



Rapport de visite :

1^{er} au 5 février 2021 – 3^{ème} visite

Centre hospitalier Sainte-Marie
de Nice

(Alpes-Maritimes)



SYNTHESE

Une équipe du Contrôleur général des lieux de privation de liberté a visité le centre hospitalier Sainte-Marie de Nice (CHSM, département des Alpes-Maritimes) du 1^{er} au 5 février 2021. Un rapport provisoire dressant les constats relevés lors de cette visite a été adressé à la cheffe d'établissement, au préfet du département, au président du tribunal judiciaire de Nice et au procureur près ce tribunal, ainsi qu'à l'agence régionale de santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. La cheffe d'établissement, par courrier du 20 août 2021, a fait valoir des observations qui ont été prises en compte et intégrées dans le présent rapport.

Le CHSM est un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC), géré par l'association hospitalière Sainte-Marie dont le siège est situé à Chamalières (Puy-de-Dôme), et qui dispose actuellement d'une capacité de 296 lits organisés en six pôles de soins. Il participe au service public hospitalier et dispose d'une habilitation à accueillir l'ensemble des patients maralpains hospitalisés en soins sans consentement (SSC).

Le CHSM va faire l'objet d'une reconstruction bâtementaire presque totale, dont les travaux se dérouleront en trois tranches. Le financement des 111 millions d'euros sera entièrement supporté par le Fonds Sainte-Marie, sans aucune participation de l'agence régionale de santé. Tous les bâtiments seront progressivement démolis, à l'exception de l'unité historique centrale, pour être reconstruits. Pendant la durée des travaux, l'établissement poursuivra ses missions de soins, un schéma directeur de déplacement des unités et d'utilisation d'unité relais (structures anciennes qui bénéficieront d'une réhabilitation intermédiaire achevée en 2022) est prévu pour la pérennité de l'accueil des patients.

L'effectif du personnel médical psychiatrique (praticien hospitalier, médecin assistant ou attaché) accusait un déficit de 5,15 ETP, soit 40 % de l'effectif théorique, pour le remplacement duquel l'établissement a fait appel à des médecins intérimaires, parfois pour de très courtes durées, pour un coût global qui s'est élevé à 1 335 121,71 euros en 2020. L'effectif du personnel non médical, qui compte 970 salariés, présentait un *turn-over* important, autour de 20 %, en raison d'une désaffectation des soignants pour l'exercice hospitalier, au profit d'une pratique libérale et ce, malgré une augmentation salariale mensuelle de 130 euros, le versement d'une prime d'attractivité aux nouveaux arrivants pour les fidéliser pendant deux ans et une participation de 750 euros mensuels au paiement de leur loyer durant un an pour compenser en partie la cherté de la vie niçoise.

L'analyse des statistiques des mesures de soins sans consentement révèlent que 78 % sont prises sur décision du directeur de l'établissement, dont 74 % selon une modalité urgente, et 22 % sur celle du représentant de l'Etat, résultats très significativement supérieurs aux moyennes nationales. Ces proportions requièrent une réflexion, s'agissant de la privation de liberté pour des soins psychiatriques dans le département.

L'exercice des droits fondamentaux des patients appellent des améliorations, concernant l'insuffisance des supports écrits relayant l'information qui leur est délivrée sur le sujet, de la mise en œuvre d'une procédure d'anonymisation de l'admission et de celle d'espaces spécifiques et conviviaux pour l'accueil des familles en visite.

S'agissant des soins dispensés aux patients, l'orientation sécuritaire dans l'exercice de la psychiatrie s'est concrètement modérée avec, notamment, la fermeture du service intersectoriel de stabilisation et d'orientation (SISO) et de la moitié des chambres d'isolement, la diminution corollaire des mesures d'isolement, pratiquées en connaissance des évolutions législatives et la

fin du recours généralisé à la vidéosurveillance. La diversité et l'accessibilité des activités du pôle de réhabilitation psychosociale favorisent également la cohérence des soins des patients stabilisés.

Des patients mineurs sont hospitalisés avec des adultes dans les unités fermées des pôles de psychiatrie générale et à l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP), pour ceux d'entre eux, admis sur décision du représentant de l'Etat, en l'absence de solution départementale alternative. Une concertation entre l'agence régionale de santé de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, les intersecteurs de pédopsychiatrie et les pôles de psychiatrie adultes maralpines, doit permettre l'élaboration d'un projet financé et réalisé dans un délai de degré urgent, pour l'accueil de ces patients.

Le CGLPL déplore que les personnes détenues des maisons d'arrêt de Nice et de Grasse, souffrant d'un trouble psychiatrique, qui nécessitent une prise en charge hospitalière, soient orientés vers l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) de l'établissement, plutôt que de bénéficier d'une orientation vers l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Marseille, pour un projet de soins adapté à leur état clinique dans un espace spécifique et destiné aux personnes sous main de justice.

Le projet de reconstruction complète de l'établissement ne reflète pas actuellement un projet soignant élaboré antérieurement par l'ensemble des professionnels, qui impliquerait une réflexion concernant la fermeture des unités, afin d'en limiter l'utilisation à des critères cliniques plutôt que sécuritaires, la liberté d'aller et venir dans un établissement de santé mentale, la nécessaire convivialité de l'accueil des familles et de leur association aux projets de soins, le développement du recrutement des médiateurs de santé pairs et la mise en œuvre des directives anticipées.

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 63

L'établissement est particulièrement attentif à la qualité et à la quantité adaptées de l'alimentation proposée aux patients.

BONNE PRATIQUE 2 73

L'organisation en réseau du centre des activités de réhabilitation favorise un maillage entre les secteurs intra et extra hospitaliers, très pertinent s'agissant du relais des projets de soins des patients vers la cité.

BONNE PRATIQUE 3 75

L'établissement a mis en œuvre un pôle de réhabilitation psychosociale qui présente des modalités très diversifiées d'accompagnement thérapeutique, social et professionnel, accessibles aux patients ambulatoires et hospitalisés en soins libres ou sans consentement.

BONNE PRATIQUE 4 76

La participation des médecins généralistes au *staff* des équipes des unités d'hospitalisation contribue à une coordination effective entre les soins psychiatriques et les soins somatiques.

BONNE PRATIQUE 5 77

L'intervention de l'équipe de liaison et de soins en addictologie dans les unités le soir et en fin de week-end lors du moment délicat des retours de permission des patients consommateurs constitue une pratique de prévention des situations de crise.

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 projet de reconstruction architecturale complète de l'établissement, qui implique une réflexion s'agissant de l'élaboration des projets de soins au quotidien, devrait inclure le thème de la fermeture des unités afin d'en limiter l'utilisation à des critères cliniques plutôt que sécuritaires.

RECOMMANDATION 2 20

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, signé entre la direction de l'établissement et celle de l'agence régionale de santé de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, doit intégrer des indicateurs pertinents, s'agissant des droits fondamentaux des personnes hospitalisées en soins sans consentement au centre hospitalier Sainte-Marie de Nice.

RECOMMANDATION 3 21

La durée de l'emploi des médecins psychiatres intérimaires doit être suffisamment longue, au minimum de trois mois, pour permettre leur implication dans le fonctionnement des équipes et la continuité des soins.

RECOMMANDATION 4	27
Les certificats médicaux des 24 heures et 72 heures doivent être horodatés pour permettre de vérifier la pertinence du délai qui les sépare.	
RECOMMANDATION 5	27
La procédure d'organisation du collège des professionnels de santé doit rappeler la nécessité que ce collège se réunisse formellement et, lors de sa réunion, entende le patient concerné.	
RECOMMANDATION 6	29
La faible proportion de patients admis en soins sur demande d'un tiers selon la procédure de droit commun et l'importance de ceux admis en procédure d'urgence doit conduire l'établissement à une réflexion sur le processus d'admission, la procédure d'urgence étant moins protectrice des droits des patients.	
RECOMMANDATION 7	30
L'établissement doit disposer d'une capacité en lits suffisante pour l'accueil de tout patient en chambre hôtelière, dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet digne et de qualité.	
RECOMMANDATION 8	30
L'établissement doit réactiver le fonctionnement du comité d'éthique et informer de son existence et de ses missions l'ensemble du personnel, pour que s'instaure une réflexion sur le respect des droits fondamentaux des patients.	
RECOMMANDATION 9	31
Les règles de vie de l'unité devraient être affichées, remises lors d'un entretien d'accueil et mises à disposition dans chaque chambre.	
RECOMMANDATION 10	32
Le livret d'accueil, remis aux patients et disponible pour les familles, doit présenter avec pédagogie les modes d'admission en soins psychiatriques sans consentement, les droits des patients admis selon ces modes, s'agissant notamment des voies de recours et des procédés qui permettent de les mettre en œuvre, et les compétences et adresses précises des autorités chargées de contrôler le respect de ces droits.	
RECOMMANDATION 11	33
La décision d'admission d'un patient en soins sans consentement doit être signée par le directeur de l'établissement ou un directeur délégué, dès l'admission ou dans les plus brefs délais, en respect des dispositions de l'article L3211-3 du code de la santé publique.	
RECOMMANDATION 12	34
Le patient hospitalisé en soins sans consentement doit recevoir et conserver, pendant la durée de son hospitalisation, la copie des documents et certificats d'admission, ainsi que l'information de l'inscription de la mesure le concernant dans le fichier <i>HOPSYWEB</i> .	
RECOMMANDATION 13	34
Les diligences effectuées, pour la recherche et le recueil des observations du patient prévus par l'article L. 3211-3 alinéa 2 du code de la santé publique, doivent être formellement tracées.	
RECOMMANDATION 14	41
L'établissement doit associer les représentants des usagers, singulièrement la commission des usagers, à l'élaboration de la politique conduite en matière d'accueil et de prise en charge, de qualité et de sécurité.	

RECOMMANDATION 15	41
L'existence et les missions de la commission départementale des soins psychiatriques doivent être explicitées dans le livret d'accueil. L'affichage sur ses coordonnées doit être assuré dans toutes les unités recevant des patients en soins sans consentement. Cette commission doit offrir une disponibilité adaptée aux sollicitations des patients.	
RECOMMANDATION 16	44
L'établissement doit s'assurer que les patients en programme de soins hospitalisés à leur demande ou en vertu de ce programme sont pris en charge comme des patients en soins libres, que les droits dont ils jouissent à ce titre sont bien respectés et qu'aucune contrainte n'est mise en œuvre à leur égard.	
RECOMMANDATION 17	45
Une réflexion conjointe de la communauté médicale et de l'administration préfectorale doit être conduite sur le constat d'hospitalisations sur décision du représentant de l'État maintenues pour seul motif sécuritaire au-delà de la nécessité thérapeutique.	
RECOMMANDATION 18	45
Le personnel de l'hôpital Sainte-Marie doit respecter le secret médical auquel il est soumis, s'agissant notamment de la sortie de toute personne hospitalisée qu'aucune mesure de privation de liberté ne concerne.	
RECOMMANDATION 19	50
Le respect du droit à l'intimité interdit de recourir à des mesures de surveillance permanentes, notamment à l'usage constant de la vidéosurveillance.	
RECOMMANDATION 20	52
Le port du pyjama ou d'une tenue spéciale ne doit pas être systématiquement imposé en chambre d'isolement mais médicalement prescrit si l'état clinique du patient le justifie.	
RECOMMANDATION 21	53
A l'USIP, la règle devrait être le libre accès des patients à leur téléphone, en l'absence d'une prescription médicale contraire, justifiée par l'état clinique.	
RECOMMANDATION 22	53
Le téléphone mural des unités doit respecter l'intimité et la confidentialité des communications.	
RECOMMANDATION 23	54
Toutes les unités doivent disposer d'un salon réservé aux visites qui respecte la tranquillité et l'intimité des échanges familiaux et amicaux.	
RECOMMANDATION 24	54
L'autorisation des visites aux mineurs doit être harmonisée dans toutes les unités.	
RECOMMANDATION 25	54
Aucune forme de censure ne doit être exercée, s'agissant de l'accès à l'information des patients.	
RECOMMANDATION 26	55
Les patients doivent jouir de la liberté d'exercice de leur sexualité, dans le respect du consentement d'autrui, bénéficier de moyens de contraception et de protection adaptés et d'une information délivrée avec pédagogie par un personnel formé s'agissant de la prévention des infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées.	
RECOMMANDATION 27	57
L'établissement doit disposer pour l'accueil de tous ses patients, de chambres hôtelières individuelles, équipées d'une porte munie d'un verrou de confort, d'une table et d'une chaise, d'un	

placard que le patient peut ouvrir et fermer, d'un éclairage naturel et électrique suffisant, d'un système efficace de ventilation et de chauffage et de sanitaires qui disposent d'un WC, d'un lavabo surmonté d'un miroir et d'une douche.

RECOMMANDATION 28 59

Les unités d'hospitalisation doivent disposer d'une salle d'activité et d'un espace extérieur conviviaux toujours accessibles et de superficies suffisantes pour l'accueil de tous les patients.

RECOMMANDATION 29 60

Les chambres hôtelières doivent chacune disposer de sanitaires propres en toute circonstance.

RECOMMANDATION 30 60

Les patients doivent disposer d'un accès permanent aux chambres, aux sanitaires et aux WC.

RECOMMANDATION 31 60

Le linge personnel, lavé à la blanchisserie centrale, doit être restitué aux patients, propre et dans l'état dans lequel il a été confié.

RECOMMANDATION 32 61

Les chambres de l'USIP doivent chacune disposer d'un placard fermé que le patient peut ouvrir afin d'avoir accès à ses effets personnels.

RECOMMANDATION 33 62

Les patients doivent tous bénéficier de mesures de distanciation sociale adaptée en prévention de la contamination au coronavirus, lors du temps collectif des repas.

RECOMMANDATION 34 64

L'examen mental des patients accueillis au CAP ne doit pas être pratiqué au sein de locaux carcéraux, dont la porte ne saurait, de surcroît, être fermée, en méconnaissance du droit à la libre circulation des patients en soins libres.

RECOMMANDATION 35 65

Un patient admis au service des urgences du CHU de Nice, qui présente des symptômes psychiatriques, doit bénéficier systématiquement d'un examen clinique somatique et de la réalisation d'un bilan d'explorations complémentaires *ad hoc* afin d'éliminer toute cause organique à l'origine éventuelle de ses troubles avant son orientation pour une évaluation psychiatrique.

RECOMMANDATION 36 66

Pour respecter la dignité d'un patient isolé, la chambre d'isolement du CAP du CHU doit disposer d'une douche, d'un WC séparé d'une cloison qui préserve l'intimité, d'un point d'eau, d'une source de lumière naturelle suffisante, d'un dispositif d'appel de l'équipe utilisable en cas d'immobilisation au lit par des contentions et d'un espace extérieur réservé à la prise des repas.

RECOMMANDATION 37 66

Les pratiques d'isolement et de contention, exercées au centre d'accueil psychiatrique du CHU de Nice, doivent faire l'objet d'une traçabilité protocolisée dans un registre spécifique, dont les données sont exploitables par l'administration pour une extraction statistique.

RECOMMANDATION 38 67

L'examen médical de l'état de santé mentale d'un patient adressé aux urgences du CHU de Nice, dans le cadre d'une garde à vue, ne doit pas se pratiquer sur un patient menotté.

RECOMMANDATION 39 68

Les patients admis en soins sans consentement à l'unité de soins intensifs psychiatriques doivent pouvoir être accueillis avec les effets personnels dont ils ont besoin et y avoir accès pendant la durée de leur hospitalisation.

RECOMMANDATION 40	68
L'enfermement systématique de tous les patients hospitalisés en soins sans consentement dans l'établissement, qui favorise la confusion entre les caractéristiques obligatoire et sécuritaire des soins, doit cesser.	
RECOMMANDATION 41	69
Les équipes soignantes doivent bénéficier de supervision individuelle et collective, avec des personnes spécifiquement formées, extérieures à l'établissement, afin d'élaborer une réflexion concernant leurs pratiques professionnelles.	
RECOMMANDATION 42	69
Le recrutement pertinent de médiateurs de pairs contribuerait à l'élaboration des projets de soins des patients hospitalisés en soins sans consentement.	
RECOMMANDATION 43	69
Les directives anticipées incitatives en psychiatrie, qui sont des outils des soins efficaces d'obtention et de renforcement de l'alliance thérapeutique, devraient être mises en œuvre dans l'ensemble des pôles de soins de l'établissement.	
RECOMMANDATION 44	71
Les patients de l'USIP devraient avoir accès aux activités du pôle de réhabilitation psychosociale.	
RECOMMANDATION 45	75
Les patients devraient avoir accès aux activités du pôle de réhabilitation psychosociale tous les jours.	
RECOMMANDATION 46	78
La procédure d'administration des traitements aux patients de l'USIP doit respecter la confidentialité.	
RECOMMANDATION 47	79
L'administration injectable urgente d'un médicament psychiatrique doit répondre à une prescription médicale, établie immédiatement en réponse à la nécessité de l'apaisement d'un état clinique médicalement évalué, leur prescription « <i>si besoin</i> » ne saurait perdurer.	
RECOMMANDATION 48	82
La surveillance des patients isolés en psychiatrie doit s'exercer exclusivement par contact humain direct et exclure toute vidéosurveillance. Les conditions d'hébergement en CI doivent respecter l'intimité et la dignité des occupants en séparant les WC de la chambre au moins par un muret.	
RECOMMANDATION 49	82
Les décisions d'isolement doivent être prises par un psychiatre titulaire d'une qualification à l'ordre des médecins, présent auprès du patient.	
RECOMMANDATION 50	83
Le port du pyjama et le retrait des effets personnels, en chambre d'isolement, portent atteinte à la dignité des patients et ne doivent pas être systématiques mais cliniquement justifiés.	
RECOMMANDATION 51	83
Il doit être mis fin au caractère systématique des pratiques d'isolement à l'entrée à l'USIP.	
RECOMMANDATION 52	84
La chambre hôtelière de toute personne placée en isolement doit être conservée pendant toute la période de l'isolement.	
RECOMMANDATION 53	84
Le service de sécurité-incendie doit être informé en temps réel de toute entrée et sortie de chambre d'isolement afin de pouvoir assurer rapidement la sortie de l'occupant en cas d'incident.	

RECOMMANDATION 54 87

Les patients en soins libres dont l'isolement se prolonge au-delà de douze heures doivent voir leur mode légal d'admission transformé en soins sans consentement et bénéficier des dispositions de l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique.

RECOMMANDATION 55 87

Le registre de l'isolement et de la contention doit être exploitable et son analyse pratiquée avec les équipes soignantes pour contribuer à l'usage en dernier recours de ces pratiques.

RECOMMANDATION 56 89

Les prises en charge hospitalières de patients mineurs en soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat, au contact de patients adultes dans les unités fermées des pôles de psychiatrie générale et à l'USIP, doivent cesser.

Une solution alternative, issue d'une concertation entre l'agence régionale de santé de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, les intersecteurs de pédopsychiatrie et les pôles de psychiatrie adultes maralpines, doit être élaborée, financée et réalisée, pour l'accueil hospitalier départemental des mineurs difficiles et leur accompagnement thérapeutique ambulatoire, dans le cadre de parcours de soins au long cours.

RECOMMANDATION 57 90

Les personnes détenues souffrant d'un trouble psychiatrique qui nécessitent une prise en charge hospitalière devraient bénéficier d'une orientation vers l'unité hospitalière spécialement aménagée de Marseille, pour un projet de soins adapté à leur état clinique dans un espace spécifique et destiné aux personnes sous main de justice.

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

L'établissement doit mettre en œuvre et rendre obligatoire la participation des soignants à des actions de formations diversifiées sur les techniques de désescalade et d'apaisement, ainsi que sur les droits fondamentaux, pour acquérir ou développer des connaissances indispensables à la prise en charge des patients admis en soins sans consentement.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
RAPPORT	13
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	13
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	15
2.1 Le centre hospitalier Sainte-Marie, support de l'accueil de tous les patients maralpains en SSC, va bénéficier d'une reconstruction bâtementaire complète .	15
2.2 Le budget permet à l'établissement de répondre à ses missions	19
2.3 Dans un contexte de concurrence avec l'activité libérale, l'établissement connaît des difficultés pour recruter médecins et soignants	20
2.4 La proportion de patients en soins sans consentement augmente dans le contexte d'une activité d'hospitalisation qui diminue	26
2.5 Le comité d'éthique est inexistant	30
3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	31
3.1 L'information donnée aux patients sur leur statut et leurs droits est insuffisamment relayée par les supports écrits	31
3.2 Les événements indésirables sont analysés de manière exhaustive et révèlent de nombreuses violences des patients envers le personnel	34
3.3 Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance qui est diversement sollicitée selon les unités	36
3.4 Les patients sont informés de leur droit de vote et mis en mesure de l'exercer	36
3.5 L'accès aux cultes est facilité par l'établissement mais l'aumônier d'une seule religion y est actif	37
3.6 La protection juridique des patients est assurée	38
3.7 Une procédure de non-divulgateion de la présence dans l'établissement est mise en œuvre	39
4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	40
4.1 La place des représentants des usagers est limitée à leur information et à leur écoute	40
4.2 La constitution matérielle du registre de la loi ne permet pas un suivi rapide du déroulement des mesures	41
4.3 L'organisation des sorties des personnes en soins sans consentement est compliquée par la politique du préfet relative aux patients admis sur décision du représentant de l'État	43
4.4 Les conditions matérielles et organisationnelles d'intervention du JLD garantissent le droit des patients à un contrôle juridictionnel des mesures de soins sans consentement	46

5.	LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	49
5.1	La liberté d’aller et venir est généralement circonscrite à chacune des unités fermées.....	49
5.2	La liberté de circuler et l’accès au tabac sont mis en œuvre dans les unités mais le port du pyjama est obligatoire en chambre d’isolement.....	51
5.3	Aucune unité fermée ne dispose d’un salon réservé aux visites et l’accès au téléphone et à la presse n’est pas libre à l’USIP.....	52
5.4	La sexualité ne fait pas l’objet d’une formation du personnel ni d’une réflexion institutionnelle.....	54
6.	LES CONDITIONS DE VIE.....	56
6.1	Les locaux d’hébergement, vétustes, comportent une majorité de chambres multiples principalement dépourvues de salles d’eau et de WC privés.....	56
6.2	Les locaux sanitaires ne sont ni adaptés ni accessibles en permanence.....	59
6.3	A l’exception de l’USIP, les procédures de gestion des biens du patient répondent à leurs attentes.....	60
6.4	Les repas sont équilibrés et appréciés.....	62
7.	LES SOINS.....	63
7.1	La prise en charge initiale des patients se déroule dans des locaux carcéraux et les modalités d’orientation des patients en SDT se font principalement selon la procédure d’urgence.....	63
7.2	Les soins psychiatriques des patients en SSC se déroulent systématiquement en unité fermée mais la diversité et l’accessibilité des activités du pôle de réhabilitation psychosociale permettent une cohérence du parcours de soin des patients stabilisés.....	68
7.3	L’accès aux soins somatiques et addictologiques est complètement assuré, de manière coordonnée avec les soins psychiatriques.....	75
7.4	La gestion des médicaments ne respecte pas la confidentialité à l’USIP et des prescriptions « si besoin » persistent.....	78
8.	L’ISOLEMENT ET LA CONTENTION.....	80
8.1	La surveillance des chambres d’isolement par vidéo est systématique, exposant l’intimité des patients, notamment à l’USIP.....	80
8.2	Des pratiques attentatoires aux droits et à la dignité des patients subsistent à coté de réelles alternatives à l’isolement et à la contention.....	82
8.3	Le registre de l’isolement et de la contention n’est que très partiellement exploitable et n’est pas utilisé par les équipes pour contribuer à en réduire l’usage.....	85
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	88
9.1	L’établissement accueille des mineurs en SSC avec des adultes à l’USIP et dans les unités fermées de psychiatrie générale, depuis la fermeture de la SIPAD en l’absence de solution départementale alternative.....	88

9.2	Les personnes détenues ne bénéficient pas d'un accès pertinent à l'unité hospitalière spécialement aménagée de Marseille.....	89
9.3	Les adultes autistes sont pris en charge en hospitalisation, faute de structures médico-sociales spécialisées	90
10.	CONCLUSION.....	92

Rapport

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Dominique Simonnot, Contrôleure générale des lieux de privation de liberté ;
- Julien Starkman, chef de mission ;
- Chantal Baysse ;
- Annie Cadenel ;
- François Koch ;
- Agnès Lafay ;
- Anne Lecourbe ;
- Dominique Secouet.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, huit contrôleurs ont effectué la troisième visite du centre hospitalier de Sainte-Marie (CHSM) de Nice (Alpes-Maritimes) du 1^{er} au 5 février 2021.

La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction de l'établissement, au préfet des Alpes-Maritimes et à la délégation départementale des Alpes-Maritimes de l'agence régionale de santé (ARS) de la région Provence-Alpes-Côte d'azur (PACA). Le président du tribunal judiciaire de Nice ainsi que le procureur de la République près ce tribunal ont également été avisés de ce contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par la directrice de l'établissement pour une réunion de présentation en présence de la présidente de la commission médicale d'établissement (CME), des médecins chefs de pôle, du médecin coordonnateur des soins somatiques, des cadres supérieurs de santé des pôles de soins, de la directrice par intérim des ressources humaines, du directeur des affaires financières, de la responsable de la pharmacie, de la responsable de la qualité et de la gestion des risques, de la responsable du service de gestion administrative des patients, du chef du projet de reconstruction de l'établissement, de représentants de deux associations de familles de patients et de représentants élus du personnel.

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. Ils ont notamment rencontré le psychiatre responsable et le cadre de santé du centre d'accueil psychiatrique (CAP) du centre hospitalo-universitaire (CHU) Pasteur de Nice. Un entretien téléphonique a été organisé avec le responsable de la délégation départementale des Alpes-Maritimes de l'ARS de la région PACA.

Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD) après laquelle ils ont pu s'entretenir avec ce dernier.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et ont souhaité avoir un entretien.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 5 février, avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation.

Un rapport provisoire a été adressé le 29 juillet 2021 à la cheffe d'établissement, au préfet du département des Alpes-Maritimes, au président du tribunal judiciaire de Nice, au procureur de la république près ce tribunal et à l'agence régionale de santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur pour une période contradictoire d'un mois. L'établissement a formulé des commentaires, qui ont été intégrés au présent rapport dans une couleur de police distincte. Le présent rapport de visite dresse les constats liés aux conditions de soins, d'hébergement et de respect des droits fondamentaux des patients hospitalisés en soins sans consentement dans cet établissement.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LE CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE, SUPPORT DE L'ACCUEIL DE TOUS LES PATIENTS MARALPINS EN SSC, VA BENEFICIER D'UNE RECONSTRUCTION BATIMENTAIRE COMPLETE

2.1.1 La place de l'établissement dans la prise en charge psychiatrique départementale

Le centre hospitalier Sainte-Marie de Nice (CHSM) est un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC), géré par l'association hospitalière Sainte-Marie¹ (AHSM), dont le siège est situé à Chamalières (Puy-de-Dôme). Il participe au service public hospitalier et dispose d'une habilitation à accueillir l'ensemble des patients maralpins hospitalisés en soins sans consentement (SSC). L'établissement, dont les locaux ont été bâtis en 1862, sis 87 avenue Joseph Raybaud dans le quartier actuel de l'Ariane occupe une emprise de 70 000 m².

