



---

## **Rapport de visite :**

4 au 12 février 2019 – 1<sup>ère</sup> visite

Centre hospitalier

Montperrin à Aix-en-

Provence

*(Bouches-du-Rhône)*

## SYNTHESE

La Contrôleure générale des lieux de privation de liberté accompagnée de neuf collaborateurs a visité le centre hospitalier Montperrin situé à Aix-en-Provence du 4 au 12 février 2019.

Spécialisé en psychiatrie, l'établissement compte cinq pôles plurisectoriels dont deux pôles de psychiatrie adulte et un pôle de pédopsychiatrie qui dispose d'une unité d'hospitalisation de dix lits, située sur le site de l'hôpital général d'Aix-en-Provence. Les 326 lits d'hospitalisation temps plein (dont onze places dans les unités de courte durée des urgences des hôpitaux généraux d'Aix et de Salon-de-Provence) sont répartis dans dix-sept unités ; les seize chambres d'isolement sont toutes situées dans les deux pôles de psychiatrie adulte.

L'ouverture, prévue pour le mois d'avril 2019, de deux unités intersectorielles de soins intensifs adultes (une par pôle), de quinze lits et cinq chambres d'isolement chacune, devait venir modifier l'organisation de cette offre de soins en hospitalisation à temps complet (notamment concernant l'accueil des personnes détenues) et porter à 312 le nombre de lits.

En 2018, 5 865 mesures d'hospitalisation à temps complet ont été prises, dont 933 en soins sans consentement (SSC). La proportion d'hospitalisations au titre du péril imminent est importante – un tiers des mesures prises sur décision du directeur – alors qu'elles ont vocation à être exceptionnelles.

Le projet d'établissement est apparu cohérent : la récente réorganisation polaire, le développement de l'intersectoriel et des prises en charge spécifiques sont tournés vers une amélioration de la prise en charge des patients et une fluidification des parcours de soins. Un panel de dispositifs sont mis en place pour la prise en charge de la crise d'urgence permettant de limiter les hospitalisations (en légère baisse ces dernières années), notamment les deux accueils psychiatriques des hôpitaux généraux et l'accueil soignant mis en place au sein du CH Montperrin. La mission de contrôle déplore cependant l'absence d'unité d'hospitalisation pour les mineurs en crise qui conduit à leur hospitalisation dans les unités pour adultes dans des conditions insatisfaisantes.

Les locaux de nombreuses unités d'hospitalisation sont inadaptés et vétustes (chambres à l'étage, absence de sanitaires dans les chambres, de salle de visite des familles, de salle d'activité, etc.) et expliquent certaines mesures restrictives de liberté. Cependant, l'organisation de la prise en charge privilégie globalement l'autorisation sur l'interdiction et l'individualisation de la prise en charge au regard de l'état clinique des patients.

Certaines recommandations émises par le présent rapport ont trait aux droits garantis aux patients en leur qualité de sujets de droit. A cet égard, les éléments transmis le 3 décembre 2019 par la direction de l'établissement permettent de penser qu'elles seront rapidement prises en compte.

Enfin, plusieurs recommandations portent également sur certains aspects de l'organisation de la prise en charge médicale des patients – en particulier somatique – et aux finalités de certaines mesures d'isolement.

## SYNTHESE DES OBSERVATIONS

### BONNES PRATIQUES

- BONNE PRATIQUE 1** .....48  
Le linge des patients n'ayant pas de famille ou de proche et qui ne peuvent pas sortir, est lavé gratuitement par la blanchisserie de l'établissement.
- BONNE PRATIQUE 2** .....59  
L'association aux réunions cliniques des unités de l'ensemble des acteurs de la prise en charge des patients, notamment les CMP des secteurs, facilite l'élaboration des projets de sortie et favorise la réhabilitation sociale des patients.
- BONNE PRATIQUE 3** .....66  
La présence d'équipes psychiatriques de Montperrin au service des urgences des hôpitaux d'Aix-en-Provence et de Salon-de-Provence et l'équipe mobile de renforcement de l'activité ambulatoire au CMP Sutter permettent de limiter les hospitalisations au CHS.
- BONNE PRATIQUE 4** .....80  
Le projet d'installer en un même lieu d'une part l'unité d'hospitalisation complète des personnes âgées et d'autre part l'unité d'hospitalisation de jour des personnes âgées permettra une mutualisation des intervenants et des activités.
- BONNE PRATIQUE 5** .....87  
L'hôpital s'efforce, à travers des ateliers thérapeutiques en milieu professionnel ordinaire, à progressivement réinsérer socialement les patients.

### 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** .....17  
Le projet médical doit comporter des maquettes d'organisation du personnel soignant pour permettre aux patients un accès à des soins assurés avec constance dans le cadre d'une prise en charge optimisée.
- RECOMMANDATION 2** .....21  
Les admissions en soins sans consentement, selon la procédure du péril imminent, sont des mesures dérogatoires et doivent rester exceptionnelles.  
Le centre hospitalier doit tenter d'unifier le mode d'évaluation de son activité entre les différents services concernant le nombre de patients admis en soins sans consentement et le nombre de mesures prises dans ce cadre juridique.
- RECOMMANDATION 3** .....22  
La procédure de notification des décisions, voies de recours et droits du patient est une condition de la régularité de la mesure d'admission et de maintien en soins sans consentement ; elle doit faire l'objet d'un protocole précis, au sujet duquel l'ensemble des intervenants doit recevoir une formation complète et réactualisée en tant que de besoin.  
Le recueil des observations des patients admis en soins sans consentement doit être systématiquement réalisé et tracé et l'ensemble des documents utiles à leur information doivent leur être remis (décisions, certificats médicaux, document récapitulatif des droits, etc.).

- RECOMMANDATION 4** .....24  
Le livret d'accueil doit être systématiquement remis à tout patient entrant.
- RECOMMANDATION 5** .....27  
La visibilité des associations représentant les patients et leurs proches doit être améliorée au sein de l'hôpital. Les représentants de ces associations doivent se rendre dans les unités.
- RECOMMANDATION 6** .....28  
La mesure écrite de la satisfaction des patients est une donnée utile pour mieux prendre en compte leurs demandes et faire respecter leurs droits. Le retour des questionnaires de sortie et leur exploitation doivent être améliorés.
- RECOMMANDATION 7** .....30  
Il doit être proposé à tous les patients, conformément à la loi, de désigner une personne de confiance. La personne désignée par le patient doit être informée de sa désignation et des conséquences en découlant, et invitée à confirmer son accord sur celle-ci.
- RECOMMANDATION 8** .....33  
Le juge des tutelles, chargé du contrôle, devrait s'assurer de la bonne prise en charge des patients protégés par les tuteurs institutionnels, privés ou familiaux.
- RECOMMANDATION 9** .....34  
L'information relative à la possibilité de demander la confidentialité de leur hospitalisation doit être délivrée à tous les patients lors de leur admission.  
Les agents du standard de l'établissement doivent être associés au respect de règles de confidentialité et être dûment informés des demandes des patients en ce sens. Un protocole doit, à ce titre, être élaboré et diffusé à l'ensemble des agents susceptibles de répondre aux appels extérieurs à destination des patients.
- RECOMMANDATION 10** .....37  
Le juge des libertés et de la détention doit, lors de la notification de son ordonnance, préciser oralement les voies et délais de recours au patient.
- RECOMMANDATION 11** .....37  
Les convocations adressées par le greffe du JLD, en vue de l'audience, gagneraient à être modifiées afin que soit retirée la mention « *les honoraires de cet avocat seront à votre charge sauf si vous remplissez les conditions pour obtenir l'aide juridictionnelle* », non conforme à la pratique en place et potentiellement facteur de stress pour le patient.
- RECOMMANDATION 12** .....37  
Le tableau de l'ordre des avocats doit être affiché dans l'ensemble des unités d'hospitalisation accueillant des patients en soins sans consentement.
- RECOMMANDATION 13** .....39  
La CDSP des Bouches-du-Rhône doit adresser ses rapports annuels d'activité au CGLPL.
- RECOMMANDATION 14** .....39  
Conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du CSP, l'ensemble des pièces des procédures relatives à une mesure doit figurer dans le registre de la loi lui-même ainsi que les dates de notification des décisions tant d'admission que de maintien de la mesure d'une part, des droits et voies de recours et garanties d'autre part.
- RECOMMANDATION 15** .....41  
Les patients doivent pouvoir fumer la nuit sur les terrasses ouvertes ou dans le jardin de l'unité.

- RECOMMANDATION 16** .....42  
L'éveil des patients, la lutte contre la chronicisation passe avant tout par le développement des activités individuelles ou collectives plutôt que par une mesure d'interdiction d'aller dans sa chambre pour des périodes parfois très longues.
- RECOMMANDATION 17** .....43  
Les téléphones muraux à la disposition des patients dans chaque unité doivent être placés dans des espaces assurant la confidentialité des conversations.
- RECOMMANDATION 18** .....43  
Une pièce spécialement aménagée pour les visites et préservant l'intimité et la confidentialité des échanges doit être mise à disposition des patients et de leurs proches au sein de chaque unité d'hospitalisation.
- RECOMMANDATION 19** .....44  
Le port du pyjama doit résulter, non pas d'une mesure générale, mais d'une décision médicale individualisée et régulièrement révisée.
- RECOMMANDATION 20** .....46  
Chaque unité doit disposer d'un quota de chambres en rez-de-chaussée, en conformité avec la réglementation sur l'accueil des personnes à mobilité réduite (PMR).
- RECOMMANDATION 21** .....49  
Le suivi statistique des patients admis dans une unité hors de leur territoire de résidence et des admissions réorientées vers d'autres établissements doit être effectué afin de s'assurer de la cohérence des parcours de soins.
- RECOMMANDATION 22** .....51  
La gestion des biens par les unités doit être harmonisée et l'information des patients sur ce point claire et précise.
- RECOMMANDATION 23** .....54  
Les repas thérapeutiques, associant la présence des soignants, doivent être développés au sein des unités pour favoriser un temps d'échanges et de convivialité.
- RECOMMANDATION 24** .....56  
Afin de pallier le manque de disponibilité du personnel soignant, il serait souhaitable que chaque unité dispose d'un poste de psychomotricienne.
- RECOMMANDATION 25** .....61  
Il convient d'augmenter les moyens du service somatique de l'hôpital afin que les patients puissent bénéficier des examens et des consultations somatiques dispensés par des praticiens généralistes. En outre, il est nécessaire que ce service dispose des données statistiques pour piloter et optimiser ses interventions.
- RECOMMANDATION 26** .....65  
Les services d'urgences des hôpitaux d'Aix-en-Provence et de Salon-de-Provence doivent mettre en place les registres d'isolement et de contention, prévus par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique.  
Ils doivent disposer des éléments d'activité nécessaire pour piloter leurs services. A Salon-de-Provence, le protocole de fonctionnement entre le service des urgences et l'équipe du CAP 48 doit être signé pour clarifier les responsabilités de chacun des acteurs.

- RECOMMANDATION 27 .....67**  
 Les chambres d'isolement doivent toutes disposer d'un accès à une salle d'eau avec toilettes ; des boutons d'appel doivent permettre d'appeler un soignant à tout moment y compris dans les phases de contention. Le patient doit pouvoir allumer et éteindre la lumière seul ; il doit pouvoir s'orienter dans le temps grâce à une horloge.
- RECOMMANDATION 28 .....68**  
 Le port de pyjama en chambre d'isolement ne peut être systématiquement imposé ; il doit être décidé par le psychiatre, le cas échéant, sur des considérations cliniques individuelles.
- RECOMMANDATION 29 .....69**  
 Durant le placement du patient en chambre d'isolement, sa chambre en hospitalisation complète doit être conservée. Le logiciel de gestion des lits doit être programmé en conséquence et laisser les patients administrativement hospitalisés dans leur lit.
- RECOMMANDATION 30 .....70**  
 L'examen somatique des personnes en chambre d'isolement ou sous contention doit être effectué par un médecin généraliste et non par un psychiatre.
- RECOMMANDATION 31 .....73**  
 L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants au sein de chaque unité pour analyser l'opportunité des décisions d'isolement.
- RECOMMANDATION 32 .....75**  
 Le recensement des violences commises par les patients reste aléatoire malgré la politique volontariste de la direction. Un effort doit être consenti en matière de pédagogie et de formation, notamment au logiciel YES, afin d'harmoniser les pratiques entre unités, mieux appréhender les phénomènes de violence, comprendre leur évolution et les prévenir plus efficacement.
- RECOMMANDATION 33 .....79**  
 Les patients détenus ne doivent pas systématiquement être hospitalisés en chambre d'isolement au seul motif de leur incarcération. Ils doivent comme les autres patients en soins sans consentement pouvoir être présents aux audiences du JLD.  
 La fiche de liaison de l'établissement pénitentiaire doit être complète.  
 Les personnes détenues suicidaires ou hospitalisées en urgence doivent l'être en priorité à l'UHSA de Marseille.
- RECOMMANDATION 34 .....83**  
 Le pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA) doit être complété par une unité réservée à l'accueil des mineurs nécessitant des soins intensifs, avec un personnel formé sur les droits fondamentaux qui leur sont spécifiques.
- RECOMMANDATION 35 .....88**  
 Les ateliers thérapeutiques, proposés par la sociothérapie, font partie intégrante du soin ; ils doivent être davantage connus et utilisés par les équipes soignantes.
- RECOMMANDATION 36 .....90**  
 Riche de deux structures originales de soins et de développement personnel, la sociothérapie sur prescription médicale et 3bis F en accès libre, l'hôpital Montperrin se doit de faire connaître davantage ces lieux dans les unités par un affichage conséquent, des rencontres, des informations régulières.

