les conditions d'urgence ou de très courte durée visées par le a) du 2° de l'article R. 6111-39 du même code.

Ces différentes restrictions, qui constituent autant d'atteintes aux droits des patients détenus, sont exposées dans le règlement intérieur du secteur fermé qui est affiché, au niveau du bureau des agents de sécurité, à l'extrémité du couloir qui traverse ce service. Mention en est également faite dans le formulaire spécifique intitulé « *Droits des patients hospitalisés sous D. 398* » qui est notifié aux personnes détenues au moment de leur admission dans la clinique. Aucune voie de recours n'est cependant mentionnée sur l'un ou l'autre de ces documents. En outre, ledit formulaire ne reprend pas les autres droits garantis aux personnes hospitalisées en soins contraints, en particulier leur droit à communiquer avec les autorités administratives et judiciaires chargées du contrôle de la mesure de soins sans consentement, dont font partie le CGLPL et la CDSP.

RECOMMANDATION 17

L'organisation de l'hospitalisation des personnes détenues doit être revue s'agissant de leurs droits à communiquer avec l'extérieur. Il doit en particulier être mis fin sans délai au régime préfectoral des permis de visite, fondé sur une lecture anormalement extensive d'un

texte aujourd'hui modifié. En outre, les patients détenus doivent être informés de l'ensemble des droits et voies de recours qui leur sont garantis.

Dans sa réponse, le PDG de la clinique indique : « La clinique ne peut qu'émettre un avis sur le sujet des autorisations de visite aux patients détenus, ainsi que sur l'organisation des rendez-vous programmés avec des médecins spécialistes extérieurs. La direction a pris attache avec la nouvelle direction du CP de Borgo, afin d'organiser une réunion de travail sur ce sujet, et plus généralement sur la prise en charge des détenus au sein de l'établissement. Les détenus sont également destinataires à leur admission du livret d'accueil et du règlement intérieur, énumérant leurs droits. Cf.PJ.2 »

Enfin, si l'accès aux soins somatiques les plus courants n'appelle pas de remarque particulière, la possibilité pour les patients détenus pris en charge dans la clinique de bénéficier de soins, de consultations ou d'exams somatiques spécialisés en dehors de celle-ci exige, ainsi qu'il a été indiqué ci-dessus, la levée de l'hospitalisation et la réintégration en établissement pénitentiaire, où le suivi et la mise en œuvre de la prescription médicale sont censés être assurés. Mais tel ne serait pas toujours le cas : selon les témoignages recueillis, deux patients ont, dans les semaines précédant la visite des contrôleurs, été de nouveau orientés vers la clinique par le CP de Borgo sans que l'examen somatique pour lequel ils avaient été réincarcérés ait été réalisé. Outre le temps et, éventuellement, la chance ainsi perdus, ces patients détenus se voient au passage retirer l'ensemble de leurs « parloirs » puisqu'à chaque mouvement de l'un à l'autre des établissements, tous les permis de visite sont supprimés.

Il résulterait de telles situations l'abandon de certains suivis ou examens spécialisés. Aucune explication n'a été apportée aux contrôleurs pour justifier cette procédure, qui ne résulte d'aucun texte – et notamment pas du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice publié par les ministères chargés de la justice et de la santé en 2017 qui prévoit, s'agissant de toute extraction médicale d'un patient détenu hors de l'établissement psychiatrique qui le prend en charge, que « *si l'état de santé de la personne détenue hospitalisée nécessite une consultation ou une hospitalisation hors de l'établissement de santé autorisé en psychiatrie, le transport est assuré sur prescription médicale par l'établissement de santé, au moyen d'un véhicule sanitaire.* »²⁵

RECOMMANDATION 18

Rien ne justifie que les patients détenus hospitalisés dans la clinique soient renvoyés vers l'établissement pénitentiaire avant toute réalisation de consultations ou d'exams somatiques spécialisés devant être effectués en milieu ouvert et alors même que leur prise en charge psychiatrique doit se poursuivre. Il doit être mis fin sans délai à l'organisation retenue à cet égard, dont résulterait l'abandon de certains suivis médicaux ou examens spécialisés.

Dans sa réponse du 22 mars 2021, le préfet de Haute-Corse affirme « les mesures de SDRE ne sont levées que sur la base d'un certificat médical. L'autorité préfectorale se

²⁵ Voir sous le titre « 2-D. Transport et escorte des personnes détenues hospitalisées en établissement de santé désignés par le directeur général de l'ARS pour assurer les soins psychiatriques sans consentement (hors UHSA) », pages 187 et 188.

borne à suivre cet avis et il ne lui est pas donné de visibilité ou de marge de manœuvre sur le fait qu'un retour au CP empêche des consultations qui avaient pu être prévues. L'idéal serait peut-être que la clinique organise, dans la mesure du possible, pour les détenus en HSDRE, la réalisation des consultations prioritaires dans les 72 premières heures. »

Les contrôleurs maintiennent qu'il n'est, juridiquement, nul besoin de lever la mesure préfectorale de soins sans consentement pour permettre au patient détenu de bénéficier de soins médicaux dispensés hors de la clinique, ceci sans avoir à réintégrer, auparavant, le centre pénitentiaire.