La réorganisation de l'établissement en pôles avec le rattachement des secteurs, qui intègrent les structures d'hospitalisation à temps plein, à temps partiel et ambulatoires, permet d'assurer l'offre de soins pour un vaste bassin de population de l'ordre des deux tiers du département (soit une population d'environ 610 000 habitants). Le territoire de santé concerne sept secteurs (le secteur G06, la moitié du secteur G08, et l'ensemble des secteurs G09 à G13). Le CHSM n'est membre qu'au titre de partenaire privilégié du groupement hospitalier de territoire (GHT) des Alpes-Maritimes, qui compte treize établissements et dont le centre hospitalo-universitaire (CHU) Pasteur de Nice est le support.

La capacité d'accueil de l'établissement a progressivement diminué en raison de suppressions de lits, de 466 (lors de la première visite du CGLPL en 2010), à 433 (lors de la seconde en 2014), puis à 296 (lors de la visite actuelle), un objectif de 255 lits étant prévu à l'issue du projet de reconstruction à venir.

2.1.2 Les constats des deux précédentes visites

Les constats de la première visite du CGLPL (30 mars au 2 avril 2010) permirent d'établir des observations s'agissant :

- de la vétusté bâtementaire et de l'indignité des conditions d'hébergement ;
- du déficit de personnel soignant ;
- d'un recours massif à la vidéosurveillance ;
- de l'existence de conflits marqués entre des membres du corps médical ;
- d'un durcissement des hospitalisations en soins sous contrainte ;
- et d'insuffisances concernant l'exercice par les patients de leurs droits fondamentaux.

Ce rapport, contemporain d'une inspection et d'un rapport de l'IGAS² (octobre 2010) a été suivi de l'adresse à l'établissement d'une feuille de route de l'ARS (février 2011) en cinq points qui exigeait :

- de rebâtir les modalités de gouvernance ;
- une restructuration du fonctionnement et de l'organisation médicale ;

¹ L'association Sainte-Marie comprend dix-sept structures médico-sociales, sociales et quatre autres établissements de santé mentale situés à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), Le Puy-en-Velay (Haute-Loire), Rodez (Aveyron) et Privas (Ardèche).

² IGAS : inspection générale des affaires sociales.

- une restructuration immobilière ;
- l'instauration d'un dialogue social participatif ;
- et la mise en œuvre d'une meilleure qualité et d'une meilleure sécurité des soins.

Le CGLPL, à l'occasion de sa deuxième visite (13 au 17 janvier 2014), a constaté que l'établissement avait abandonné sa philosophie de soins appuyée sur le concept de secteur pour une organisation en pôles intersectoriels qui impliquait :

- la polarisation de l'enfermement psychiatrique avec un regroupement de l'ensemble des unités fermées à destination des patients en SSC ;
- une polarisation de l'enfermement particulièrement illustrée par l'ouverture d'une structure d'accueil dotée de quatre chambres d'isolement et trois chambres d'apaisement étrangement baptisée SISO ;
- enfin, un regroupement polaire corrélatif des unités ouvertes pour les patients en soins libres (SL).

La situation d'un clivage conflictuel du corps médical s'était par ailleurs encore dégradée avec le départ, sous la pression de l'un d'entre eux, pendant l'année 2013 de la quasi-totalité des médecins généralistes et consultants de spécialité.

Le CGLPL avait alors mis l'accent de ses observations sur diverses thématiques, en particulier :

- l'état toujours plus dégradé des structures bâtementaires ;
- des conditions d'hébergement irrespectueuses de la dignité et de l'intimité des personnes avec notamment pour illustration l'absence de tout lieu de convivialité pour la réception des familles, la persistance de 34 chambres triples dans les unités de psychiatrie générale, des sanitaires et des WC collectifs et l'existence d'alarmes par détection de vibration sur les grillages clôturant les cours ;
- des pratiques d'isolement effectuées au sein de 21 chambres dédiées et 6 dites d'apaisement avec des indications parfois inadaptées ;
- le maintien d'un recours massif à la vidéosurveillance avec un parc de plus de 300 caméras déployées dans les lieux de circulations, les chambres d'isolement et parfois hôtelières et dans les espaces extérieurs ;
- des difficultés de recrutement d'un personnel devenu volatile dans toutes ses catégories professionnelles nécessitant un recours à l'intérim qui allait se pérenniser ;
- la persistance d'un nombre important de mesures de soins sans consentement à l'admission et des difficultés parfois majeures pour en obtenir les levées préfectorales ;
- une évaluation très perturbée de ces mesures par le JLD, avec un tiers de défection de présentation pour les patients convoqués, en l'absence d'audiences foraines à cette date.

2.1.3 L'organisation interne actuelle

L'établissement dispose actuellement de six pôles de soins, organisés en quinze unités intra hospitalières dans lesquelles se répartissent comme suit les 296 lits :

- le pôle de psychiatrie générale Nord (PPGN, 71 lits) qui comprend les unités Sainte-Catherine (24 lits), Saint-Gilles (23 lits) et Sainte-Thérèse (24 lits) ;
- le pôle de psychiatrie générale Est (PPGE, 66 lits) qui comprend les unités Saint-Amédée (22 lits), Saint-Jérôme (23 lits), Saint-Maurice (21 lits) et les unités de psychogériatrie (32 lits) Saint-Damien et Sainte-Madeleine (16 lits chacune) ;

- le pôle de psychiatrie générale Centre (PPGC, 83 lits) qui comprend les unités Saint-Jean (19 lits), Sainte-Lucie (23 lits), Sainte-Monique (22 lits) et Saint-Pierre (19 lits) ;
- le pôle sanitaire de réhabilitation psychosociale (PSRPS, 34 lits) qui comprend les unités Sainte-Geneviève et Saint-Vivien (11 lits chacune) composant la clinique des autistes et les ateliers thérapeutiques agricoles (ATA, 12 lits situés à proximité en extrahospitalier) ;
- le pôle de psychopathologie de la crise, composé de l'unique unité de soins intensifs psychiatriques (USIP, 10 lits) ;

Les patients en SSC sont hospitalisés dans deux unités de chacun des pôles de psychiatrie générale (Saint-Gilles et Sainte-Catherine dans le PPGN, Saint-Amédée et Saint-Jérôme dans le PPGE, Saint-Jean et Sainte-Monique dans le PPGC), à l'USIP et en psychogériatrie (Saint-Damien et Sainte-Madeleine), ce qui représente 143 des 296 lits (soit 48,3 % de la capacité de l'établissement). Les délais d'accueil pour une hospitalisation programmée sont inférieurs ou égaux à huit jours.

Le centre d'accueil et d'admissions (C2A, rattaché au PPGC), le centre des activités de réhabilitation (CARE, rattaché au PSRPS) et les ateliers thérapeutiques polyvalents (ATP, rattachés au PSRP), complètent le dispositif de soins intra hospitalier.

L'organisation extrahospitalière des soins respecte la même logique polaire et associe les unités ambulatoires suivantes :

- dans le PPGN :
 - o pour le secteur de Nice-Nord : le centre médicopsychologique (CMP), le centre psychothérapeutique de jour (CPJ) Le Bellagio, l'hospitalisation à domicile (HAD), l'accueil familial thérapeutique (AFT) et les appartements thérapeutiques ;
 - o pour le secteur de Cagnes-sur-Mer (Alpes-Maritimes) : le CMP et le CPJ, ainsi que les antennes de Carros, Puget-Théniers et Villaret (*id.*) ;
- dans le PPGE :
 - o pour le secteur Nice-Est : le CMP Le Rembrandt, le CPJ Sainte-Agathe, le centre d'accueil et de soins pour adultes (CASA) Sainte-Agathe, le centre thérapeutique d'accueil à temps partiel (CATTP) Saint-Charles, le centre intersectoriel de thérapies familiales (CITF), l'HAD, l'AFT et les appartements thérapeutiques ;
 - o pour la prise en charge du sujet âgé : le CMP et le CPJ Le Congrès et la consultation mémoire ;
- dans le PPGC :
 - o pour le secteur Nice-Centre : le CMP Notre-Dame, le CPJ Raimbaldi, le centre ressource schizophrénie (CRS) et la consultation étudiant ;
 - o pour le secteur de Menton : le CMP et le CPJ Saint-Michel, le CMP et le CPJ Marie-Béatrice, les antennes de Saint-Sauveur-sur-Tinée et de la vallée de la Roya Bevera, la psychiatrie de liaison (hôpital de la Palmosa) et la maison de santé pluridisciplinaire (MSP) de Valdeblore ;
- dans le pôle de psychopathologie de la crise : le service médico-psychologique régional (SMPR) de la maison d'arrêt de Nice.

Les délais de consultations en CMP sont inférieurs ou égaux à un mois.

Enfin, la Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) « L'Oustaou » (située sur la commune de Saint-André-de-la-Roche et qui accueille quarante-huit résidents en hébergement complet et cinq en

accueil de jour) et un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et Aides- Soignants (IFSI, IFAS, situé sur la commune de La Gaude), lui sont rattachés.

L'établissement ne dispose d'aucune structure d'accueil spécifique pour enfants ou adolescents (cf. 9.1).

2.1.4 Le projet d'établissement

Le projet d'établissement 2018-2022 présente dans son préambule les valeurs professionnelles mises en exergue quotidiennement auprès des usagers, en premier lieu desquelles le respect et la dignité (que complètent la bienveillance, l'autonomie et les compétences, l'innovation et l'anticipation) et développe les thèmes de la gouvernance et des projets médical, de soin, social et environnemental.

L'objectif de l'établissement s'agissant de ses enjeux financiers, est l'assurance de la qualité et de la sécurité des prises en charge, en favorisant l'ouverture sur la ville et son territoire, en soignant « *au meilleur coût* », dans une stratégie d'alliance de la culture des soins et de celle de la gestion.

Le président de la CME souligne, dans son introduction à la partie concernant les soins du projet d'établissement, ses aspects fondamentaux, dont une philosophie de soins qui donne une place majeure au respect de la personne et son centrage sur le respect des droits et de la personne s'agissant du virage ambulatoire. Aucune partie du projet d'établissement ne développe toutefois spécifiquement la question des droits fondamentaux des patients.

Enfin, l'établissement a fait l'objet d'une visite de certification de la haute autorité de santé (HAS) en 2018, dont la décision rendue au mois de mars 2019, a établi la certification du CHSM avec des obligations d'amélioration (niveau C)³, répondant à deux thématiques non conformes :

- « *les organisations définies dans les règlements intérieurs des pôles et unités de soins ne permettent pas toujours de respecter les libertés individuelles ;*
- *les locaux ne permettent pas toujours d'assurer le respect des droits des patients* »;

avant une décision modificative du mois de novembre 2020 de certification avec recommandations d'améliorations (niveau B)⁴ pour une durée de quatre ans.

2.1.5 Le projet de reconstruction

Le CHSM va faire l'objet d'une reconstruction bâtementaire presque totale dont les travaux vont se dérouler en trois tranches. Le financement des 111 millions d'euros sera entièrement supporté par le Fonds Sainte-Marie, sans aucune participation de l'ARS. Tous les bâtiments seront progressivement démolis, à l'exception de l'unité historique centrale, pour être reconstruits. Pendant la durée des travaux, l'établissement poursuivra ses missions de soins, un schéma directeur de déplacement des unités et d'utilisation d'unité relais (structures anciennes qui bénéficieront d'une réhabilitation intermédiaire achevée en 2022) est prévu pour la pérennité de l'accueil des patients.

³ Décision N°2019.0151/CCES/SCES-32575 du 26/03/2019 de la commission de certification des établissements de santé portant sur la procédure de certification de l'établissement de santé CHSM.

⁴ Décision N°2020.0320/CCES/SCES-32575 du 24/11/2020 de la commission de certification des établissements de santé portant sur la procédure de certification de l'établissement de santé CHSM.

Lors de la visite de contrôle, l'établissement se trouvait en période de réflexion pour un choix entre trois projets architecturaux. Les soignants ont été sollicités en groupes de travail pour une participation à l'élaboration du projet de reconstruction et ont abordé diverses problématiques parmi lesquelles les ressources humaines, la formation et la vidéosurveillance. Aucune réflexion n'a été menée à cette occasion s'agissant de la réalisation des soins derrière des portes fermées. Certains soignants se sont déplacés vers plusieurs établissements afin de diversifier leur connaissance des dispositifs existants sur le territoire national, pour enrichir ensuite la réflexion collective.

RECOMMANDATION 1

Le projet de reconstruction architecturale complète de l'établissement, qui implique une réflexion s'agissant de l'élaboration des projets de soins au quotidien, devrait inclure le thème de la fermeture des unités afin d'en limiter l'utilisation à des critères cliniques plutôt que sécuritaires.

La première tranche (entité Ouest), qui débutera en septembre 2022 et dont la livraison des travaux est prévue pour l'année 2025, concernera le PPGE, le PPGC, l'USIP, le centre d'accueil et d'admission, les consultations spécialisées, la pharmacie, la cuisine, la blanchisserie et les magasins. La deuxième tranche (entité Est), prévue à l'horizon 2027-2028 concernera le PPGN, la psychogériatrie, la clinique des autistes et le CARE. Le budget actuellement projeté pour le financement de ces deux premières tranches de travaux s'élève à soixante-dix millions d'euros. Enfin, la troisième tranche (entité centrale) concernera le bâtiment historique⁵.

2.2 LE BUDGET PERMET A L'ETABLISSEMENT DE REpondre A SES MISSIONS

Le nouveau directeur des affaires financières de l'établissement a pris ses fonctions au mois de janvier 2021, quatre semaines avant la visite de contrôle (le poste étant resté vacant quatre mois), ce qui n'a permis aucun échange sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé par la directrice du CHSM et le directeur général de l'ARS de la région PACA. Toutefois, le document du CPOM 2019-2024, fourni par l'établissement précise la structuration des parcours de santé dans sept domaines prioritaires, dont celui de la santé mentale et des addictions.

S'agissant des droits fondamentaux des patients hospitalisés en SSC, le seul indicateur inscrit dans le CPOM, intitulé « *limiter les pratiques portant atteinte aux droits et libertés des personnes* », ne concerne que l'évolution du nombre d'hospitalisations temps plein. Les simples précisions de l'irresponsabilité de l'établissement s'agissant du nombre de patients adressés au titre des dispositions de la loi du 5 juillet 2011 modifiée le 23 septembre 2013, et de la réorganisation des pôles de psychiatrie pour permettre la libre circulation des patients hospitalisés en soins libres (SL)⁶ ne sont pas suffisantes pour montrer l'investissement du CHSM concernant les droits fondamentaux.

⁵ Document intitulé « *Reconstruction Nice* », CHSM, Fonds Sainte-Marie.

⁶ CPOM du CHSM pour la période 2019-2024.

RECOMMANDATION 2

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, signé entre la direction de l'établissement et celle de l'agence régionale de santé de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, doit intégrer des indicateurs pertinents, s'agissant des droits fondamentaux des personnes hospitalisées en soins sans consentement au centre hospitalier Sainte-Marie de Nice.

La dotation annuelle de fonctionnement (DAF) a diminué de 60,9 à 60,3 millions d'euros entre 2019 et 2020 en raison d'un transfert de la référence de 40 % du secteur 8 du CHSM de Nice vers la ville d'Antibes (Alpes-Maritimes) en 2019. La fermeture de la structure intersectorielle pour adolescents difficiles (SIPAD) le 31 octobre 2020 a été assortie d'une diminution de la DAF d'un demi-million d'euros en 2020 et de deux millions d'euros en 2021. La DAF n'a pas été modifiée par un volant financier de péréquation en 2020.

L'ARS a considéré l'établissement comme financièrement sous-doté pendant la période 2000-2010 (pendant laquelle aucun investissement n'a été réalisé, dans l'attente du projet de reconstruction) et sur-doté entre 2010 et 2020 ; sa projection actuelle est celle d'une sous dotation d'un million d'euros. Pour l'année 2019, le total des recettes est de 71 millions d'euros et celui des dépenses et celui des dépenses de 71,3 millions d'euros répartis comme suit (en millions d'euros) :

- 52,7 pour le titre 1, qui concerne les charges liées au personnel, dont les effectifs ont diminué sans réalisation d'un plan social, en associant un redéploiement, un non-remplacement des départs en retraite et des réductions de postes, principalement non soignants ;
- 1,5 pour le titre 2, qui concerne les charges de pharmacie, de consultations externes, de laboratoire, d'imagerie et de petit matériel médical ;
- 10,8 pour le titre 3, qui concerne les charges à caractère hôtelier (eau, électricité, chauffage, parc des véhicules, essence, papier, cuisine, blanchisserie) ;
- 6,3 pour le titre 4, qui concerne les charges à caractère financier (amortissements et provisions).

Le budget social alloué aux unités pour le financement d'activités et l'achat de petit matériel est en augmentation pour les trois dernières années (65 000 euros en 2018, 66 000 euros en 2019 et 72 000 euros en 2020), après une diminution marquée en 2017 (97 000 euros dont 9 000 non dépensés en fin d'exercice) et correspond, pour l'année 2020, à un budget variant entre 1 000 et 1 200 euros pour chacune des unités intra hospitalières.

2.3 DANS UN CONTEXTE DE CONCURRENCE AVEC L'ACTIVITE LIBERALE, L'ETABLISSEMENT CONNAIT DES DIFFICULTES POUR RECRUTER MEDECINS ET SOIGNANTS

2.3.1 Le personnel médical

L'hôpital rencontre de plus en plus de difficultés à rester attractif, en raison d'une concurrence accrue avec l'exercice libéral de la psychiatrie, liée aux conditions salariales hospitalières défavorables. L'établissement a mis en œuvre une politique de communication pour une attractivité de l'exercice hospitalier à destination des internes (notamment la prise en charge des participations aux divers congrès et séminaires de la spécialité).

A la date du 31 décembre 2020, l'établissement comptait au total cinquante-neuf médecins dont :

- un médecin-chef, praticien hospitalier, pour chacun des pôles, hormis au PSRP, soit quatre médecins chefs ;
- trente-huit praticiens hospitaliers (PH) ;
- deux médecins attachés ;
- trois médecins intérimaires ;
- douze internes parmi lesquels trois « internes juniors ».

Le déficit de médecins psychiatres était de 5,15 équivalents temps plein (ETP).

Pour pallier cette carence, l'établissement fait appel à des médecins intérimaires, parfois pour de très courtes durées. Le coût global de ces remplacements en 2020 s'est élevé à 1 335 121,71 euros.

Trois psychiatres avaient quitté l'établissement durant l'année, l'un à la suite d'une démission, les deux autres ayant fait valoir leurs droits à la retraite. La pyramide démographique ne laisse pas apparaître un nombre important de départs en retraite dans les prochaines années.

L'accès aux soins somatiques est garanti par une équipe de quatorze médecins généralistes (neuf ETP) présents au quotidien sur le site et assurant une permanence des soins jour et nuit.

Des médecins spécialistes interviennent directement au sein des services sous forme de vacations.

RECOMMANDATION 3

La durée de l'emploi des médecins psychiatres intérimaires doit être suffisamment longue, au minimum de trois mois, pour permettre leur implication dans le fonctionnement des équipes et la continuité des soins.

2.3.2 Le personnel non médical

Selon les informations données par l'établissement, 970 salariés non médicaux, tous corps confondus, étaient employés au 31 décembre 2020 dans les secteurs de psychiatrie en intra et en extra hospitalier, dont la majorité était des soignants. Parmi eux, on comptait 263 équivalents temps plein d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE), dont 168 en intra hospitalier ; 172,17 ETP d'aides-soignants (AS) dont 152,67 en intra hospitalier.

Le *turn-over* important des IDE (aux environs de 20 %) est expliqué par une certaine désaffection des soignants pour l'exercice en établissement hospitalier au profit d'une pratique libérale. Selon les informations recueillies, certains d'entre eux sollicitent dans un premier temps des autorisations d'absences ou de temps partiel pour « tenter l'expérience » avant de quitter l'établissement. En 2020, vingt-huit soignants ont quitté l'établissement pour seulement trois agents administratifs et trois membres du personnel socio-éducatif. Il s'agit de départs volontaires et de rares licenciements sont rapportés. Les départs en retraite sont nombreux ces dernières années. Une prime d'attractivité est versée aux nouveaux arrivants pour les fidéliser pendant deux ans, ainsi qu'une participation de 750 euros mensuels au paiement de leur loyer durant un an, pour compenser en partie la cherté de la vie niçoise. Par ailleurs, leur salaire est augmenté de 130 euros mensuels.

Les congés d'un total de soixante jours annuels, réduction du temps de travail (RTT) et compensation des jours fériés augmentée de congés d'ancienneté (congés supplémentaires d'une journée après dix ans d'ancienneté, deux après quinze ans, trois à vingt ans) ne suffisent pas à fidéliser le personnel et maintenir les emplois. Environ 30 % des soignants ont ainsi moins de cinq ans d'ancienneté.

La prime versée, dans le cadre des accords du Ségur de la santé, l'a été à tous les soignants. Par ailleurs, et en surplus, ce dispositif leur a permis de bénéficier d'une augmentation de salaire de 238 euros brut par mois.

La direction de l'établissement, pourtant gestionnaire d'un institut de formation en soins infirmiers et d'un institut de formation des aides-soignants, se dit préoccupée par les difficultés d'attractivité des métiers de soignant et notamment celui d'aide-soignant. L'IFAS n'aurait accueilli cette année que la moitié des étudiants de sa capacité d'intégration.

Le service des ressources humaines a mis en place pour l'ensemble des salariés des séances de sport, de relaxation ou des massages et dispose également d'une psychologue du travail et d'une assistante de service social du personnel. Une journée de cohésion, tous corps de métiers confondus, est organisée annuellement pour les salariés.

L'affectation des agents en intra hospitalier est prioritaire et obligatoire, pour une période de deux ans au minimum, avant de pouvoir travailler en extra hospitalier.

Un psychologue et un assistant de service social, dont les durées d'intervention sont variables, sont affectés dans chaque unité.

Les assistants de service social interviennent à 0,5 ETP dans huit des unités hormis à 0,2 ETP à Sainte-Geneviève, à l'USIP et au PSRP ; 0,6 ETP à Saint-Vivien ; 1 ETP à Saint-Damien et Sainte-Madeleine ; 1,5 ETP à Sainte-Lucie. Leur temps d'affectation est suffisant à l'exception du PSRP et de l'unité Sainte-Geneviève (moins 0,2 ETP pour chaque unité).

Les psychologues interviennent à 0,5 ETP dans six unités. Leur temps d'intervention est légèrement supérieur (plus 0,1 à 0,25 ETP) à l'effectif théorique à Saint-Damien, Sainte-Lucie, Sainte-Madeleine, le PSRP, Sainte-Thérèse, Sainte-Catherine et Sainte-Monique) et le choix a été fait de ne pas répartir les ETP supplémentaires sur Sainte-Geneviève et Saint-Vivien qui ne disposent pas de psychologue (moins 0,5 ETP dans chacune des unités).

2.3.3 L'organisation

Les services des soignants dans les unités sont organisés uniformément en trois équipes : 6h45-14h38 ; 13h30-21h18 ; 21h-7h. Les équipes de nuit sont distinctes de celles de jour.

La durée des transmissions est approximativement d'une heure à la mi-journée et de quinze à dix-huit minutes le matin et le soir.

Des cadres supérieurs de santé sont affectés en journée à chaque pôle et des cadres de santé à chaque unité. En outre, des cadres de santé sont de permanence en rotation durant les plages horaires de matinée de 7h à 14h, puis de 14h à 21h. Trois cadres de santé assurent les nuits et prennent le relais de 21h à 7h, coordonnés par un cadre supérieur de santé spécifique. Un cadre supérieur de santé est également d'astreinte la journée chaque semaine, jour et nuit.

Des effectifs cibles et des effectifs de soignants de sécurité ont été définis pour chaque unité selon le profil des patients accueillis, le mode d'hospitalisation, les catégories de pathologies ou des fonctions spécifiques. Au sein des unités ouvertes, l'effectif de soignants varie selon les pathologies des patients allant de huit à dix IDE. Compte-tenu de la spécificité du PSRP, le nombre

d'aides-soignants y est plus important que celui des IDE (huit IDE-neuf AS -deux ASH⁷ pour une unité et dix IDE, quatorze AS et quatre ASH pour la seconde).

Au sein des unités fermées sont affectés huit à neuf ETP d'IDE, cinq d'aides-soignants, 4,5 d'ASH. L'effectif de sécurité est de trois soignants par plage horaire de journée. L'USIP requérant du personnel supplémentaire dispose de seize IDE, onze aides-soignants et quatre ASH. C'est dans ce pôle que le déficit en IDE est plus important (- 6 ETP). L'effectif de sécurité est de quatre soignants.

La nuit, l'équipe spécifique est composée de deux soignants dont au moins un IDE dans les unités de psychiatrie générale, de trois soignants à l'USIP ainsi qu'à l'unité prenant en charge des personnes atteintes d'autisme. Les événements éventuels de la nuit sont tracés sur le logiciel *Cariatides* mais un cahier de transmission a été ouvert. Les équipes de nuit sont invitées à participer à des réunions de service mais de manière facultative.

Les contrôleurs ont examiné le planning d'un mois en fonctionnement usuel avant la pandémie (février 2020) et le planning du mois précédent la visite (janvier 2021).

Il en ressort que l'effectif de sécurité est respecté en journée (avec des soignants présents au-delà de ce minimum) mais pas la nuit. Les cadres ont précisé aux contrôleurs qu'en dernière minute, ils déplaçaient un soignant vers une unité dont l'effectif était inférieur à l'effectif minimum.

Certains des soignants sont constitués en équipes dont les missions sont spécifiques :

- le *pool* d'aides-soignants : composé de six AS, qui interviennent spécifiquement dans les six unités fermées auxquelles ils sont rattachés et assurent du lundi au vendredi les accompagnements des patients en SSC au centre hospitalier général, au tribunal judiciaire et participent aux visites à domicile. Lorsqu'ils n'ont pas de mission à l'extérieur, les AS rejoignent leurs unités de rattachement et interviennent en remplacement des soignants absents ;
- l'équipe de soins de première assistance : durant chaque plage horaire de journée, des soignants en majorité masculins de chaque pôle sont sollicités pour intervenir en première intention dès lors que leurs collègues se signalent en difficulté par le déclenchement du dispositif de protection du travailleur isolé (PTI) ;
- les infirmiers experts : en raison du départ en retraite progressif des infirmiers de secteur psychiatrique⁸, un cadre de santé et trois infirmiers (dont un au moins est présent chaque jour) ont souhaité assurer la transmission des savoirs et des savoir-faire aux jeunes diplômés. Dénommés « infirmiers experts clinique », ils ont reçu des formations spécifiques s'agissant de la nosographie psychiatrique, de la gestion des risques et de la réalité virtuelle, et ont développé un projet de soutien aux équipes et de formation par le biais d'exercices et de jeux de rôle en réalité virtuelle. La réalité virtuelle est utilisée comme support de formation à la gestion de la violence en psychiatrie. Ils ont obtenu pour ce projet un prix de concours intitulé « Risk Management SHAM 2019 » (cf. 2.3.5).
Par ailleurs, ils interviennent en soutien aux équipes, auprès des patients placés en chambre d'isolement et assurent l'accompagnement de sorties de patients dans le parc.