## SOMMAIRE

<b>1. LES CONDITIONS DE LA VISITE .....</b>	<b>9</b>
<b>2. LE FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT .....</b>	<b>11</b>
2.1 Le centre hospitalier Montperrin constitue l'essentiel de l'offre de soins psychiatriques du nord du département.....	11
2.2 Le projet d'établissement 2015-2020 qui emporte une réorganisation importante de l'hôpital et des investissements conséquents s'appuie sur des budgets dont l'équilibre demeure fragile.....	12
2.3 Des postes de médecin sont vacants sur l'ensemble de l'activité des pôles et de nombreux soignants sont contractuels .....	14
<b>3. L'INFORMATION DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SUR LEURS DROITS.....</b>	<b>19</b>
3.1 En dépit de leur hétérogénéité, les données statistiques traduisent une augmentation du nombre de patients hospitalisés pour péril imminent .....	19
3.2 L'information des patients sur les soins sans consentement, les droits et les voies de recours est très insuffisante .....	21
3.3 L'absence de diffusion systématique du livret arrivant et du règlement intérieur prive une partie des patients de la connaissance de leurs droits ...	23
3.4 Les réclamations déposées par les patients ou leurs proches sont examinées avec soin et systématiquement communiquées à la commission des usagers .....	24
3.5 L'hôpital est à l'écoute des patients et de leurs familles et cherche à leur apporter des réponses mais leurs représentants manquent de visibilité.....	25
3.6 La procédure de désignation d'une personne de confiance est peu utilisée	29
3.7 L'accès au vote est facilité mais peu de patients se sentent concernés .....	30
3.8 L'accès aux cultes est facilité mais l'aumônière catholique est en arrêt maladie depuis plus de huit mois .....	31
3.9 Les besoins de protection des patients sont bien repérés mais l'accompagnement des tuteurs est fréquemment défaillant à l'exception de celui du service de protection de l'hôpital .....	32
3.10 La confidentialité sur la présence d'un patient au CH n'est pas mise en œuvre et ce droit est ignoré des patients .....	33
<b>4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....</b>	<b>35</b>
4.1 Le juge des libertés ne lève qu'un nombre infime des mesures présentées à son contrôle .....	35
4.2 Le contrôle de la CDSP est effectif mais limité à une visite annuelle.....	38
4.3 Les registres de la loi, tenus à bref délai, sont insuffisamment renseignés...	39
4.4 Les contrôles des autorités sont quasiment inexistants .....	40
<b>5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....</b>	<b>41</b>

5.1	La plupart des unités sont fermées mais les patients circulent assez librement dans un site largement ouvert sur la ville .....	41
5.2	Le niveau de contrainte dans la vie quotidienne des patients est faible .....	41
5.3	Les demandes de changement de médecin sont très rares, celles relatives à la consultation du dossier médical plus fréquentes.....	44
<b>6.</b>	<b>LES CONDITIONS DE VIE.....</b>	<b>45</b>
6.1	La configuration des chambres ne facilite pas la prise en charge thérapeutique .....	45
6.2	Les conditions d'hygiène sont satisfaisantes.....	47
6.3	Le suivi statistique des hospitalisations hors secteur n'est pas assuré.....	48
6.4	La récente réforme sur la gestion des biens des patients n'est pas bien comprise par les soignants et les patients.....	49
6.5	La qualité des repas et la variété des régimes font l'objet d'une grande attention .....	52
6.6	Les activités au sein des unités dépendent de la disponibilité des soignants	54
6.7	L'accès des patients à la sexualité est géré par les soignants de façon individualisée .....	56
<b>7.</b>	<b>LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE ET SOMATIQUE .....</b>	<b>58</b>
7.1	Les soins psychiatriques sont assurés avec une volonté de réhabilitation sociale .....	58
7.2	L'équipe de soins somatiques souffre d'un manque de moyens pour assurer la prise en charge somatique des patients hospitalisés .....	60
<b>8.</b>	<b>LE RESPECT DE L'INTEGRITE DES PERSONNES .....</b>	<b>63</b>
8.1	Des dispositifs d'amont sont en place afin d'éviter les hospitalisations inutiles .....	63
8.2	Le recours à l'isolement est modéré mais encore mésusé ; la contention est exceptionnellement utilisée .....	66
8.3	L'observatoire national des violences en milieu de santé est régulièrement saisi par l'hôpital mais le recensement des actes hétéro-agressifs reste en réalité aléatoire .....	73
8.4	Le comité d'éthique est actif et se développe .....	76
<b>9.</b>	<b>LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....</b>	<b>77</b>
9.1	Les patients détenus sont hospitalisés dans des conditions indignes .....	77
9.2	La nouvelle unité de gérontopsychiatrie au projet ambitieux .....	79
9.3	En pédopsychiatrie, l'unité Oxalis et les structures extra hospitalières ne couvrent pas l'entièreté des besoins.....	80
9.4	Les activités thérapeutiques sont nombreuses et diversifiées mais elles doivent être mieux connues dans les unités .....	85
<b>10.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>91</b>



# Rapport

Contrôleurs :

- Adeline Hazan, contrôleure générale ;
- Céline Delbauffe, cheffe de mission ;
- Hélène Baron, contrôleure ;
- Alexandre Bouquet, contrôleur ;
- Luc Chouchkaieff, contrôleur ;
- Jean-Christophe Hanché, contrôleur ;
- Philippe Lescène, contrôleur ;
- Agathe Logeart, contrôleure ;
- Annick Morel, contrôleure ;
- Dominique Secouet, contrôleure.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, dix contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier Montperrin à Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône), du lundi 4 au mardi 12 février 2019.

## 1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le lundi 4 février 2019 à 15h ; ils l'ont quitté le 12 février à 13h30.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur de l'établissement. Il a ensuite été procédé à une présentation de la mission devant une vingtaine d'auditeurs dont, outre le directeur, la présidente de la commission médicale d'établissement (CME), le directeur adjoint chargé des usagers, de la qualité et des affaires générales, le directeur des soins, les directeurs adjoints et des chefs de pôle. Le directeur a, par la suite, fait une brève présentation du contexte de fonctionnement du centre hospitalier (CH).

Le cabinet du préfet des Bouches-du-Rhône a été informé téléphoniquement de la visite. Les contrôleurs ont rencontré le président et le procureur de la République près le tribunal de grande instance (TGI) d'Aix-en-Provence ainsi que la présidente du conseil de surveillance de l'établissement. Ils se sont entretenus téléphoniquement avec un médecin psychiatre, membre de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).

Par ailleurs, ils ont assisté à deux audiences du juge des libertés et de la détention (JLD).

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

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

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

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

Une réunion de restitution a eu lieu le 12 février 2019 devant une vingtaine de personnes dont la plupart présentes à la réunion de présentation.

Un rapport provisoire de visite a été adressé le 23 octobre 2019 au chef d'établissement, à la préfecture des Bouches-du-Rhône, au président et au procureur de la République près le tribunal de grande instance d'Aix-en-Provence, ainsi qu'à la délégation départementale des Bouches-du-Rhône de l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Le procureur de la République a accusé réception de ce rapport le 19 novembre 2019, précisant qu'il n'appelait pas d'observation de sa part.

Par un courrier du 3 décembre 2019, le directeur du CH Montperrin a adressé ses observations au CGLPL, elles sont intégrées au présent rapport définitif.

## 2. LE FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

### 2.1 LE CENTRE HOSPITALIER MONTPERRIN CONSTITUE L'ESSENTIEL DE L'OFFRE DE SOINS PSYCHIATRIQUES DU NORD DU DEPARTEMENT

Le centre hospitalier Montperrin – situé 109 avenue du Petit Barthélémy au centre d'Aix-en-Provence et implanté sur un terrain de quatorze hectares – est un établissement public de santé proposant une offre de soins en psychiatrie adulte et infanto-juvénile.

Il intervient sur un territoire qui correspond à six secteurs de psychiatrie adulte et trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile – couvrant la partie Nord du département des Bouches-du-Rhône et comportant une enclave dans celui du Vaucluse (secteur de Pertuis) – pour une population d'environ 550 000 habitants. Le CH intègre dans son ressort trois établissements pénitentiaires : Aix-Luynes 1 et 2 et Salon-de-Provence.

Le centre hospitalier assure environ 70 % de la prise en charge en psychiatrie sur le territoire concerné ; deux cliniques privées spécialisées emportent une part d'activité non négligeable (environ 10 %).

SITUATION AU 31 JANVIER 2019				SITUATION AU 2 AVRIL 2019			
	Unités d'hospitalisation	Lits	CIT (chambres d'isolement)		Unités d'hospitalisation	Lits	CIT (chambres d'isolement)
<b>POLE EST (17, 18 22)</b>				<b>POLE EST (17, 18 22)</b>			
secteur Aix Gardanne Trets	MAGNAN	23	3	secteur Aix Gardanne Trets	MAGNAN	23	1
	LE GUILLANT	23			Psychiatrie générale adultes unités d'entrants	23	
secteur Aix pertuis	REIBAUD Est	25	3	secteur Aix pertuis	REIBAUD Est	25	1
	REIBAUD Ouest	21			REIBAUD Ouest	21	
Intersectoriel	PONTIER Ouest	18	2	Intersectoriel	CALAIS Est	15	5
<b>Pôle OUEST( 19,20,21)</b>				<b>Pôle OUEST( 19,20,21)</b>			
secteur 13G19 (salon)	DUCHENE CALAIS	26	2	secteur 13G19 (salon)	CALAIS Ouest	15	5
	REGIS Est	21			USI	21	
secteur 13G20 (Aix Ouest Miramas)	REGIS Ouest	19	3	secteur 13G20 (Aix Ouest Miramas)	REGIS Ouest	19	1
	DELAY Est	21			Psychiatrie générale adultes unités d'entrants	21	
secteur 13G21 (Aix Sud Vitrolles)	DELAY Ouest	21	3	secteur 13G21 (Aix Sud Vitrolles)	DELAY Est	21	1
					DELAY Ouest	21	
<b>POLE Pédopsychiatrie (PEA)</b>				<b>Pôle Pédopsychiatrie (PEA)</b>			
Service Intersectoriel	Oxalis	10		Service Intersectoriel	Oxalis	10	0
<b>POLE TRANSVERSAL</b>				<b>POLE TRANSVERSAL</b>			
FAUPL	CAP 48 AIX	8		FAUPL	CAP 48 AIX	8	
	CAP 48 Salon	3			CAP 48 Salon	3	
	ADDICTOLOGIE	34			ADDICTOLOGIE	34	
<b>POLE RESSOURCES</b>	Réhabilitation USIR	23		<b>POLE RESSOURCES</b>	CLERAMBAULT	Réhabilitation USIR	23
	PPDA	15			L'OLIVIER	Autiste Adulte (PPDA)	15
	Gérontopsychiatrie	15			PONTIER Est	Gérontopsychiatrie	15
<b>Total</b>		<b>326</b>	<b>16</b>	<b>Total</b>		<b>312</b>	<b>14</b>

Au moment de la visite, l'établissement compte cinq pôles plurisectoriels dont deux pôles de psychiatrie adulte – divisés chacun en trois secteurs – et un pôle de pédopsychiatrie qui dispose d'une unité d'hospitalisation de dix lits, située sur le site de l'hôpital général d'Aix. Les 326 lits d'hospitalisation temps plein (dont 11 places dans les unités de courte durée des urgences des hôpitaux généraux d'Aix-en-Provence et de Salon-de-Provence) sont répartis dans 17 unités ; les 16 chambres d'isolement sont toutes situées dans les deux pôles de psychiatrie adulte.

Le projet d'établissement en cours (cf. § 2.2) devait conduire à une modification de cette organisation et à une diminution du nombre de lits à compter du mois de mai 2019. Les tableaux ci-dessous précisent les capacités des unités d'hospitalisation telles qu'observées par les contrôleurs en février 2019 et celles qui ressortiront en mai de la même année.

Outre ces dix-sept unités d'hospitalisation à temps complet, le centre hospitalier dispose de quarante-huit structures extra hospitalières : vingt-quatre centres médico-psychologiques

(CMP), douze centres accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et onze hôpitaux de jour (HJ).

La file active de l'établissement (hospitalisation et ambulatoire) s'établissait, en 2017, à 20 909<sup>1</sup> patients, en baisse de 0,7 % par rapport à l'année précédente. En 2018, selon les informations fournies aux contrôleurs en début de mission, 5 865 mesures d'hospitalisation à temps complet (concernant 3 178 patients) ont été prises, dont 933 en soins sans consentement.

## **2.2 LE PROJET D'ETABLISSEMENT 2015-2020 QUI EMPORTE UNE REORGANISATION IMPORTANTE DE L'HOPITAL ET DES INVESTISSEMENTS CONSEQUENTS S'APPUIE SUR DES BUDGETS DONT L'EQUILIBRE DEMEURE FRAGILE**

### **2.2.1 Le projet d'établissement**

Dans un contexte de déficit budgétaire structurel, l'établissement de Montperrin connaît de 2012 à 2014 une période troublée, marquée par des conflits sociaux et la rupture du dialogue entre la direction et les médecins : la direction en poste depuis deux ans échoue à faire adopter un plan de retour à l'équilibre financier et démissionne.

Après un audit de l'établissement diligenté en 2013 par l'agence régionale de santé (ARS), le nouveau directeur lance un projet d'établissement (l'ancien s'était achevé en 2011), élaboré avec l'appui d'un consultant, et la participation du personnel. Sur la base d'un diagnostic territorial et d'une analyse de l'offre de soins de l'hôpital, le projet, adopté en 2015, engage le centre hospitalier dans une restructuration profonde qui n'était pas encore achevée lors de la visite des contrôleurs en février 2019. Il décline, sur la base du projet médical, un projet de soins complet, avec un volet social et hôtelier, et prévoit un programme d'investissement important pour mettre en accord les structures immobilières avec les objectifs et les ambitions.

**L'organisation « managériale »** de l'établissement se resserre par :

- une organisation de l'offre sectorielle de soins adultes en deux pôles, Est et Ouest, et non plus en six, selon la doctrine antérieure « un secteur, un pôle », afin d'améliorer la fluidité des parcours des patients et d'offrir une plus grande homogénéité des fonctionnements de secteurs ;
- une redistribution des six secteurs adultes, notamment ceux d'Aix-en-Provence, dans chacun des deux pôles en veillant à une cohérence géographique ;
- la création d'un seul pôle de pédopsychiatrie, organisant la synergie des trois intersecteurs ;
- le maintien dans un pôle dit « Transversal » des fonctions médico-techniques utilisées par l'ensemble des secteurs : services d'alcoologie, prise en charge somatique, services des urgences, service de soins psychiatriques des détenus (SPAD) des centres pénitentiaires de Luynes et Salon-de-Provence, pharmacie ;
- le regroupement des prises en charge spécifiques, demandant des expertises rares dans le pôle « Ressources » : géronto-psychiatrie, permanence d'accès aux soins

---

<sup>1</sup> Source : rapport d'activité du CH pour l'année 2017

(PASS), équipe de liaison précarité, prise en charge des adultes autistes, réhabilitation pour les adultes schizophrènes, psychothérapie et espace 3bisF.

**La réflexion sur l'hospitalisation temps plein du CH** conduit à proposer, dans la limite des capacités autorisées, une uniformisation des capacités sectorielles des pôles (quatre unités de psychiatrie générale dites d'entrants par pôle) et la création de deux unités fermées intersectorielles, dites de soins intensifs (USI) destinées à des patients en crise (c'est l'analyse clinique et non le statut du patient qui devrait déterminer l'arrivée ou le transfert dans ces unités) mais aussi aux personnes détenues : unités de court séjour, elles doivent alléger les prises en charge dans les unités « entrantes » des patients les plus lourds tout en permettant le retour dans ces unités, une fois les périodes de crise terminées. Elles comportent chacune cinq chambres d'isolement : en « contrepartie », les unités « d'entrants » seraient toutes ouvertes (seules trois le sont actuellement) et ne compteraient plus qu'une chambre d'isolement par secteur. Parallèlement, le projet médical met l'accent sur l'importance de prévenir les hospitalisations par une plus grande disponibilité des CMP (accueil d'urgence, visites à domicile) et la consolidation des équipes de liaison psychiatriques, présentes aux urgences des centres hospitaliers d'Aix-en-Provence et de Salon-de Provence.

**Des investissements importants** accompagnent le projet d'établissement, tandis que des rénovations de « maintenance » continuent d'être prévues pour certains pavillons vétustes ou inadaptés (Reibaud par exemple) :

- construction d'un bâtiment où doivent être installées les deux USI dont l'ouverture, initialement prévue en 2018, est, au moment de la visite, envisagée pour avril 2019 ;
- regroupement des CMP d'Aix-en-Provence sur un site en bordure de l'hôpital ;
- rénovation d'un bâtiment pour la gérontopsychiatrie ;
- construction d'un CMP pour enfants à Pertuis, aménagement d'un autre pour adultes à Trets.

Ces projets entraînent des opérations complexes :

- d'implantation puisque certaines unités sont installées temporairement dans d'autres bâtiments dans l'attente de la rénovation de leur pavillon : ainsi les personnes âgées de l'unité de Pontier Est devront être transférées pour deux ans à Pontier Ouest dans l'attente de la rénovation du Pavillon Aujaleu. Dans ses observations du 3 décembre 2019, le directeur précise que le transfert de l'unité de Pontier Est à Pontier Ouest a été effectué en octobre 2019 et que *« les personnes âgées de l'hôpital de jour de Gardanne devront être transférées sur le site du CH Montperrin aux côtés de l'unité d'hospitalisation pour personnes âgées à plein temps (Pontier Est) pour deux ans, ce dans l'attente de la rénovation des locaux du pavillon Aujaleu. Ces deux unités de soins du service de gérontopsychiatrie seront alors localisées dans un bâtiment repensé et réaménagé pour mieux assurer les prises en charge de cette population spécifique »*
- de recherche de solutions pour certains patients dont ceux des unités Duchêne et Pontier dont la fonction d'accueil au long cours est supprimée dans la nouvelle organisation : il est recherché pour les personnes concernées très lourdement handicapées une prise en charge dans des structures médico-sociales où à défaut, une répartition dans d'autres unités.