Malgré ces dysfonctionnements, les patients détenus rencontrés par les contrôleurs se disent globalement satisfaits de leur prise en charge ; ils sont surtout conscients de ce que « *si on n'est pas content, on redescend* » au CP de Borgo.

Dans ce contexte, la durée de certaines prises en charge interroge ; selon les témoignages recueillis, certaines d'entre elles se justifieraient par la vulnérabilité des personnes détenues concernées, incompatible avec la situation constatée dans l'établissement pénitentiaire ; d'autres feraient suite à plusieurs allers-retours des patients concernés entre les deux établissements, révélant l'insuffisante prise en charge de la santé mentale par l'unité sanitaire pénitentiaire. En tout état de cause, ces durées d'hospitalisation rendent plus criantes encore les atteintes portées aux droits des personnes détenues hospitalisées dans la clinique – comme elles sont de nature à alimenter l'emprise que certaines de ces personnes peuvent exercer sur d'autres, sans que le personnel soignant (dont le poste de soins est situé hors du secteur fermé) ni les agents de sécurité n'en paraissent informés.

10. CONCLUSION

La localisation de la clinique San Ornello, dont les bâtiments sont entourés d'un parc arboré et engazonné, l'ensemble situé dans un environnement bucolique, offre un contexte de séjour agréable.

Les conditions d'hébergement ont été conçues pour être confortables, avec des salles d'eau attenantes à chaque chambre. Cependant, elles sont devenues médiocres en raison d'un nombre important de chambres collectives, doubles ou triples, d'un sureffectif de patients qui augmente encore l'occupation des chambres et d'un niveau de maintenance qui n'est pas à la hauteur de l'usure et des dégradations. L'odeur de tabac est omniprésente.

Les locaux collectifs ne sont pas assez nombreux pour permettre la réalisation d'une partie des actes de la prise en charge psychiatrique, notamment les entretiens médicaux et infirmiers ainsi que des activités thérapeutiques en quantité suffisante pour l'ensemble des patients.

Les efforts destinés à permettre aux patients admis en soins sans consentement de connaître et d'exercer leurs droits ne produisent pas encore de résultats satisfaisants : les informations qui leur sont fournies sont inexactes ou lacunaires – motif de la décision, inexacitudes dans le livret d'accueil, passage de la CDSP, etc. Les patients ne disposent pas non plus d'une information correcte relative aux organes de contrôle (CDSP/CDU), lesquels n'ont pas une remontée d'informations suffisante (plaintes, requêtes non tracées et essentiellement verbales) pour exercer leur mission.

Les mesures d'isolement sont effectuées dans des locaux portant atteinte à l'intimité.

La clinique doit intégrer dans son fonctionnement les dispositions des lois de 2011, 2013 et 2016 relatives aux soins sans consentement et aux mesures d'isolement et de contention :

- mettre en place le registre de la loi prévu par la réglementation, qui doit être visé par la CDSP et les autorités dont le code de la santé publique prévoit qu'elles assurent une visite annuelle au moins ;
- les patients en programmes de soins doivent être suivis à l'extérieur et non hospitalisés pour des périodes dépassant une ou deux nuitées ;
- un registre d'isolement et de contention exhaustif et opérationnel doit être mis en place, et l'établissement doit émettre un rapport annuel retraçant ses réflexions institutionnelles sur le sujet ; la surveillance des patients doit être réalisée par un soignant et non un agent de sécurité ;
- les audiences judiciaires doivent être organisées sur le site de la clinique.

A juste titre, le statut d'admission est sans incidence sur les contraintes imposées à la plupart des patients. Il demeure que ceux d'entre eux, tous en soins sans consentement, qui sont hébergés dans le secteur fermé subissent des conditions de séjour portant une atteinte injustifiée à leur liberté d'aller et venir, d'avoir un accès à l'air libre ou de communiquer sans restriction avec leurs proches. L'établissement s'émeut légitimement de ces restrictions s'agissant des personnes détenues et a proposé un projet d'hébergement qui pourra y mettre fin. Si celui-ci aboutit, il devra, corrélativement, se traduire par une réforme profonde du fonctionnement actuel du secteur fermé.

La présence médicale est intense, grâce à l'exercice privé sur place des praticiens ; elle permet un entretien médical dès les premiers moments de la prise en charge d'un arrivant. Mais ensuite, les patients ne voient leur psychiatre que quelques minutes lors du « tour » collectif

du matin – et à condition qu'ils soient dans leur chambre – alors qu'une consultation est facturée chaque jour pour chacun d'entre eux. Par ailleurs, la faiblesse de l'effectif soignant ne permet ni entretien infirmier ni une offre d'activité suffisante, d'où l'ennui visible des patients, ce qu'ils confirment eux-mêmes. Elle conduit à la sollicitation d'agents de surveillance pour des gestes dits techniques apparentés aux soins, pratique inacceptable. A l'inverse, la prise en charge des patients mineurs, hormis leurs conditions d'hébergement qui n'offrent aucun accès libre à un espace extérieur, montre un dynamisme et une solidité remarquables dont il est à espérer qu'ils se diffusent, un jour, aux patients adultes.