⁷ ASH : agent des services hospitaliers.

⁸ La formation spécifique d'infirmier de secteur psychiatrique (ISP) a cessé en 1992.

2.3.4 L'absentéisme

a) Le taux d'absentéisme

L'absentéisme s'élève à 12 % en temps ordinaire mais la crise sanitaire a entraîné de nombreux effets additionnels.

Lors de la première vague de la pandémie de Covid-19, vingt soignants ont été contaminés ; l'effet de panique et les nécessités de gardes d'enfants et de confinement des personnes contact ont entraîné un absentéisme allant jusqu'à 27 % au mois d'avril. L'établissement a proposé de redéployer des soignants de l'extra hospitalier dont certains se sont arrêtés en congé de maladie, augmentant l'absentéisme.

Lors de la deuxième vague, l'absentéisme a décru de 22,85 % au mois d'août à 16,34 % au mois d'octobre, (en tenant compte des congés de maladie et des congés annuels).

b) La gestion de l'absentéisme

Les plannings sont établis pour l'année à partir des rythmes de travail préétablis et des demandes de congés. Ils sont diffusés par les cadres sur le serveur commun. Les cadres anticipent des absences éventuelles et diffusent l'information aux professionnels du pôle souhaitant effectuer des heures supplémentaires.

Les absences dans un pôle sont comblées prioritairement par un recours aux heures supplémentaires, puis par un appel aux soignants des autres pôles et au pool d'AS et en dernier recours par l'appel à des agents intérimaires.

En 2020, le coût de l'absentéisme a représenté 360 809 euros en heures supplémentaires et de 244 936 euros en intérim.

2.3.5 La formation

La politique en matière de formation professionnelle est déterminée par des orientations générales qui regroupent l'ensemble des actions de formation que l'employeur décide de mettre en œuvre pour le personnel. Le « *plan de formation* » devient le « *plan de développement des compétences* » qui privilégie la mise en œuvre de formations dont certaines sont obligatoires :

- pour les équipes de sécurité et de maintenance (formation incendie) ;
- pour les soignants, notamment l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU), qui doit faire l'objet d'une actualisation tous les quatre ans ;
- pour les nouveaux embauchés, notamment la maîtrise du logiciel *Cariatides* ; l'éducation thérapeutique du patient ; la prévention du suicide et la formation à la réalité virtuelle⁹ (cette dernière formation organisée par les trois infirmiers experts a pour objectif d'apprendre à limiter les risques de passage à l'acte hétéro-agressif en développant les compétences relationnelles des soignants et d'étayer la collaboration et le travail en équipe pour la gestion de l'agressivité des patients).

137 nouveaux soignants ont participé à la journée d'intégration depuis 2018 sachant qu'en 2020 en raison du confinement la formation a été interrompue partiellement. L'établissement n'a cependant pas mis en place de tutorat des nouveaux arrivants.

⁹ Formation des soignants en psychiatrie en utilisant des techniques d'immersion virtuelle, support pédagogique complémentaire à la formation initiale.

Les autres formations sont facultatives et peuvent se dérouler partiellement après le temps de travail. Sont proposées :

- des formations collectives sur la gestion et la prévention des situations de violence et d'agressivité. Depuis l'année 2016, 146 soignants (dont 43 en 2020) ont bénéficié de la formation OMEGA (deux sessions de quatre jours par an) dispensée aux professionnels en contact « direct » avec les patients, pour laquelle la liste d'attente est importante sans que l'organisme de formation ne puisse satisfaire cette demande ;
- des formations internes, animées par les professionnels de l'établissement sur les thèmes de l'hygiène, de la sécurité, du droit des patients ou de la qualité. À titre d'exemple, les correspondants « qualité » (soignants volontaires) de chaque service, en intra comme en extra hospitalier, sont réunis par le service qualité-gestion des risques, à raison d'une matinée par mois, pour bénéficier en lien avec la thématique et participer à des groupes de travail et relayent ensuite les informations auprès des collègues de leurs services ;
- des formations organisées par la psychologue du travail sur la gestion des émotions et des conflits et la mise en place des relations bienveillantes pour soi ou autrui.

Le budget de l'enveloppe individuelle de la commission de formation était d'un montant de 15 000 euros en 2020. Le même budget a été consacré pour la participation à des congrès et des colloques de l'ensemble du personnel.

L'établissement a acté la prise en charge financière de la formation de cadre de santé, ainsi que celle pour l'obtention du diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée (IPA). Trois IDE ont commencé cette dernière formation, qu'elles termineront en juin avant de reprendre leur service dans l'établissement en qualité d'IPA sur des postes qui seront ciblés. Deux autres financements de formation d'IPA sont prévus pour la rentrée de septembre.

Les droits des patients sont peu explorés, seule une formation minimale sur la personne de confiance et les refus de soins dans le cadre des SSC est proposée dans le catalogue de formation.

RECO PRISE EN COMPTE 1

L'établissement doit mettre en œuvre et rendre obligatoire la participation des soignants à des actions de formations diversifiées sur les techniques de désescalade et d'apaisement, ainsi que sur les droits fondamentaux, pour acquérir ou développer des connaissances indispensables à la prise en charge des patients admis en soins sans consentement.

Dans sa réponse contradictoire, l'établissement a indiqué : « La formation OMEGA est justement axée sur les techniques de désescalade en situation de violence ou d'agressivité. De plus, l'établissement met en œuvre des formations par la réalité virtuelle, dont il a lui-même élaboré les scénarios, et qui permettent d'aborder, entre autres, les thématiques de gestion de la crise clastique et du travail en collaboration. S'agissant des droits, depuis 2021, une formation est inscrite au plan de développement des compétences intitulée "quels droits pour les patients ?", dispensée par un organisme extérieur (INFIPP), qui s'est tenue le 29 mars 2021. Le dispositif est complété par des formations internes sur des thématiques ciblées, notamment lors des demi-journées mensuelles à destination des correspondants qualité, en lien avec le référent cadre supérieur de santé du processus Droits des patients ».

2.3.6 Le tutorat et la supervision

Les soignants n'ont pas accès à des séances de supervision animées par des professionnels indépendants de la structure mais à des regroupements autour d'analyses de pratiques, encouragées par la direction et animées par le psychologue du travail.

2.4 LA PROPORTION DE PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT AUGMENTE DANS LE CONTEXTE D'UNE ACTIVITE D'HOSPITALISATION QUI DIMINUE

2.4.1 L'activité

La baisse d'activité en hospitalisation à temps plein est constante entre 2013 et 2017¹⁰, qu'elle soit comptée en journées d'hospitalisation ou en nombre de patients de la file active des admissions avec une baisse plus sensible de cet indicateur. Pendant la même période, la proportion de journées à temps plein en soins sans consentement est passée de 36,7 % à 44,60 %.

Les données fournies par l'établissement pour les années 2019 et 2020 montre une tendance identique :

	2019	2020	écart
File active hospitalisés à temps plein	1 939	1 694	- 12,6 %
Nombre de séjours d'hospitalisation à temps plein	2 337	1 970	- 15,7 %
Nombre journées d'hospitalisation à temps plein	106 340	100 522	- 5,5 %
Durée moyenne de séjour (jours)	45,5	51,0	+ 12,1 %

2.4.2 Le suivi des procédures de soins sans consentement

Le déroulement des mesures de soins sans consentement est suivi par le service de la gestion administrative des patients (GAP). Ce suivi est assuré grâce à une des fonctionnalités du logiciel *Cariatides* qui permet, notamment, de suivre l'agenda des mesures et de vérifier que les certificats des 24 heures et 72 heures émanent de praticiens différents lorsque la mesure l'exige. Dans la plupart des situations, le certificat médical des 24 heures est établi le lendemain de l'admission et celui des 72 heures le troisième jour suivant celui des 24 heures, exceptionnellement le deuxième jour, y compris lorsque les échéances tombent au cours d'un week-end. Cependant, ces certificats ne sont pas horodatés.

¹⁰ Source : observations définitives de la Cour des comptes sur les exercices 2016-2018.

RECOMMANDATION 4

Les certificats médicaux des 24 heures et 72 heures doivent être horodatés pour permettre de vérifier la pertinence du délai qui les sépare.

La liste des événements à venir pour chaque patient en soins sans consentement est communiquée chaque semaine à la secrétaire de chaque unité, pour les patients de celle-ci, qui a donc à charge de faire établir les documents imposés par la procédure. La responsable du GAP contrôle que les divers certificats de la mesure sont circonstanciés et argumentés pour justifier cette mesure, condition de sa régularité. Les certificats médicaux et avis lui sont transmis suffisamment tôt pour pouvoir être rectifiés en tant que de besoin.

Le collège des professionnels, dont la tenue, le moment venu, est rappelée par la GAP à l'unité, est constitué par deux médecins et un soignant du pôle. À cette occasion, le patient est reçu par un médecin qui est en général celui qui ne le suit pas habituellement mais peut aussi être parfois celui qui le suit, ce qui ne correspond évidemment pas à ce qui est attendu d'une appréciation extérieure. Le patient est rarement entendu collégialement, au demeurant, le collège ne se réunit même pas toujours formellement. La rédaction des avis rendus reste ambiguë sur ce point mais précise si le patient ne peut pas être entendu.

RECOMMANDATION 5

La procédure d'organisation du collège des professionnels de santé doit rappeler la nécessité que ce collège se réunisse formellement et, lors de sa réunion, entende le patient concerné.

2.4.3 L'évolution des mesures de soins sans consentement

L'établissement a fourni les données suivantes relatives aux patients admis en soins sans consentement :

	Nombre de mesures		Nombre de patients		DMS ¹¹ en jours		DMH ¹² annuelle	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
SDDE¹³	538	536	562	545	48,35	49,70	54,89	56,17
Dont SDT ¹⁴ ordinaire	0	1	51	47	49,57	50	51,51	51,06
Dont SPDTU	449	441	438	418	48,20	49	54,04	55,09
Dont SPI	89	94	99	101	45,06	49,38	45,97	51,34
SDRE¹⁵	152	149	231	223	76,54	88,68	96,09	103,79
Dont personnes détenues	28	20	25	18	18,75	21,75	21	24,17
Dont décision judiciaire	7	10	33	26	160,05	135,82	213,39	172,38
Soins libres (SL)			1255	992	36,40	40,54	47,22	50,59

Le nombre total de patients hospitalisés tel qu'il apparaît dans ce tableau a baissé entre 2019 et 2020, passant de 2 048 à 1 760 soit une baisse de 14 % (-288 admissions). Ces données ne correspondent pas à celles fournies par ailleurs (cf. tableau ci-dessus) qui accusent également une baisse mais moins importante (- 5,7 %).

Le nombre de patients admis en soins sans consentement n'a pas diminué dans les mêmes proportions : le nombre de SDDE a baissé de 3 % et celui des SDRE de 3,5 %. La part des admissions en soins sans consentement dans le nombre total d'admissions a donc augmenté, passant de 38,7 % à 43,6 %, phénomène sans doute en partie imputable à la situation sanitaire.

La durée moyenne de séjour augmente dans les mêmes proportions pour les patients en soins libres (+11,4 %), plus intensément pour ceux en SDRE (+16 %) alors qu'elle n'évolue guère pour ceux en SDDE.

La répartition des mesures de soins sans consentement selon leur auteur demeure également inchangée : 78 % sont prises sur décision du directeur de l'établissement et 22 % sur décision du représentant de l'État. Cette dernière proportion est plus forte que ce que l'on constate sur

¹¹ DMS : durée moyenne de séjour exprimée en jours.

¹² DMH : durée moyenne annuelle d'hospitalisation pour un patient, exprimée en jours.

¹³ SDDE : soins sur décision du directeur de l'établissement.

¹⁴ SDT : soins sur demande d'un tiers ; SPDTU : soins psychiatriques sur demande d'un tiers en urgence ; SPI : soins pour péril imminent.

¹⁵ SDRE : soins sur décision du représentant de l'Etat.

l'ensemble du territoire où elle est, en moyenne, de 16 % des mesures de soins sans consentement. Par ailleurs, parmi celles des mesures de SDRE qui ne concernent pas des personnes détenues, plus de la moitié (53 % en 2019 et 61 % en 2020) sont initiées par un maire. Enfin, la répartition des mesures de SDDE selon leur fondement légal est tout à fait particulière, variant peu d'une année à l'autre avec 9 % de SDT, 74 % de SDTU, et 17 % de SPI. Ces répartitions se distinguent ainsi très fortement des 25 % de SDT constatés sur l'ensemble du territoire.

RECOMMANDATION 6

La faible proportion de patients admis en soins sur demande d'un tiers selon la procédure de droit commun et l'importance de ceux admis en procédure d'urgence doit conduire l'établissement à une réflexion sur le processus d'admission, la procédure d'urgence étant moins protectrice des droits des patients.

2.4.4 La gestion de la suroccupation en 2019 et 2020

Les unités accueillant des patients admis en SSC présentent un taux moyen d'occupation variant, en 2019, de 90,68 % pour l'USIP, à 98,52 % pour l'unité Saint-Amédée du pôle de psychiatrie générale du pôle Est.

Une augmentation des taux d'occupation de ces mêmes unités est constatée en 2020, notamment les unités fermées du pôle Nord qui présentent des taux d'occupation, supérieurs à 100 % : pour l'unité Saint-Gilles à 100,88 % et pour l'unité Saine-Catherine à 100,05 %. En revanche, le taux d'occupation en 2020 de l'USIP est de 84,26 %, le plus bas de toutes les unités. Si l'établissement n'est jamais en suroccupation globale, il existe toutefois de fortes tensions s'agissant de la disponibilité des lits dans certaines unités qui se traduit par un recours à des modalités inadaptées de leur gestion :

- l'accueil d'un patient hébergé hors de son unité sectorielle, que ce soit dans une unité du pôle ou hors pôle, le conduit à être pris en charge par un médecin du service au sein duquel il est hébergé et non celui de rattachement ;
- l'hébergement de patients dans les chambres hôtelières de ceux qui sont placés en isolement, lorsqu'il est prévisible que cette mesure dure dans le temps ;
- l'occupation d'une chambre d'isolement au titre de chambre hôtelière, porte ouverte, en neutralisant le dispositif de vidéosurveillance. L'observation n° 25 du rapport de visite de 2010 mentionnait : « *Du fait de la suroccupation, les chambres d'isolement sont occupées par des patients dont l'état clinique ne le justifie pas, ce qui constitue une atteinte à leur liberté* ». Ce qui était habituel lors de cette visite est occasionnel en 2021 mais reste inacceptable.

Selon les informations recueillies, les durées d'hospitalisation hors secteur sont courtes et les malades transférés dans leur secteur de référence dès qu'une place est disponible. Cependant, ces intermittences dans le parcours du patient peuvent lui être préjudiciables, notamment lorsqu'elles impliquent un changement de médecin. Toutefois, ces solutions, insatisfaisantes pour tous, sont assumées par l'établissement qui rapporte les prioriser au maintien des patients dans le service des urgences du CHU.

Par ailleurs, les cadres et les soignants passent beaucoup de temps à gérer les répartitions des patients tant à l'admission qu'en interne. Tous les jours à midi, une visioconférence est organisée

avec le cadre de l'unité d'accueil et tous les cadres des unités pour faire le point sur les patients en attente d'admission et leur répartition à prévoir dans les lits disponibles de l'établissement.

RECOMMANDATION 7

L'établissement doit disposer d'une capacité en lits suffisante pour l'accueil de tout patient en chambre hôtelière, dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet digne et de qualité.

2.5 LE COMITE D'ETHIQUE EST INEXISTANT

Le comité d'éthique, mentionné au règlement intérieur de l'établissement, a cessé son activité après la réunion de ses membres du 26 septembre 2019 en raison du départ du médecin responsable du DIM, qui en assurait la présidence et qui n'a pas été remplacé.

Les comptes-rendus des réunions de l'année 2019 fournis aux contrôleurs permettent de mesurer la réalité d'un partage de réflexions sur le soin ainsi que l'identification de problèmes éthiques rencontrés dans l'établissement. En revanche, l'activité sur saisine du comité d'éthique était inexistante, les équipes ignorant son fonctionnement.

RECOMMANDATION 8

L'établissement doit réactiver le fonctionnement du comité d'éthique et informer de son existence et de ses missions l'ensemble du personnel, pour que s'instaure une réflexion sur le respect des droits fondamentaux des patients.

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

3.1 L'INFORMATION DONNEE AUX PATIENTS SUR LEUR STATUT ET LEURS DROITS EST INSUFFISAMMENT RELAYEE PAR LES SUPPORTS ECRITS

3.1.1 Le règlement intérieur

Intitulé « règlement intérieur à destination des usagers de soins en hospitalisation temps plein », le règlement intérieur est daté du mois d'octobre 2016. Son préambule définit les valeurs de l'hôpital puis, en vingt pages, détaille les modalités d'admission, de séjour, les soins et l'information sur les soins ainsi que la fin de séjour en hospitalisation complète. Il ne fait pas mention des spécificités de l'admission ni des droits des patients admis en soins sans consentement. Il est consultable dans l'intranet de l'établissement et n'est jamais mis à disposition des patients.

Les règles de vie ont été élaborées à partir de ce document et harmonisées au sein des unités de psychiatrie générale à la demande de la HAS dans le cadre des actions correctives. Elles ont trait aux règles à connaître et à observer s'agissant des modalités de circulation, des horaires (des activités, des soins, des repas et des visites), de l'utilisation du téléphone, des règles d'hygiène et des objets interdits. Bien qu'affichées, les règles de vie de l'unité doivent être disponibles dans les chambres.

RECOMMANDATION 9

Les règles de vie de l'unité devraient être affichées, remises lors d'un entretien d'accueil et mises à disposition dans chaque chambre.

Dans sa réponse contradictoire, l'établissement précise que : « *Les règles de vie sont affichées et expliquées au patient, dès que son état clinique le permet. Sa remise, dans le même temps que le livret d'accueil, est envisageable, en revanche, la mise à disposition en chambre est peu pertinente : la durée de vie des documents laissés à disposition est par expérience très limitée, d'une part ; d'autre part, elle sera redondante si le document est remis systématiquement à chaque patient entrant* ».

Les patients peuvent relire les règles de vie dans leur chambre, lorsque leur état clinique le leur permet et ce tout au long de l'hospitalisation. La recommandation est maintenue.

3.1.2 Le livret accueil

L'établissement dispose d'un livret d'accueil remis à chaque patient à son arrivée ; son contenu est explicité au patient si son état clinique le permet. Ce livret, édité en papier glacé, présente le plan d'accès et le plan interne de l'établissement, décrit les formalités d'admission, le déroulement du séjour à l'hôpital, les visites, le dépôt de valeurs ainsi que des règles de vie commune puis décrit sur quatre pages, les droits et obligations des patients (dont la désignation de la personne de confiance, l'accès au dossier médical, les directives anticipées, les plaintes et réclamations). Il évoque en six lignes et sans aucune pédagogie, sous l'intitulé « Les moyens de recours d'une mesure de soins psychiatriques », la possibilité de saisir le JLD aux fins d'ordonner la main levée d'une mesure de SSC.

Une liste de « contacts utiles » (UNAFAM¹⁶, FNAPSY, et autres associations locales) figure à la fin, en face de la charte de la personne hospitalisée.

RECOMMANDATION 10

Le livret d'accueil, remis aux patients et disponible pour les familles, doit présenter avec pédagogie les modes d'admission en soins psychiatriques sans consentement, les droits des patients admis selon ces modes, s'agissant notamment des voies de recours et des procédés qui permettent de les mettre en œuvre, et les compétences et adresses précises des autorités chargées de contrôler le respect de ces droits.

Dans sa réponse contradictoire, l'établissement explique : « La mise à disposition d'un livret d'accueil synthétique, qui reprennent les points essentiels en mentionnant l'existence de documents complémentaires plus détaillés, qui peuvent être expliqués par l'équipe, est une volonté de l'établissement au regard de la patientèle accueillie, de la multiplicité des formes de prise en charge, et de la difficulté de lecture que peut représenter un document de plusieurs dizaines de pages. C'est le choix qui a été fait pour les droits relatifs aux patients admis en soins sans consentement, les modalités de recours existantes, et les compétences et adresses des autorités chargées de contrôler le respect de ces droits. Un document détaillé est remis et expliqué systématiquement aux patients concernés, en sus du livret d'accueil ».

Les évolutions législatives actuelles appellent une mise à jour du livret d'accueil, notamment s'agissant de la saisine du JLD, au sujet des pratiques d'isolement. La recommandation est maintenue.

3.1.3 L'information spécifique délivrée aux personnes admises en soins sans consentement

Dès son arrivée à l'établissement – au C2A ou dans l'unité s'il s'agit d'une admission directe – le patient reçoit un document d'information relatif aux droits de la personne en soins sans consentement qui reprend les droits édictés par la loi du 5 juillet 2011 et les différentes étapes possibles de la prise en charge (période d'observation, certificat médical des 24 et 72 heures, intervention du JLD). Ce document, remis contre signature, est agrafé à la liste des autorités dont les coordonnées postales sont précisées. Il est signé par deux soignants en cas de refus ou d'impossibilité de signer du patient.

Par la suite, deux entités interviennent dans la procédure d'information des patients admis en soins sans consentement : le bureau des admissions, qui gère les procédures de soins sans consentement et les unités d'hospitalisation. Le bureau des admissions reçoit les décisions préfectorales préparées et transmises par l'agence régionale de santé concernant les patients admis en SDRE et ses agents rédigent les décisions du directeur concernant les patients admis en SDDE.

La responsable du bureau des entrées signe ensuite la décision d'admission qui lui est transmise, par délégation du directeur, après vérification par les agents administratifs de la régularité de la procédure (certificats médicaux, demande du tiers, etc.). Le dossier est ensuite déposé dans la boîte aux lettres de la secrétaire médicale de l'unité qui doit se déplacer pour le retirer,

¹⁶ UNAFAM : union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques ; FNAPSY : fédération nationale des patients en psychiatrie.

l'enregistrer puis le transmettre à l'unité. La notification de la décision d'admission du directeur, comme celle du préfet, ne s'effectue donc que lorsque l'unité est en possession de ladite décision, transmission qui intervient régulièrement en différé par rapport à l'admission réelle dans l'établissement. Les contrôleurs ont noté des délais entre l'admission et la notification pouvant aller jusqu'à cinq jours.

Outre les étapes de transmission des dossiers décrites *supra*, susceptibles d'en expliquer les délais, la signature tardive et antidatée des procédures d'admission des patients en soins sans consentement du vendredi soir au lundi matin ajourne de surcroît la notification au patient.

RECOMMANDATION 11

La décision d'admission d'un patient en soins sans consentement doit être signée par le directeur de l'établissement ou un directeur délégué, dès l'admission ou dans les plus brefs délais, en respect des dispositions de l'article L3211-3 du code de la santé publique.

La notification des décisions d'admissions du directeur comme celles du préfet est faite par le cadre, à défaut par un soignant. Une copie de la décision est remise au patient mais il apparaît qu'elle est le plus souvent conservée dans son dossier administratif au secrétariat médical. Lorsque l'état du patient n'est pas compatible avec la signature de la notification d'admission ou qu'il en exprime le refus, l'accusé de réception est attesté par deux soignants avec mention de leur nom et signature. En revanche, les certificats médicaux initiaux (comme ceux rédigés ultérieurement), dont les termes sont en général explicités aux patients par les praticiens, ne leur sont pas remis.

Dans les unités, les méthodes de relais de ces éléments auprès du patient (nature des informations, remise des documents, recueil de la signature, etc.) sont hétérogènes. Les décisions et les droits sont expliqués à chaque étape de la mesure, aux patients par les infirmiers des unités, qui n'ont pas tous bénéficié d'une formation aux lois relatives à la prise en charge des patients en soins sans consentement¹⁷. L'information repose essentiellement sur le personnel soignant des unités qui la délivre de façon très hétérogène, selon sa disponibilité, ses connaissances plus ou moins pertinentes et les dispositions mises en place ou non pour ce faire par l'encadrement. Les personnes admises en SDDE ne sont notamment pas informées de la possibilité pour le tiers demandeur de demander la levée de la mesure, de l'inscription nominative de la mesure dont elles font l'objet dans un fichier informatisé et, par suite, restent ignorantes des conditions d'accès à ce fichier qui comporte pourtant des informations personnelles les concernant. Ce défaut d'organisation et d'harmonisation des fonctionnements dans toutes les unités est particulièrement dommageable pour les patients hospitalisés en SSC qui ne bénéficient pas de l'association du respect des règles de droit à la prise en charge thérapeutique.

¹⁷ Loi du 5 juillet 2011, modifiée par la loi du 27 septembre 2013.

RECOMMANDATION 12

Le patient hospitalisé en soins sans consentement doit recevoir et conserver, pendant la durée de son hospitalisation, la copie des documents et certificats d'admission, ainsi que l'information de l'inscription de la mesure le concernant dans le fichier *HOPSYWEB*¹⁸.

Le recueil des observations du patient n'est pas formellement instauré. Il n'est mentionné sur aucun des documents dont ont pris connaissance les contrôleurs. Interrogés sur ce point, le personnel soignant comme les médecins sont restés cois.

RECOMMANDATION 13

Les diligences effectuées, pour la recherche et le recueil des observations du patient prévus par l'article L. 3211-3 alinéa 2 du code de la santé publique, doivent être formellement tracées.

3.2 LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT ANALYSES DE MANIERE EXHAUSTIVE ET REVELENT DE NOMBREUSES VIOLENCES DES PATIENTS ENVERS LE PERSONNEL

3.2.1 La procédure de déclaration des événements indésirables et leur traitement

Les déclarations d'événements indésirables (FEI) se font sur l'intranet grâce à un logiciel auquel tout agent a accès. Cinq types d'événements y sont classifiés : les événements liés à des actes de violence, les vigilances sanitaires, les erreurs ou risques d'erreurs médicamenteuses, l'infectiovigilance et les événements indésirables qui ne rentrent dans aucune de ces catégories. Il est possible de déclarer des événements de manière anonyme ou en s'identifiant par son code agent.

La direction de la qualité et de la gestion des risques reçoit l'ensemble des déclarations et les adresse de manière anonymisée au chef de pôle, au cadre supérieur de santé ainsi qu'au psychiatre et au cadre de santé de l'unité concernée aux fins d'une première analyse. Parallèlement, les déclarations peuvent être adressées aux personnes susceptibles d'apporter des compléments d'information ou des éléments de réponse.

Les chutes ne font pas l'objet de FEI mais sont déclarées dans le logiciel *Cariatides*, la gestion et l'analyse étant la responsabilité du médecin de l'unité.

L'ensemble des FEI fait l'objet d'un traitement différencié suivant la catégorie d'événements et leur gravité : l'établissement a instauré une commission d'analyse des FEI, un comité sur les violences, un traitement spécifique pour les erreurs médicamenteuses sous forme de comité de retour d'expérience, une cellule de crise pour l'analyse des événements indésirables graves et une revue de mortalité-morbidité. Ces différentes instances définissent les mesures correctives à mettre en œuvre et font un retour au service qualité pour leur diffusion sur le site intranet. Tous les agents bénéficient ainsi d'un retour consultable.

¹⁸ Décret n° 2019-412 du 6 mai 2019 modifiant le décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement et le croisement de ce fichier avec celui relatif au traitement des signalements pour la prévention de la radicalisation à caractère terroriste.