### 2.2.2 Les budgets

Après des exercices budgétaires en déséquilibre négatif de 2012 à 2014, conduisant à des reports à nouveau déficitaires de 3 500 000 euros sur un budget de plus de 70 000 000 millions d'euros, les budgets de l'établissement de 2014 à 2019 sont équilibrés, grâce à la conjonction :

- de recettes supplémentaires de l'ARS : péréquation régionale favorable à l'établissement à partir de 2015 et pendant deux ans, contribuant à augmenter la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) ; obtention de crédits spécifiques, reconductibles ou non, pour des opérations ciblées ; aide pour la construction des USI (subvention de 3 000 000 euros) ;
- d'économies de gestion de l'établissement qui parvient cependant à maintenir sur la période le volume des emplois soignants auprès des patients : réduction du nombre de cadres supérieurs de santé, diminution du nombre de personnels administratifs, suppression de jours de congés non légaux, mutualisation de la crèche, rationalisation des transports, etc.

Pour autant, cet équilibre apparaît fragile : en 2019, c'est la vente d'une villa qui permet l'équilibre budgétaire, évitant ainsi un déficit de 356 000 euros.

C'est pourquoi le plan global de financement pluriannuel (PGFP) prévoit sur quatre ans des économies structurelles (réorganisation des services et du temps de travail), répondant aux remarques du rapport d'audit de l'ARS en 2013 et de la chambre régionale des comptes en 2018. Les deux instances, pointant l'importance des dépenses en personnel de l'établissement (83 % des dépenses), soulignaient l'inadéquation des cycles de travail des infirmiers et de l'organisation des roulements, « *répondant davantage aux attentes du personnel qu'aux besoins des patients* ».

## 2.3 DES POSTES DE MEDECIN SONT VACANTS SUR L'ENSEMBLE DE L'ACTIVITE DES POLES ET DE NOMBREUX SOIGNANTS SONT CONTRACTUELS

Le CH Montperrin comptait début 2018, 1 082 équivalents temps plein rémunérés (ETPR) de personnel non médical (contre 1 069 en 2015) dont 749 personnels soignants et 82 ETPR de personnel médical (hors internes) contre 84,7 en 2015.

### 2.3.1 Concernant le personnel médical

La masse salariale était de 62 815 344 euros en 2017 contre 61 222 549 euros en 2015.

**Au Pôle Est**, le fonctionnement est prévu avec 17 ETP médicaux (15 temps de praticien hospitalier (PH)+ 2 temps d'assistants). Il dispose de 13 praticiens (sous statut de praticiens hospitaliers, dont la présidente de la CME et PH contractuels) et d'un praticien attaché, soit 14 ETP et un interne (3 ETP vacants).

**Au Pôle Ouest**, le fonctionnement est prévu avec **15,6 ETP** ; il dispose de 14,2 ETP de praticiens dont un généraliste en cours de formation à la psychiatrie, d'un praticien associé (qui n'a pas non plus la plénitude d'exercice) soit **15,2 ETP** et d'un interne.

**Le pôle PEA** a un fonctionnement prévu avec **19,8 ETP** ; il dispose de 16,4 ETP de praticiens, de 0,4 ETP de praticien attaché, soit **16,8 ETP**, et de deux internes.

**Le pôle transversal** (CAP 48, addictologie et médecine générale) accueille en principe **27,8 ETP** de praticiens, il dispose de 23,3 ETP de praticiens, d'1 ETP de praticien attaché (six médecins différents), d'un médecin associé, d'un assistant soit **26,3 ETP** et de 3 internes.

**Le pôle ressources** (réhabilitation, gérontopsychiatrie, PPDA<sup>2</sup>) a un fonctionnement prévu avec **6,8 ETP** ; il dispose de 5,2 ETP de praticiens, de 0,3 d'attaché, d'un médecin associé **soit 6,5 ETP**.

Ainsi globalement, la structure dispose pour son activité intra et extra hospitalière de 80,4 ETP de praticiens (dont 5 associés ou en formation sans plénitude d'exercice) sur un total de 88,6 ETP budgétés : 8 postes sont donc immédiatement vacants.

**Les contrôleurs ont néanmoins constaté qu'une présence médicale était assurée dans tous les services intra hospitaliers matin et après-midi** ; tous les médecins partagent leur exercice avec l'activité ambulatoire en CMP.

Le recours aux intérimaires est rare (une fois par an), 24 000 euros en 2017.

Le taux d'absentéisme des médecins est faible et stable à 6 %.

Un médecin assure une mission d'intérêt général permettant un lien avec une structure médico-sociale (IME<sup>3</sup>) de Toulon (Var) deux demi-journées par semaine tandis qu'un praticien extérieur à l'établissement vient exercer une activité d'intérêt général au CH Montperrin une demi-journée par semaine au pôle ressources sur l'autisme.

Les demi-périodes de temps de travail additionnel (correspondant à une demi-journée ou à 6 heures pour celles générées par le travail en garde) rémunérées aux médecins sont stables depuis trois ans et se sont élevées à 627 demi-périodes pour un montant de 103 000 euros en 2017 (98 000 en 2016 et 114 700 en 2015). Il y avait 606 demi-périodes en 2016 et 731 en 2015.

Le développement personnel continu a été financé en 2018 à hauteur de 134 000 euros. Il n'est pas rapporté de refus par défaut de financement mais plutôt une faiblesse de la demande des médecins au regard des effectifs manquants. Les demandes 2019 s'élèvent pour le moment à 47 629 euros. Aucune demande de formation 2019 ne concerne, au moment du contrôle, les droits des patients, l'isolement et la contention.

**Cependant vingt et un médecins de l'établissement ont participé aux 27<sup>èmes</sup> journées de l'AFERUP<sup>4</sup> consacrées aux pratiques d'isolement, de contention et de droits des patients.** Deux autres médecins ont effectué une formation de deux jours sur les droits des patients et « *formes et destins de l'humiliation* ». En 2017, trois médecins avaient suivi une formation sur les soins psychiatriques sans consentement ; aucune formation en 2016 ne concernait les droits des patients ou l'isolement-contention. Le directeur du CH précise dans ses observations que : « *Les soins sans consentement ainsi que les problématiques relatives aux isolements et contentions sont régulièrement traités pour le personnel médical lors de sessions et colloques d'organismes réunissant les médecins psychiatres (SIP, AFERUP) auxquels se rendent des praticiens de l'établissement* ».

**Les efforts constatés depuis 2018 sur ces thématiques mériteraient d'être poursuivis dans les années à venir sur les pratiques d'isolement et de restriction de liberté, à travers le développement d'évaluations des pratiques professionnelles.**

---

<sup>2</sup> PPDA : unité pour patient profondément déficitaire adulte

<sup>3</sup> IME : institut médico-éducatif

<sup>4</sup> AFERUP : association francophone pour l'étude et la recherche sur les urgences psychiatriques



### 2.3.2 Concernant le personnel infirmier et aide-soignant

L'établissement comptait en 2017, 429 ETP rémunérés d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE) en 2017 (420 en 2015) et 101 ETP d'aides-soignants (AS) (97 en 2015). Au moment du contrôle, la description du personnel indique 407 ETP d'IDE et d'AS sur l'ensemble des pôles. La masse salariale s'élevait à 53 107 338 euros pour le personnel non médical en 2017 contre 51 395 395 en 2015

Les contrôleurs ont constaté dans les services, des effectifs allant de 18,9 ETP d'IDE et AS y compris pour la nuit (Reibaud Est) à 23,5 ETP (Pontier Ouest).

L'établissement compte parmi son personnel 174 agents contractuels dont 58 IDE et 11 AS. Cependant, l'établissement indique que les IDE contractuelles sont intégrées par vagues dans la fonction publique hospitalière, en tant qu'IDE stagiaires.

Le nombre de cadres de santé et cadres supérieur de santé est important et s'élève à 37,3 ETP.

Le CH compte également 20 ETP d'assistantes sociales et 35,2 ETP de psychologues.

Le personnel travaille en trois horaires : 6h-14h, 13h-21h et la nuit de 21h à 6h.

L'absentéisme relevé auprès du personnel non médical est assez élevé et stable à 9 %. Il est surtout différent entre les hommes (6,7 %), et les femmes (9,7 %) et est plus important chez les seules infirmières (12,5%).

Les absences sont gérées par diminution des effectifs dans les unités jusqu'au niveau minimum établi (trois soignants par unité dont au moins deux IDE) et grâce à une mutualisation des agents entre unités selon les besoins ; il est peu fait appel à l'intérim.

L'analyse des effectifs par unité intra hospitalière montre un très faible nombre de postes non pourvus chez le personnel non médical, mais un nombre important de soignant encore contractuel.

Les dépenses d'intérim sont faibles à 18 673 euros en 2017 (4000 en 2015). Le *turn-over* est modéré mais en augmentation sur les postes d'infirmiers.

**En conclusion, l'établissement développe une politique active de recrutement en personnel non médical au prix d'une embauche massive de CDD.**

Parallèlement à ce nombre important de soignants contractuels, il n'y a ainsi aucune maquette d'organisation, validée par l'institution, définissant un nombre déterminé d'infirmiers et d'aides-soignants physiquement présents dans le service par demi-journée, et uniquement un effectif minimum de sécurité au-dessous duquel la sécurité des soins serait engagée.

L'analyse des plannings des trois derniers mois montre que les effectifs soignants varient fortement dans une même unité et entre deux unités semblables, souvent dans une même semaine ou un même mois, avec des chiffres allant de trois à six agents présents par demi-journée, avec des extrêmes à deux et six. Ainsi dans l'unité Pontier Ouest, 39 % des demi-journées étaient réalisées aléatoirement avec trois (voire deux une fois) soignants (IDE et AS), 35 % avec quatre soignants et 26% avec cinq ou six soignants. Dans l'unité Magnan, 39 % des demi-journées étaient réalisées avec trois soignants, 42 % avec quatre et 19 % avec cinq. Enfin, à l'unité Duchêne, treize demi-journées (21 %) parmi les soixante-deux du mois de décembre 2018 ont été réalisées par deux voire même deux fois par un soignant, vingt-cinq demi-journées par trois soignants (40 %), dix-huit par quatre soignants et six demi-journées par cinq et six soignants.



**Au regard de ces chiffres, il semble que l'effectif de sécurité (trois soignants présents auprès des patients) tende à devenir un effectif de fonctionnement assez courant, majoritaire dans au moins une des unités contrôlées et en tout cas non exceptionnel.**

L'absence de projet médical conduit à l'absence de détermination d'un nombre d'infirmiers présents auprès des patients, stable et pérenne dans le temps. Le projet médical doit déterminer le besoin qualitatif de soignants aux différents moments de la journée, permettant de répondre au droit à l'accès aux soins pour les personnes privées de liberté comme pour celles admises en soins libres, et l'humanisation de la prise en charge y compris dans les phases de violence.

Le directeur écrit dans ses observations : *« Il est rappelé que le calibrage des équipes en services de psychiatrie ne répond pas à des normes réglementaires de référence. Cependant, les maquettes d'organisation des unités à l'occasion des restructurations en pôles ont permis, notamment pour les unités d'hospitalisation à plein temps, de définir des effectifs de journée et de nuit par unités et unités jumelées. Les difficultés qui demeurent et pour lesquelles la direction de l'établissement a encore du mal à faire accepter des solutions dans le cadre d'un dialogue social constructif et apaisé tiennent avant tout à un décalage et un mauvais équilibre de personnels présents, déjà constaté par la chambre régionale des comptes, entre les besoins à certaines plages horaires en journées ouvrées et les prises en charge des patients. Ces plannings sont en cours de modification, avec un étalement de l'arrivée des personnels dans certaines unités pour couvrir les heures les plus lourdes en terme d'activité ».*

#### RECOMMANDATION 1

Le projet médical doit comporter des maquettes d'organisation du personnel soignant pour permettre aux patients un accès à des soins assurés avec constance dans le cadre d'une prise en charge optimisée.

Par ailleurs, l'établissement dispose d'un institut de formation pour les infirmiers et les aides-soignants.

Le montant prévisionnel de la formation du personnel non médical s'élève à 603 198 euros. Les dépenses de formation se sont élevées à 570 905 euros en 2018.

Le plan de formation 2019 évoque, sur les formations institutionnelles, deux sessions de consolidation des savoirs, deux formations sur le droit des patients, trois sessions sur la prévention de la violence et des événements à risque, deux sessions sur le risque suicidaire. Le pôle Est développera le tutorat étudiants infirmiers, l'accueil des familles et la gestion de l'urgence et de la crise au téléphone. Il n'y a ainsi aucune formation sur l'isolement et la contention.

**Les formations suivies par le personnel non médical en 2016, 2017 et 2018 ont fortement concerné, outre les formations habituelles, le droit des patients, la prise en compte des violences et événements indésirables, les pratiques d'isolement.**

Ainsi sur les trois ans, vingt-sept infirmiers ont suivi la formation « droits des patients », quatre-vingt-sept la consolidation des savoirs, quatre-vingt-un la gestion et la prévention de la violence, soixante-cinq la formation « référent en psychiatrie », quarante et un la prévention et le traitement des événements indésirables liés aux soins, vingt-cinq les techniques de médiations thérapeutiques, trente-huit la prise en charge du risque suicidaire, seize des formations spécifiques sur l'isolement, la contention et les soins sans consentement,

sept l'animation de groupes de paroles, trois « créer un jardin pour accompagner le soin ». Les cadres ont également bénéficié de formation sur le traitement des événements indésirables (onze), à la prévention de la violence et des événements à risque (deux) et en 2018, huit cadres ont assisté aux journées de l'AFERUP consacrées à l'isolement et la contention, un cadre à la prévention du risque suicidaire.

### 3. L'INFORMATION DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SUR LEURS DROITS

#### 3.1 EN DEPIT DE LEUR HETEROGENEITE, LES DONNEES STATISTIQUES TRADUISENT UNE AUGMENTATION DU NOMBRE DE PATIENTS HOSPITALISES POUR PERIL IMMINENT

##### 3.1.1 Le nombre de patients en soins sans consentement (SSC) au jour du contrôle

Toutes les unités sont susceptibles d'accueillir des patients en SSC, certaines d'une façon très marginale comme l'unité de gérontologie, celle accueillant les pathologies lourdes liées à l'autisme (unité l'Olivier), ou encore l'USIR<sup>5</sup>, d'autres dans des proportions importantes : unités Delay, Régis et Reibaud (environ 50 % des patients).

Au premier jour du contrôle, quatre-vingt-dix-neuf patients étaient hospitalisés sans leur consentement.

##### 3.1.2 Les données fournies par le centre hospitalier

Les chiffres fournis par l'hôpital sont parfois difficiles à saisir, car très différents selon les sources.

Le rapport d'activité 2017 permet de constater une baisse significative des mesures d'admission en soins sans consentement pour péril imminent, passant de 183 en 2016, à 165 en 2017. Inversement le nombre d'admissions en soins sans consentement à la demande d'un tiers (ASDT) a augmenté de 95 en 2016 à 108 en 2017 comme les ASDT selon la procédure d'urgence (265 en 2016, 286 en 2017).

Le rapport d'activité se félicite de cette courbe descendante des mesures de péril imminent, y voyant un début de maîtrise de ce type de mesure, des rappels réguliers étant fait aux centres d'accueil et aux services d'urgence quant au fait que le recours à la procédure de péril imminent doit rester un mode d'admission exceptionnel.

L'examen des chiffres fournis pour l'année 2018 permet cependant de constater une augmentation importante des mesures en péril imminent.

Selon les données fournies par le bureau des entrées (BDE), le nombre de mesures pour péril imminent est passé de 206 en 2017 (165 dans le rapport d'activité) à 254 en 2018 et celui des patients hospitalisés selon la même procédure du péril imminent de 194 en 2017, à 228 en 2018.

Les données du département d'information médicale (DIM) sont encore différentes : 228 mesures pour péril imminent en 2017, pour 269 en 2018 ; 176 patients hospitalisés selon la procédure du péril imminent en 2017 pour 211 en 2018.