La commission d'analyse des fiches d'événement indésirables réunit toutes les trois semaines le directeur ou le directeur adjoint, les chefs de services médicaux et administratifs, le coordonnateur médical et le coordonnateur soignant des risques liés aux soins, la pharmacienne, le cadre d'hygiène hospitalière, le responsable sécurité, deux représentants de la commission de santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT) et les cadres supérieurs de santé des pôles concernés par les déclarations.

Les FEI relatives aux violences ont la particularité d'être adressées concomitamment à une cadre supérieure de santé qui, outre ses fonctions dans un secteur, est responsable d'une mission transversale relative à la qualité et coordonnatrice des référents de la qualité affectés dans chaque service intra et extra hospitalier. Le comité relatif au traitement des violences se réunit une fois par trimestre. En complément, en cas de dépassement du seuil fixé de deux signalements par mois et par patient, de niveau 3 ou 4, un mail est adressé par le responsable du comité à l'encadrement de l'unité concernée et aux deux médecins référents du comité pour une proposition d'organisation d'une RCP et, dans le cas de quatre signalements par mois et par unité de soin, un mail est adressé par le responsable du comité à l'encadrement de l'unité concernée pour l'obtention d'éléments de réponse.

Un formulaire intitulé « analyse des causes profondes » sert de canevas aux commissions d'analyse. Les contrôleurs ont observé que ces instances étaient réunies rapidement après l'événement. Cinq sujets sont approfondis : après une présentation du cas, les conséquences pour le patient sont graduées entre « mineure » et « catastrophique » ; le résumé chronologique des faits précède l'analyse des causes ainsi que des éléments de sécurité ayant ou non fonctionné. Enfin, les mesures prises et envisagées sous forme d'actions, de responsabilité, de délai et de suivi sont consignées sur ce document. La liste des participants à la réunion d'analyse est anonymisée, seuls leurs statuts sont mentionnés.

3.2.2 Les statistiques fournies aux contrôleurs

En 2019, la direction de la qualité avait recensé 767 FEI pour 604 en 2020 (soit une diminution de 21 %). Les contrôleurs ont été destinataires du bilan des événements indésirables de l'année 2020, du détail de ces événements avec la description des faits durant les six derniers mois de 2020 et le mois de janvier 2021.

Durant l'année 2020, l'analyse de l'établissement sur les domaines de risque fait apparaître la prééminence des violences des patients envers le personnel qui représentent plus de 36 % des déclarations. Le pôle sanitaire de réhabilitation psychosociale est proportionnellement le plus affecté par ce phénomène, suivi des pôles de psychiatrie générale (Centre, Nord, Est) et du pôle de psychopathologie de la crise. Les violences entre patients ou sur du matériel atteignent 8,6 %. La thématique de la prise en charge des patients comporte diverses situations telles que l'organisation de l'arrivée ou la prise en charge médicale. Elle est représentée par des FEI de l'ordre de 24,7 %.

Les événements graves et porteurs de risque font l'objet d'une catégorie et d'une analyse spécifiques. En 2020, ont été recensés dix-huit sorties sans autorisation ou absences de retour de permission (vingt en 2019), cinq allégations de viol ou d'attouchements sexuels (deux en 2019), quatre tentatives de suicide et d'automutilation, trois décès (quatre en 2019) pour la majorité en fin de vie et une atteinte physique grave d'un patient.

Les FEI du dernier trimestre 2020 confirment le nombre élevé de violences (135) en indiquant le niveau dont ils estiment la gravité (de 2 à 4) et en détaillent les faits. Au travers des fiches

communiquées, le niveau 2 est généralement celui qui concerne les insultes, menaces, sans atteinte physique ; le niveau 3 est désigné comme le niveau relatif aux gifles ou morsures et le niveau 4 celui relatant des coups et blessures graves ou des atteintes sexuelles.

Le premier mois de l'année 2021 ont été recensés seize actes de violences, essentiellement les menaces et insultes de niveau 2, cinq passages à l'acte (gifles, morsures) de niveau 3. Apparaissent également deux allégations d'agressions sexuelles, l'une classée en violences niveau 3, l'autre en prise en charge du patient, toutes deux avec intervention des forces de l'ordre ainsi que définie dans la procédure *ad hoc*.

3.3 LES PATIENTS SONT INFORMES DE LA POSSIBILITE DE DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE QUI EST DIVERSEMENT SOLLICITEE SELON LES UNITES

Le règlement intérieur et le livret d'accueil mentionnent la possibilité pour le patient de désigner une personne de confiance lors de chaque admission et précisent dans le détail son rôle. Le règlement intérieur rappelle les conditions dans lesquelles un majeur sous tutelle peut procéder à ce choix mais cette disposition n'est pas reprise dans le livret d'accueil.

Un protocole daté du 8 novembre 2018 et destiné aux médecins, cadre de santé et infirmiers ainsi qu'à la commission des usagers, décrit expressément les modalités de recueil du souhait de la personne hospitalisée.

Le soignant qui reçoit le patient lors de l'admission dans l'unité lui demande s'il désire désigner une personne de confiance et lui remet un formulaire détaillé expliquant les modalités de sa désignation et ses missions, tout en précisant que cette nomination n'est pas obligatoire.

Au jour du contrôle la majorité des personnes hospitalisées avaient désigné une personne de confiance (79 % à Sainte-Catherine, 78 % à Saint-Gilles, 95 % à Saint-Amédée, 91 % à Saint-Jérôme, 63 % à Sainte-Monique, 73 % à Saint-Jean, 75 % à l'USIP et 100 % dans les deux unités de psychogériatrie). Les tuteurs ou des membres de la famille sont choisis la plupart du temps.

Le formulaire n'est pas systématiquement signé par les patients et selon les unités, la personne désignée est contactée par téléphone ou avisée par l'envoi d'un coupon qu'elle retourne paraphé.

Le personnel (à l'exception de celui de l'unité Sainte-Monique qui se dit mal informé sur le sujet) comprend l'utilité de la personne de confiance mais celle-ci est diversement sollicitée. Elle est systématiquement avisée de la mise en isolement à Saint-Gilles et à Sainte-Catherine, d'une fugue ou d'un non-retour de permission à Saint-Jérôme où les personnes de confiance peuvent toutes se déplacer en cas de besoin. Certaines prennent rendez-vous avec les médecins et ont un rôle actif dans les projets de sortie.

3.4 LES PATIENTS SONT INFORMES DE LEUR DROIT DE VOTE ET MIS EN MESURE DE L'EXERCER

Le règlement intérieur commun aux cinq centres hospitaliers Sainte-Marie et disponible sur leurs sites Internet mentionne que l'établissement s'organise afin que les droits civiques de chaque usager de soins soient exercés.

Le livret d'accueil, remis à l'arrivée, rappelle que le patient reste citoyen à part entière durant toute la durée de son hospitalisation et qu'en application du code électoral, il peut demander à exercer son droit de vote par procuration au sein de l'hôpital.

Le formulaire portant sur l'information des patients admis en soins sans consentement précise le droit d'exercer son droit de vote.

Avant chaque élection, la direction envoie une note explicative aux médecins et aux soignants comportant le calendrier des inscriptions sur les listes électorales et les modalités d'établissement des procurations et demande au personnel de recenser les souhaits des patients d'exercer leur droit de vote. Aucun affichage n'est prévu mais les soignants donnent toutes les explications d'organisation pratique aux patients. Un agent du commissariat est sollicité et se déplace pour établir les procurations en cas de besoin.

Les accompagnements des patients au bureau de vote avec les soignants ne sont pas mis en œuvre mais peuvent se réaliser avec leur famille lors d'une permission de sortie.

Selon les renseignements recueillis, aucun patient n'a manifesté le souhait d'exercer son droit de vote lors des élections municipales des 15 mars et 28 juin 2020.

3.5 L'ACCES AUX CULTES EST FACILITE PAR L'ETABLISSEMENT MAIS L'AUMONIER D'UNE SEULE RELIGION Y EST ACTIF

Le règlement intérieur indique que les personnes hospitalisées sont autorisées à exercer leur culte dans l'établissement dans le respect de ses règles de fonctionnement, des activités de soins et des autres usagers de soins et que les représentants du culte de leur choix peuvent être sollicités. Le livret d'accueil rappelle l'application du principe de laïcité dans les établissements de santé pour les patients et leurs proches, la participation possible à la pratique de son culte dans le respect des contraintes liées au bon fonctionnement du service et la sollicitation du personnel de l'unité pour l'obtention des coordonnées et des modalités de rendez-vous avec un représentant de son culte. Une affiche apposée dans toutes les unités mentionne les coordonnées des représentants des divers cultes (catholique, protestant, orthodoxe grec, judaïque et musulman).

La permanence de l'aumônerie catholique est assurée au sein de l'établissement du lundi au jeudi de 9h30 à 12h et de 13h30 à 17h30. L'accueil des patients, des familles et du personnel soignant est assuré le matin du lundi au jeudi. L'aumônier catholique dispose d'un bureau, attenant à une salle de prière dans laquelle les patients de toute confession peuvent se recueillir.

Une assemblée dominicale en l'absence de prêtre (ADAP) se tient tous les dimanches à 10h dans la chapelle, suivie l'après-midi d'une permanence sur rendez-vous à laquelle les soignants accompagnent les patients.

Lors de son entretien avec les contrôleurs, l'aumônier catholique a indiqué la qualité de ses relations avec les soignants et les représentants des différents cultes (qu'il contacte en cas de sollicitation des patients), ses visites dans les unités à la demande des soignants ou spontanément, son organisation d'une sortie spirituelle annuelle (au sanctuaire Notre-Dame de Laghet avec dix patients en 2020) et ses relations maintenues avec ceux des patients sortis de l'établissement qui en éprouvent le besoin.

Les personnes de religion musulmane peuvent aussi faire leur prière dans leur chambre et la pratique du jeûne pendant la période du ramadan est respectée.



La chapelle



La salle de prière

3.6 LA PROTECTION JURIDIQUE DES PATIENTS EST ASSUREE

La mission de protection des patients est facilitée par la présence d'assistants de service social (ASS), à mi-temps dans toutes les unités, qui exercent aussi en extra hospitalier notamment dans les centres médico-psychologiques (CMP).

Les ASS gèrent l'accès ou le rétablissement des droits : obtention de la couverture médicale universelle, demande de documents d'identité à la préfecture.

Le repérage des besoins de protection juridique est fait de manière constante lors de l'hospitalisation, avec une attention portée, lors de l'entretien d'accueil dans les unités ou lors de la rencontre avec l'ASS, lorsqu'elle a été demandée par le personnel soignant ou par la famille.

L'établissement des certificats médicaux n'est pas une difficulté, six médecins de l'établissement étant inscrits sur la liste établie par le procureur de la République et leur financement n'est jamais un obstacle au placement sous mesure de protection car lorsque les familles ne peuvent assumer ces frais, les psychiatres ne se font pas rémunérer ou le fonds social en fait l'avance et le tuteur procède à leur remboursement après sa nomination. L'assistante sociale engage le processus judiciaire de désignation ; les délais entre le dépôt de la requête auprès du juge des tutelles et la mise en place de la mesure est de l'ordre de quatre mois.

Les mesures de protection sont assurées par le mandataire judiciaire à la protection des majeurs de l'établissement, l'union départementale des associations familiales (UDAF 06), l'Association tutélaire des personnes protégées des Alpes-Méridionales (ATIAM), l'association mandataire judiciaire à la protection des majeurs (ASSIM) et l'association APOGE, ainsi que par quelques mandataires privés dont les familles.

La réactivité des mandataires concernant les besoins d'argent est variable, compensée si nécessaire par l'établissement pour les produits de première nécessité (produits de toilette) et par une avance prélevée sur le fonds social pour les cigarettes.

Les tuteurs, qui sont invités aux synthèses concernant leur protégé, ne participent pas spontanément à la prise en charge mais sont réactifs en cas de demande.

Ils sont associés à la préparation à la sortie. En cas de retour au domicile, une visite est effectuée par les soignants de l'unité avec le patient à son domicile pour faire l'état des lieux (besoin de

ménage, d'achats divers) et les besoins sont répercutés vers le mandataire, puis la bonne réalisation est vérifiée par une seconde visite avec le patient, avant la sortie effective. L'hôpital dispose d'un service des tutelles composé d'une seule mandataire qui suit entre cinquante et soixante protégés essentiellement des personnes qui ne sont pas hospitalisées.

Dès l'admission du patient, la mandataire fait appel à une société pour l'achat et la livraison de vêtements choisis dans un catalogue et de cigarettes, qui facture la somme de 18 euros par mission. Elle précise que cette entreprise pratique les prix les plus bas du marché.

3.7 UNE PROCEDURE DE NON-DIVULGATION DE LA PRESENCE DANS L'ETABLISSEMENT EST MISE EN ŒUVRE

Le règlement intérieur prévoit (dans son paragraphe intitulé « la discrétion demandée par l'utilisateur des soins », la constitution, à la demande du patient, d'un dossier particulier avec une mention relative à l'admission sous secret (qui précise l'interdiction des visites à toute personne qu'il désigne) et l'information des services concernés (standard, services de soins, hôtesse d'accueil, etc.).

Le livret d'accueil rappelle les règles du secret médical et de l'obligation professionnelle de réserve et indique la responsabilité de l'équipe soignante s'agissant de la garantie de l'anonymat de la personne hospitalisée.

S'agissant de la non-divulgation de la présence, un item existe dans le dossier patient informatisé pour informer les services concernés.

Selon les renseignements recueillis, les patients sont avisés, dès leur admission, de la possibilité de refuser des appels téléphoniques ou des visites. Le personnel soignant transmet à l'accueil et au bureau des entrées les restrictions formulées par le patient pour recevoir des appels ; le standard ne confirme jamais la présence d'une personne mais transfère l'appel téléphonique à l'unité.

Une procédure d'anonymisation permet la suppression définitive et irréversible de l'identité du patient pris en charge qui sera seul capable de faire retrouver son dossier, grâce à un document qui lui est remis avec le code de son dossier. Conformément au règlement intérieur de l'AHSM, confirmé par la décision prise à l'unanimité des représentants des associations d'utilisateurs en CDU, l'anonymisation du dossier est limitée aux stricts cas de figure édictés dans la loi (la prise en charge des toxicomanes est le seul qui s'applique dans l'établissement, sous réserve que le patient ne soit pas suivi pour un autre motif). La précision est faite aux contrôleurs de l'impossibilité d'anonymiser le dossier d'un patient en SSC, l'ensemble des documents légaux étant établis à son nom.

4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

4.1 LA PLACE DES REPRESENTANTS DES USAGERS EST LIMITEE A LEUR INFORMATION ET A LEUR ECOUTE

4.1.1 La représentation des usagers

Le projet d'établissement souligne la nécessité de mieux communiquer avec les usagers et développe, dans son « action 2 » les objectifs :

- « 1/ Valoriser la diversité des prises en charge et la qualité des soins (cf. projet de soins) : Informer le grand public ;
- 2/ Valoriser les initiatives en faveur des patients (activités faites pour et avec eux) : Remettre l'utilisateur, ses proches au cœur de l'activité « faite par eux » ;
- 3/ Développer l'accueil des usagers au sein de l'établissement et leur donner plus d'informations ;
- 4/ Déstigmatiser la psychiatrie auprès des familles ».

Les actions envisagées pour atteindre ces objectifs portent essentiellement sur la mesure de la satisfaction et des besoins des usagers, familles et proches, l'information, l'organisation de rencontres et la participation des usagers à des manifestations de nature artistiques : représentations théâtrales, ateliers, etc.

La participation effective des usagers aux orientations de l'établissement ou, à l'échelle individuelle, la participation du patient à son parcours de soins, ne sont pas institutionnalisées. Certes, les représentants des usagers, en réalité les représentants des proches des usagers et non les usagers eux-mêmes, sont conviés à différentes instances : commission des usagers (CDU), conseil de surveillance, comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), comité de bientraitance. Ils y sont écoutés, s'ils le souhaitent, mais n'y disposent pas d'un statut qui leur permettrait de peser sur les décisions.

Une affiche apposée dans les unités mentionne le rôle de la CDU, la liste ses membres et les coordonnées générales de la CDU dans l'établissement.

La CDU du CHSM est composée de la directrice de l'établissement, de son adjoint – président de cette commission –, du chef du pôle Nord – vice-président –, d'un psychiatre, de deux cadres supérieurs de santé, de deux représentants des usagers, l'un pour l'UNAFAM, l'autre pour l'association Appel libre des oubliés¹⁹ (ALDO) et de la vice-présidente de la CME, au titre de cette commission. Deux membres, un médecin et un cadre supérieur, ainsi que leurs suppléants, exercent des médiations dans certaines circonstances.

La CDU se réunit quatre fois par an. Des courriers de patients ou de proches de patients lui sont alors présentés pour information, courriers laudatifs (vœux ou remerciements) ou de plaintes ; elle valide alors les éventuelles réponses déjà apportées par l'établissement. Elle est invitée à statuer sur certaines demandes (remboursements d'effets perdus ou détériorés). Un tableau Excel, assez confus, retrace l'ensemble des courriers soumis à la CDU et tient lieu de compte rendu de ses activités. Il est constaté que les offres de médiations sont souvent sans suite donnée par le demandeur.

¹⁹ Association ayant pour but de sensibiliser la population afin d'améliorer les conditions de vie des adultes autistes, polyhandicapés, gravement déficitaires, en milieu hospitalier.

De ces documents fournis, il ressort que la CDU exerce *a minima* les fonctions qu'une telle commission est susceptible de remplir au termes de la loi. Notamment, aucun rapport qu'elle aurait pu soumettre au conseil de surveillance n'a été porté à la connaissance des contrôleurs et ce qui tient lieu de rapport annuel ne montre pas en quoi elle participerait à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers ou qu'elle serait associée à l'organisation des parcours de soins, ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité. Aucune visite de l'établissement n'a été organisée pour les représentants des usagers nouvellement désignés à la CDU ; s'ils sont informés du projet de reconstruction, ils n'ont pas été associés à son élaboration.

RECOMMANDATION 14

L'établissement doit associer les représentants des usagers, singulièrement la commission des usagers, à l'élaboration de la politique conduite en matière d'accueil et de prise en charge, de qualité et de sécurité.

4.1.2 La commission départementale des soins psychiatriques

Le livret d'accueil ne mentionne pas l'existence de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP). Son existence et ses missions sont très inégalement connues des soignants selon les unités, l'affichage sur son existence n'est pas assuré partout.

Selon la responsable du GAP, la CDSP demande régulièrement des statistiques sur les patients en soins sans consentement.

Les membres de la CDSP visitent l'établissement une fois par an, les patients sont alors informés de son passage et peuvent demander à être entendus. La liste de ces patients est adressée à la direction qui la communique à la CDSP. À l'occasion de sa visite, elle vérifie la tenue du livre de la loi, qu'elle vise. Il a été indiqué que les patients sont nombreux à demander à être reçus par la CDSP et que parfois, elle n'avait pas ou ne prenait pas le temps de les rencontrer tous.

Son dernier passage date de novembre 2019, le précédent de novembre 2018. Elle n'a pas visité l'établissement en 2020.

RECOMMANDATION 15

L'existence et les missions de la commission départementale des soins psychiatriques doivent être explicitées dans le livret d'accueil. L'affichage sur ses coordonnées doit être assuré dans toutes les unités recevant des patients en soins sans consentement. Cette commission doit offrir une disponibilité adaptée aux sollicitations des patients.

4.2 LA CONSTITUTION MATERIELLE DU REGISTRE DE LA LOI NE PERMET PAS UN SUIVI RAPIDE DU DEROULEMENT DES MESURES

4.2.1 Les registres

Le bureau de gestion administrative des patients est chargé de la tenue du registre des mesures de soins sans consentement prévu à l'article L.3212-11 du code de la santé publique. Deux registres sont tenus, l'un pour les mesures décidées par le directeur de l'établissement, l'autre pour celles prises par le représentant de l'État.

L'établissement n'a pas adopté le registre classique *ad hoc* proposé par les fournisseurs commerciaux. Il fabrique ses propres registres, identiques pour les deux types de décisions, constitués de feuillets de dimension A3, préimprimés recto et verso, reliés par des anneaux de plastique. Deux pages, gauche et droite, sont consacrées à chaque mesure (*cf.* photos ci-dessous).

Le recto du feuillet – qui sert de page de gauche – comporte, à droite de l'en-tête de l'établissement, la mention, selon le cas, « Soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent » ou « soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État ». Des cartouches permettent de renseigner l'identité de la personne faisant l'objet de la décision, les dates de son admission et de la fin de la mesure, puis, la date de délivrance des informations au patient admis en soins sans consentement, la profession du patient, son âge, les informations sur une éventuelle mesure de protection, les indications sur la personne demandant les soins ou la précision qu'il s'agit d'une mesure prise sur le fondement du 2° du II de l'article L.3212-1 du CSP (sans demande de tiers en cas de péril imminent). L'espace du bas est utilisé pour coller les copies des certificats médicaux et autres documents de la mesure.

Le verso – qui sert de page de droite – comporte un numéro qui servira de numéro d'ordre et va jusqu'à 80 dans le registre en cours, un cadre dans lequel seront collées les copies des éléments de la suite du déroulement de la mesure (avis, certificats médicaux, ordonnances du juge, etc.) ; la partie droite de ce cadre est prévue pour le recueil des visas et observations générales.

En pratique, les différentes copies sont des feuillets de dimension A4 qui sont pliés en huit avant d'être collées pour prendre moins de place ce qui permet de répartir sur ces deux pages un grand nombre de documents et d'éviter des renvois pour les mesures qui durent. En pratique, ces collages ont pour effet d'épaissir considérablement le registre et de le rendre très difficilement manipulable. De plus, le suivi d'une mesure est fastidieux et compliqué puisqu'il exige de déplier, sans le décoller et sans le déchirer, chaque document, dont l'objet ne se révèle qu'une fois ouvert.

Enfin ce livre ne revêt pas les caractéristiques d'un registre relié dans la mesure où le mode d'assemblage des pages, retenues par des anneaux de plastique, ne garantit pas qu'un feuillet ne puisse être retiré et remplacé, même si l'opération serait fastidieuse.

Centre Hospitalier Sainte-Marie
21 avenue Jean-Baptiste Bayaud
06100 NICE CEDEX 1

SOINS PSYCHIATRIQUES à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent

Nom et Prénom
Date de l'admission
Date de la fin de la mesure

Profession de la Personne faisant l'objet de soins
Age ou date de naissance
Domicile (indiquer la Commune, l'arrondissement et le département)

MENTION de la décision de la mise en soins curatels de j. art. 3212 du 5

INDICATIONS sur la personne qui a demandé la mesure de soins

OU admission en application de l'article L. 3212-2

CERTIFICAT MEDICAL DES

Page de droite du registre

Certificat médicaux, avis, attestations, arrêtés, date des décisions rendues par le Juge des Libertés et de la Detention, levées

38

VISA ET OBSERVATIONS GENERALES (des autorités - Article L. 3022-4)

Mod. 02/2012

Page de gauche encore inutilisée

4.2.2 L'examen des registres

Les registres sont minutieusement renseignés, les omissions ou erreurs sont mineures, la date de délivrance des informations données aux patients en soins sans consentement est indiquée ce qui est suffisamment rare pour être relevé. Les mesures sont enregistrées sans retard.

Outre que le suivi des mesures est matériellement difficile, la précision sur la modalité de l'admission sur demande d'un tiers, en urgence ou non, n'est apportée qu'à la lecture du certificat l'admission, après l'avoir trouvé et déplié.

Trois admissions de patients mineurs ont été enregistrées depuis le 31 octobre 2020.

4.3 L'ORGANISATION DES SORTIES DES PERSONNES EN SOINS SANS CONSENTEMENT EST COMPLIQUEE PAR LA POLITIQUE DU PREFET RELATIVE AUX PATIENTS ADMIS SUR DECISION DU REPRESENTANT DE L'ÉTAT

La préparation du patient à sa sortie, dont les modalités d'organisation sont discutées en *staff*, est différente selon la situation médicale et sociale de celui-ci. Toutefois, des sorties de courte durée précèdent toujours la sortie, accompagnées ou non, pour évaluer le patient hors du contexte hospitalier. Ces sorties peuvent être l'occasion de recherches de logements ou de structures d'accueil. S'il existe, le tiers est prévenu par courriel.

En cas de retour au domicile prévu, une visite peut y être effectuée par les soignants de l'unité pour faire, avec le patient, l'état des lieux et transmettre les besoins repérés vers le mandataire judiciaire à la protection des majeurs pour qu'il finance et réalise les travaux à prévoir. Le personnel soignant est disponible, en nombre, pour ces sorties, étant précisé qu'en tant que de besoin, il peut être fait appel au pôle accompagnant composé d'aides-soignants.

Si les pôles disposent d'appartements thérapeutiques, de studios et d'appartements partagés, en revanche le déficit de structures comme des foyers d'accueil médicalisés rend problématiques les sorties des patients qui en relèvent.

La préparation d'une prise en charge extra-hospitalière avec les équipes de secteur est organisée en concertation avec celles-ci ; les infirmiers des CMP se déplacent et voient les patients dans l'unité avant leur sortie.

Il a été indiqué que des patients en programme de soins pouvaient demander à être hospitalisés quelques jours, ce en dehors des périodes d'hospitalisation éventuellement prévues par leur programme de soins. Des équipes ont pu s'interroger sur la possibilité d'imposer à ces patients des restrictions, notamment celles résultant d'un hébergement en unité fermée. Il convient de rappeler aux professionnels qu'aucune mesure de contrainte ne peut être exercée sur un tel patient, qu'il soit hospitalisé à sa demande ou en vertu de son programme de soins²⁰. Ces patients doivent donc être considérés et pris en charge comme des patients en soins libres.

RECOMMANDATION 16

L'établissement doit s'assurer que les patients en programme de soins hospitalisés à leur demande ou en vertu de ce programme sont pris en charge comme des patients en soins libres, que les droits dont ils jouissent à ce titre sont bien respectés et qu'aucune contrainte n'est mise en œuvre à leur égard.

Les sorties des patients en SDRE, qui supposent une levée de la mesure d'hospitalisation complète sont plus compliquées. Selon les professionnels, le préfet demande souvent un deuxième avis, ce que confirme le registre de la loi : sur vingt-neuf sorties examinées entre le 7 septembre 2020 et le 3 février 2021, le préfet a demandé un deuxième avis à quinze reprises. Or, les médecins, qui ne connaissent pas bien certains patients, ne s'engagent pas pour un second certificat médical ; tel est le cas des médecins intérimaires. Des patients peuvent donc rester hospitalisés en SDRE sans justification médicale. Les réticences du préfet à lever les mesures dont il est l'auteur ont ainsi pour effet de faire primer les préoccupations sécuritaires sur celles des soins.

Le préfet ne s'oppose pas aux sorties de courte durée lorsqu'elles sont accompagnées mais le passage en programme de soins est tout aussi difficile. Pour permettre les préparations à la sortie de ces patients, certaines unités ont recours à des programmes de soins prévoyant un maintien en hospitalisation avec des sorties un ou deux jours par semaine. Le programme de soins est ainsi

²⁰ « I. Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale est dite en soins psychiatriques sans consentement.