Sur ce point, la direction du CH écrit dans ses observations : « Les différences constatées par le CGLPL entre les données produites par le DIM et reprises dans le rapport annuel d'activité et celles du bureau des admissions (figurant également dans le RAE) s'expliquent en partie par l'utilisation de logiciels différents qui ne poursuivent pas les mêmes objectifs ni ne permettent une saisie simultanée des données. Il y aura donc toujours quelques différences entre les données selon leur lieu de production (DIM ou bureau des admissions). Les responsables des

---

<sup>55</sup> USIR : unité de soins intensifs et de réhabilitation

*pôles et de l'établissement ont la possibilité de consulter les données de PMSI-PILOT. Des différences résultent aussi de saisies incorrectes réalisées en amont des mesures dans le logiciel CARIATIDES, malgré un contrôle quotidien du bureau des admissions qui atteint ses limites. L'établissement tente au fil du temps de surmonter ces erreurs de saisie par une veille statistique et la formation des soignants, effort qui doit être poursuivi.*

*Néanmoins, les chiffres produits par le bureau des admissions sont ceux qui, quant au nombre de mesures de soins sans consentement, sont à considérer actuellement du fait de leur exactitude comme la seule référence en la matière ; ils sont communiqués au service de l'A.R.S. chargé du suivi des mesures de soins sans consentement, mais ne peuvent l'être à l'A.T.I.H<sup>66</sup>. ».*

Quels que soient les chiffres fournis, la progression du nombre de mesures et de patients admis pour péril imminent est importante allant bien au-delà des chiffres fournis pour les années 2016 et 2015.

Le CH est invité à renouveler les rappels aux secteurs psychiatriques et aux urgences quant au fait que le recours à la procédure pour péril imminent est dérogatoire et ne doit pas devenir la règle.

Dans ses observations au rapport provisoire le directeur précise : « *La place des services d'urgence des hôpitaux généraux et C.A.P. dans le circuit d'admission des patients, explique largement le recours fréquent à la procédure de péril imminent.*

*Cette situation se retrouve au niveau national et n'est pas spécifique au C.H. Montperrin. Elle illustre aussi la situation de grand isolement social de certains patients mais aussi la peur de l'entourage quant aux risques de passage à l'acte envers les familles et tiers demandeurs potentiels d'une demande d'hospitalisation, en particulier en cas de poly pathologies psychiques et addictives.*

*La direction poursuivra ses efforts d'information auprès de ces services d'urgence pour rappeler le caractère dérogatoire et les conditions de cette procédure, notamment quant à l'appréciation médicalisée de l'imminence d'un péril pour le patient.*

*Il serait aussi souhaitable qu'une telle information soit relayée par les directions et chefs des services des urgences des hôpitaux généraux, déjà sensibilisés à cette problématique par le C.H. Montperrin, ou par l'A.R.S. et l'Ordre des médecins auprès des médecins urgentistes hospitaliers, des associations de médecine d'urgence et des médecins généralistes libéraux, souvent appelés à intervenir en amont des admissions et qui sont parfois peu au fait de la législation.*

*Nombre de mesures de péril imminent : Si une baisse des admissions en péril imminent a pu être enregistrée en 2017 puis de nouveau une tendance à la hausse en 2018, les données provisoires au 15 novembre de l'année 2019 permettent de constater une tendance à la baisse ou à la stabilisation de ces mesures, avec 216 mesures de P.I. contre 228 mesures au 15 novembre 2018 ».*

L'évaluation du nombre de patients en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) est tout aussi variable selon l'origine des données fournies ; cependant toutes traduisent une baisse du nombre de ces mesures.

Les mesures de SDRE prises sont passées de 163 en 2017 à 124 en 2018, selon le DIM ; de 146 à 122 selon le BDE ; cette baisse est pour une grande partie due à la diminution importante

---

<sup>66</sup> ATIH : agence technique de l'information sur l'hospitalisation

du nombre de détenus avec l'ouverture de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Marseille (Bouches-du-Rhône) en 2018.

Les données concernant les mesures d'ASDT simples et celles prises en urgence sont elles aussi très incertaines : le DIM en dénombre 556 en 2017 et 576 en 2018 ; le BDE 542 en 2017 et 516 en 2018, soit une augmentation pour un service et une diminution pour l'autre. Concernant le nombre de patients, selon le DIM il y en aurait eu 442 en 2017 et 418 en 2018 ; selon le BDE, 510 en 2017 pour 488 en 2018, c'est-à-dire une diminution pour les deux services.

Le centre hospitalier doit revoir le mode d'évaluation de son activité concernant le nombre de patients et le nombre de mesures prises dans le cadre des soins sans consentement.

## RECOMMANDATION 2

Les admissions en soins sans consentement, selon la procédure du péril imminent, sont des mesures dérogatoires et doivent rester exceptionnelles.

Le centre hospitalier doit tenter d'unifier le mode d'évaluation de son activité entre les différents services concernant le nombre de patients admis en soins sans consentement et le nombre de mesures prises dans ce cadre juridique.

### 3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LES SOINS SANS CONSENTEMENT, LES DROITS ET LES VOIES DE RECOURS EST TRES INSUFFISANTE

Les pratiques de notification des mesures et d'information des patients sur leurs droits et voies de recours varient d'une unité à l'autre. Elles peuvent être effectuées par un IDE, un cadre ou un médecin qui, dans l'ensemble, sont eux-mêmes insuffisamment formés et informés des droits des patients en soins sans consentement. Des patients interrogés par les contrôleurs étaient dans l'ignorance de la procédure JLD, alors qu'ils étaient hospitalisés depuis plusieurs jours et susceptibles d'être convoqués très prochainement.

La preuve de la notification des décisions d'admission, de maintien et de modification de la prise en charge s'effectue par la signature du patient sur la décision elle-même. Aucun document de notification spécifique n'est utilisé et remis aux patients. Toutes les décisions du directeur, précisent les voies de recours possibles (recours devant le JLD et saisine de la CDSP) et se terminent par un texte relatif à la notification dans lequel le patient : « [je] reconnais avoir reçu notification de la présente décision ainsi que du certificat qui lui correspond, dont un exemplaire de chaque document m'a été remis, après avoir été informé(e) sur mes droits et voies de recours et pu faire valoir mes observations ». En cas d'impossibilité ou de refus du patient de recevoir cette notification et de signer le document, deux soignants sont supposés en attester et signer la décision. Bien que le texte de notification le prévoit, une copie de la décision du directeur n'est pas systématiquement remise au patient ; selon les informations recueillies, certains ne la remettent qu'à la demande expresse du patient. Quant aux certificats médicaux, ils ne sont jamais donnés au patient sauf, selon certains témoignages, exceptionnellement à la demande expresse de celui-ci et après accord du médecin. La notification des arrêtés préfectoraux s'effectue de la même façon, le texte prévoyant uniquement que le patient a reçu l'arrêté le concernant. Dans les deux cas, aucune indication de la date de notification n'est prévue sur les documents ; il n'est donc matériellement pas possible de connaître le délai écoulé entre le début de la mesure et sa notification au patient.

Il arrive cependant qu'une date soit notée par les soignants attestant du refus ou de l'impossibilité du patient à recevoir la notification.

Les contrôleurs ont pu constater, en étudiant le registre de la loi, que certaines décisions n'étaient pas signées par le patient ou par les soignants et n'avaient donc pas été notifiées. D'autres décisions sont parfois signées et datées par les soignants le matin même de l'audience du JLD, après relance du bureau des entrées.

Par ailleurs, le recueil des observations des patients admis en soins sans consentement prévu par la loi n'est tracé dans aucun document.

Enfin, aucun formulaire récapitulatif des droits n'est remis aux patients.

### RECOMMANDATION 3

La procédure de notification des décisions, voies de recours et droits du patient est une condition de la régularité de la mesure d'admission et de maintien en soins sans consentement ; elle doit faire l'objet d'un protocole précis, au sujet duquel l'ensemble des intervenants doit recevoir une formation complète et réactualisée en tant que de besoin.

Le recueil des observations des patients admis en soins sans consentement doit être systématiquement réalisé et tracé et l'ensemble des documents utiles à leur information doivent leur être remis (décisions, certificats médicaux, document récapitulatif des droits, etc.).

Le directeur de l'établissement répond dans ses observations : « *Si l'on peut envisager la rédaction d'un "protocole précis", en complément de rappel du dispositif légal et réglementaire sur les soins sans consentement et de modèles de documents très formalisés, connus des médecins et secrétariats médicaux et qui sont dans la Gestion documentaire numérisée comme dans le dossier informatisé du patient, aucune modalité ou procédure en place ne garantira que ces recommandations de bonne pratique seront appliquées par tous à tout moment. Néanmoins et pour retenir certaines propositions du CGLPL, la direction, va examiner avec les services de soins les possibilités d'actions correctives sur l'amélioration des modalités d'information du patient lors de son séjour, comme un affichage institutionnel en unités d'un formulaire récapitulatif des droits..., en sus de la remise du livret d'accueil qui reste pour la direction le support prioritaire et dont la diffusion doit être encore améliorée.*

*La date de notification des décisions d'admission du directeur sera rajoutée, suite à l'observation du CGLPL, en sus de la date de la décision.*

*S'agissant plus spécifiquement du recueil des observations du patient, leurs retranscriptions peuvent déjà figurer dans les observations médicales et soignantes du dossier informatisé du patient à la suite des entretiens entre ce dernier et le médecin, éventuellement avec un membre de l'équipe soignante à l'admission ou durant la période d'observation puis ultérieurement lors de la prise en charge. Il est en effet quasiment impossible d'obtenir l'assurance que ce recueil soit réalisé de la part de médecins généralistes ou urgentistes extérieurs à l'établissement lorsqu'ils prescrivent une admission en soins sans consentement.*

*Une réflexion sur la systématisation de ce recueil va être engagée mais nous attirons l'attention du CGLPL sur la difficulté, en pratique, de pouvoir formaliser au-delà de l'échange patient-médecin systématiquement ce recueil à cette étape du soin, avec des patients opposants admis le plus souvent en situation de crise aiguë, sans alourdir de manière excessive*

*la procédure d'admission qui doit être consacrée d'abord à la prise en charge médicale du patient ».*

### 3.3 L'ABSENCE DE DIFFUSION SYSTEMATIQUE DU LIVRET ARRIVANT ET DU REGLEMENT INTERIEUR PRIVE UNE PARTIE DES PATIENTS DE LA CONNAISSANCE DE LEURS DROITS

Le règlement intérieur est un document dense, difficilement lisible. Le CH Montperrin a comme usage de le diffuser sous forme d'extraits pour en faciliter la lecture. Les contrôleurs ont eu accès à deux extraits : celui relatif aux droits et devoirs des usagers et à la prise en charge des malades (décembre 2016, quarante-trois pages) et celui relatif à la commission médicale d'établissement (août 2011, huit pages). Le premier extrait contient un chapitre entier, assez complet, sur les soins psychiatriques sans consentement. Il explique en détail les droits des patients en soins sans consentement, ainsi que leurs recours. Cet extrait n'est pas diffusé aux patients : il n'est accessible que sur demande, par courrier à la direction (art. 81). Dans quelques rares unités, il est néanmoins glissé dans le livret d'accueil.

En principe, les unités n'ont pas rédigé de règles de vie propres. Les contrôleurs n'en ont constaté l'existence que dans les unités Régis Est, Reibaud Est et Reibaud Ouest : elles sont affichées dans les chambres derrière la porte mais sont obsolètes et parfois partiellement arrachées. Aucun document propre à l'unité n'est donc remis au patient et les contrôleurs n'ont pas constaté d'affichage en ce sens dans les zones communes au sein des pavillons. Tout au plus quelques notes de service internes sont apposées sur les vitres des bureaux infirmiers et dans les couloirs, souvent non datées ou non signées.

En réalité, le seul document pensé directement pour les patients est le **livret d'accueil**, dont la version en cours lors de la visite date de mars 2018. Il se présente sous la forme d'un livret aéré, coloré et agrémenté de pictogrammes et de photographies. Il n'est pas trop long (vingt-sept pages) et se termine par des annexes comprenant notamment des formulaires-type que le patient peut découper : désignation de la personne de confiance, questionnaire de satisfaction, formulaire d'accord patient-traceur, demande de communication de documents médicaux. Il comprend notamment une partie sur le séjour du patient, donnant un certain nombre d'informations sur le fonctionnement quotidien des unités, remplaçant ainsi pour partie les règles de vie. Il comprend également une partie sur les droits des patients, qu'ils soient ou non admis en soins libres. Pour les patients en soins sans consentement, il est précisément fait état de leur droit à réclamation et à recours auprès du juge des libertés et de la détention (JLD), du préfet, de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), du CGLPL, du Défenseur des droits ou encore de la commission des usagers (CDU), en mentionnant à chaque fois les coordonnées de ces autorités.

Il est regrettable que ce livret d'accueil ne soit pas systématiquement remis. Si le principe est bien qu'il soit posé dans chaque chambre avant l'arrivée d'un nouveau patient, les contrôleurs ont constaté son absence dans certains cas, notamment dans le pavillon Régis. Dans les unités Pontier Ouest et Duchêne, le livret d'accueil n'est même remis qu'à la demande. Le rapport d'activité 2017 de la commission des usagers fait état d'un taux de remise de 47 % seulement, ce taux étant en outre en baisse par rapport à l'année précédente<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Rapport d'activité 2017 de la CDU, p. 9 (1 327 livrets remis en 2017, soit 47 % de la file active en hospitalisation temps complet).



Aucun de ces documents n'est traduit pour les patients non francophones. Seule la charte du patient hospitalisé est disponible en plusieurs langues étrangères.

#### RECOMMANDATION 4

Le livret d'accueil doit être systématiquement remis à tout patient entrant.

Le directeur précise dans ses observations que « *le livret d'accueil de l'établissement, même s'il est insuffisamment distribué, reste, comme le note le CGLPL, le document d'information très complet de référence. Il nous est possible de constater que le nombre d'exemplaires distribués de ce livret en novembre 2019 est nettement plus élevé qu'il ne l'a été en 2017 et 2018, années de transition avec la réorganisation des unités et des changements importants de cadres de santé. La remise du livret d'accueil figure désormais dans la procédure "entrée et sortie du patient", validée en février 2019 par la CME* ».

### 3.4 LES RECLAMATIONS DEPOSEES PAR LES PATIENTS OU LEURS PROCHES SONT EXAMINEES AVEC SOIN ET SYSTEMATIQUEMENT COMMUNIQUEES A LA COMMISSION DES USAGERS

Les patients peuvent saisir les soignants de leur unité (médecins, cadre de santé, infirmiers) par oral de toute difficulté relative à leur prise en charge. Une grande partie des réclamations des patients est ainsi traitée au sein de l'unité, sans traçabilité particulière.

Le livret d'accueil et le règlement intérieur permettent également aux patients et à leurs proches de saisir la direction pour se plaindre d'une difficulté. La réclamation peut être écrite (par courrier ou par mail) ou orale (en se présentant au secrétariat de la direction des usagers). En 2017, soixante-dix réclamations ont ainsi été adressées : quarante et une par des patients et vingt-neuf par des tiers<sup>8</sup>. 91 % d'entre elles sont adressées par écrit<sup>9</sup>. Elles sont traitées par la direction des usagers, dont le secrétariat tient un registre numérisé. Elles font toutes l'objet d'un traitement administratif et d'une communication à la commission des usagers (CDU). Le traitement administratif s'entend d'une réponse systématique au réclamant, la plupart du temps après contact avec l'unité ou le soignant concernés et, le cas échéant, la mise en œuvre d'actions correctives. S'il est possible de répondre à l'utilisateur à bref délai (un à quatre jours), il n'est pas établi d'accusé-réception. En revanche, s'il n'est pas envisageable de produire une réponse aussi rapide, un accusé-réception émanant de la direction des usagers est envoyé (délai moyen : deux jours) avant que la problématique soit traitée au fond. *In fine*, le délai moyen de traitement est de huit jours et aucune réponse n'intervient au-delà de trente jours. Le directeur précise que « *depuis la visite du CGLPL, un accusé-réception automatisé pour toute demande ou réclamation par courriel réceptionné à la direction des usagers a été mis en place, au-delà de la procédure de réponse à bref délai qui était déjà en œuvre* ».

Toutes les réclamations, et les réponses qui leur sont apportées, sont transmises à la CDU (c'est pourquoi les informations et statistiques relatives aux réclamations figurent dans les écrits de la CDU et non au rapport d'activité de l'établissement). La CDU en prend connaissance, les examine et interroge la direction, le cas échéant, en fonction des thématiques abordées. Très peu de patients saisissent la CDU en direct.

<sup>8</sup> Source : rapport d'activité 2017 de la commission des usagers, p. 4

<sup>9</sup> Six réclamations par oral seulement en 2017 (source : répertoire opérationnel des ressources – rapport CDU 2018, p. 18)



Lorsque la problématique déferée traduit une opposition entre le patient et l'un des membres du personnel, une médiation est possible. C'est le directeur adjoint, en charge des usagers, qui est à l'initiative de ces médiations et en informe la CDU. Deux médiateurs peuvent intervenir : un médecin et un personnel paramédical, tous deux exerçant au CH Montperrin. Il a été indiqué aux contrôleurs que la médiation était plus délicate lorsque le conflit opposait un patient et son médecin, l'objectivité du médiateur médecin pouvant être interrogée puisqu'il devait se positionner vis-à-vis d'un confrère exerçant au sein de la même communauté médicale que lui, parfois même au sein du même pôle. Le recours à un médiateur extérieur au CH Montperrin serait sans doute préférable. Six médiations ont été proposées en 2017 : quatre ont été refusées, deux ont été acceptées. Les quatre refus de 2017 ont été du fait des patients : les cas dans lesquels les professionnels impliqués refusent la médiation sont rares.

En 2017, les réclamations ont majoritairement porté sur :

- les relations avec le médecin (onze cas, soit 16 % des cas) ;
- la contestation du diagnostic (onze cas, soit 16 %) <sup>10</sup> ;
- les vols et pertes d'objets (neuf cas, soit 13 %) ;
- les relations avec le personnel paramédical (six cas, soit 9 %).

Le chiffre global des réclamations est stable ces dernières années : quatre-vingts en 2015 ; soixante-et-onze en 2016 ; soixante-dix en 2017 ; quatre-vingt-un en 2018.

### **3.5 L'HOPITAL EST A L'ECOUTE DES PATIENTS ET DE LEURS FAMILLES ET CHERCHE A LEUR APPORTER DES REPONSES MAIS LEURS REPRESENTANTS MANQUENT DE VISIBILITE**

#### **3.5.1 Les structures représentant patients et familles**

Deux structures sont implantées au CH Montperrin : la section des Bouches-du-Rhône de l'union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) et celle de l'union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI). Les contrôleurs ont rencontré les représentants de chacune de ces sections locales.

L'UNAFAM est représentée par quelques bénévoles au CH Montperrin et siège au conseil de surveillance et à la commission des usagers avec voix délibérative. Faute d'effectifs, elle ne tient plus de permanence contrairement à ce qui est indiqué dans le livret d'accueil <sup>11</sup> mais reçoit uniquement sur rendez-vous. L'UNAFAM rencontre et représente essentiellement les proches, beaucoup moins les patients. Parmi eux, ce sont surtout les pères et mères qui sont présents, et sollicitent régulièrement la section à la suite de refus des médecins de leur donner des informations sur la situation et l'état de santé de leurs enfants (« *ils sont majeurs* »). Cette réponse est souvent incomprise des parents mais ces derniers n'osent saisir la direction ou la commission des usagers, par crainte d'en savoir encore moins par la suite s'ils sont jugés intrusifs par l'hôpital. S'agissant des patients eux-mêmes, ils signalent à l'UNAFAM l'indisponibilité des psychologues, le fait que les médecins n'honorent pas toujours leurs rendez-vous en raison d'urgences (les visites étant donc régulièrement reprogrammées), le

---

<sup>10</sup> Le rapport d'activité 2017 ne fait état que de quatre cas en 2017, mais le répertoire opérationnel des ressources mentionne bien onze cas pour 2017 (cf. p. 19)

<sup>11</sup> Cf. p. 27 ; la même information erronée est reprise sur le site internet du CH Montperrin.

manque d'activités internes à l'unité, le mélange des pathologies au sein des unités, les faibles ressources humaines pour les accompagner à l'extérieur ou encore l'absence de couverts en inox. En revanche ils émettent peu de critiques relatives à l'enfermement. Au-delà de sa participation aux instances, la section locale de l'UNAFAM est associée à plusieurs projets et anime des groupes de parole avec les familles.

L'UNAPEI est elle aussi représentée par des bénévoles uniquement et ne tient pas de permanence. Elle a une voix délibérative à la commission des usagers. Certains de ses représentants sont également membres du conseil de surveillance et du comité d'éthique. L'UNAPEI semble plus en contact avec les patients, sans pour autant se rendre dans les unités. Elle reçoit sur rendez-vous les malades et les proches dans un bureau du pôle patients. Les saisines portent souvent sur les soins sans consentement – les patients souhaitant obtenir de l'aide pour que la mesure soit levée – et sur les difficultés relationnelles avec d'autres patients. Les représentants de la section aixoise de l'UNAPEI sont par ailleurs en lien étroit avec l'association Les Fauvettes, qui gère trois établissements : un institut médico-éducatif (IME) et un établissement et service d'aide par le travail (ESAT) à Vitrolles, ainsi qu'un foyer de vie pour adultes handicapés à Châteauneuf-les-Martigues (Bouches-du-Rhône). Ils participent ainsi au lien entre l'hôpital et certaines structures d'aval.

Il est à noter que parmi les associations représentant les usagers, seule l'UNAFAM est mise en avant dans le livret d'accueil, ce qui est regrettable.

Plus largement, les contrôleurs s'interrogent sur la place réelle des associations d'usagers dans la vie de l'établissement, comme dans leur rapport avec le personnel médical et paramédical. Les représentants de ces associations ne se déplacent pas dans les unités, ce qui ne facilite guère leur visibilité. Ils ne sont donc pas identifiés par les professionnels au contact des patients ; pire, dans certaines unités les soignants ignorent l'existence de structures représentant les patients (Pontier, en particulier). Ils n'en parlent donc que rarement aux patients et les contrôleurs n'ont pas vu d'affichage les concernant dans les unités. Ces différentes associations ont en outre peu de contacts entre elles et peu d'actions communes, alors qu'elles poursuivent des objectifs assez semblables.

Concernant l'intervention des associations, le directeur écrit dans ses observations au rapport provisoire : *« Le commentaire dans le rapport du CGLPL au paragraphe 3.5 appelle le correctif ci-après : Ce n'est pas l'UNAPEI qui reçoit "sur rendez-vous les malades et les proches dans un bureau du pôle patients", mais cela est fait de manière régulière par l'UNAFAM. En effet, cette dernière tient une permanence mensuelle systématique dans les locaux de la direction des usagers et, faute de temps de bénévolat suffisant, assure des permanences ponctuelles sur rendez-vous de préférence chaque mardi, éventuellement et à la demande de l'association lors d'autres journées. Il est donc justifié que la mention de ces permanences de l'UNAFAM, toujours susceptibles de pouvoir évoluer dans leur fréquence, figurent à ce jour dans le livret d'accueil ou sur le site Internet de l'établissement puisque c'est la seule association qui a demandé et formalisé ces permanences. Si des demandes d'autres associations agréées étaient faites, elles seront indiquées dans le livret d'accueil et autres supports d'information.*

*Par ailleurs chacune de ces deux associations est représentée à la commission des usagers, au conseil de surveillance ainsi qu'au comité d'éthique (et pas, dans ce dernier, seule l'UNAPEI) et se voient mis à disposition par la direction des lieux de réunions pour échanger entre leurs adhérents ou réaliser des actions de formation, en particulier l'UNAFAM qui demande le recours à ces facilités.*

*Il n'appartient pas à l'établissement de déterminer à leur place les modalités de présence et d'intervention de ces deux associations au sein de l'établissement, en particulier s'agissant de déplacements dans les unités ou leur visibilité. Cela est fonction d'abord de la disponibilité de leurs responsables, mais pourrait aussi poser des problèmes de confidentialité par rapport aux patients admis.*

*La direction a invité en commission des usagers les représentants de ces associations à se saisir de l'élaboration d'un projet des usagers, qu'il leur appartient de rédiger après concertation avec la direction, dans le cadre du prochain projet d'établissement. Au-delà de l'UNAFAM et de l'UNAPEI, il est aussi prévu d'y faire participer d'autres associations intervenant de manière régulière, comme au sein des services d'addictologie.*

*La remise de documents d'information conçus par les associations, qui se fait déjà, pourra être systématisée et renforcée jusque dans les unités de soins.*

*La prochaine édition du livret d'accueil courant 2020 mentionnera les coordonnées, au-moins nationales ou régionales, d'autres associations agréées ou le lien Internet pour disposer de leurs listes, mais seules l'UNAFAM et l'UNAPEI, en dehors des associations spécialisées dans les addictions, sont à ce jour implantées sur le territoire du pays d'Aix parmi les associations de personnes souffrant de troubles psychiques.*

*L'UNAFAM souhaite aussi préciser que l'analyse des réponses aux questionnaires de sortie à laquelle elle procède permet de recueillir les remarques et souhaits de patients, plus qu'une saisine directe par eux-mêmes de leur section associative ».*

Cependant, ces remarques ne correspondent pas aux observations faites à l'époque par le CGLPL qui maintient ses constats.

## RECOMMANDATION 5

La visibilité des associations représentant les patients et leurs proches doit être améliorée au sein de l'hôpital. Les représentants de ces associations doivent se rendre dans les unités.

### 3.5.2 La commission des usagers (CDU)

Elle obéit à un règlement intérieur de décembre 2016 : sa mission est de contribuer à améliorer la politique d'accueil et de prise en charge des patients et de leurs proches. Elle est présidée par le directeur adjoint chargé des usagers et de la qualité. Le vice-président de l'instance est un représentant de l'UNAPEI.

La commission se réunit au moins quatre fois par an. Elle étudie les réclamations des patients et le bilan des événements indésirables graves, analyse les questionnaires de satisfaction, les demandes d'accès au dossier médical, l'accès à l'information sur les droits, et a connaissance des dépôts de plainte et des signalements au parquet, ainsi que des recours (mainlevées et appels) formés par les patients contre les décisions de soins sans consentement. D'autres sujets peuvent être mis à l'ordre du jour (en 2017 : le plan de sécurité de l'établissement et la commission des usagers du groupement hospitalier de territoire, notamment). Elle émet des préconisations dont elle étudie, année après année, la mise en œuvre.

Ainsi, fin 2017, elle a recommandé six actions pour l'année 2018 :

- au niveau de l'établissement :

- aboutir à la production de données quantitatives fiables en matière d'isolement et de contention, pour faciliter l'analyse des pratiques professionnelles ;
- prévenir les risque de fausse route des patients, par la sensibilisation et la formation des soignants ;
- réactiver le comité de liaison alimentation nutrition (CLAN) ;
- au niveau du territoire :
  - mettre en place un conseil local de santé mentale à Aix-en-Provence ;
  - mettre en place un dispositif d'intervention à domicile pour les situations d'urgence psychiatrique ;
  - mettre en place un dispositif supplémentaire de crise et de post-crise pour adolescents dans le Nord des Bouches-du-Rhône<sup>12</sup>.

Les représentants des usagers ont indiqué aux contrôleurs être satisfaits de la place qui leur est laissée au sein de cette instance et apprécie la transparence de la direction à leur égard. Cette transparence est renforcée par le fait que la direction des usagers et de la qualité n'opère pas de tri au sein des réclamations : comme indiqué *supra*, elles sont toutes transmises à la CDU.

### 3.5.3 Les questionnaires de sortie

En 2017, seulement 22 % des patients ont renseigné ces questionnaires<sup>13</sup>. Il est donc difficile de considérer qu'il s'agit d'une juste mesure de la satisfaction des patients, ce d'autant qu'il n'a pas été possible de préciser en détail aux contrôleurs les modalités de renseignement de ces questionnaires. Dans certaines unités, une attention particulière est portée à la remise du questionnaire ; dans d'autres, il ne s'agit nullement d'une priorité et les soignants reconnaissent avoir « *un peu oublié* » ce sujet. Il n'est pas certain, du reste, que les patients les remplissent systématiquement eux-mêmes.

Les tendances sont les suivantes :

- points de satisfaction : les traitements et les soins (2,1 % d'insatisfaits seulement) ; l'accueil dans le service d'hospitalisation (2,3 %) ; la prise en charge infirmière (2,3 %) ;
- points de mécontentement : les sanitaires et l'hygiène (16,8 % d'insatisfaits) ; les repas (12,2 %) ; l'information sur les droits et les modalités d'hospitalisation (12 %).

## RECOMMANDATION 6

La mesure écrite de la satisfaction des patients est une donnée utile pour mieux prendre en compte leurs demandes et faire respecter leurs droits. Le retour des questionnaires de sortie et leur exploitation doivent être améliorés.

Sur ce point, le directeur de l'établissement répond dans ses observations : « *Rejoignant le constat du CGLPL sur les questionnaires de sortie et de satisfaction, la direction entend poursuivre son effort d'amélioration et d'exploitation des retours des questionnaires de sortie.*

<sup>12</sup> Source : rapport d'activité 2017 de la CDU, p. 12

<sup>13</sup> Ce taux de retour est en baisse : il s'établissait à 25 % en 2016 et 31 % en 2015.

*Cependant, le taux de retour, bien qu'en baisse ces trois dernières années du fait des changements organisationnels et managériaux des services de soins de l'établissement, reste à un niveau suffisamment élevé (environ 20 %) et fiable statistiquement, eu égard aux faibles taux de retour constatés dans la plupart des autres établissements de santé pour ce type d'outil d'évaluation de la satisfaction des patients. Le taux moyen national en 2017 mentionné par la H.A.S. est de 17 % pour les établissements M.C.O., il est plus que probable qu'il soit en deçà pour les établissements spécialisés en psychiatrie. L'objectif prioritaire est d'obtenir, avec le soutien de la commission des usagers, des taux de retour similaires entre unités de soins en s'alignant sur les meilleurs taux ».*

### 3.6 LA PROCEDURE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE EST PEU UTILISEE

La possibilité de désigner une personne de confiance est expliquée dans l'extrait du règlement intérieur relatif aux droits et devoirs des usagers (art. 22) et dans le livret d'accueil (p. 20).

Pour autant, les chiffres relatifs à cette désignation ne sont pas très élevés. La situation n'est pas homogène, les statistiques étant très différentes d'une unité à l'autre. Le taux de désignation oscille ainsi entre 14 % (unité Delay Est) et 85 % (unité Pontier Est). Quatre unités ont un taux de désignation inférieur à 50 %. Inversement, dans certaines unités où le taux de désignation est déjà élevé, les non-désignations procèdent de la volonté dûment recueillie des patients, et non de l'absence de sollicitation des soignants (unités Le Guillant et Magnan).

La direction des usagers et de la qualité en est consciente. Elle prétend tout mettre en œuvre afin que la question soit systématiquement posée aux patients à leur arrivée – ce qui n'est pas toujours le cas aujourd'hui<sup>14</sup> – et que le sens de la démarche leur soit expliqué, le cas échéant. Il existe même un formulaire *ad hoc* dans Cariatides, librement accessible aux soignants. Pour autant, les agents de cette direction ont indiqué aux contrôleurs deux limites à cette désignation. En premier lieu, certains médecins ont été réticents à la désignation de cette personne car la loi prévoit qu'elle peut ensuite assister aux entretiens médicaux afin d'aider le patient dans ses décisions<sup>15</sup>, ce qui s'accommoderait mal du colloque singulier avec le psychiatre. En second lieu, les textes n'interdisent pas à un patient de désigner comme personne de confiance un autre patient. Cette situation s'est déjà produite au CH Montperrin et a soulevé des difficultés.