La personne est prise en charge :

2° Soit sous toute autre forme, pouvant comporter des soins ambulatoires, des soins à domicile dispensés par un établissement mentionné au même article L. 3222-1 et, le cas échéant, une hospitalisation à domicile, des séjours à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps complet effectués dans un établissement mentionné audit article L. 3222-1.

II.-(...)

III. Aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous la forme prévue au 2° du I. ».

perçu par les soignants comme une modalité facilitante des permissions, ce qui constitue une utilisation irrégulière de la mesure sanctionnée par la Cour de cassation²¹.

RECOMMANDATION 17

Une réflexion conjointe de la communauté médicale et de l'administration préfectorale doit être conduite sur le constat d'hospitalisations sur décision du représentant de l'État maintenues pour seul motif sécuritaire au-delà de la nécessité thérapeutique.

Pour les patients reconnus irresponsables pénaux de leur acte, le passage par l'unité de réhabilitation psychosociale est privilégié.

Enfin, les sorties des patients de l'USIP ne sont jamais directes : aucune levée de mesure de soins sans consentement n'y est initiée ni aucun programme de soins mis en œuvre. Les patients sont orientés selon leur statut : pour les détenus, la sortie s'effectue vers le service de détention d'origine avec un lien préalable, à mi-parcours puis, au moment de la sortie avec le service de psychiatrie de l'établissement. L'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) qui pourrait également être une orientation, n'est plus guère sollicitée en raison de ses délais de réponse longs, de la complexité de la procédure d'admission ou de son inadaptation (sollicitation de patients en soins libres) ou encore de prises en charge trop courtes. Des orientations en unité pour malades difficiles (UMD) sont également mises en œuvre selon la procédure *ad hoc* (SDRE et arrêté préfectoral). Les autres patients de l'USIP sont réorientés vers une unité de leur service d'origine (au CH Sainte-Marie comme au CHU) ce qui implique l'attente d'un lit libre avant d'effectuer la sortie, délai qui peut prolonger l'hospitalisation à l'USIP de quelques jours à trois semaines, au-delà du nécessaire.

Enfin, des informations recueillies révèlent que des soignants du CHSM ont pu téléphoner au service de police pour l'informer du jour et de l'heure de la sortie de patients précédemment retenus au centre de rétention administrative et dont la mesure de rétention a été levée pour l'hospitalisation. L'information ainsi donnée, en méconnaissance du secret médical, a permis l'interpellation de patients à l'encontre desquels aucune mesure privative de liberté n'était pourtant plus en cours.

RECOMMANDATION 18

Le personnel de l'hôpital Sainte-Marie doit respecter le secret médical auquel il est soumis, s'agissant notamment de la sortie de toute personne hospitalisée qu'aucune mesure de privation de liberté ne concerne.

Dans sa réponse contradictoire, l'établissement écrit : « *Le personnel du CHSM respecte le secret médical. Un seul cas de figure a été mentionné par les contrôleurs, il ne s'agit pas d'une généralité. De plus, le code de procédure pénale, rappelé dans notre convention santé-sécurité-justice, prévoit que : "Le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire ou, sous le contrôle de ce dernier, l'agent de police judiciaire peut, par tout moyen, requérir toute personne, de tout établissement ou organisme privé ou publique qui sont susceptibles de détenir des informations intéressant l'enquête, y compris celle issue d'un système informatique ou d'un*

²¹ Cour de Cassation, 4 mars 2015, 1^{ère} chambre civile.

traitement de données numériques, de lui remettre ces informations, notamment sous forme numérique, le cas échéant selon des normes fixées par voie réglementaire, sans que puisse lui être opposée, sans motif légitime, l'obligation au secret professionnel" ».

La recommandation n'a aucune vocation de généralisation mais rappelle simplement que les patients ont le droit au respect du secret, s'agissant de toute information médicale les concernant, dans tous les cas, à l'exception des seules dérogations prévues par la loi. Le CGLPL la maintient.

4.4 LES CONDITIONS MATERIELLES ET ORGANISATIONNELLES D'INTERVENTION DU JLD GARANTISSENT LE DROIT DES PATIENTS A UN CONTROLE JURIDICTIONNEL DES MESURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT

4.4.1 Les modalités d'organisation

Les patients sont informés, en principe dès leur admission en soins sans consentement, qu'un juge va statuer dans les douze jours sur le maintien de la mesure dont ils font l'objet. Lorsque la convocation à l'audience arrive dans l'unité, elle est remise au patient et une nouvelle explication lui est donnée, tant sur le rôle du juge que sur la possibilité d'avoir un avocat « gratuit » (commis d'office) ou de solliciter son propre avocat. Il demeure que des patients rencontrés pensent qu'ils vont être jugés. À l'USIP, la très grande majorité des patients, tous adressés en SSC, connaît déjà cette procédure, une nouvelle information n'est donc pas systématique.

L'établissement a élaboré un document type de demande de mainlevée dont il est précisé « *Ce document reste un modèle qui permettra d'apporter une aide aux patients dans la rédaction si besoin* ». Un patient pourrait utiliser ce document en le renseignant de ses données personnelles mais les soignants ne semblent pas connaître son existence.

Les tuteurs sont convoqués à l'audience, ils n'y viennent qu'exceptionnellement.

4.4.2 Le déroulement de l'audience

En application d'une convention signée le 26 février 2015 passée entre le tribunal de grande instance de Nice et l'agence régionale de santé PACA, complétée par un avenant du 5 avril 2017, des locaux situés sur le site du CHSM sont affectés à la tenue des audiences du JLD. Ils sont situés au rez-de-chaussée d'un bâtiment proche de « la pelouse », accessibles à des personnes à mobilité réduite. Face à leur entrée, six places de stationnement sont réservées les jours d'audience aux magistrat, greffier et avocats.

Une pièce, aveugle, est à disposition des avocats pour consulter les dossiers, un box est également prévu pour leur entretien préalable avec leur client. Les patients peuvent attendre dans une salle meublée de chaises qui précède le prétoire. Des sanitaires sont à disposition des magistrats, avocats et patients.

La salle d'audience est meublée, comme prévu par la convention, de façon solennelle avec large bureau placé sur une estrade et destiné au magistrat et au greffier, sur le côté, un bureau pour le représentant du préfet ou de l'établissement, face à l'estrade, des rangées de sièges pour les comparants et le public. Lors des audiences, la porte du prétoire reste ouverte. Un agent de sécurité est présent dans ces locaux tout au long des audiences.

Trois audiences sont prévues chaque semaine, les lundi, mercredi et vendredi matin.

Deux magistrats sont désignés par le tribunal judiciaire de Nice pour exercer les fonctions de juge des libertés et de la détention, ils se partagent les contentieux de la rétention et celui des soins sans consentement, en alternant selon les semaines, et les affaires pénales.

Depuis le 1^{er} janvier 2021, ils sont informés par l'hôpital des placements en isolement lorsque leur durée a dépassé 48 heures mais ne sont pas encore saisis de telles décisions et n'en ont pas été saisis par les requérants possibles.

Les avocats désignés par le barreau pour assurer la défense des patients appartiennent au « groupe de défense d'urgence » dont un des pôles a en charge le contentieux des soins sans consentement. Les avocats qui demandent à intégrer ce pôle doivent avoir reçu une formation à ce contentieux.

Le patient est toujours accompagné par un soignant pour se rendre à l'audience, éventuellement par les « infirmiers experts » (cf. 2.3.3) s'il est cliniquement instable ; ceux de l'USIP sont accompagnés de deux soignants.

Pendant l'audience, la responsable du GAP, qui représente le CHSM, se tient à un bureau à gauche de l'estrade ; le soignant qui a conduit le patient reste dans la salle d'audience, où l'avocat, en robe, se tient à côté du patient, en face du juge.

Au cours de leur visite, les contrôleurs ont assisté à une audience.

Le magistrat explique son rôle au patient en lui précisant qu'il vérifie si la procédure est régulière et en lui indiquant les motifs qu'ont retenus les médecins pour initier et poursuivre la mesure de soins sans consentement. Il ne lui donne pas lecture des certificats médicaux et avis ; aussi, si ces certificats n'ont pas été communiqués auparavant au patient, celui-ci n'en aura connaissance que si son avocat les lui a fait lire préalablement à l'audience, ce qui limite ses possibilités d'en contester les faits et circonstances relatés. Le juge s'enquiert auprès du patient de la façon dont se déroule l'hospitalisation, lui demande s'il estime que les médecins le prennent en charge de façon satisfaisante et comment il se sent évoluer. La représentante du CHSM est invitée à formuler ses observations.

La décision n'est pas rendue et notifiée sur le siège mais il a été indiqué que le magistrat, de façon générale, informait le patient du sens de sa décision.

L'ordonnance est transmise ultérieurement, parfois l'après-midi même, dans l'unité du patient ; les soignants la lui notifient et lui précisent alors, les voies et délais de recours.

La cour d'appel compétente sur les décisions du TJ de Nice est celle d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône). Les patients y sont conduits pour les audiences d'appel, accompagnés par deux soignants, l'aller et retour prend la journée. On compte au moins une audience par mois.

4.4.3 Les décisions rendues

Entre soixante et quatre-vingt-cinq patients sont convoqués chaque mois devant le JLD. Peu refusent de se rendre à l'audience, les absences sont plutôt imputables aux avis médicaux qui estiment que le patient n'est pas en état d'y assister.

L'activité du JLD est résumée dans le tableau ci-dessous :

	Nb de patients convoqués	Absents	Décision			
			Maintien	Mainlevée	Caducité*	Autre**
2019	861	152	737	30	48	46
2020	851	204	754	24	38	35
2021***	52	9	48	0	3	1

* caducité : circonstance où la mesure d'hospitalisation sous contrainte dont faisait l'objet le patient, et qui avait motivé la saisine, a pris fin entre la date de la saisine et la date de l'audience.

** autre : expertise ordonnée et renvoi ou report ou constat de désistement du patient.

** 2021 : période du 1^{er} au 27 janvier.

Les motifs d'absence sont :

- la levée de la mesure entre l'avis d'audience et le jour de l'audience ;
- l'avis médical : 60 en 2019, 57 en 2020, 3 en 2021 ;
- le refus du patient.

La cour d'appel a été saisie pour 41 ordonnances en 2019, 50 en 2020 et 6 en janvier 2021. Ces recours ont donné lieu à 31 confirmations de la décision et 3 mainlevées en 2019, 33 et 3 en 2020, 5 et une en 2021. Les autres décisions sont des reports, constats de levée de la mesure ou de désistement.

Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2021, des dispositions de l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique issues de la loi du 14 décembre 2020, lorsque le placement en isolement d'un patient dépasse 48h (ou un placement sous contention dépasse 24h) un courriel est automatiquement généré par le logiciel de gestion du dossier patient et adressé au JLD et au procureur pour les informer de cette situation ; aucun document n'est joint à ce courriel. Le JLD a indiqué ne s'être jamais saisi d'aucune de ces situations.

Lorsqu'un patient est présenté au JLD dans le cadre du contrôle d'une mesure de soins sans consentement, un document plus fourni est présenté au JLD si ce patient fait l'objet, à ce moment, d'une mesure d'isolement ou de contention. Ce document précise, outre les informations d'identité de la personne, son « mode de placement », l'historique des périodes d'isolement et/ou de contention, les éléments médicaux justifiant le dépassement de la durée légale maximale autorisée, l'information des proches, le souhait du patient ou d'une personne agissant dans l'intérêt de celui-ci de saisir le JLD ou d'être entendu par lui, et si le patient est capable ou non d'être auditionné par le JLD.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST GENERALEMENT CIRCONSCRITE A CHACUNE DES UNITES FERMEES

Les patients en soins sans consentement sont hébergés dans sept unités fermées : Saint-Gilles, Sainte-Catherine, Saint-Amédée, Saint-Jérôme, Saint-Jean, Sainte-Monique et l'USIP.

5.1.1 La circulation des patients au sein de l'établissement

L'établissement s'étend sur 14 hectares, dont 30 % sont occupés par des bâtiments. Les sorties de l'unité se font le plus souvent accompagnées d'un soignant. Pour une forte minorité de patients, les unités Sainte-Monique et Saint-Gilles acceptent des sorties libres avec l'engagement de ne pas franchir les limites de l'établissement. Ils peuvent ainsi, à la demande, se rendre à un distributeur de boissons, participer à une activité dans le bâtiment où elle se déroule, ou simplement se promener notamment sur la grande pelouse à proximité de l'entrée principale.



La grande pelouse en face de l'entrée principale de l'établissement

5.1.2 La gestion de la sécurité

L'entrée principale comporte des barrières (difficilement franchissables par des piétons) qui se relèvent pour le passage des véhicules. Un tourniquet, débloqué par une carte magnétique ou un agent, permet l'accès du personnel, des patients et de leurs visiteurs. Depuis le mois de mars 2020, les agents de sécurité de l'entrée principale situés dans un local vitré vérifient que chaque visiteur est bien attendu en utilisant un logiciel renseigné par les unités. En 2014 et 2015, les grilles des deux autres entrées, réservées aux livraisons et surveillées par vidéo, ont été réhaussées afin de diminuer le nombre de fugues.



L'entrée principale (vue de l'intérieur) et l'entrée pour les livraisons

Les échanges avec le responsable de la sécurité de l'établissement font état de 23 caméras de vidéo-surveillance installées à l'extérieur des bâtiments et 138 à l'intérieur des unités (qui ne sont pas toutes utilisées en permanence, en raison de leur trop grand nombre selon le service de sécurité). Seules les caméras extérieures enregistrent les images, en général pour une durée de vingt jours, au maximum trente jours. Il a été indiqué aux contrôleurs que, juste avant leur arrivée, des caméras ont été éteintes à l'intérieur des unités.

Dans sa réponse contradictoire, l'établissement précise : « 16 caméras de vidéo-surveillance sont installées à l'extérieur des bâtiments et 51 à l'intérieur des unités ».

RECOMMANDATION 19

Le respect du droit à l'intimité interdit de recourir à des mesures de surveillance permanentes, notamment à l'usage constant de la vidéosurveillance.

Malgré cette sécurité renforcée, des dealers parviennent à pénétrer dans l'enceinte de l'établissement. Mais la grande majorité des stupéfiants (du cannabis principalement) serait introduits par des visiteurs ou des patients en soins libres. L'établissement fait parfois appel aux services de police, comme à l'été 2020 où une petite quantité de drogue a été saisie dans un faux plafond.

En 2020, dix fugues et autant de tentatives (parfois en escaladant le mur d'enceinte) ont été relevées, raison pour laquelle certaines grilles (de la cour de l'unité Saint-Amédée notamment) ont été rehaussées et recouvertes par endroit d'un film plastique qui complique les vellétés de franchissement.



Les grilles plastifiées et réhaussées de la cour de l'unité Saint-Amédée

L'équipe de sécurité, composée de seize hommes, est alertée en cas de trouble du comportement violent d'un patient, se rend sur place et sécurise la personne agressée sans intervenir physiquement auprès de la personne agitée (à l'exception d'une situation, en raison d'un jet de chaises sur des soignants).

5.2 LA LIBERTE DE CIRCULER ET L'ACCES AU TABAC SONT MIS EN ŒUVRE DANS LES UNITES MAIS LE PORT DU PYJAMA EST OBLIGATOIRE EN CHAMBRE D'ISOLEMENT

5.2.1 Le rythme de vie et l'accès aux différents espaces de l'unité

Au sein de chaque unité, la liberté de circulation est quasi totale. Les patients ont la possibilité d'accéder à l'air libre dans les conditions appréciables que présentent les cours très spacieuses et végétalisées ou les grandes terrasses des unités. L'accès à ces espaces extérieurs est généralement limité à la journée.

Selon les unités, le lever est organisé entre 7h et 7h30. Le petit-déjeuner se déroule entre 8h30 et 9h, le déjeuner entre 12h et 12h45, la collation à 16h et le dîner entre 19h et 20h. Le coucher est fixé vers 23h, soit après le film télévisé de première partie de soirée.

5.2.2 L'accès au tabac

L'usage du tabac est autorisé et libre dans les cours et les patios mais parfois limité et contrôlé par l'équipe dans le cadre d'une consigne médicale (en raison d'une pathologie somatique à l'unité Sainte-Monique par exemple). Les unités disposent aussi de petits espaces fumeurs abrités de la pluie et ouverts sur l'extérieur. Les patients peuvent garder leur tabac mais les allumettes et les briquets sont conservés par les soignants. L'équipe soignante de l'unité Saint-Jérôme gère la consommation de six des vingt patients fumeurs, en distribuant pour l'un d'entre eux une cigarette par heure ou un demi-paquet par demi-journée.



Le fumoir de l'unité Saint-Jérôme

5.2.3 L'usage du pyjama

Le port obligatoire du pyjama est limité aux chambres d'isolement. Toutefois, il a été constaté à l'unité Sainte-Catherine que le port du pyjama a été prescrit à une patiente pendant deux jours, et qu'à l'unité Saint-Amédée un patient conserve le pyjama lorsqu'il sort provisoirement de la chambre d'isolement (en cas de décision de sortie séquentielle). A l'USIP, le placement en chambre d'isolement s'accompagne de la mise en tenue particulière : chaussettes blanches et tee-shirt blancs, sweat et pantalon de jogging bleu marine d'un bas de pantalon bleu de type jogging court en été, long en hiver et d'une paire de claquettes bleues. L'obligation de porter le pyjama en chambre d'isolement n'est sérieusement justifiée ni par les soignants ni par les médecins.

RECOMMANDATION 20

Le port du pyjama ou d'une tenue spéciale ne doit pas être systématiquement imposé en chambre d'isolement mais médicalement prescrit si l'état clinique du patient le justifie.

5.3 AUCUNE UNITE FERMEE NE DISPOSE D'UN SALON RESERVE AUX VISITES ET L'ACCES AU TELEPHONE ET A LA PRESSE N'EST PAS LIBRE A L'USIP

5.3.1 Le téléphone

Le libre usage du téléphone personnel est la règle pour tous les patients des unités (sauf consigne contraire d'un médecin), à l'exception de ceux de l'USIP (dans laquelle l'interdiction est la règle sauf consigne d'un médecin autorisant son usage).

Lors du contrôle, 100 % des patients disposaient de leur téléphone dans les unités Sainte-Catherine, Saint-Gilles et Saint-Jérôme, 95 % à Saint-Jean, 91 % à Saint-Amédée et 89 % à Sainte-Monique.

RECOMMANDATION 21

A l'USIP, la règle devrait être le libre accès des patients à leur téléphone, en l'absence d'une prescription médicale contraire, justifiée par l'état clinique.

Un patient peut avoir accès, lorsqu'il se trouve démuné d'un téléphone, à un appareil sans fil de l'unité en sollicitant un soignant ou, librement, à un téléphone filaire mural, parfois sans respect de la confidentialité de la conversation (cas de l'unité Saint-Jérôme et de l'USIP).



Le point-phone de la grande salle commune de Saint-Jérôme

RECOMMANDATION 22

Le téléphone mural des unités doit respecter l'intimité et la confidentialité des communications.

Dans sa réponse contradictoire, l'établissement précise : « *Les téléphones muraux ne sont pas destinés aux patients mais aux communications professionnelles. L'utilisation par un patient n'intervient que dans le cas exceptionnel d'une absence de disposition d'un téléphone personnel, d'utilisation en cours du téléphone sans fil dédié aux patients, ou d'une communication que le patient ne peut reporter* ».

Les patients utilisant ces téléphones muraux, la recommandation est maintenue.

5.3.2 Les visites

Les visites sont autorisées l'après-midi seulement (les exceptions sont rares, selon l'exemple de l'unité Sainte-Monique qui a autorisé des visites en soirée pour un membre de la famille qui n'a pu se libérer avant 18h). Lors du contrôle, un patient de Saint-Gilles, deux de Sainte-Monique, deux de Saint-Amédée et huit de Sainte-Catherine faisaient l'objet d'une interdiction de recevoir des visites.

Les visites sont organisées sur rendez-vous afin d'éviter la venue d'un trop grand nombre de familles au même moment et selon différentes modalités. Les soignants de l'unité Sainte-Monique vont chercher les visiteurs à l'entrée de l'établissement, ceux des unités Saint-Gilles et Saint-Jérôme n'autorisent que deux visites simultanées dont la durée est parfois limitée (trente minutes à l'USIP et quarante-cinq minutes à Saint-Gilles).

Aucune unité ne dispose d'un salon réservé pour les visites qui se déroulent dans l'éventuelle chambre individuelle du patient, dans le salon de télévision, dans le patio, dans la cour ou sur la pelouse extérieure. À l'USIP, les visiteurs sont reçus dans le réfectoire et l'unité dispose d'une tablette permettant des échanges en visiophone avec les familles.

RECOMMANDATION 23

Toutes les unités doivent disposer d'un salon réservé aux visites qui respecte la tranquillité et l'intimité des échanges familiaux et amicaux.

Les visites sont interdites aux mineurs dans les unités Sainte-Catherine, Saint-Jean et Saint-Jérôme (où les visites de mineurs se déroulent sur la pelouse en présence d'un soignant) et sont autorisées aux enfants de 14 ans dans l'unité Saint-Gilles, de 15 ans dans l'unité Saint-Amédée et de 16 ans dans l'unité Sainte-Monique.

RECOMMANDATION 24

L'autorisation des visites aux mineurs doit être harmonisée dans toutes les unités.

Dans sa réponse contradictoire, l'établissement précise : « *Les règles de vie de l'unité prévoient que : "Les visites de personnes mineures doivent s'organiser en concertation avec les professionnels de santé". En effet, si rien ne s'oppose aux visites de personnes mineures, une évaluation de leurs conditions doit être réalisée au cas par cas. Il ne peut donc s'agir d'une harmonisation complète* ».

Le CGLPL a évoqué une harmonisation, au sens d'une évolution vers l'équité de l'accès aux visites pour les patients mineurs, sans exigence qu'elle soit complète, considérant la nécessité de l'évaluation au cas par cas. La recommandation est maintenue.

5.3.3 L'accès à l'information et aux réseaux sociaux

Aucun journal de presse écrite n'est proposé dans les unités fermées et seule la presse sportive est accessible à l'USIP. Les patients peuvent regarder les programmes d'information télévisés sauf à l'USIP où ils sont censurés par les soignants au titre d'une prévention de l'anxiété qui serait provoquée par l'actualité.

RECOMMANDATION 25

Aucune forme de censure ne doit être exercée, s'agissant de l'accès à l'information des patients.

Les soignants de l'unité Saint-Jean mettent un ordinateur à disposition des patients pour permettre un accès à Internet et aux réseaux sociaux. Dans les autres unités, le personnel estime que les *smartphones* des patients, quand ils en ont, suffisent aux besoins de connexion.

5.4 LA SEXUALITE NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE FORMATION DU PERSONNEL NI D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

Aucune réflexion collective n'est mise en œuvre dans l'établissement ni aucune référence inscrite dans son règlement intérieur ou les règles de vie de ses unités de soins s'agissant du libre exercice de leurs relations sexuelles. Les thèmes du consentement des patients les plus vulnérables, de la nécessaire vigilance les concernant, de l'absence d'intimité dans des chambres doubles ou triples sans verrous de confort et des effets secondaires des médicaments psychotropes qui amenuisent la libido sont abordés par les soignants qui ne bénéficient d'aucune formation spécifique.

Le comité d'éthique avait abordé le sujet, lors de sa séance du 19 avril 2018, sans effet dans l'institution.

Les réponses apportées ne sont pas harmonisées entre les unités. Ont été très diversement observés par les contrôleurs et rapportés par les soignants des unités de psychiatrie générale :

- la tolérance ou l'interdiction de l'accueil d'un autre patient ou de son conjoint dans sa chambre ;
- la formation d'un couple de patients âgés orientés ensemble vers un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des permissions de sortie conjointes accordées aux patients qui le souhaitent ;
- un accès, à la demande, à des informations (délivrées par l'équipe) et à la contraception par le moyen de préservatifs distribués ou d'hormones prescrites en urgence ;
- des plaintes des familles s'agissant de la mixité de l'unité et des allégations d'agressions sexuelles qui ont pu nécessiter des changements d'unités (des patients victimes ou agresseurs) ;
- des accompagnements au commissariat afin de déposer plainte en cas de suspicion de viol ;
- l'interdiction de toute relation sexuelle, l'absence d'évocation du sujet et de toute prévention pédagogique délivrée s'agissant des infections sexuellement transmissibles à l'USIP.

RECOMMANDATION 26

Les patients doivent jouir de la liberté d'exercice de leur sexualité, dans le respect du consentement d'autrui, bénéficier de moyens de contraception et de protection adaptés et d'une information délivrée avec pédagogie par un personnel formé s'agissant de la prévention des infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées.

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LES LOCAUX D'HEBERGEMENT, VETUSTES, COMPORTENT UNE MAJORITE DE CHAMBRES MULTIPLES PRINCIPALEMENT DEPOURVUES DE SALLES D'EAU ET DE WC PRIVATIFS

6.1.1 Les chambres

Les locaux de la majorité des sept unités fermées sont vétustes et malpropres présentent des murs souvent sales, parfois des toiles d'araignée au plafond et une peinture écaillée dans les locaux sanitaires. Seule l'unité Sainte-Monique a bénéficié d'une rénovation, notamment de la peinture de ses murs.

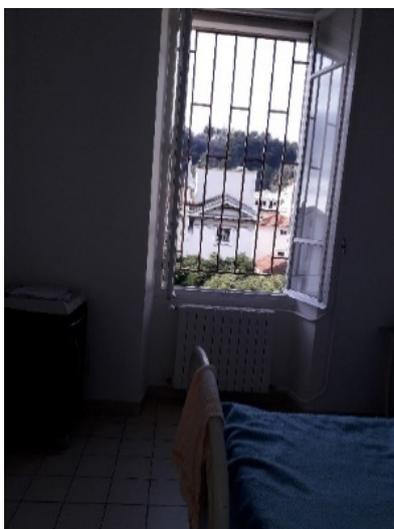
La répartition des chambres individuelles, doubles ou triples est variable selon les unités. Le modèle des chambres triples est dominant dans cinq unités, celui des chambres individuelles à Saint-Jean et à l'USIP. L'établissement dispose de 48 % des lits en unité de SSC en chambres triples, 14 % en chambres doubles et 38 % en chambres individuelles.

Plus de la moitié des chambres (54 %) ne sont pas équipées de WC, leurs occupants doivent utiliser des toilettes collectives situées dans le couloir et la moitié d'entre eux doit également utiliser les douches collectives de l'unité.

	Saint-Gilles	Sainte-Catherine	Saint-Amédée	Saint-Jérôme	Saint-Jean	Sainte-Monique	USIP	TOTAL	Ratio
Lits en chambre individuelle	4	8	5	8	13	6	10	54	38 %
Lits en chambre double	4	4	2	6	0	4	0	20	14 %
Lits en chambre triple	15	12	15	9	6	12	0	69	48 %
Lits avec WC	25	24	3	0	12*	2	0	66	46 %
Lits avec douche	23	24	6	11	12*	1	0	77	54 %

(*) Dont deux lits en chambres individuelles qui partagent un sanitaire (douche et WC).

Les portes des chambres ne sont pas munies de verrou de confort et les fenêtres, que les patients peuvent ouvrir, sont barreaudées.