Les contrôleurs ont en outre constaté que ce sujet n'était pas prioritaire dans les formations ; de ce fait les soignants peuvent encore aujourd'hui confondre les notions de personne à prévenir et de personne de confiance. La désignation d'une personne de confiance est possible mais n'est nullement encouragée.

Lorsqu'elle a été désignée, la personne de confiance n'est que très rarement prévenue de sa désignation par les soignants. Certains cadres de santé ont reconnu qu'ils n'y faisaient pas toujours attention, limitant leur contrôle à la désignation de la personne à prévenir, alors même que la personne de confiance peut être un soutien pour l'équipe soignante et participer considérablement à l'étayage extérieur du patient. N'étant pas informée de sa désignation, la personne de confiance ne signe donc aucun document et n'intervient jamais.

---

<sup>14</sup> Même si ces chiffres sont plus indicatifs que significatifs (cf. *supra*, § 2.6), il doit être noté que 25 % seulement des répondants au questionnaire de sortie ont indiqué que les soignants ne leur avaient pas proposé cette désignation en 2017.

<sup>15</sup> Art. L.1111-6 al. 2 du code de la santé publique

Il doit enfin être remarqué que la formulation du livret d'accueil est maladroite puisqu'on en retient que la personne sous tutelle ne peut bénéficier de cette disposition. En réalité, elle peut aussi désigner une personne de confiance, mais avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille<sup>16</sup>.

### RECOMMANDATION 7

Il doit être proposé à tous les patients, conformément à la loi, de désigner une personne de confiance. La personne désignée par le patient doit être informée de sa désignation et des conséquences en découlant, et invitée à confirmer son accord sur celle-ci.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur note : « *Sur le paragraphe 3.6, procédure de désignation de la personne de confiance : si la désignation par le patient d'un voisin de chambre comme personne de confiance a pu se présenter, cela n'a qu'un caractère anecdotique.*

*La loi (article L.1111-6 du CSP) édicte des critères précis quant à la qualité de la personne de confiance (un parent, un proche ou le médecin traitant) et l'établissement refuserait dès lors une telle désignation. Cette anecdote témoigne cependant de la possible méconnaissance par des patients comme par certains soignants de qui peut être personne de confiance, malgré les renseignements fournis (livret d'accueil et rappel explicite dans le formulaire de désignation, ...) et donc l'utilité de reprendre cette notion dans les formations sur les droits.*

*Une réflexion sera menée sur le circuit d'information de la personne désignée et en particulier le retour de son accord, au-delà de sa signature pourtant prévue sur le formulaire.*

*D'ores et déjà, l'évaluation de la traçabilité de l'information donnée aux patients sur la possibilité de désignation d'une personne de confiance dans le cadre du recueil IPAQSS a montré l'importante progression de cet indicateur (65 % de conformité en 2018 et 87 % au cours d'un nouvel audit en 2019. Tenant compte de la remarque du CGLPL, il sera procédé à la correction de la formulation "maladroite" dans le livret d'accueil lors de sa prochaine mise à jour, s'agissant du droit d'une personne sous tutelle de désigner une personne de confiance ainsi que sur les modalités de cette désignation ».*

### 3.7 L'ACCES AU VOTE EST FACILITE MAIS PEU DE PATIENTS SE SENTENT CONCERNES

Le livret d'accueil ne contient pas d'information sur le droit de vote et ses modalités d'application à l'hôpital.

Quinze jours avant la tenue de chaque élection, une information est envoyée par la direction des usagers aux cadres de santé des différentes unités avec copie aux médecins et aux cadres supérieurs de santé. Un rappel est fait une semaine plus tard pour indiquer les conditions dans lesquelles les personnes hospitalisées peuvent exercer leur droit de vote.

Les patients, n'ayant pas fait l'objet d'une décision judiciaire les privant de ce droit, peuvent aller voter au bureau de leur commune où ils sont inscrits dans la mesure où ce déplacement est compatible avec leur état de santé et /ou leur régime d'hospitalisation. Ils peuvent être accompagnés de leur famille ou non.

<sup>16</sup> Art. L.1111-6 al. 5 du même code



Les patients en soins sans consentement peuvent bénéficier alors d'une autorisation de sortie accompagnée (par un proche le plus souvent) de moins de 12 heures.

Les patients qui ne peuvent se déplacer, en soins libres ou sans consentement, peuvent voter par procuration. Un officier de police judiciaire ou un adjoint se déplace. Pour les personnes sous tutelle, le mandataire doit voter dans la même commune que le demandeur. Les personnes déjà majeures hospitalisées dans l'unité pour adolescents Oxalis peuvent le faire comme les patients des autres unités. Il faut remettre les procurations quatre jours à l'avance avec copie d'une pièce d'identité et un certificat médical indiquant que le patient ne peut se déplacer en raison de son état de santé ou et son mode d'hospitalisation.

Il a été dit aux contrôleurs que peu de patients se sentent concernés et qu'il n'y a eu qu'une procuration demandée pour l'élection présidentielle de 2017, une pour les législatives de la même année aucune pour les régionales et les départementales de 2015, aucune pour les européennes de 2014 et deux pour les municipales en 2014. Les chiffres des autorisations de sortie accordées pour aller voter n'ont pu être communiqués.

### **3.8 L'ACCES AUX CULTES EST FACILITE MAIS L'AUMONIERE CATHOLIQUE EST EN ARRET MALADIE DEPUIS PLUS DE HUIT MOIS**

Si une charte de la laïcité est affichée dans les unités et rappelée en annexe dans le livret d'accueil, il en est de même pour les coordonnées téléphoniques des différents aumôniers : catholique, israélite, musulman, orthodoxe et protestant. Pour ces deux derniers, il convient de se rapprocher de la coordinatrice, une aumônière catholique présente tous les jours, très investie dans les unités et dans un local du pavillon 3bis F où elle a organisé des rencontres et un temps de prière de 2014 jusqu'à juin 2018. Depuis elle est en congé maladie et n'est pas remplacée depuis plus de huit mois.

Il n'est donc pas facile de joindre les protestants et les orthodoxes mais il y a peu de demandes. L'aumônier israélite, présent depuis 2016, vient une fois par semaine le jeudi à la demande et se rend dans les pavillons ou en sociothérapie.

Actuellement, c'est l'aumônier musulman, qui est le plus présent, il vient depuis 1994, à mi-temps et s'il n'organise pas de temps de célébration, il poursuit son travail de rencontre et d'accueil des patients et des familles, qu'il peut recevoir dans un petit local derrière les bâtiments de formation et le restaurant du personnel.

En 2018 il a reçu quatre-vingt-neuf familles, certaines plusieurs fois ; il a effectué quatre-vingt-dix-sept visites en pavillon, trente-huit visites aux structures et à la sociothérapie et a eu des rencontres fréquentes avec les autres aumôniers (catholique jusqu'en juin et israélite).

Il essaie même, par ses contacts depuis plusieurs mois avec la direction de l'hôpital, de faire en sorte qu'un nouveau représentant du culte catholique soit nommé par l'archevêché.

Il n'y avait pas de célébration commune mais des rencontres hebdomadaires entre les trois cultes les plus représentés. Un prêtre venait célébrer une messe le vendredi après-midi dans la chapelle que les contrôleurs ont toujours trouvée fermée pendant la durée de la visite.

Tous les représentants des cultes sont des agents salariés du service public hospitalier et doivent respecter le règlement intérieur de l'établissement, la confidentialité et la neutralité. Selon les informations recueillies, ils ont de bons contacts avec le personnel soignant.

### 3.9 LES BESOINS DE PROTECTION DES PATIENTS SONT BIEN REPERES MAIS L'ACCOMPAGNEMENT DES TUTEURS EST FREQUEMMENT DEFAILLANT A L'EXCEPTION DE CELUI DU SERVICE DE PROTECTION DE L'HOPITAL

En raison de la nature de leur pathologie, les patients sous tutelle sont largement majoritaires dans les unités au long cours (PPDA, Pontier Ouest). Ceux qui arrivent à l'hôpital et en sont dépourvus, sont repérés par les assistantes sociales, véritables pivots des unités, présentes dans les réunions cliniques hebdomadaires de chacune d'elles : seule la gérontopsychiatrie ne dispose pas d'assistante sociale mais le poste récemment créé devrait être pourvu.

Comme ailleurs, lorsque le patient est opposé à la mesure envisagée, un signalement est fait au procureur de la République par le médecin et l'assistante sociale. Dans ce cas la procédure est lancée par le procureur et les frais d'expertise sont pris en charge par l'Etat. Si le patient adhère à la mesure, les frais d'expertise (160 euros) sont à sa charge. Lorsque le patient n'a pas les moyens financiers d'assurer ces frais, certains médecins de l'établissement, également experts auprès des tribunaux, acceptent de faire l'expertise sans la facturer. L'ensemble de la procédure ne serait pas trop long (2 à 3 mois).

Une fois les expertises réalisées, la tutelle peut être confiée par le juge au service mandataire de l'établissement si le patient y est ou y a été hospitalisé : composée de six ETP dont deux mandataires, l'unité gérait en 2017 164 mesures de protection (« portefeuille » relativement stable sur 4 ans) dont la majorité en tutelles ou en curatelles renforcées : plus de la moitié des personnes protégées était à domicile.

Les autres services mandataires institutionnels sont associatifs, principalement l'UDAF<sup>17</sup> et l'ATMP : les protections juridiques peuvent également être familiales ou assurées par des mandataires privés.

**L'accompagnement** des patients au cours de l'hospitalisation par leur tuteur, hors le service mandataire de l'hôpital, est, selon les informations concordantes, souvent lointain voir désinvolte. L'envoi d'argent, pour les besoins quotidiens des patients (tabac, vêtements, produits d'hygiène) constitue la difficulté la plus fréquemment évoquée. Jusqu'en 2018, le service mandataire de l'hôpital et sa régie assuraient une gestion de numéraire pour le compte des tuteurs extérieurs, grâce à des virements par les mandataires institutionnels sur le compte de l'hôpital : la « banque » hospitalière offrait ainsi commodément un guichet de retrait pour les majeurs. Cette pratique, qui pouvait être qualifiée de gestion de fait, a été arrêtée à la demande des services de la trésorerie du centre hospitalier d'Aix. Désormais, la « banque » du service mandataire de l'hôpital, ouverte quatre demi-journées par semaine, ne dessert que les patients, placés sous sa protection. Pour les autres, la commodité de la banque de Montperrin étant terminée, ce sont les réclamations des assistantes sociales ou des cadres de santé qui permettent souvent d'obtenir l'argent indispensable aux patients protégés. L'UDAF a mis au point un service de distribution d'argent et de tabac payant (20€ prélevé sur les revenus des patients). Un autre tuteur aurait envoyé à l'unité de prise en charge du patient protégé une carte bancaire, sans plus de commentaires. Le cadre de santé de l'unité Pontier garde dans un coffre l'argent obtenu des tuteurs et le remet aux soignants pour les achats nécessaires. Enfin, les tutelles familiales seraient souvent « regardantes » quant à l'argent de leurs « protégés ».

---

<sup>17</sup> UDAF : union départementale des associations familiales ; ATMP : association tutélaire des majeurs protégés



Les mandataires de l'hôpital se rendent au marché avec les patients et se déplacent dans les unités pour y apporter tabac ou vêtements quand les personnes ne peuvent pas sortir. Une permanence est accessible deux fois par semaine ou en cas de besoin exceptionnellement, à la demande, aux usagers et à leurs proches, ainsi qu'aux personnels du C.H. Montperrin et partenaires qui assistent les personnes sous protection juridique. A noter que l'unité des Oliviers s'ouvre tous les trimestres aux familles et tuteurs et organise tous les ans un « repas extérieur », accompagné par les soignants ; l'unité Pontier inclut le tuteur hospitalier dans le projet de sortie, élaboré par l'équipe.

Dans ses observations le directeur précise : « *Il doit être parfois rappelé à certains médecins et cadres d'unités que tout tuteur ou curateur, qu'il soit préposé de l'établissement ou extérieur à lui, doit être rapidement informé d'une modification importante dans la prise en charge thérapeutique de son protégé (ex. réhospitalisation ou sortie d'hospitalisation...) et de tout projet de vie mis en place par une équipe soignante (accès à un hébergement ou à un logement autonome...)* ».

### RECOMMANDATION 8

Le juge des tutelles, chargé du contrôle, devrait s'assurer de la bonne prise en charge des patients protégés par les tuteurs institutionnels, privés ou familiaux.

### 3.10 LA CONFIDENTIALITE SUR LA PRESENCE D'UN PATIENT AU CH N'EST PAS MISE EN ŒUVRE ET CE DROIT EST IGNORE DES PATIENTS

Aucun des documents remis au patient au moment de son hospitalisation ne mentionne la possibilité de demander la confidentialité de son hospitalisation.

Le standard téléphonique de l'hôpital assure une permanence 24 heures sur 24. En cas d'appel d'un tiers demandant à être mis en relation avec un patient, les agents transmettent la communication à l'accueil médical. Si l'appelant précise, outre le nom du patient, le nom du pavillon d'hospitalisation, l'appel est alors transmis directement au pavillon.

Le standard ne dispose d'aucune liste de patients souhaitant l'anonymat ou la confidentialité sur leur hospitalisation.

L'accueil médical qui se voit transmettre par le standard une demande extérieure de mise en relation avec un patient, prend les coordonnées de l'appelant et transmet à l'unité concernée la demande d'appel. C'est l'unité qui devra alors décider de la suite à donner à cet appel. Si l'appelant est un employeur, un logeur, un avocat, un huissier, la consigne est de dire : « *on vous rappellera* ». S'il s'agit de la police, l'appel est transmis au bureau des entrées.

Le bureau des entrées, sur un appel de police, demande systématiquement une réquisition écrite pour toute demande d'information.

Si l'appel concerne une demande de nature médicale, le bureau des entrées transmet l'appel à l'unité concernée.

Le bureau des entrées qui utilise le logiciel « Pastel » met en œuvre, quand l'information lui est donnée, une alerte attachée au nom du patient concerné avec la mention « *identité protégée* ». Selon les informations fournies, l'utilisation de cette alerte est exceptionnelle ; le logiciel ne permet pas de lister tous les patients ayant demandé cette confidentialité.

L'accueil médical qui se voit transmettre la plupart des appels extérieurs concernant les patients, dispose de ce logiciel, mais le personnel y travaillant, ignorait au jour du contrôle cette application.

Les soignants dans les unités n'ont pas accès au logiciel « Pastel » mais à « Cariatides » qui ne dispose pas d'un système d'alerte « *identité protégée* ».

#### RECOMMANDATION 9

L'information relative à la possibilité de demander la confidentialité de leur hospitalisation doit être délivrée à tous les patients lors de leur admission.

Les agents du standard de l'établissement doivent être associés au respect de règles de confidentialité et être dûment informés des demandes des patients en ce sens. Un protocole doit, à ce titre, être élaboré et diffusé à l'ensemble des agents susceptibles de répondre aux appels extérieurs à destination des patients.

Dans ses observations le directeur déclare que : « *L'établissement rajoutera l'information sur le droit à la confidentialité du séjour lors de la prochaine réédition du livret d'accueil et l'intégrera à tout support d'information à venir (ex. document de synthèse sur les droits, ...). Une information des agents du standard sera réalisée ainsi qu'un protocole commun aux unités, au bureau des entrées, au standard et à l'accueil soignant* ».

## 4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 4.1 LE JUGE DES LIBERTES NE LEVE QU'UN NOMBRE INFIME DES MESURES PRESENTEES A SON CONTROLE

Une convention signée le 13 mars 2015 entre le tribunal de grande instance d'Aix-en-Provence, l'ARS de Provence-Alpes-Côte d'Azur, le CH Montperrin, le CH de Martigues, le barreau d'Aix-en-Provence et la direction départementale de la sécurité publique des Bouches-du-Rhône définit le lieu et les modalités d'organisation des audiences du JLD au sein du CH Montperrin pour les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement, hospitalisées dans cet établissement et au CH de Martigues.