Les chambres

individuelles des unités Saint-Jérôme, Saint-Jean et Sainte-Monique



Les chambres triples des unités Saint-Gilles, Saint-Jean et Sainte-Catherine

RECOMMANDATION 27

L'établissement doit disposer pour l'accueil de tous ses patients, de chambres hôtelières individuelles, équipées d'une porte munie d'un verrou de confort, d'une table et d'une chaise, d'un placard que le patient peut ouvrir et fermer, d'un éclairage naturel et électrique suffisant, d'un système efficace de ventilation et de chauffage et de sanitaires qui disposent d'un WC, d'un lavabo surmonté d'un miroir et d'une douche.

6.1.2 Les locaux collectifs

Cinq unités (Saint-Amédée, Sainte-Catherine, Saint-Gilles, Saint-Jean et Saint-Jérôme) ne disposent pas d'une salle d'activités. En revanche, au sein de l'unité Sainte-Monique, une grande salle dans les combles est utilisée pour des activités avec des soignants. L'USIP est dotée à la fois d'un atelier d'art-thérapie et d'une salle de sport (muscultation, vélo d'intérieur).

Toutes les unités sont dotées d'un salon de télévision dont les fauteuils sont parfois très abîmés (unité Saint-Jean) et plusieurs d'entre elles sont également équipées d'un baby-foot et peuvent mettre à disposition des jeux de société, conservés dans une armoire.



Les salons de télévision des unités Saint-Jérôme, Saint-Amédée, Saint-Gilles et Sainte-Monique

Les espaces extérieurs, vastes et agréables, présentent des cours arborées (Saint-Jérôme, Saint-Amédée ou l'USIP), des patios-jardins (Sainte-Catherine et Saint-Jean), une terrasse végétalisée (Sainte-Monique) ou grillagée sans être végétalisée (Saint-Gilles).



Les cours et patios des unités Saint-Jérôme, Saint-Amédée et Saint-Jean



La terrasse grillagée de l'unité Saint-Gilles

RECOMMANDATION 28

Les unités d'hospitalisation doivent disposer d'une salle d'activité et d'un espace extérieur conviviaux toujours accessibles et de superficies suffisantes pour l'accueil de tous les patients.

6.2 LES LOCAUX SANITAIRES NE SONT NI ADAPTES NI ACCESSIBLES EN PERMANENCE

6.2.1 L'hygiène générale

L'équipement actuel des sanitaires n'est pas homogène dans les différentes unités de soins et manque d'ergonomie. Ont été observés dans les chambres :

- un lavabo, équipé d'un miroir de verre (rarement), ou de plexiglas ;
- la présence minoritaire de WC dans les chambres, qui sont plus souvent communs et malpropres ;
- un équipement variable s'agissant des douches qui, individuelles ou communes, disposent d'une porte que le patient peut fermer (et les soignants ouvrir avec un passe) ;
- la très rare disposition de baignoires, peu utilisées de surcroît (dans deux unités).



Un lavabo dans une chambre



Des sanitaires avec un lavabo et des WC

RECOMMANDATION 29

Les chambres hôtelières doivent chacune disposer de sanitaires propres en toute circonstance.

Le ménage est assuré le matin et l'après-midi par les quatre ASH de chaque unité (un ou deux par roulement) et l'accès aux sanitaires communs et aux chambres est suspendu pendant son déroulement. Le patio d'une unité (Saint-Jean) est quotidiennement fermé entre 7h30 et 8h30 pour réserver cette période à l'hygiène corporelle. Les serviettes de toilette, fournies par l'établissement, sont changées tous les jours, les draps et les taies d'oreillers tous les deux ou trois jours et les matelas sont désinfectés par les AS et ASH un jour sur deux. Le linge de lit et de toilette est lavé à la blanchisserie centrale.

RECOMMANDATION 30

Les patients doivent disposer d'un accès permanent aux chambres, aux sanitaires et aux WC.

6.2.2 L'hygiène personnelle

Des produits d'hygiène corporelle (dentifrice, shampoings, gel douche, savon), achetés avec le budget social, sont disponibles pour les patients qui en sont démunis.

Les douches collectives sont souvent d'accès libre toute la journée. L'unité Saint-Jean ferme son patio le matin, période pendant laquelle les patients sont incités à faire leur toilette ou à prendre une douche.

Les unités disposent de vestiaire avec du linge de dépannage, le plus souvent approvisionné par les soignants, pour les patients dépourvus d'effets personnels. Un uniforme est imposé aux patients de l'USIP lors de leur placement en chambre d'isolement (cf. 5.2.3). Le linge des patients, qui ne bénéficie pas d'un renouvellement par les familles, est lavé gratuitement à la blanchisserie centrale et retourné en 48 heures, parfois dans un état de propreté peu satisfaisant ou rétréci, qui peut inciter les patients à faire leur lessive dans le lavabo.

RECOMMANDATION 31

Le linge personnel, lavé à la blanchisserie centrale, doit être restitué aux patients, propre et dans l'état dans lequel il a été confié.

Aucun coiffeur n'intervient plus dans l'établissement, certains soignants coupent les cheveux des patients à la demande et des séances d'esthétique (manucure, maquillage, soins du visage) sont organisées dans certaines unités (Saint-Gilles, Sainte-Monique).

6.3 A L'EXCEPTION DE L'USIP, LES PROCEDURES DE GESTION DES BIENS DU PATIENT REpondent A LEURS ATTENTES

Un inventaire des effets de chaque arrivant est réalisé dans toutes les unités et signé par le patient et un soignant (ou un cadre de santé), ou par deux soignants si l'état clinique du patient ne lui permet pas de signer ou qu'il exprime un refus de signer. Plusieurs copies de cet inventaire sont établies pour le patient, pour la ou les enveloppes déposées à la caisse des patients et pour le dossier du patient.

Le patient range ses vêtements dans le placard fermé de sa chambre (dont il garde la clef qu'il peut également confier aux soignants) et quelques objets personnels (téléphone portable et chargeur, lunettes et étuis, stylos et trousse, brosses, sacoche), à l'exception des objets dits dangereux (briquet, ciseaux, rasoirs, tondeuse, coupe-ongles, vaporisateurs, déodorants, parfums), qui seront déposés dans des casiers nominatifs ou numérotés de l'unité. Les objets ainsi retirés seront restitués pour utilisation par les soignants et replacés ensuite dans les casiers. Les chambres de l'USIP ne disposent pas de placard et les patients ne peuvent garder que très peu d'effets personnels.

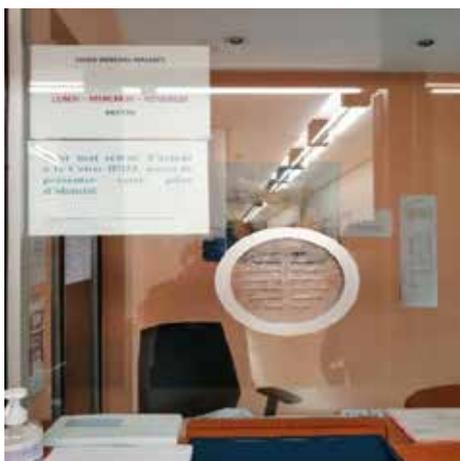
RECOMMANDATION 32

Les chambres de l'USIP doivent chacune disposer d'un placard fermé que le patient peut ouvrir afin d'avoir accès à ses effets personnels.

La « caisse biens des malades » (CBDM) accueille les valeurs des patients, mises sous deux enveloppes : l'une contenant les documents d'identité, les clés, les cartes bancaires, les chéquiers et les menues valeurs numéraires et, la seconde, contenant les bijoux, les montres et les valeurs numéraires importantes dans une limite de 500 euros. Les sommes dépassant 500 euros sont confiées aux familles ou aux tuteurs et des virements sont possibles. Ces enveloppes sont déposées dans le coffre du bureau des entrées du vendredi soir au lundi matin avant que la responsable de la caisse les récupère.

Les patients peuvent se présenter seuls ou accompagnés à la CBDM avec une pièce d'identité, pour déposer ou retirer de l'argent pendant les heures d'ouverture (les lundis, mercredis et vendredis matins de 8h30 à 12h15) et un reçu leur est délivré. Un appel téléphonique de sécurité est parfois passé dans l'unité. Les soignants font la démarche pour les patients qui ne peuvent pas apposer leur signature ni se déplacer (état clinique incompatible, hospitalisation à l'USIP).

Les biens du patient lui sont restitués avant le vendredi après-midi, dans le cadre de la préparation de sa sortie (qui, effectuée en urgence, fait appel au déplacement d'une des deux responsables de la caisse).



La caisse « biens des malades »



Les casiers personnels de l'unité Saint-Jean

6.4 LES REPAS SONT EQUILIBRES ET APPRECIES

Les réfectoires sont souvent de grandes pièces lumineuses, parfois utilisées comme salon visiteurs ou salle d'activités, qui disposent le plus souvent de cinq tables pour quatre personnes qui peuvent choisir leur place (Saint-Jean, Saint-Amédée, Saint-Gilles) selon les unités. Les repas sont organisés en deux services dans certaines unités (Saint-Jean, Saint Amédée, Sainte-Catherine) depuis le début de la crise sanitaire et les patients sont parfois assis seuls à leur table, en respect des mesures de distanciation sociale (et plus rarement en fonction de leur état clinique).

RECOMMANDATION 33

Les patients doivent tous bénéficier de mesures de distanciation sociale adaptée en prévention de la contamination au coronavirus, lors du temps collectif des repas.

Les soignants surveillent, sans les partager, le déroulement des repas qui sont pris au réfectoire en l'absence de consigne médicale spécifique et assistent les patients en difficulté d'autonomie. Les horaires sont classiques et plutôt harmonisés entre les unités (petit-déjeuner à 8h30, déjeuner 12h ou 12h30, dîner à 19h15). Une collation est servie à 16h (avec une boisson chaude ou froide et des biscuits apportés par les patients) et une tisane est souvent proposée avant le coucher vers 22h ou 23h.

Les menus sont affichés pour la semaine sur les portes des réfectoires, avec des indications s'agissant de leurs compositions, qui tiennent compte des éventuelles allergies. Un diététicien se rend régulièrement dans les unités ; les régimes prescrits (diabétique, lissés, moulinés, mixés) et certains régimes choisis sont respectés (sans porc, végétariens, végétalien). Les repas servis au réfectoire du personnel sont identiques à ceux des patients, satisfaits de la qualité et de la quantité des menus dans l'ensemble des unités. Des viennoiseries agrémentent le petit déjeuner du dimanche et des gâteaux d'anniversaire sont achetés avec le budget des activités des unités. Deux distributeurs de boissons et de friandises sont installés dans l'établissement.



Le réfectoire de l'unité Saint-Jean

Les familles ne sont pas autorisées à apporter des produits périssables mais peuvent fournir des boîtes de gâteaux. Dans certaines unités, un réfrigérateur est mis à disposition des patients pour y conserver des boissons ou des fruits en été.

La cuisine centrale est organisée en liaison froide depuis l'année 1998, les plats sont réchauffés dans les offices des unités et servis dans des barquettes collectives pour quatre patients (régime classique) ou individuelles (régime spécifique). Une réflexion écoresponsable sur plusieurs thèmes est mise en œuvre pour l'avenir à court terme (utilisation de barquettes de carton plutôt

que de plastique, remplacement des potages industriels en briques par des soupe de légumes biologiques, gaspillage de nourriture, recyclage des déchets, compost). Les patients en phase de réhabilitation psychosociale aux ATA (cf. 7.2.2b), culture de légumes, jardin aromatique, production d'huile d'olive, projet de création d'un verger) participent de cette démarche.

Les comptes rendus de réunions du comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN) et de la commission repas montrent les préoccupations constantes des participants s'agissant par exemple de la nutrition des personnes âgées, de la convivialité de la collation malgré la diminution des dotations depuis le mois de janvier 2020 et de la réouverture de la cafétéria.

Le projet de reconstruction de l'établissement prendra spécifiquement en compte le sujet de l'alimentation des patients pour le choix de son matériel et de ses nouvelles installations.

BONNE PRATIQUE 1

L'établissement est particulièrement attentif à la qualité et à la quantité adaptées de l'alimentation proposée aux patients.

7. LES SOINS

7.1 LA PRISE EN CHARGE INITIALE DES PATIENTS SE DERoule DANS DES LOCAUX CARCERAUX ET LES MODALITES D'ORIENTATION DES PATIENTS EN SDT SE FONT PRINCIPALEMENT SELON LA PROCEDURE D'URGENCE

7.1.1 La prise en charge initiale des patients au Centre d'accueil psychiatrique (CAP) du CHU de Nice

Deux contrôleurs se sont rendus au CAP du CHU, où ils ont rencontré la psychiatre responsable du CAP, de la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) et de l'équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP) et le cadre de santé, pour aborder les modalités d'accueil et d'orientation des patients en SSC au CHSM. Le CAP est situé derrière une porte fermée qui dispose d'un interphone, en toute fin d'un long couloir, difficilement accessible en raison d'une signalétique peu efficace et d'un parcours modifié depuis l'entrée de l'établissement dans le cadre des mesures préventives liées au risque de contamination par le coronavirus. Son activité, organisée selon deux unités fonctionnelles (UF), concerne l'évaluation psychiatrique urgente en consultation et en hospitalisation de courte durée (48 h) des patients domiciliés sur une aire géographique du département étendu de l'Est du Var à Menton (qui comprend les secteurs 6 à 13).

Les locaux, initialement prévus pour l'organisation de soins auprès de personnes sous main de justice ont été finalement destinés au CAP. Il dispose de dix lits d'hospitalisation, de deux chambres d'isolement (CI) et de bureaux d'entretien, préalablement conçus pour être des cellules, fermés par de lourdes portes métalliques. Les patients en soins libres peuvent quitter le CAP mais doivent solliciter un soignant pour l'ouverture de la porte du service.



Le lit d'une chambre hôtelière



Les portes blindées des bureaux cellulaires

RECOMMANDATION 34

L'examen mental des patients accueillis au CAP ne doit pas être pratiqué au sein de locaux carcéraux, dont la porte ne saurait, de surcroît, être fermée, en méconnaissance du droit à la libre circulation des patients en soins libres.

Les effectifs de l'équipe pluriprofessionnelle (exclusivement employée par le CHU) se composent d'un ETP de psychiatre PH responsable, de deux ETP de psychiatres assistants (un pour les deux UF et un pour l'activité de liaison avec le pôle urgence), de deux ETP d'internes, d'un ETP de cadre de santé, d'un ETP de psychologue, de treize d'IDE (sept de jour et six de nuit), de quatorze ETP d'AS (sept de jour et de nuit), de quatre ETP d'ASH (de jour).

La garde de nuit est assurée par quinze psychiatres du CHU et du CHSM (tous qualifiés à l'ordre des médecins, qui effectuent chacun une garde mensuelle), la responsabilité de la réalisation de son tableau change chaque trimestre entre les deux établissements et les internes participent, supervisés par leurs aînés (aux urgences entre 18h30 et minuit, puis au pavillon M de psychiatrie jusqu'à 8h).

Les patients viennent parfois seuls de la rue ou de leur domicile, des structures psychiatriques de secteur public (CMP, HDJ, réseau EMPP et CUMP) et privé (cabinets des psychiatres libéraux, cliniques) des services de la santé au travail ou sont accompagnés par les services publics de sécurité urbaine (police, pompiers).

Le patient qui se présente aux urgences, seul ou accompagné, est enregistré à l'accueil (qui fait office de bureau des entrées), est paré d'un bracelet qui renseigne son identité, puis rencontre l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO). La réalisation d'un examen somatique et d'un bilan paraclinique initiaux (examens biologiques, radiologiques, tomodensitométries et électrocardiogramme) n'est pas systématique et l'orientation au CAP est effectuée à la demande du patient ou devant un tableau clinique évocateur de trouble psychiatrique.

RECOMMANDATION 35

Un patient admis au service des urgences du CHU de Nice, qui présente des symptômes psychiatriques, doit bénéficier systématiquement d'un examen clinique somatique et de la réalisation d'un bilan d'explorations complémentaires *ad hoc* afin d'éliminer toute cause organique à l'origine éventuelle de ses troubles avant son orientation pour une évaluation psychiatrique.

Lors de l'arrivée au CAP, un aide-soignant accueille le patient, vérifie son identité (bracelet), contrôle ses effets personnels afin de retirer les objets dangereux et de les déposer dans la bagagerie. La consultation psychiatrique se déroule sans tiers et permet de poser, ou non, une indication d'hospitalisation. Les éléments médicaux sont reportés dans le logiciel du terminal des urgences s'il s'agit d'une simple consultation, dans le logiciel *Orbis* en cas d'hospitalisation, (les psychiatres du CHSM ayant également accès à ce dernier), aucune migration de ces données n'étant effectuée vers le logiciel du CHSM.

Les patients adressés dans le cadre d'une procédure de SDRE (préfet ou maire) sont conduits dans la zone police du service des urgences générales pour la durée de leur prise en charge au CHU, avant d'être orientés vers le CHSM, toujours escortés par la police. Les patients adressés au CHSM en SDT bénéficient, après une hospitalisation de 24 h au CAP en cas de besoin pour une évaluation de la nécessité de la mesure de SSC, de la recherche systématique d'un tiers avec l'aide de l'assistante de service social, qui fructueuse, conduit très majoritairement à une orientation du patient sur le mode de la procédure d'urgence plutôt que celle du droit commun, plus protectrice des droits de la personne et, sinon sur celui du péril imminent.

Les mineurs sont théoriquement accueillis à la fondation Lenval de Nice, avec un délestage possible vers le CAP s'il ne peut répondre à la demande ; une recrudescence du nombre de mineurs adressés au CHSM en SDRE a été observée après les attentats de Nice des mois de juillet 2016 et d'octobre 2020.

Les CI sont propres et disposent d'un sommier de métal avec des boucles soudées pour l'accueil des contentions en tissu, d'un matelas, d'une horloge horodatée et d'une prise électrique sécurisée, d'une table de lit pour la prise des repas assis sur le matelas, d'un WC séparé d'une cloison mais d'aucune douche, ni d'un point d'eau, ni d'une source de lumière naturelle suffisante, ni d'un dispositif d'appel de l'équipe.



Une des deux CI et son matériel de contention déjà installé



L'horloge horodatée de la CI

RECOMMANDATION 36

Pour respecter la dignité d'un patient isolé, la chambre d'isolement du CAP du CHU doit disposer d'une douche, d'un WC séparé d'une cloison qui préserve l'intimité, d'un point d'eau, d'une source de lumière naturelle suffisante, d'un dispositif d'appel de l'équipe utilisable en cas d'immobilisation au lit par des contentions et d'un espace extérieur réservé à la prise des repas.

L'indication de placement en isolement est formulée pour deux situations précises : l'agitation extrême résistante aux administrations médicamenteuses préhospitalières du patient et sa dangerosité pour lui-même ou autrui. Celle des contentions (en tissu) fait seule l'objet d'une traçabilité dans un registre de papier.

RECOMMANDATION 37

Les pratiques d'isolement et de contention, exercées au centre d'accueil psychiatrique du CHU de Nice, doivent faire l'objet d'une traçabilité protocolisée dans un registre spécifique, dont les données sont exploitables par l'administration pour une extraction statistique.

Les patients examinés dans le cadre d'une garde à vue dans la zone police sont menottés à l'appréciation des policiers et le médecin ne sollicite pas leur démenottage.

RECOMMANDATION 38

L'examen médical de l'état de santé mentale d'un patient adressé aux urgences du CHU de Nice, dans le cadre d'une garde à vue, ne doit pas se pratiquer sur un patient menotté.

L'activité annuelle du CAP a concerné un peu moins de 4 500 patients en 2019 et en 2020 (total des consultations et des hospitalisations) auxquels s'ajoutent les 2 000 consultations effectuées en zone urgence²².

7.1.2 L'accueil dans les services

Les patients en SSC arrivent dans l'établissement très majoritairement adressés par le CAP du CHU et sont orientés le plus souvent vers le centre d'accueil des admissions (C2A) du CHSM, où un entretien d'accueil est réalisé en présence de l'infirmière d'accueil et de coordination (IAC) et de soignants de l'équipe de référence. Un point est fait dans la suite de la prise en charge au CAP, notamment s'agissant de la mise en œuvre de la mesure de SSC et de la réalisation d'un examen somatique aux urgences. Les patients hospitalisés en SDRE sont admis directement dans l'unité.

Le patient est accompagné dans son unité d'hébergement, dans laquelle il est accueilli par un ou plusieurs soignants, avant la réalisation de l'inventaire contradictoire et la délivrance d'informations concernant les règles de vie de l'unité. Une visite de l'unité est n'est pas pratiquée de façon systématique. Le premier entretien avec le praticien hospitalier psychiatre dépend de sa présence dans l'unité : il peut être réalisé dès l'entrée ou dans un délai bref de quelques heures, le lendemain au plus tard généralement.

A l'USIP, le patient est admis sur dossier, avec l'accord du médecin chef de l'unité, le médecin du service d'origine signant un engagement de reprise du patient à l'issue des soins. Le patient arrive, en provenance de son service d'origine (les prises en charge sont actuellement limitées aux patients du CH Sainte-Marie et du CHU Pasteur), accompagné par son équipe ou des maisons d'arrêt de Nice ou Grasse, accompagné d'une escorte policière selon une décision préfectorale. Son accueil est systématiquement effectué en CI (cf. § 8.2.1). Aucun inventaire n'est réalisé car le patient est adressé presque sans effets, son argent est confié au service des biens et son tabac conservé par les infirmiers (le patient peut fumer lorsqu'il sort de CI).

²² Source : données communiquées par le médecin responsable du CAP.

RECOMMANDATION 39

Les patients admis en soins sans consentement à l'unité de soins intensifs psychiatriques doivent pouvoir être accueillis avec les effets personnels dont ils ont besoin et y avoir accès pendant la durée de leur hospitalisation.

7.2 LES SOINS PSYCHIATRIQUES DES PATIENTS EN SSC SE DEROULENT SYSTEMATIQUEMENT EN UNITE FERMEE MAIS LA DIVERSITE ET L'ACCESSIBILITE DES ACTIVITES DU POLE DE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE PERMETTENT UNE COHERENCE DU PARCOURS DE SOIN DES PATIENTS STABILISES**7.2.1 L'organisation des soins psychiatriques dans les unités**

Les pôles de psychiatrie générale ont réinstauré la référence sectorielle dans leur philosophie de soin mais il persiste une partition stricte des patients hospitalisés : ceux admis en SSC derrière des portes d'unités fermées, alors que ceux en SL le sont en unité ouverte.

RECOMMANDATION 40

L'enfermement systématique de tous les patients hospitalisés en soins sans consentement dans l'établissement, qui favorise la confusion entre les caractéristiques obligatoire et sécuritaire des soins, doit cesser.

Les unités ne disposent pas de projet de soins spécifiques écrits, excepté celui de l'USIP, datant de 2018, qui ne décrit pas la prise en charge qualitative des patients mais le cadre dans lequel elle s'exerce, et n'est pas connu du personnel au-delà de son existence.

Les équipes de soins sont constituées classiquement de façon pluriprofessionnelle, en associant des médecins psychiatres et généralistes, des internes, des cadres de santé, des psychologues, des assistantes de service social, des IDE, des AS et des ASH. Les difficultés de recrutement de l'établissement, qui ont nécessité celui de nombreux psychiatres intérimaires (dix en deux ans et demi dans le PPGN, deux en dix-huit mois dans le PPGC, un à l'USIP), peut refléter une dimension d'instabilité et de manque de repères dans l'offre de soins au quotidien pour les patients, comme pour les équipes.

Les patients bénéficient d'entretiens psychiatriques réguliers, le plus souvent en présence d'un IDE, de fréquence minimale hebdomadaire et adaptée à la nécessité de leur état clinique, à l'exception des unités dans lesquelles des postes sont vacants et dans l'attente de remplacement par des médecins intérimaires. Changer de psychiatre est en théorie possible pour les patients, qui en feraient très peu la demande, parfois satisfaite ou abandonnée en raison de la nécessité d'un changement d'unité dans un même service. De nombreux praticiens intérimaires se sont succédé à l'unité Sainte-Monique, situation peu propice à la référence médicale et à l'élaboration cohérent de projet de soins. Les patients n'ont pas le choix du médecin à l'USIP, un praticien assurant la permanence du lundi au jeudi et un deuxième le vendredi, un appel à l'intérim médical étant réalisé pendant leurs périodes d'absence pour congés.

Lors de menaces ou passages à l'acte hétéro agressifs, les équipes évaluent au cas par cas chaque situation clinique et ses risques inhérents pour favoriser l'apaisement du patient. L'expérience des équipes des différentes unités reste hétérogène s'agissant de la maîtrise des techniques de désescalade. En cas de violence physique, les soignants peuvent faire appel à l'équipe de

soignants de première assistance (ESPA) qui intervient rapidement mais également aux infirmiers experts et en dernier recours à l'équipe de sécurité.

Les transmissions infirmières ciblées sont effectuées quotidiennement lors de chacun des trois temps de changement des équipes soignantes. Des réunions soignants-soignés bimensuelles avec une fréquente participation des psychologues et des réunions de fonctionnement mensuelles sont organisées dans presque toutes les unités. Enfin, des réunions soignants-soignés et des entretiens individuels à caractère exceptionnel ont parfois pu être réalisés, notamment à l'USIP dans les suites des attentats perpétrés à Nice (promenade des Anglais le 14 juillet 2016 et basilique Notre-Dame le 29 octobre 2020).

S'agissant des consommations toxiques itératives, qui peuvent provoquer l'aggravation de l'état psychique de plusieurs patients dans une même unité, des dépistages urinaires peuvent être effectués.

Aucun repas thérapeutique n'est organisé dans les unités fermées.

Les demandes des patients d'accès à la lecture et aux copies de leurs dossier médical sont formulées par écrit à la direction et satisfaites sans difficulté selon la procédure *ad hoc*.

Les équipes de soins ne bénéficient pas de supervision pour élaborer leur pratique professionnelle.

RECOMMANDATION 41

Les équipes soignantes doivent bénéficier de supervision individuelle et collective, avec des personnes spécifiquement formées, extérieures à l'établissement, afin d'élaborer une réflexion concernant leurs pratiques professionnelles.

Un développement et une utilisation du programme psychoéducatif *Profamille* existent depuis une quinzaine d'années. Les projets de soins n'intègrent en revanche pas actuellement la participation de médiateurs de santé pairs, à l'exception d'un au CARE.

RECOMMANDATION 42

Le recrutement pertinent de médiateurs de pairs contribuerait à l'élaboration des projets de soins des patients hospitalisés en soins sans consentement.

Enfin, aucune directive anticipée incitative en psychiatrie (DAIP) n'est mise en œuvre dans les pôles de soins.

RECOMMANDATION 43

Les directives anticipées incitatives en psychiatrie, qui sont des outils des soins efficaces d'obtention et de renforcement de l'alliance thérapeutique, devraient être mises en œuvre dans l'ensemble des pôles de soins de l'établissement.