Au moment du contrôle, la fonction de JLD était assurée par une magistrate à ce poste depuis dix ans.

Comme prévu dans cette convention, les locaux mis à disposition sont situés au rez-de-chaussée du bâtiment Clérambault, face au bloc médico-technique, non loin de l'entrée du CH ; ils sont mutualisés entre les deux établissements de santé signataires. Outre la salle d'audience, les locaux comprennent également une salle d'attente, deux bureaux d'entretien pour les avocats, une salle de délibérés (non utilisée dans la pratique et faisant office de local technique) des sanitaires pour les patients et le public et d'autres réservés au magistrat et au greffier. La salle d'audience, bien signalisée, dispose de deux accès, depuis la salle d'attente et depuis l'extérieur pour le tribunal ; elle est meublée de tables et de chaises et équipée du matériel informatique nécessaire. Par ailleurs, deux places de stationnement sont réservées pour le JLD et l'avocat de permanence.



*Salle d'audience*

#### 4.1.1 Les modalités d'organisation de l'audience

La saisine du JLD, accompagnée de l'ensemble des pièces administratives et médicales obligatoires, est faite par télécopie dans les huit jours de l'admission, soit par le bureau des entrées, soit par l'ARS selon le statut du patient (SPDT ou SPDRE). La convocation pour l'audience est ensuite envoyée au BDE par le greffe du JLD, puis transmise au secrétariat de secteur qui l'adresse à l'unité concernée pour notification au patient. L'avis d'audience est signé par le patient mais aucune copie ne lui est remise ; il est ensuite renvoyé au greffe du JLD.

Le BDE réclame, si besoin, aux unités les documents nécessaires le matin même de l'audience et notamment les documents justifiant de la notification des décisions de placement et de maintien en soins sans consentement (cf. § 3.2).

Cette procédure est identique pour chacune des audiences du JLD, qu'elles interviennent dans le cadre des saisines de plein droit (à douze jours, six mois, etc.) ou lors de saisine facultative (par le patient, un parent, le tiers demandeur à la mesure, le tuteur ou le procureur de la République).

Les tiers demandeurs à la mesure, ainsi que les tuteurs et curateurs quand le patient est sous protection juridique, sont convoqués par le greffe du JLD par courrier. Les tiers, tout comme les tuteurs, ne se présentent que rarement à l'audience.

A la demande de la magistrate, lorsque le patient refuse de se rendre à l'audience, son refus doit être matérialisé par un certificat médical spécifique tout comme l'impossibilité d'être entendu par le juge. Le nombre de patients concernés n'a pu être fourni aux contrôleurs ; lors de l'audience du 4 février 2019, sur neuf patients convoqués, seuls quatre se sont présentés (trois incompatibilités et un refus).

#### 4.1.2 Le déroulement de l'audience

Les contrôleurs ont pu assister à deux des audiences qui se tiennent le lundi et le jeudi après-midi.

Les patients sont tous convoqués à 13h45 ; la salle est ouverte par un agent du service de sécurité qui enregistre les patients dans l'ordre de leur arrivée, cet ordre déterminant celui du passage devant le JLD à l'exception des patients détenus et de ceux du CH de Martigues qui sont prioritaires. Cet agent reste présent dans la salle d'attente pendant toute la durée de l'audience. Les contrôleurs ont reçu de nombreux témoignages d'insatisfaction relatifs à cette organisation et dénonçant une trop longue attente pouvant durer plus de quatre heures.

*Le directeur précise : « cette question a été plusieurs fois évoquée avec la juge des libertés afin de l'inciter à envisager une autre organisation pour éviter les situations, parfois rencontrées, de présence simultanée de patients en nombre et de temps d'attente pouvant être longs pour les patients comme pour les soignants accompagnateurs. Jusqu'à présent, cette organisation des audiences, relevant de ses prérogatives, n'a pas été modifiée ; des horaires plus personnalisés exigeront en contrepartie des services de soins une grande rigueur et réactivité dans la gestion des accompagnements afin de présenter à l'avocat puis au magistrat le patient au "bon moment", selon le flux des personnes présentées. L'installation d'une salle d'audience sur site a néanmoins raccourci fortement les temps de déplacement et d'attente des patients et de leurs accompagnateurs par rapport à la période antérieure des audiences tenues au tribunal ; la plupart des patients et leurs accompagnants peuvent revenir en unité immédiatement après l'audition par le magistrat. La fréquentation de la salle selon le nombre de patients peut par ailleurs varier fortement d'une semaine à l'autre, selon le nombre des admissions en soins sans consentement des jours précédents ».*

Les patients sont accompagnés par un soignant de l'unité qui peut assister à l'audience. Il arrive que la magistrate l'interroge sur les traitements prescrits au patient voire qu'elle le charge de transmettre des informations au sein de l'unité. Lors de l'une des audiences auxquelles les contrôleurs étaient présents, la magistrate, après avoir longuement cherché à convaincre un patient de consulter la psychologue de son unité, a interpellé le soignant qui l'accompagnait en lui disant « vous vous chargerez de prendre rendez-vous avec le

*psychologue* ». Les contrôleurs ont, par ailleurs, été surpris de constater que la magistrate interroge les patients sur leurs traitements médicamenteux et leur demande systématiquement s'ils bénéficient d'injections de neuroleptiques à action prolongée (NAP) dont elle évoque, à l'audience, les bienfaits, s'immisçant dans le domaine du soin, loin de son champ de compétence et de son rôle.

Le procureur de la République n'est pas présent à l'audience mais dépose des conclusions écrites après avoir pris connaissance du dossier. L'avocat choisi ou commis d'office ne reçoit pas du greffe de copie du dossier mais peut le consulter au greffe du TGI le matin de l'audience ; un temps d'entretien avec le patient lui est laissé avant l'audience.

Les contrôleurs ont pu constater que les voies de recours ne sont pas expliquées au patient par la juge. La notification est le plus souvent faite directement à la fin de l'audience, une copie de la décision – avec mention des voies de recours – étant alors remise tant au patient qu'à l'avocat ; à défaut, la décision est faxée au bureau des entrées puis notifiée dans l'unité par un soignant ou un cadre de santé.

#### RECOMMANDATION 10

Le juge des libertés et de la détention doit, lors de la notification de son ordonnance, préciser oralement les voies et délais de recours au patient.

Rares sont les patients faisant le choix d'un avocat. Dans la très grande majorité des cas, l'avocat intervenant à l'audience, est désigné d'office, sa rémunération étant prise en charge dans le cadre de l'aide juridictionnelle, sans examen de ressources, et donc sans reste à charge pour le patient, contrairement à la mention figurant sur la convocation qui lui est remise.

#### RECOMMANDATION 11

Les convocations adressées par le greffe du JLD, en vue de l'audience, gagneraient à être modifiées afin que soit retirée la mention « *les honoraires de cet avocat seront à votre charge sauf si vous remplissez les conditions pour obtenir l'aide juridictionnelle* », non conforme à la pratique en place et potentiellement facteur de stress pour le patient.

Quatre-vingt-quatre avocats sont inscrits sur la liste des volontaires de la permanence organisée par le barreau pour les audiences JLD. L'avocat rencontré par les contrôleurs a précisé qu'une formation spécifique sur le droit des soins sans consentement, leur était offerte dans le cadre de la formation continue et que les textes en vigueur leur étaient communiqués par la coordonnatrice lors de la transmission semestrielle du tableau de permanence aux avocats concernés. Le tableau de l'ordre des avocats au barreau d'Aix-en-Provence n'est pas affiché dans les pavillons d'hospitalisation.

#### RECOMMANDATION 12

Le tableau de l'ordre des avocats doit être affiché dans l'ensemble des unités d'hospitalisation accueillant des patients en soins sans consentement.

Dans ses observations le directeur annonce : « *Les coordonnées de l'Ordre des avocats et si possible la liste des membres du Barreau d'Aix seront affichées en salle d'audience et dans les unités d'hospitalisation ; ces coordonnées seront indiquées dans le livret d'accueil et dans tout*

*futur support d'information des patients pour que la liste des avocats soit communiquée à la demande de patients, selon la recommandation 12 ».*

#### 4.1.3 Les décisions rendues

En 2017, le JLD a été saisi de 534 requêtes relatives à des patients hospitalisés au CH Montperrin dans le cadre du contrôle systématique du JLD ; 2 ont donné lieu à une décision de mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète. En 2018, le nombre de requêtes s'est élevé à 591 ; 5 mainlevées ont été ordonnées, dont 1 avec effet différé de 24 heures, pour permettre la mise en place d'un programme de soins. Par ailleurs, en 2018, le JLD a été saisi de 17 demandes de mainlevée de la mesure par le patient (16 en 2017), 1 a donné lieu à une levée de la mesure.

Les rares ordonnances de mainlevées sanctionnent majoritairement une irrégularité de procédure : absence de certificat médical, notification tardive, etc. Seule une se fonde sur l'absence d'éléments médicaux traduisant une « *situation emportant un danger clairement identifié* » pour la patiente, « *le caractère contraint de son hospitalisation paraît dès lors être une mesure disproportionnée attentatoire à ses droits et notamment sa liberté d'aller et venir* ». Les avocats ne soulèvent qu'exceptionnellement les irrégularités de procédure.

Le directeur conclut dans ses observations au rapport de constat que « *le très faible nombre de mainlevées de mesures témoigne de la bonne maîtrise des procédures de soins sans consentement, dans leur dimension juridique comme médicale, par l'établissement et du respect des droits de ces patients* ».

## 4.2 LE CONTROLE DE LA CDSP EST EFFECTIF MAIS LIMITE A UNE VISITE ANNUELLE

La CDSP des Bouches-du-Rhône est présidée par un médecin psychiatre libéral ; elle est composée d'un autre psychiatre hospitalier, d'un médecin généraliste, d'une magistrate (présidente du TGI de Marseille) et d'un représentant de l'UNAFAM. En revanche, la CDSP ne comprend toujours pas de représentant d'association agréée de personnes malades faute de candidature. Par ailleurs, les membres de la CDSP souhaiteraient ajouter un médecin à leur commission, compte tenu de leur charge de travail et de l'importance du département mais n'avaient toujours pas réussi au moment de la mission à susciter de volontariat.

La CDSP assure sa mission sur les six hôpitaux de sa compétence au rythme d'une visite par an, la faible disponibilité de ses membres ne lui permettant pas d'effectuer de deuxième visite annuelle ; trois ou quatre membres, parmi lesquels un psychiatre, se déplacent à chaque visite.

La dernière visite du CH Montperrin s'est déroulée le 2 février 2018 et s'est concentrée, au cours d'un entretien avec le médecin du DIM, sur le travail de création du registre et le recueil des informations relatives aux mesures d'isolement et de contention. Comme lors des autres visites, la demi-journée a débuté par une rencontre avec la direction de l'établissement et la présidente de la CME et s'est terminée par des entretiens avec cinq patients, la lecture de quelques dossiers de patients et celle des registres de la loi.

Par ailleurs, les contrôleurs ont dû solliciter auprès du secrétariat de la commission l'envoi du rapport d'activité de la CDSP pour l'année 2017, celui-ci n'ayant pas été adressé au CGLPL, nonobstant les dispositions de l'article L 3223-1 du code de la santé publique.

**RECOMMANDATION 13**

La CDSP des Bouches-du-Rhône doit adresser ses rapports annuels d'activité au CGLPL.

**4.3 LES REGISTRES DE LA LOI, TENUS A BREF DELAI, SONT INSUFFISAMMENT RENSEIGNES**

Les registres de la loi – un registre unique pour les SPDRE et les SPDT– sont tenus par le bureau des entrées sur un modèle normalisé : livres cartonnés format A2, composés de 100 feuillets doubles numérotés correspondant pour chacun à un patient, renseignés par date d'admission. Les contrôleurs ont examiné le dernier registre en cours, ouvert le 11 janvier 2019.

Ces registres sont tenus sans retard dans les 24 à 48 heures au maximum mais les mentions figurant sur le registre sont incomplètes.

En effet, si l'ensemble des décisions prises par le directeur sont toujours reproduites, seuls les arrêtés initiaux d'admission du maire et du préfet le sont. De même, les mentions de notification des arrêtés ou décisions d'admission et ultérieures comme celles de la situation juridique, des droits, des voies de recours et des garanties qui sont offertes n'y figurent pas contrairement aux dispositions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique. Par ailleurs, si les mentions concernant les identités du patient et du tiers demandeur et l'éventuelle mesure de sauvegarde sont convenablement renseignées, celles relatives aux autres formes de prise en charge, à la levée de la mesure (y compris les transferts) et la mention de l'intervention du JLD, avec précision d'un contrôle de plein droit ou d'un recours facultatif, sont quant à elles souvent omises sur les registres.

**RECOMMANDATION 14**

Conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du CSP, l'ensemble des pièces des procédures relatives à une mesure doit figurer dans le registre de la loi lui-même ainsi que les dates de notification des décisions tant d'admission que de maintien de la mesure d'une part, des droits et voies de recours et garanties d'autre part.

Le chef d'établissement note dans ses observations : « *Seuls deux agents administratifs gèrent au bureau des admissions les mesures de soins sans consentement, soit 652 mesures en 2018. La priorité est donnée à la rédaction ou la réception et la diffusion des certificats et décisions, à la préparation des audiences du juge des libertés d'une part, puis seulement à collationner les principaux éléments d'information dans les registres des soins sans consentement à bref délai d'autre part, le rapport du CGLPL soulignant à ce sujet la tenue "sans retard" de ces registres.*

*La mention notamment des dates de notification entrainerait immanquablement un important retard dans ce recollement, s'agissant en particulier des renouvellements mensuels et des mesures accomplies sous la forme d'un programme de soins. Les ordonnances du juge des libertés et de la Cour d'Appel sont collées après réduction de format pour des raisons de contenance des registres, comme le sont toutes les décisions et les certificats. De ce fait, les décisions de justice, que le contrôle du juge soit systématique ou sur recours du patient, sont bien retracées, mentionnant date de leur rendu et dispositifs des ordonnances.*

*Il en est de même des certificats de transfert, de levée de mesure ou des mentions de décès.*

*Compte tenu du caractère chronophage et envahissant de la tenue de ces registres, la **numérisation** d'un tel recueil, éventuellement en réseau, serait probablement la solution qui permettrait d'alimenter ces registres en temps et heure et pour l'intégralité des éléments devant y figurer. Il est regrettable que l'article 9 de la loi n° 2013-869 du 27/09/2013 prescrivant que, "dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi, le gouvernement remette au Parlement un rapport sur la dématérialisation du registre prévu à l'article L.3212-11...mais aussi permettant les adaptations législatives et réglementaires qu'elle rendrait nécessaire", n'ait pas connu de suite pour faciliter dans les établissements concernés la tenue de manière réaliste et utile de ce registre ».*

#### **4.4 LES CONTROLES DES AUTORITES SONT QUASIMENT INEXISTANTS**

Le président du TGI d'Aix-en-Provence a visité le centre hospitalier en 2018, en revanche, le procureur de la République, le préfet et le maire n'exercent pas la mission de contrôle qui leur est dévolue par l'article L. 3222-4 du code de la santé publique.



## 5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 5.1 LA PLUPART DES UNITES SONT FERMEES MAIS LES PATIENTS CIRCULENT ASSEZ LIBREMENT DANS UN SITE LARGEMENT OUVERT SUR LA VILLE

Au moment de la visite, seules deux unités sur dix-sept sont ouvertes mais la plupart des patients peuvent sortir, soit très librement mais toujours à la demande, soit sur autorisation, accompagnés ou non.

Très peu de patients ont une interdiction de sortir de leur unité ; certains en raison de leur statut d'hospitalisation (sous SDRE) mais sans systématisation, d'autres en raison de leur état clinique.