7.2.2 L'accès aux activités occupationnelles et thérapeutiques

a) Les activités dans les unités

Les patients n'ont pas le même accès aux activités dans les différentes unités de psychiatrie générale. Les disparités suivantes ont été observées :

- l'existence d'espaces réservés aux déroulements des activités qui peuvent, à défaut, se dérouler dans le salon de télévision ou dans le réfectoire (Saint-Jean, Saint-Gilles, Saint-Amédée, USIP) et l'existence d'une salle zen dans une seule unité (Saint-Amédée) ;
- l'existence de patio (Saint-Jean) ou de terrasse (Sainte-Monique) meublés de tables, de chaises et de banc et utilisés pour la réalisation d'activités (baby-foot, ping-pong, jardinage) ;
- une liberté d'accès aux espaces d'activités ou l'obligation d'être accompagné d'un soignant ;
- la présence trop rare de bibliothèques ;
- des ateliers mis en œuvre par des infirmiers ou des psychologues ;
- des budgets annuels alloués différents pour l'année 2020 (1 000 euros à Sainte-Lucie, Saint-Jérôme, Saint-Maurice, Saint-Amédée, Sainte-Thérèse, Sainte-Catherine et Saint-Gilles, 1 200 à Saint-Damien, Sainte-Madeleine, Saint-Pierre et à l'USIP, 1 300 euros pour Saint-Jean et Sainte-Monique) ;



Le patio de l'unité Saint-Jean



La terrasse de l'unité Saint-Pierre

L'USIP dispose d'une vaste cour de 500 m² accessible, équipée de tables et de bancs, d'une table de ping-pong, d'un baby-foot et de jardinières entretenues par les patients. La cour permet l'accès à l'atelier d'art-thérapie et à une salle de sport (équipée de matériel de musculation et d'un vélo). Le vaste salon de télévision qui présente des œuvres murales (réalisées par les patients en art-thérapie) permet également la projection de films et un accès est possible à une console de jeux vidéo. Aucun patient ne bénéficie d'une sortie pour participer aux activités hors de l'unité, excepté des « sorties-pelouse », accompagnées de deux soignants, depuis le début de la crise pandémique.

RECOMMANDATION 44

Les patients de l'USIP devraient avoir accès aux activités du pôle de réhabilitation psychosociale.

Dans sa réponse contradictoire, l'établissement précise : « *Dans les faits, rien ne l'interdit. Cependant il ne faut pas perdre de vue que l'USIP est une unité de crise, une fois sorti de crise, les patients regagnent leur unité d'origine ou la maison d'arrêt. C'est pour cette raison que l'art-thérapie ou la musicothérapie, qui sont des activités accessibles via le CARE, sont proposées directement au sein de l'USIP, pour permettre l'accès aux patients qui y sont hospitalisés* ».

La crise clinique n'étant pas un processus continu, la réhabilitation psychosociale étant un outil contribuant au processus de stabilisation et les sorties accompagnées de l'unité un facteur en faveur de l'apaisement de certaines situations cliniques, la recommandation est maintenue.

b) Les activités en dehors des unités

De nombreux patients peuvent se rendre à des activités hors des unités de psychiatrie générale, dans le pôle sanitaire de réhabilitation psychosociale (PSRP, qui a pris le relais de l'ancienne fédération) qui regroupe le centre des activités de réhabilitation (CARE), les ateliers thérapeutiques agricoles (ATA) et les ateliers thérapeutiques polyvalents (ATP).

i) Le CARE

Le CARE dispose d'une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin psychiatre, d'un cadre de santé, d'un neuropsychologue (un deuxième sera recruté), de trois psychologues cliniciens, de deux infirmiers, d'éducateurs sportifs, d'art-thérapeutes, d'un diététicien, d'une assistante sociale et d'un pair-aidant médiateur de santé.

Ses objectifs associent l'amélioration de la qualité de vie des patients, la limitation des risques de rechute, du nombre et de la durée des hospitalisations, l'optimisation de l'observance des traitements et l'amélioration des capacités d'insertion socio-professionnelle.

Tous les patients stabilisés des unités de psychiatrie générale (hospitalisés en SL ou en SSC) mais aussi les patients ambulatoires, peuvent bénéficier d'une prise en charge au CARE.

Lors de sa mise en œuvre, des réunions d'information se sont tenues dans toutes les unités et les patients ont été orientés individuellement selon leur souhait, après un échange avec les psychiatres référents des unités. Une IDE et une psychologue se sont rendues dans les unités pour réaliser un premier entretien d'évaluation générale et de définition des besoins et des ressources de chaque patient dans le but d'établir un projet de réhabilitation personnalisé, suivi d'une restitution au psychiatre.

L'évaluation proprement dite associe ensuite un entretien avec le psychiatre, une évaluation fonctionnelle et une évaluation neuropsychologique et permet d'établir une synthèse qui définit, avec le patient, un plan d'action pour son parcours de réhabilitation.

Lors de la visite de contrôle, soixante-deux patients (dont vingt-deux hospitalisés en SSC, soit 35 %) étaient inscrits au CARE qui réalisait une moyenne de cinq nouveaux accueils hebdomadaires. Les services ont tous investi progressivement le CARE et adressé des patients.

Des activités dans les unités ou dans les locaux du CARE, sont proposées et programmées en fonction du projet :

- en groupes : « compétences », « méditation », « activités physiques adaptées », « remédiation cognitive », « Michael's game » (cognition sociale et flexibilité mentale), « diététique », « écoute musicale », « PACT » (psychose, aider, comprendre, traiter) , « EMC » (entraînement méta cognitif) ;
- individuellement : remédiation cognitive, activités physiques adaptées dans les unités ou dans les locaux du CARE.

Des accompagnements spécifiques avec l'assistante sociale (recherche de logement, démarches sociales et professionnelles), le diététicien (élaboration de menus équilibrés), ainsi qu'un programme de soutien des familles, sont également proposés.

Un médiateur de santé pair (recruté à mi-temps en janvier 2021), présent trois jours par semaine, partage son vécu de son parcours de soins avec les patients, toujours en binôme avec un soignant.

Le CARE travaille en réseau avec les centres médico-psychologiques (CMP), les hôpitaux de jour (HDJ), les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP), les médecins (généralistes et psychiatres) et les IDE libéraux, les établissements de travail en milieu protégé (ESAT²³, EA, CRP), les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), les foyers d'hébergement et les cliniques de psychiatrie et d'addictologie.

En période de pandémie, la plupart des sorties, organisées par le CARE ou les unités hors de l'établissement (escalade, piscine, randonnées, sorties cinéma, théâtre), ainsi que l'activité cuisine (à côté du réfectoire du personnel), ont été suspendues. Cependant, les intervenants du CARE (les deux moniteurs sportifs principalement) se sont déplacés dans les unités pour organiser des ateliers individuels ou en petits groupes ou accompagner des patients d'une même unité sur la grande pelouse de l'établissement, pour des exercices physiques, de détente ou pour la pratique du vélo, ce qui a considérablement contribué à apaiser les tensions inhérentes au confinement. La salle de sport a réouvert au début du mois de février 2021 pour des activités adaptées individuelles ou en petits groupes.

Le budget alloué pour le CARE pour l'année 2020 était de 9500 euros.



La salle de sport



Un tandem pour patient et soignant

²³ ESAT : établissement ou service d'aide par le travail ; EA : entreprise adaptée ; CRP : centre de rééducation professionnelle.

BONNE PRATIQUE 2

L'organisation en réseau du centre des activités de réhabilitation favorise un maillage entre les secteurs intra et extra hospitaliers, très pertinent s'agissant du relais des projets de soins des patients vers la cité.

ii) Les ATA

Les ateliers thérapeutiques agricoles sont une unité à destination des patients en SL ou en programme de soins (dans le cadre d'une mesure de SSC), située hors de l'établissement dans le village proche de Saint-André-de-la-Roche, qui dispose d'une capacité d'accueil de douze places avec une structure d'hébergement sur place. Les ATA sont restés ouverts pendant la crise sanitaire et onze patients (dont deux en programme de soins dans le cadre d'une mesure de SDRE) étaient inscrits aux ATA lors de la visite.

Les patients sont accueillis selon leur projet de rétablissement et réhabilitation et leur pathologie, pour des durées variables et sont encadrés par une équipe pluriprofessionnelle (un médecin, un cadre de santé, six IDE, deux ASH, quatre AS, quatre moniteurs-éducateurs). Leur sont enseignés le débroussaillage, la plantation, la composition florale, le travail en serre, la création d'un jardin aromatique et d'un verger, les cultures maraîchères, biologique set des bonsais, la permaculture, le traitement du compost, la cueillette des olives et la production d'huile d'olive). Les patients perçoivent une rémunération symbolique de 70 euros par mois et peuvent emporter les produits de leur travail lors des permissions à domicile. Ils peuvent bénéficier d'une orientation en ESAT (espaces verts), à l'issue de leur investissement dans les ATA.

Un accompagnement est proposé (remise à niveau scolaire, utilisation d'Internet, ateliers de remédiation cognitive, activités sportives qui peuvent se dérouler dans les locaux du CARE rejoins en navette), ainsi que des activités annexes (atelier cuisine avec les produits récoltés, jeux de société, pétanque, vidéo, lecture).



La serre et le réfectoire des ATA

iii) Les ATP

Les ateliers thérapeutiques polyvalents, intersectoriels, disposent d'une équipe pluriprofessionnelle (une IDE à temps plein et une à mi-temps, un ergothérapeute, un moniteur-éducateur, deux animateurs et un ASH) qui proposent aux patients, sur prescription médicale,

des séances de menuiserie (fabrication de meubles et de jeux de bois), de couture (créations de tissu avec du matériel de récupération et de décorations (sculptures, moulages, végétaux).

Les patients perçoivent une rémunération symbolique mensuelle de 30 euros pour leur participation.

Les soignants assistent aussi les patients dans leurs recherches de solutions de logement (orientation vers le dispositif *Un chez-soi d'abord* de l'association Aurore et les résidences accueil de l'association Isatis)

Lors de la visite, quatorze patients (dont treize en SL et un en PDS) étaient suivis plusieurs fois par semaine individuellement.

Les productions des ATA et des ATP font l'objet d'expositions et de ventes dans la cafétéria de l'hôpital (actuellement fermée) à destination des familles et du personnel. L'argent perçu permet l'achat de matériel pour les ateliers.



Des exemples de productions des ATP

iv) L'atelier d'art-thérapie

Quatre intervenants (une IDE, un ergothérapeute, un moniteur-éducateur et une psychiatre uniquement présente le mercredi après-midi) accueillent sur prescription médicale, du lundi au vendredi (pour trois séances hebdomadaires de 2h30 au maximum), individuellement ou en petits groupes de quatre, des patients (hospitalisés en SL ou en SSC de toutes les unités ou ambulatoires), dans les anciens locaux de l'addictologie du bâtiment central. Des activités d'expression et de création artistique sont proposées sans thème imposé, appuyées sur différents médias (chant, gravure, tissus, écriture, arts plastiques), ainsi que des sorties accompagnées pour voir des expositions et visiter des musées.

En période sanitaire apaisée, soixante patients peuvent être accueillis hebdomadairement, trente pendant la crise.



L'atelier d'art-thérapie

BONNE PRATIQUE 3

L'établissement a mis en œuvre un pôle de réhabilitation psychosociale qui présente des modalités très diversifiées d'accompagnement thérapeutique, social et professionnel, accessibles aux patients ambulatoires et hospitalisés en soins libres ou sans consentement.

La cafétéria est actuellement fermée pour des travaux de remise en conformité de l'hygiène des locaux et les activités du CARE, de l'art-thérapie et de sport adapté cessent le week-end.

RECOMMANDATION 45

Les patients devraient avoir accès aux activités du pôle de réhabilitation psychosociale tous les jours.

7.3 L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES ET ADDICTOLOGIQUES EST COMPLETEMENT ASSURE, DE MANIERE COORDONNEE AVEC LES SOINS PSYCHIATRIQUES

7.3.1 Les soins somatiques dans les unités

La présence d'un médecin généraliste référent, dans chaque unité d'hospitalisation, pour des durées variant de 0,33 ETP à 0,5 ETP soit une moyenne de 0,37 ETP réel dans chaque unité d'hospitalisation, permet d'assurer aux patients l'accès aux soins somatiques tous les jours, pendant tout leur parcours de soin hospitalier et quotidiennement en cas de placement en isolement.

Lors de l'arrivée d'un patient dans l'établissement et de son passage au C2A, un généraliste l'examine.

Les généralistes répondent autant que de besoin aux sollicitations de l'équipe soignante quand l'état clinique d'un patient le nécessite et participent au *staff* quotidien dans de nombreuses unités. Ainsi, une prescription de prévention des phlébites peut être réalisée pour un patient en contention.

Les gardes de nuit somatiques sont assurées par les généralistes de l'établissement et par des médecins en intérim si nécessaire.

BONNE PRATIQUE 4

La participation des médecins généralistes au *staff* des équipes des unités d'hospitalisation contribue à une coordination effective entre les soins psychiatriques et les soins somatiques.

7.3.2 Les soins somatiques spécialisés

Dans le service transversal médico-technique, animé par le médecin coordonnateur des généralistes également vice-président de la CME, un plateau technique varié permet des consultations spécialisées et des examens complémentaires (4 439 consultations ont été réalisées en 2020, 5 504 en 2019, soit une diminution de 20 %). Les soins proposés associent :

- la biologie médicale, assurée par le CHU avec lequel le CHSM est conventionné et les prélèvements effectués par les IDE des services de soins ;
- le dentiste, présent une seule demi-journée par semaine, ce qui entraîne des délais longs d'accès aux soins dentaires (les patients autistes sont adressés à un service d'odontologie d'une clinique qui réalise dans de bonnes conditions des soins adaptés à ce public) ;
- le cardiologue, présent une journée par semaine ;
- le radiologue présent deux journées par semaine et le manipulateur (1 ETP) qui assure la réalisation des examens radiologiques ;
- le gastro-entérologue présent une journée par semaine ;
- le pneumologue présent deux journées par mois ;
- le pédicure présent une journée toutes les trois semaines ;
- la gynécologie est assurée par une généraliste de l'établissement mais cette consultation est peu sollicitée (seize consultations en 2020) ;
- la consultation mémoire, assurée par un des médecins généralistes de l'établissement ;
- le kinésithérapeute qui intervient sur prescription médicale.

Les consultations spécialisées sont équipées d'un fauteuil de dentiste, d'appareils de radiologie, d'échographie, d'un échographe-doppler et d'un électroencéphalographe. Chaque unité de soins l'est d'un électrocardiographe.

Ce plateau technique est actuellement destiné aux patients hospitalisés et aux résidents de la MAS mais une réflexion est en cours pour que la dimension somatique puisse également être portée dans les CMP.

L'adresse des patients pour des consultations spécialisées et des examens paracliniques, qui ne sont pas réalisées sur place, s'effectue vers le CHU et d'autres structures médicalisées (710 consultations et examens en 2020, 795 en 2019). Une convention est ainsi établie avec deux cliniques privées pour faire réaliser des examens cliniques qui ne peuvent l'être au CHU. Les consultations d'ophtalmologie sont assurées par un médecin libéral partenaire de l'établissement. Les délais de rendez-vous pour les consultations spécialisées hors de l'établissement sont relativement rapides, en dermatologie, pour laquelle la téléconsultation est envisagée.

Les patients qui doivent être hospitalisés en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) peuvent bénéficier, dans certains cas, de la présence d'un soignant de l'établissement, notamment les patients en SDRE.

Les médecins généralistes proposent des formations complémentaires aux IDE nouvellement arrivées et contribuent à la formation des internes en psychiatrie en abordant par exemple la question des prescriptions « si besoin ».

Peu d'actions collectives de prévention en santé sont mises en œuvre, à l'exception de celle de l'équipe de liaison en addictologie (ELSA) pour la prévention des conduites addictives (cf. ci-dessous).

7.3.3 Les soins en addictologie

La filière d'addictologie de l'établissement s'est récemment restructurée en une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA), qui intervient dans les unités de psychiatrie, adossée à un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), lequel assure une activité ambulatoire. Un projet d'hôpital de jour devrait compléter la filière.

L'ELSA intervient dans toutes les unités à la demande des équipes, pour évaluer l'addiction d'un patient et déterminer les prises en charges possibles selon plusieurs modalités :

- une délivrance quotidienne de la méthadone aux soignants pour son administration aux patients ;
- des entretiens médicaux spécialisés ;
- des groupes de paroles, de relaxation et de méditation en pleine conscience ;
- des interventions le soir et en fin de week-end pour assurer une présence lors du moment délicat des retours de permission des patients consommateurs ;
- la préparation de la sortie, avec l'organisation de la prise en charge ambulatoire en addictologie (25 % des patients sortants sont orientés vers un CSAPA) ;
- la formation des soignants.

Un projet de groupe animé par l'association *Narcotiques anonymes* était prévu en 2020 mais a été suspendu du fait de la crise sanitaire.

L'équipe est composée d'un médecin addictologue (0,35 ETP), d'un interne et de personnel soignant, éducatif et psychologue (3,36 ETP).

La file active de l'ELSA s'est élevée à 777 patients pour l'année 2019.

BONNE PRATIQUE 5

L'intervention de l'équipe de liaison et de soins en addictologie dans les unités le soir et en fin de week-end lors du moment délicat des retours de permission des patients consommateurs constitue une pratique de prévention des situations de crise.

7.3.4 L'organisation de l'établissement face à la pandémie de Covid-19

Dès le début de la pandémie l'hôpital Sainte-Marie a été désigné par l'ARS comme établissement support pour la prise en charge des patients contaminés par le coronavirus avec une unité spécifique Covid, laquelle a été fermée à la fin du mois d'avril 2020. Depuis la deuxième vague de l'automne 2020, le protocole Covid prévoit une chambre Covid utilisable si nécessaire dans chaque unité.

Un cluster avait été identifié en mars dans le service de psychogériatrie et un deuxième plus tard à la clinique des autistes. Le nombre de patients entrants dépistés positifs est actuellement croissant. Un test PCR est systématiquement pratiqué au centre d'accueil psychiatrique (CAP)

des urgences ou lors de l'entrée dans l'établissement. Le résultat est connu entre 12h et 24h. Les patients sont invités à porter un masque dans l'attente du résultat, port qui n'est plus imposé en cas de résultat négatif.

La vaccination contre la Covid a été réalisée sur des patients du service de psychogériatrie, de ceux de la MAS et des soignants de plus de 50 ans présentant des facteurs de risques.

7.4 LA GESTION DES MEDICAMENTS NE RESPECTE PAS LA CONFIDENTIALITE A L'USIP ET DES PRESCRIPTIONS « SI BESOIN » PERSISTENT

Un IDE référent pharmacie, désigné dans chaque unité, fait le lien avec la pharmacie. Un préparateur de ce service vérifie régulièrement la dotation de l'unité et son rangement dans l'armoire spécifique, située dans la salle de soins le plus souvent et plus rarement dans le bureau des infirmiers (USIP). Les médicaments sont livrés en caisse, un jour de la semaine, spécifiquement dans chaque unité, en réponse aux prescriptions médicales renseignées sur le logiciel *ad hoc*, avec une possibilité de réassorts ponctuels en cas de besoin. Les informations concernant les médicaments sont principalement délivrées par les médecins lors des entretiens.

Les traitements sont préparés en piluliers pour la clinique des autistes. Les patients des autres unités bénéficient d'une délivrance journalière individuelle nominative (DJIN) par la pharmacie et d'une préparation par l'IDE avant chaque administration au regard de la prescription médicale actualisée (systématiquement éditée avant chaque préparation). La distribution est effectuée par les IDE, quatre fois par jour à l'heure des repas (7h45-8h, 11h30-12h, 18h15-18h45) et le soir au coucher (22h), individuellement dans la salle de soins dont la porte est parfois fermée pour un respect plus adapté de la confidentialité, les autres patients attendant à distance dans le couloir. A l'USIP, l'administration des traitements est effectuée devant la salle de soins avant les repas, aux patients qui font la queue sans respect de la confidentialité (celle des patients isolés se fait en chambre d'isolement avant le repas).

RECOMMANDATION 46

La procédure d'administration des traitements aux patients de l'USIP doit respecter la confidentialité.

Les patients peuvent refuser la prise du traitement, ce qui donne lieu à des entretiens médicaux pour une nouvelle information, à des incitations de la part des IDE, pour en faire comprendre la nécessité et éviter la prolongation des durées d'hospitalisation. Les formes liquides sont parfois privilégiées pour éviter les situations de dissimulation ou de mal observance du traitement.

Des prescriptions d'administration injectable de médicaments « *si besoin* » persistent et sont encadrées par la pharmacie, ainsi que de très rares dépassements de dose, qui sont médicalement justifiés et argumentés lors d'un échange entre le psychiatre et la pharmacienne.

RECOMMANDATION 47

L'administration injectable urgente d'un médicament psychiatrique doit répondre à une prescription médicale, établie immédiatement en réponse à la nécessité de l'apaisement d'un état clinique médicalement évalué, leur prescription « *si besoin* » ne saurait perdurer.

La commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS), dont le président est un médecin généraliste et le vice-président un psychiatre, se réunit deux fois par an (la dernière fois le 13 octobre 2021) et permet une diffusion d'informations s'agissant notamment des derniers médicaments référencés, de la pharmacovigilance, des quantités et des coûts des médicaments dispensés dans l'établissement.

8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

8.1 LA SURVEILLANCE DES CHAMBRES D'ISOLEMENT PAR VIDEO EST SYSTEMATIQUE, EXPOSANT L'INTIMITE DES PATIENTS, NOTAMMENT A L'USIP

Au moment de la visite du CGLPL, l'établissement compte onze chambres d'isolement (CI) installées dans huit unités. Une réduction du nombre de ces CI a été engagée depuis 2017, en divisant le nombre par deux. Le choix a ainsi été fait de supprimer entièrement les CI dans les unités sectorielles ouvertes accueillant uniquement des patients en SL, et de n'en conserver qu'une seule dans chacune des six unités sectorielles fermées qui accueillent des patients en SSC. Le cas de l'USIP, dotée de quatre CI, reste spécifique. Enfin, la transformation de la CI en chambre ordinaire au sein de l'unité Saint-Vivien, à la clinique des autistes, était prévue quelques jours après la visite des contrôleurs, ce qui réduira le nombre total à dix chambres d'isolement.

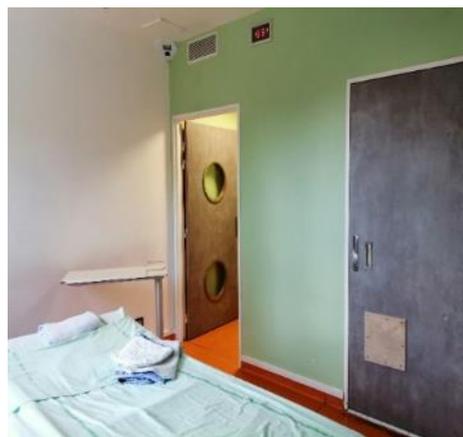
Dans les documents remis par l'établissement, notamment les procédures, ces CI sont dénommées « chambres de soins intensifs ».

Toutes les CI, sauf à l'USIP, sont précédées d'un sas qui dessert également la salle d'eau attenante, ce qui permet un double accès dans la plupart des CI (à l'exception de celles de l'USIP). La porte du sas du côté de la chambre est dotée d'un fenestron ou de deux larges hublots selon les unités, sauf à l'USIP où les portes sont de métal plein. Les CI sont systématiquement équipées d'une horloge digitale, (toutes n'indiquant pas la date), de fenêtres que le patient ne peut pas ouvrir, la plupart barreaudées et assurant une lumière naturelle (l'interrupteur de l'éclairage électrique est situé hors de la chambre), d'un dispositif de climatisation réversible, d'un lit dont le sommier métallique est fixé au sol au centre de la pièce et d'un matelas, avec une tige de métal d'accueil des contentions (les sangles de contention sont parfois laissées en permanence), et d'un dispositif d'alarme (fixé au sommier, qui permet à un patient contentonné d'appeler les soignants, dont l'un porte sur lui un dispositif de réception de l'alarme). Aucun autre mobilier n'est présent dans les CI. Quand le repas est pris dans la CI, une table de lit est apportée puis retirée.

Les CI des six unités sectorielles disposent d'une salle d'eau attenante, dotée d'un WC, d'un lavabo et d'une douche, et dont l'accès est permanent sauf consigne médicale. Le patient peut disposer d'une bouteille d'eau et d'un urinoir quand la porte de la salle d'eau est fermée mais les soignants de certaines unités préfèrent se déplacer pour répondre aux besoins des patients et la pratique du seau de toilette est exclue partout. Dans les CI de l'USIP, un WC de modèle anglais en inox est installé dans la chambre au pied du lit, sans muret de séparation ni accès à l'eau. Les WC de toutes les CI ne disposent pas de papier de toilette.



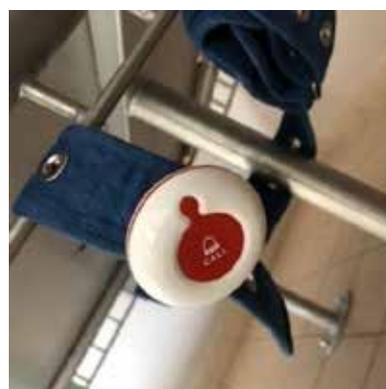
Le lit de la CI de Saint-Jérôme



La CI de Saint-Jean



La salle d'eau de la CI de Saint-Jérôme



*Le dispositif d'alarme fixé sur le
sommier à l'USIP*



Les moniteurs des caméras de vidéosurveillance des CI de l'USIP

Toutes les CI, dans toutes les unités, sont équipées d'une ou de deux caméras de vidéosurveillance allumées en permanence et dont les images sont reportées sur un moniteur installé dans le bureau des soignants. Aucun carré noir ne protège la vue sur les WC des CI de l'USIP. Aucune salle d'eau n'équipe les CI de l'USIP.

Dans sa réponse contradictoire, l'établissement précise : « A l'USIP, lorsque l'écran est en affichage multiple (avec les quatre reports vidéo), les WC ne sont pas visibles grâce à l'aposition

de carrés noirs. Cependant, lorsque l'affichage est en plein écran, ces carrés ne couvrent plus la zone des toilettes ».

RECOMMANDATION 48

La surveillance des patients isolés en psychiatrie doit s'exercer exclusivement par contact humain direct et exclure toute vidéosurveillance. Les conditions d'hébergement en CI doivent respecter l'intimité et la dignité des occupants en séparant les WC de la chambre au moins par un muret.

8.2 DES PRATIQUES ATTENTATOIRES AUX DROITS ET A LA DIGNITE DES PATIENTS SUBSISTENT A COTE DE REELLES ALTERNATIVES A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

8.2.1 Les mesures d'isolement

Les placements en isolement ne s'effectuent que très rarement hors de l'espace spécifique de la CI, sauf à l'USIP qui peut compter jusqu'à trois patients isolés en chambre hôtelière en plus de ceux qui sont placés dans les quatre en CI, ce que les données du registre confirment (en minorant toutefois ce chiffre, cf. 8.3). Les contrôleurs n'ont par ailleurs relevé aucune pratique de prescription de CI « *si besoin* ».

L'analyse du registre (cf. 8.3) fait apparaître qu'un psychiatre qualifié n'est pas toujours présent pour prendre la décision d'isolement, même s'il est consulté par téléphone par l'interne qui est auprès du patient.

RECOMMANDATION 49

Les décisions d'isolement doivent être prises par un psychiatre titulaire d'une qualification à l'ordre des médecins, présent auprès du patient.

Dans sa réponse contradictoire, l'établissement précise :

- l'extrait des recommandations HAS de février 2017 : « Il est recommandé que le médecin soit préférentiellement le psychiatre traitant du patient dans l'unité de soins. En cas de décision prise par un interne ou un médecin non-psychiatre, et durant les périodes de garde, cette décision doit être confirmée par un psychiatre dans l'heure qui suit. Cette confirmation peut se faire par téléphone en fonction des informations échangées et doit être tracée dans le dossier du patient » ;
- l'instruction DGOS/R4/I3GS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 : « La mesure d'isolement ou de contention sur décision d'un psychiatre ne peut être prise que sur les éléments cliniques d'un examen médical. » Cette instruction ne précise pas qui réalise l'examen médical ;
- le décret n° 2021-537 du 30 avril 2021 parle de "médecin" sans précision ;
- l'instruction DGOS/R4/2021/89 du 29 avril 2021 : « Concernant les patients pour lesquels une réévaluation de la mesure intervient en dehors des horaires de présence d'un psychiatre dans l'unité de soin, une téléconsultation est envisageable. Ce médecin a alors la possibilité de prendre une décision, sans déplacement, à l'issue d'une téléconsultation avec le patient accompagné d'un infirmier ».

Le CGLPL rappelle les dispositions de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique, dans sa version issue de l'article 84 de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2021, qui précise notamment : « L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient ». Le CGLPL maintient sa recommandation.

L'évaluation médicale somatique est effectuée dans les deux heures qui suivent le placement en isolement, puis quotidiennement (par le psychiatre et le généraliste, une fois systématiquement, deux fois plus rarement). La prescription d'un sédatif est associée à la décision d'isolement dans plusieurs unités, sauf à l'USIP. La fréquence de la surveillance par les IDE est diverse selon les unités, une à trois fois par heure, *de visu*, mais aussi parfois par vidéosurveillance. Dans une unité (Sainte-Catherine), des isollements « aménagés » sont également pratiqués, pour lesquels un IDE reste en permanence avec le patient ou surveille constamment les moniteurs vidéo.

Lorsque la CI (très utilisée dans certaines unités) est occupée, une décision d'isolement pour un deuxième patient nécessite son transfèrement dans la CI d'une autre unité, vers laquelle son psychiatre peut se déplacer, les décisions de renouvellement d'isolement étant prises par celui de l'unité d'hébergement.

Les patients placés en CI sont systématiquement et partout revêtus du pyjama institutionnel, de tissu déchirable en cas de risque suicidaire. Les lunettes et les chaussures sont également retirées. Les vêtements ne sont pas restitués lors des sorties d'isolement séquentiel ou pour une promenade, ni pour fumer.

RECOMMANDATION 50

Le port du pyjama et le retrait des effets personnels, en chambre d'isolement, portent atteinte à la dignité des patients et ne doivent pas être systématiques mais cliniquement justifiés.

A l'USIP, une tenue identique est remise aux patients, qui sont systématiquement placés en isolement à leur arrivée dans l'unité : un tee-shirt blanc, un sweat-shirt et un pantalon de type jogging bleu marine long pendant la saison froide, court pendant la saison chaude, une paire de claquettes en plastique et une paire de chaussettes.

RECOMMANDATION 51

Il doit être mis fin au caractère systématique des pratiques d'isolement à l'entrée à l'USIP.

Dans sa réponse contradictoire, l'établissement précise : « L'accueil du patient est effectué en CI sur prescription médicale au regard de l'état clinique ; s'agissant d'une unité de crise, l'admission en CI est donc fréquente ».

Le CGLPL rappelle que depuis les dispositions de l'article 72 de la loi du 26 janvier 2016, relative à la modernisation du système de santé, reprises par celles de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique, dans sa version issue de l'article 84 de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2021, que la pratique de l'isolement et de la contention n'est plus une prescription mais une décision, dont la mise en œuvre doit s'effectuer en dernier recours. Le CGLPL maintient sa recommandation.

Les repas sont pris assis sur le lit dans la CI, sur une table amovible avec une assiette en plastique et une cuillère. Les patients sont, dans plusieurs unités, autorisés à fumer dans la CI avec la fenêtre ouverte, en présence d'un soignant. Des sorties dans la cour ou sur la terrasse de l'unité, mais aussi sur la pelouse de l'établissement, avec un ou deux soignants accompagnants, sont également possibles. Ces sorties sont mises en œuvre pour « *faire baisser la tension psychique* » des patients qui présentent une agitation croissante, comme pour ceux qui retrouvent leur calme, ce qui reflète une gestion efficace du rapport bénéfice/risque de la clinique de l'apaisement. Ni livres ni journal, ni aucune distraction ne sont autorisés en CI.

L'information du placement en CI et de la suspension des visites était déjà délivrée à la personne de confiance et aux proches avant la réforme de l'article L 3222-5-1 du code de la santé publique (CSP) et la mise en place d'un nouveau protocole.

La chambre hôtelière d'un patient placé en isolement n'est pas conservée dans toutes les unités.

RECOMMANDATION 52

La chambre hôtelière de toute personne placée en isolement doit être conservée pendant toute la période de l'isolement.

La durée longue de l'isolement est questionnée par les équipes (Saint-Gilles, Saint-Jérôme) qui tiennent une réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP) après sept jours d'isolement d'un patient et sollicitent son transfèrement à l'USIP après quinze jours.

Ces concertations gagneraient à être systématisées, au vu des durées d'isolement relevées dans le registre (cf. 8.3).

Lors de la levée de la mesure d'isolement, un débriefing est réalisé avec le médecin.

La sécurité incendie n'est pas informée des placements en isolement.

RECOMMANDATION 53

Le service de sécurité-incendie doit être informé en temps réel de toute entrée et sortie de chambre d'isolement afin de pouvoir assurer rapidement la sortie de l'occupant en cas d'incident.

a) Isolement séquentiel

L'isolement séquentiel est fréquemment pratiqué. Les contrôleurs ont ainsi pu observer le cas d'une patiente souffrant d'une psychose chronique avec des troubles du comportement, placée depuis quinze jours en CI séquentielle afin de la « recadrer » et d'ajuster son nouveau traitement. Elle prenait ses repas au réfectoire, sortait de la CI plusieurs fois dans la journée à sa demande, de plus en plus longtemps au fil des jours, toujours vêtue du pyjama.

Cet isolement séquentiel est entièrement protocolisé à l'USIP : entre deux fois dix minutes et deux fois une heure hors de la CI dans laquelle le patient prend son repas, jusqu'à l'utilisation de la CI pour la nuit uniquement, avant la levée de la mesure.

8.2.2 Les alternatives au placement en isolement

La préoccupation des équipes est d'utiliser l'isolement en dernier recours (en conformité avec les dispositions légales), ce qui correspond à la stratégie de réduction, affirmée dans le rapport 2019 de l'établissement concernant les pratiques d'isolement et de contention.

Pour gérer la crise, sont privilégiés les entretiens infirmiers, les activités et les « sorties pelouse ». Dans une unité au moins, un travail est conduit pour que les soignants identifient les signes précurseurs qui pourraient provoquer des situations de crise.

Le recours aux infirmiers experts cliniques constitue, selon les soignants, une alternative essentielle à l'isolement et à la contention. Ils se rendent dans chaque unité au moins une fois par jour, à la demande pour intervenir en cas de crise clastique, offrir un appui à l'équipe pour comprendre une situation critique et engager une désescalade, ainsi que réaliser des « sorties pelouse ». L'une d'entre eux met en place des ateliers « gestion des émotions » dans les unités.

A l'unité Saint-Amédée, une « salle zen » (La Bulle) a été mise en place. Elle est équipée de matelas, de fauteuils, de jeux de lumière apaisante, de musique, d'une climatisation et décorée de fresques réalisées par les patients et les soignants. Elle est utilisée, sans prescription, à la demande des patients ou sur invitation des soignants, dans des situations de tension psychique croissante d'un patient ou de sa rupture relationnelle avec le groupe. Le patient peut y être seul ou avec un soignant, en sortir quand il le souhaite. Les soignants d'autres unités ont exprimé leur intérêt pour que soit répliquée cette alternative dans la leur.

Parmi les huit démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) engagées par l'établissement depuis l'année 2016, deux concernent directement la pratique de l'isolement (« la mise en chambre de soins intensifs » et « la pertinence du maintien et de la durée en chambre de soins intensifs à l'USIP ») ; deux autres abordent la désescalade et l'apaisement (« le recours à l'apaisement pour prévenir les actes de violence en service de soins sous contrainte » et « le désamorçage de situations à risque de violence en service de soins libres »). Cependant, hormis la réduction du nombre de chambres d'isolement depuis 2017, il n'a pas été possible pour les contrôleurs de connaître les effets induits par ces initiatives utiles, dont certaines ont été initiées depuis cinq ans. De même, la mise en place de l'équipe des infirmiers experts n'est pas analysée dans sa capacité objective à réduire le recours à l'isolement et à la contention.

8.3 LE REGISTRE DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION N'EST QUE TRES PARTIELLEMENT EXPLOITABLE ET N'EST PAS UTILISE PAR LES EQUIPES POUR CONTRIBUER A EN REDUIRE L'USAGE

Le registre des isolements et contentions est en place, alimenté par les données extraites du dossier du patient informatisé (DPI) et est dématérialisé depuis septembre 2016. Les fichiers sont classés par semestre, et par catégories conformes aux bonnes pratiques édictées par la haute autorité de santé (HAS) : l'isolement en espace dédié ou non dédié, la contention dans le cadre d'un isolement en espace dédié ou non dédié. L'identifiant du patient, la durée de la mesure, le nom du psychiatre qui a pris la décision, ainsi que ceux des professionnels de santé qui ont effectué la surveillance, et le mode d'hospitalisation lors de la décision sont renseignés. Sa présentation par fichiers semestriels (avec les doublons de patients entre les deux fichiers) n'en facilite ni la lecture ni l'analyse de ceux, dont le CGLPL, qui y ont accès.

Le registre fait l'objet d'une analyse annuelle par le département d'information médicale (DIM) dans le « rapport d'activité des pratiques d'isolement et de contention ». Cependant, les équipes

ne sont jamais associées à cette analyse par un retour régulier des données de leur unité, ce qui leur permettrait une réflexion sur leurs pratiques. Les données du registre, si elles tracent la durée totale du séjour en isolement d'un patient, ne permettent pas de connaître les durées des temps passés dans la chambre d'isolement de l'unité d'origine du patient, ou celle d'une autre unité, dans laquelle il aura été isolé par manque de place, ou encore dans une chambre d'isolement de l'USIP dans laquelle il aura été transféré (ces transferts fréquents de patients sont relevés par les équipes). Ce manque de données propres à chaque unité contribue à l'absence d'analyse de chaque équipe sur sa pratique.

La synthèse des données quantitatives, établie par l'établissement, fait apparaître une réduction globale du recours à l'isolement entre 2017 et 2020, essentiellement corrélée à la réduction du nombre de chambres d'isolement.

En 2020, selon les données du registre, 480 mesures d'isolement ont été décidées pour 242 patients, ce qui représente 12,75 % de la file active de patients en hospitalisation complète.

L'isolement hors espace dédié a concerné quatre patients de l'USIP et un patient des unités Saint-Jérôme et Sainte-Geneviève.

Les durées des mesures d'isolement, du fait de leur présentation ligne à ligne pour chaque mesure (et non par durée totale pour chaque patient), sont difficiles à analyser. On relève une durée moyenne d'isolement par patient isolé de 444 heures (18,5 jours !), ce qui ne peut être interprété avec pertinence, sauf à considérer que la levée de certaines mesures n'a pas été tracée.

Des mesures d'isolement d'une durée supérieure à sept jours ont été relevées dans quatre-vingt-six occurrences, dont quarante-neuf mesures d'une durée comprise entre sept et quatorze jours, trente d'une durée comprise entre quinze et vingt-huit jours, et sept d'une durée supérieure à vingt-huit jours. La pratique fréquente de l'isolement séquentiel (en pyjama, cf. 8.2.1) peut contribuer à expliquer ces durées très importantes, mais on ne peut alors manquer de s'interroger sur sa pertinence pendant plusieurs mois.

Les données concernant la répartition des mesures d'isolement entre unités ne sont pas exploitables (cf. *supra*). Tout au plus peut-on noter que quatre-vingt-cinq mesures d'isolement (18 % de la totalité des mesures), concernant quarante-huit patients, ont été initiées ou poursuivies à l'USIP.

S'agissant du placement en chambre d'isolement de patients en soins libres, quarante-sept (dont neuf mineurs) ont été concernés (quatre-vingt-dix mesures), soit 5,64 % de la file active des patients en soins libres. Certains d'entre eux sont restés plus de 12 heures en isolement (soixante-sept mesures, soit 75 % des mesures concernant des patients en soins libres) et n'ont pas vu leur statut d'hospitalisation transformé. Ainsi, un patient a passé 24 heures en isolement du 5 au 6 janvier, puis 18 heures du 20 au 21 janvier, et encore 60 heures à partir du 4 février, sans que son mode d'hospitalisation ne soit modifié. Un autre patient a passé 30,5 heures du 25 au 26 juillet en isolement, puis 66 heures du 27 au 30 juillet, lui aussi sans que son mode d'hospitalisation ne soit modifié. L'examen de quelques situations dans une unité a fait apparaître que ces mesures avaient été initiées dans une unité accueillant des patients en soins libres, le patient avait été placé dans la chambre d'isolement d'une unité accueillant des patients en SSC, et la dilution de la responsabilité entre les deux unités avait eu pour conséquence l'absence de transformation du statut d'hospitalisation.

RECOMMANDATION 54

Les patients en soins libres dont l'isolement se prolonge au-delà de douze heures doivent voir leur mode légal d'admission transformé en soins sans consentement et bénéficier des dispositions de l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique.

En 2020, selon les données du registre, 149 mesures de contention en chambre d'isolement ont été décidées pour 75 patients, pour une durée moyenne de 10 heures par mesure. Cinq mesures de contention hors espace dédié ont été décidées pour un patient de l'USIP, un patient de l'unité Saint-Amédée et un patient de l'unité Saint-Damien, pour des durées de 2 à 12 heures.

RECOMMANDATION 55

Le registre de l'isolement et de la contention doit être exploitable et son analyse pratiquée avec les équipes soignantes pour contribuer à l'usage en dernier recours de ces pratiques.

A la suite de la réforme introduite par l'article 84 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 qui a modifié l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique concernant l'isolement et la contention, l'établissement a élaboré dès le 15 janvier 2021, et sans attendre les décrets d'application, deux nouvelles procédures concernant la gestion des dépassements des durées d'isolement et de contention dans le logiciel *Cariatides* et l'information du JLD en cas de dépassement des durées maximales d'isolement et de contention.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 L'ETABLISSEMENT ACCUEILLE DES MINEURS EN SSC AVEC DES ADULTES A L'USIP ET DANS LES UNITES FERMEES DE PSYCHIATRIE GENERALE, DEPUIS LA FERMETURE DE LA SIPAD EN L'ABSENCE DE SOLUTION DEPARTEMENTALE ALTERNATIVE

L'établissement ne dispose plus d'une autorisation, d'un financement, ni d'une unité pour l'accueil de mineurs, depuis la fermeture de la structure intersectorielle pour adolescents difficiles (SIPAD), au mois de septembre 2020, sur décision de l'ARS de la région PACA, prise sans solution alternative anticipée pour l'accueil et les soins hospitaliers de cette population.

La fondation Lenal pour les enfants de Nice est compétente pour assurer les soins pédopsychiatriques hospitaliers et ambulatoires du département mais ne dispose pas d'une unité spécifique équivalente pour l'accueil des adolescents dont l'état clinique et la situation socio-familiale peuvent être qualifiés de difficiles.

Lorsqu'une prise en charge hospitalière est effectuée en SDRE, ces patients sont hébergés avec des patients adultes en SSC, parfois détenus, à l'USIP et dans les unités fermées de psychiatrie générale qui ne sont pas destinées à la réalisation de projet de soins pour des enfants et des adolescents.

Lors de la visite de contrôle, un adolescent de 14 ans était hospitalisé dans une unité fermée du PPGC et un deuxième de 17 ans en SDRE dans une unité fermée du PPGN. Plusieurs situations ont concerné l'USIP :

- une patiente de 15 ans, initialement hospitalisée quinze jours dans l'unité SIPAD juste avant sa fermeture, a tenté de s'y pendre et l'équipe l'a adressée à l'USIP pour une période de quinze jours. Stabilisée, la patiente a été réadressée à la SIPAD qui ferma quelques jours après et se trouve à nouveau transférée à l'USIP, l'ensemble des autres services refusant de la recevoir au motif de l'absence de lit de pédopsychiatrie disponible. La patiente a attendu deux mois et demi à l'USIP avant son transfèrement à la fondation Lenal ;
- un patient de 15 ans ayant réalisé un passage à l'acte grave sur une infirmière (occasionnant une fracture du bras) a été adressé à l'USIP en SDRE. Sa période de soins a duré deux mois, à l'issue de laquelle le préfet a refusé la levée de SDRE sollicitée par un premier certificat. La levée de la mesure est à nouveau refusée par le préfet après la rédaction d'un deuxième certificat, pourtant légalement contraignant, au motif de l'absence de solution d'hébergement (parents défaillants, absence de structure d'accueil). Le JLD, saisi a nommé un expert dont la conclusion de l'évaluation a préconisé le maintien hospitalier, en l'absence de solution d'hébergement. L'appel interjeté auprès de la cour d'appel d'Aix-en-Provence a permis d'obtenir la levée de la mesure et une sortie de l'USIP en programme de soins (engagement d'un psychiatre libéral d'assurer le suivi de l'adolescent qui a adressé un certificat dans ce sens à l'agence régionale de santé et orientation en ITEP²⁴) ;
- un patient de 17 ans a été hospitalisé à l'USIP en novembre 2019, en transfèrement de la SIPAD un an avant sa fermeture (dans le cadre de symptômes associant une manipulation des soignants et une hétéro-agressivité à leur rencontre et dans les suites d'agressions

²⁴ ITEP : institut thérapeutique et pédagogique.

sexuelles à répétition). Aucune plainte n'ayant été déposée contre lui et toutes les solutions de sortie envisagées ayant été mises en échec, une orientation vers un foyer en Belgique a été travaillée. L'équipe de Belgique est venue le rencontrer et a confirmé son admission dont le financement a été accepté. Le patient est en attente de son transfèrement.

L'ensemble du personnel soignant et administratif concerné du CHSM a exprimé de très vives préoccupations s'agissant de la prise en charge des mineurs difficiles et de l'absence de solution départementale satisfaisante.

Le responsable de la direction territoriale de l'ARS de la région PACA, contacté par téléphone, a rappelé le caractère expérimental de la SIPAD qui n'a pu répondre aux missions initialement définies (prévue pour des évaluations de courte durée et une orientation) et celui de l'absence de structure socio-éducative contenant et de structure psychiatrique fermée d'hospitalisation complète pour adolescents dans le département. Un budget sanctuarisé de 2,4 millions d'euros est destiné à la réalisation, dans les locaux de la fondation Lenal, d'un espace spécifique pour l'accueil des adolescents aux urgences et d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) de quatre lits pour des prises en charge d'une durée de huit jours renouvelables. Le projet d'une unité de six lits d'hospitalisation à temps plein pour les 16-25 ans au CHU et celui de la restructuration de l'hospitalisation complète de la psychiatrie infanto-juvénile de la fondation Lenal n'ont pas obtenu le financement nécessaire. Les notions de prévention, de prise en charge précoce des mineurs difficiles, d'accompagnement social, de solutions d'hébergement et de parcours de soins impliquant de nombreux acteurs (ARS, psychiatrie infanto-juvénile, psychiatrie adulte, protection judiciaire de la jeunesse) au très long cours ont été abordés.

RECOMMANDATION 56

Les prises en charge hospitalières de patients mineurs en soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat, au contact de patients adultes dans les unités fermées des pôles de psychiatrie générale et à l'USIP, doivent cesser.

Une solution alternative, issue d'une concertation entre l'agence régionale de santé de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, les intersecteurs de pédopsychiatrie et les pôles de psychiatrie adultes maralpins, doit être élaborée, financée et réalisée, pour l'accueil hospitalier départemental des mineurs difficiles et leur accompagnement thérapeutique ambulatoire, dans le cadre de parcours de soins au long cours.

9.2 LES PERSONNES DETENUES NE BENEFICIENT PAS D'UN ACCES PERTINENT A L'UNITE HOSPITALIERE SPECIALEMENT AMENAGEE DE MARSEILLE

La direction a indiqué que 95 % des patients détenus des Alpes-Maritimes nécessitant des soins psychiatriques hospitaliers sont adressés à l'USIP du centre hospitalier.

Ils sont originaires de la maison d'arrêt de Nice principalement, de celle de Grasse plus rarement.

La polarisation de l'USIP et du SMPR de la maison d'arrêt de Nice a permis un travail progressif de partenariat efficace entre les deux unités. Les prises en charge annuelles ont diminué de 150 à 21 en dix ans.

L'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Marseille (Bouches-du-Rhône), structure spécifiquement bâtie et financée pour la prise en charge des personnes détenues souffrant de

troubles mentaux, est très peu sollicitée en raison de la complexité des dossiers d'admission et des durées trop brèves de prise en charge des patients adressés.

RECOMMANDATION 57

Les personnes détenues souffrant d'un trouble psychiatrique qui nécessitent une prise en charge hospitalière devraient bénéficier d'une orientation vers l'unité hospitalière spécialement aménagée de Marseille, pour un projet de soins adapté à leur état clinique dans un espace spécifique et destiné aux personnes sous main de justice.

9.3 LES ADULTES AUTISTES SONT PRIS EN CHARGE EN HOSPITALISATION, FAUTE DE STRUCTURES MEDICO-SOCIALES SPECIALISEES

Deux unités d'hospitalisation à temps complet, Saint-Vivien et Sainte-Geneviève, prennent en charge des patients adultes présentant des troubles du spectre autistique (TSA), à présentation déficitaire et pour certains des troubles du comportement avec passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs. Ces deux unités, rattachées au pôle sanitaire de réhabilitation psychosociale forment, avec un hôpital de jour, la clinique des autistes. Elles disposaient au moment de la visite du CGLPL de vingt-deux lits et allaient fusionner dans les semaines suivantes, avec une réduction de cinq lits. En 2020, la file active était de quarante-quatre, avec une DMS à 129 jours et une DMH à 157 jours (moyenne des deux unités). L'unique chambre d'isolement pour les deux unités a été supprimée à l'occasion de la nouvelle organisation.

Un seul patient est hospitalisé sans son consentement (SDTU) et sa sortie est prévue avant la fusion des deux unités. Les patients présents le sont au long cours, ils disposent tous d'une orientation de la commission des droits et de l'autonomie de la personne handicapée (CDAPH) et nécessiteraient une prise en charge médico-sociale spécialisée pour les personnes autistes, dont l'offre est faible dans les Alpes-Maritimes²⁵. Dans l'unité Sainte-Geneviève, six des huit patients ont des projets d'orientation vers le secteur médico-social et deux restent sans projet. Plusieurs patients ont déjà fait des séjours infructueux en établissement médico-social. D'autres, habituellement résidents de maisons ou de foyers d'accueil spécialisés (MAS, FAM) et actuellement hospitalisés en séjour de rupture ont des difficultés pour retourner vers ces structures médico-sociales qui renâclent ou refusent parfois de les accueillir.

La composition de l'équipe permet une prise en charge à la hauteur des besoins des personnes autistes : dans chacune des unités, quatre IDE et aides-soignants sont présents matin et après-midi (cinq la nuit pour les deux unités), auxquels s'adjoignent un éducateur de journée, un animateur (0,80 ETP) et un art-thérapeute (0,5 ETP). La nouvelle organisation des unités fusionnées prévoit la présence de six soignants le matin et l'après-midi.

L'unité Sainte-Geneviève dispose d'une petite pièce ouverte sur la grande salle commune, espace de repli doté de fauteuils et coussins qui favorisent l'apaisement. L'unité Saint-Vivien est dotée d'une terrasse couverte peu investie et bénéficiant de la vue sur le viaduc de l'autoroute mais également utilisée pour faciliter la mise à l'écart et l'apaisement.

²⁵ Le département dispose d'une centaine de places en MAS et FAM à destination des personnes autistes (source : *L'équipement social et médico-social en PACA et Corse, CREAI PACA*, en ligne) et l'établissement répond à un appel à projets de l'ARS pour une MAS renforcée à destination des personnes autistes.

La prise en charge et les activités sont axées sur le maintien des acquis et autant que faire se peut sur l'autonomie : les chambres restent accessibles aux patients dans la journée, des tableaux de consignes visuelles en pictogrammes sont affichés dans la chambre de certains patients ; mais la plupart des patients portent des couches, un seul patient conserve la clé de son placard et tous ne disposent pas d'un planning d'activités. Les activités d'appui à la socialisation sont relativement peu développées. Malgré l'absence d'un orthophoniste, l'équipe s'est formée pour aborder le langage, mais la mise en place de bilans sensoriels, essentiels chez les personnes autistes, est encore à l'étape de projet. Une réflexion sur la sexualité des patients autistes a été initiée, mais les actions qui pourraient en découler (un appui externalisé à la sexualité des personnes) se heurtent à des questions de responsabilité juridique sur lesquelles l'équipe se sent démunie.

Les pathologies somatiques associées, fréquentes chez ces patients, sont prises en charge.

Le partenariat avec les familles est développé, s'agissant de la prise en compte de la connaissance acquise de leur enfant et de ses troubles, mais également de leur soutien aux activités.

10. CONCLUSION

Une dynamique nouvelle a bourgeonné au centre hospitalier Sainte-Marie de Nice. Une direction renouvelée a instauré un partenariat empreint d'une écoute réciproque avec le corps des soignants. L'élaboration du projet médical 2018-2022 a été concomitante de la restauration d'une organisation territoriale des soins, soucieuse des processus d'alliance thérapeutique, à chaque étape du parcours de soins des patients. L'élection de la présidente, du vice-président de la CME et de ses membres illustre une complémentarité retrouvée entre des médecins psychiatres et généralistes longtemps clivés, qui sont investis et présents, malgré les difficultés de recrutement marquées que connaissent les établissements de santé mentale depuis plusieurs années. L'orientation sécuritaire dans l'exercice de la psychiatrie s'est concrètement modérée avec, notamment, la fermeture du SISO et de la moitié des chambres d'isolement, la diminution corollaire des mesures d'isolement, pratiquées en connaissance des évolutions législatives et la fin du recours généralisé à la vidéosurveillance.

L'investissement massif des soignants dans les groupes de travail du projet de restructuration architecturale de l'établissement doit être utilisé pour faire évoluer les points saillants relevés lors de la visite de contrôle : l'élaboration d'un projet médical préalablement à un projet architectural qui devra traduire le premier et en permettre le développement, une nouvelle réflexion sur la liberté d'aller et venir dans un établissement de santé mentale, la reconsidération de la fermeture systématique des portes des unités qui accueillent des patients hospitalisés en soins sans consentement, la nécessaire convivialité de l'accueil des familles et de leur association aux projets de soins, le développement du recrutement des médiateurs de santé pairs et de la mise en œuvre des directives anticipées.

Enfin, le mot « plaisir », plusieurs fois entendu à l'occasion de cette visite de contrôle, est venu témoigner d'une forme de sérénité retrouvée dans la communauté des soignants.