Toutes les unités disposent d'un jardin clos, accessible très librement dans lesquels les patients peuvent fumer, pratiquer la pétanque, prendre des repas ou encore parfois jardiner. La circulation dans le site du centre hospitalier est libre ; il n'y a pas de contrôle pour l'accès des piétons. Les patients à risque de fugue sont signalés au service de sécurité de l'hôpital dont le poste est situé à l'entrée de l'établissement.

### 5.2 LE NIVEAU DE CONTRAINTE DANS LA VIE QUOTIDIENNE DES PATIENTS EST FAIBLE

#### 5.2.1 L'accès au tabac

L'accès au tabac est libre dans la plupart des unités ; les patients disposent de leur tabac et de leur briquet ou bien d'allumettes ; certaines limitations sont toutefois parfois imposées sur prescription médicale. Dans une unité le tabac est conservé par les soignants et remis à la demande : c'est là un moyen pour tenter de limiter l'usage du tabac. Par ailleurs, dans certaines unités, les briquets sont conservés par les soignants, de façon continue ou uniquement la nuit, pour éviter les risques d'incendie.

Il est normalement interdit de fumer à l'intérieur des unités ; cependant l'usage dans les chambres dans certaines unités est connu et toléré. Deux unités disposent d'une terrasse extérieure ouverte en permanence, permettant aux patients de fumer tard le soir, voire même la nuit. Quelques unités tolèrent l'usage du tabac dans « un coin » de la salle commune, ou dans un sas d'accès aux chambres.

#### RECOMMANDATION 15

Les patients doivent pouvoir fumer la nuit sur les terrasses ouvertes ou dans le jardin de l'unité.

#### 5.2.2 L'accès aux chambres

L'accès aux chambres est impossible le matin le temps du ménage, c'est-à-dire à partir de 9h30 ou bien 10h, jusqu'à 12h-13h ou encore 13h30 après le repas.

Cet accès est également interdit dans certaines unités de 15h30 à 17h ou bien de 16h à 17h, voire jusqu'à 19h comme dans l'unité de gérontopsychiatrie.

Il s'agit, selon les soignants, d'éviter de chroniciser les patients et notamment les personnes âgées, ou toutes celles ayant tendance à se renfermer, à peu communiquer.

Le constat des contrôleurs est cependant celui d'un grand ennui chez beaucoup de patients qui ont l'interdiction d'aller dans leur chambre et restent passifs assis dans la salle commune sans activités ou encore endormis devant la télévision.

### RECOMMANDATION 16

L'éveil des patients, la lutte contre la chronicisation passe avant tout par le développement des activités individuelles ou collectives plutôt que par une mesure d'interdiction d'aller dans sa chambre pour des périodes parfois très longues.

#### 5.2.3 Les repas et le choix des places

Les places au moment des repas ne sont pas attribuées. Pour éviter une certaine routine, dans certaines unités, les soignants tentent d'inciter les patients à changer régulièrement de places. Dans une unité, les repas sont organisés sous forme de self, le patient se servant lui-même et allant ensuite choisir une place ; dans certaines, les patients sont invités à prendre leur assiette et couverts et à s'asseoir. Dans d'autres, le couvert est mis et les patients servis.

Les soignants sont très présents notamment auprès des patients aux pathologies les plus lourdes ou des patients les plus âgés, afin notamment d'intervenir en cas de « fausse route ». Les repas ne sont pas pris en chambre sauf exception thérapeutique.

Les denrées non périssables sont tolérées en chambre.

#### 5.2.4 Les horaires

Les unités ont toutes à peu près les mêmes horaires de vie, pour le lever, entre 7h30 et 8h, le petit déjeuner, le repas de midi, le goûter, le dîner et la tisane du soir.

L'heure du réveil est conditionnée par l'horaire du petit déjeuner servi entre 8h et 9h mais aussi dans certaines unités par la difficulté pour certains patients à se préparer du fait de leur manque d'autonomie.

L'heure du coucher correspond souvent à la fin du film ou du match.

#### 5.2.5 Le courrier

Les patients peuvent librement écrire et recevoir du courrier.

A l'exception d'une seule unité (Le Guillant), le courrier est affranchi par l'établissement.

La qualité et les adresses des autorités, pouvant être saisies par tout patient, sont dans le livret d'accueil mais sont en fait ignorées des patients.

Il n'existe aucun affichage à ce sujet.

#### 5.2.6 L'usage du téléphone

L'accès au téléphone est autorisé, par principe, dans la plupart des unités, l'interdiction constitue une exception sur prescription médicale. Cependant, dans deux unités, l'accès au téléphone portable est interdit pendant une période d'observation de 48 heures lors de l'admission du patient.

Toutes les unités sont pourvues d'un téléphone mural, situé en règle générale dans la grande salle tenant de lieu de vie, de salle d'activité, de salle à manger voir même de salle de réception des visiteurs. Il est absolument impossible pour la personne recevant un appel de bénéficier

d'une quelconque intimité. Au moment de la visite, les téléphones de deux unités étaient hors d'usage.



*Téléphone de l'unité Pontier*

### RECOMMANDATION 17

Les téléphones muraux à la disposition des patients dans chaque unité doivent être placés dans des espaces assurant la confidentialité des conversations.

#### 5.2.7 Les visites des familles

Les visites sont autorisées par principe, sauf cas particulier justifié par l'état de santé du patient.

Les horaires des visites sont en règle générale de 14h à 18h. Il est fait preuve d'une certaine souplesse dans toutes les unités.

Les visites, au sein des unités, sont interdites aux enfants de moins de 15 ans pour certaines ou interdites aux mineurs pour d'autres. Elles pourront cependant avoir lieu dans le parc ou à la cafétéria de la sociothérapie.

Aucune unité ne dispose d'espace réservé aux visites permettant d'assurer un minimum d'intimité. Les visites ont lieu dans le jardin, dans la salle lieu de vie, ou encore dans un espace aménagé dans cette même salle mais légèrement à l'écart.

Les visites sont interdites en chambre.

### RECOMMANDATION 18

Une pièce spécialement aménagée pour les visites et préservant l'intimité et la confidentialité des échanges doit être mise à disposition des patients et de leurs proches au sein de chaque unité d'hospitalisation.

Le chef d'établissement précise dans ses observations que : « *Des bâtiments anciens d'hospitalisation et les contraintes inhérentes que cela entraîne rendent difficiles, voire actuellement impossibles, l'aménagement d'un espace d'accueil des familles. L'accès aux chambres des patients des membres de l'entourage en visite n'est pas jugé souhaitable, sauf dérogations, pour des raisons de sécurité. Après la priorité de ces dernières années, lors des*

*rénovations antérieures, donnée à la création de chambres individuelles avec sanitaires dans ces unités anciennes et d'améliorer également les possibilités d'accès et d'accueil des personnes handicapées, les rénovations et restructurations des unités d'hospitalisation qui vont se poursuivre dans le cadre d'un plan pluriannuel d'investissement intégreront ce besoin d'un espace famille, en reconvertissant chaque fois que possible certaines pièces (ex. anciennes chambres d'isolement) ou en procédant à des extensions de bâtiments. A titre d'exemple, les deux unités de soins intensifs ouvertes en mai 2019 disposent chacune d'une pièce d'accueil des familles, selon un protocole ad hoc. La cafétéria de la sociothérapie est ouverte aux proches des patients, dans la mesure où ceux-ci peuvent quitter leur unité et y accéder ».*

### 5.2.8 Le port du pyjama

Le pyjama n'est jamais porté systématiquement dans les services. Les patients conservent, par principe, leurs effets personnels, dont leurs habits de ville. Il est cependant obligatoire pour les patients en chambre d'isolement. Certains d'entre eux y sont hébergés de façon séquentielle et peuvent sortir une partie de la journée pour des activités ou bien au moment des repas ; les contrôleurs ont constaté que ces patients restaient en pyjama lors de ces différents moments.

Il a également été rapporté que des patients détenus enfermés en chambre d'isolement se rendaient parfois à l'audience JLD en pyjama ; cette information n'a pu être vérifiée par les contrôleurs.

Au moment de la visite, trois patients en SDRE d'une même unité étaient soumis à l'obligation de porter un pyjama.

#### RECOMMANDATION 19

Le port du pyjama doit résulter, non pas d'une mesure générale, mais d'une décision médicale individualisée et régulièrement révisée.

### 5.3 LES DEMANDES DE CHANGEMENT DE MEDECIN SONT TRES RARES, CELLES RELATIVES A LA CONSULTATION DU DOSSIER MEDICAL PLUS FREQUENTES

Le livret d'accueil n'aborde pas la question du libre choix du médecin et elle est largement ignorée des patients. Une demande de changement de médecin est exceptionnelle ; en règle générale, les quelques changements interviennent à l'initiative du médecin.

La consultation du dossier médical est évoquée dans le livret d'accueil qui contient par ailleurs un formulaire de demande de communication à remettre à la direction de l'hôpital.

Le nombre de demandes en 2017 a été de 110 ; en 2018 de 87 et, au 7 février 2019, de 17. Les trois quarts des demandes proviennent des patients ; un quart des ayants droits.

La demande doit être adressée au directeur de l'hôpital ; le demandeur peut se présenter au bureau des usagers et remplir un formulaire qui sera différent selon que la personne souhaite consulter son dossier par l'intermédiaire d'un médecin ou seule.

## 6. LES CONDITIONS DE VIE

### 6.1 LA CONFIGURATION DES CHAMBRES NE FACILITE PAS LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

#### 6.1.1 Un plan pluriannuel de rénovation des chambres

La direction est pleinement consciente de la situation des locaux d'hébergement et de la nécessité d'améliorer le confort et la prise en charge des patients.

Dans le cadre du projet d'établissement 2015-2020, elle a décidé un plan d'investissement et de maintenance portant sur quatre axes majeurs : la mise en sécurité des patients, la gestion informatique de la maintenance, l'accessibilité des locaux et le développement durable. Les résultats du plan précédent ont été jugés sur ces sujets satisfaisants, mais insuffisants.

L'opération majeure du plan en cours est l'ouverture prochaine des deux unités de soins intensifs de chacune quinze lits (hors chambres d'isolement). Contrairement aux rénovations précédentes, elles constitueront une offre de trente chambres totalement aux normes, en rez-de-chaussée, avec présence de quelques chambres réservées à l'accueil de personnes à mobilité réduite. Cette opération, d'un coût de 6 millions d'euros, a été cofinancée par l'établissement et l'ARS.

Outre cette offre adaptée, elle permettra de nouvelles opérations de restructuration, prioritairement dans les deux unités libérées, Duchêne et Pontier.

Les budgets, consacrés chaque année par l'établissement à la maintenance et la rénovation des chambres, n'ont pas été communiqués à l'occasion du contrôle.

#### 6.1.2 Les caractéristiques des chambres dans les unités

Chaque unité dispose en moyenne de vingt et une chambres, d'une surface moyenne de 15 m<sup>2</sup> pour les chambres individuelles (hors chambre d'isolement). Les unités de pôle territorial comportent toutes deux à trois chambres doubles. Seule l'unité Oxalis, pour les adolescents, comporte une capacité moindre (dix lits, dont deux chambres doubles). Que les unités soient rénovées ou sur le point de fermer, les caractéristiques et la prise en charge associée ne diffèrent pas fondamentalement.

Des points positifs sont communs à toutes les chambres : la propreté, l'absence d'odeur nauséabonde (cf. § 6.2), des équipements qui permettent *a minima* la sécurité et le confort des patients. Chaque chambre dispose d'une armoire fermée à clef (avec un double de clef conservé par l'équipe soignante), d'un bouton d'appel – à l'exception de rares unités – et d'un verrou de confort permettant la fermeture de la chambre la nuit. Le mobilier est spartiate mais il est en général en bon état ; certaines chambres cependant sont dépourvues de table.

La quasi-totalité des chambres se situe au premier étage. Plusieurs unités, y compris l'unité Régis Est, récemment rénovée, ne comportent aucune chambre au rez-de-chaussée. Cela pose des difficultés en termes de prise en charge : difficultés d'accès à leur chambre pour les patients (interdiction de monter dans les étages sur des créneaux horaires larges), éloignement des salles de soins et des bureaux infirmiers et des locaux d'activités quand ils existent. Les étages comportent souvent à proximité des chambres des salles d'activités qui ne sont pas investies.

Afin d'éviter tout risque d'accident, les fenêtres et/ou volets des chambres situées en étage, sont systématiquement fermés ce qui confère un sentiment d'enfermement important et empêche la bonne aération des chambres.



Vues de deux chambres

Les ascenseurs, quand ils existent, sont peu utilisés car ils nécessitent la présence de soignants. Les chambres sont peu « investies » et personnalisées par les patients, ce qui renvoie au manque d'activités en étage et aussi à l'impossibilité pour les proches d'accéder aux chambres. Dans ses observations le chef d'établissement note : *« Il convient toutefois de rappeler que nous sommes dans des installations d'hôpital et non dans un lieu d'hébergement, où le séjour, certes en moyenne plus long qu'en services de M.C.O., n'a pas vocation à durer, au risque d'une certaine chronicisation. Les aspects d'hygiène ou d'entretien des locaux avec des patients se succédant comme des questions de sécurité, se posant particulièrement dans certaines unités, sont aussi des éléments qui peuvent ne pas permettre une trop grande personnalisation des chambres »*.

La politique d'utilisation des chambres doubles est peu explicite. La plupart ne sont occupées que par un seul patient. Hormis pour l'accueil temporaire de patients « hébergés », on ne distingue pas leur vocation dans la prise en charge et le parcours de soins. Le directeur précise : *« L'usage de chambres doubles n'obéit certes pas à un protocole prédéfini mais cela permet une grande souplesse de leur utilisation, en fonction des demandes d'admission mais aussi du profil des patients. L'affectation d'un patient en chambre individuelle est privilégiée car souvent souhaité par le patient, certains ne pouvant être qu'en chambre individuelle, d'autres pouvant avoir un bénéfice à être en chambre double. Le maintien de chambres doubles, en l'état des besoins, peut encore s'avérer utile et leur suppression entraînerait inmanquablement la diminution d'un certain nombre de lits »*.

## RECOMMANDATION 20

Chaque unité doit disposer d'un quota de chambres en rez-de-chaussée, en conformité avec la réglementation sur l'accueil des personnes à mobilité réduite (PMR).

Dans ses observations au rapport provisoire le directeur précise : *« Les rénovations à venir dans le cadre d'un plan pluriannuel d'investissement intégreront la rénovation des chambres et leur installation prioritairement en rez-de-chaussée, notamment pour les personnes à mobilité réduite, pour faciliter leur usage et les soins. Ainsi en sera-t-il de l'unité d'hospitalisation de gériopsychiatrie dont le transfert est prévu d'ici 18 mois à 2 ans dans un bâtiment qui va être totalement rénové (pavillon Aujaleu). Comme cela a été fait tout au long de ces dernières années, la création d'installations sanitaires individuelles aux normes sera*



*bien évidemment poursuivie, en y intégrant le plus possible leur usage pour des personnes à mobilité réduite ».*

## 6.2 LES CONDITIONS D'HYGIENE SONT SATISFAISANTES

Dans le cadre du projet d'établissement 2015-2020, dans le prolongement des observations de la Haute autorité de santé faites en 2011, les fonctions hôtelières et en particulier celles relatives à l'hygiène, ont été situées comme un enjeu à part entière de la prise en charge du patient.

Cette démarche, initiée et accompagnée par la direction de l'établissement (direction des achats, de la logistique, des services techniques et du patrimoine) a porté ses fruits. Les contrôleurs ont constaté de façon unanime que les locaux et installations techniques, même devenus désuets voire vétustes, étaient propres et bien tenus. Par ailleurs, les soignants sont attentifs au respect de l'hygiène des patients et ont un rôle facilitateur à cet égard. Si nécessaire, des produits d'hygiène peuvent être distribués.

Trois axes participent à l'atteinte de cet objectif. :

### 6.2.1 Les installations sanitaires à disposition des patients

Chaque patient a accès à des sanitaires afin de pouvoir se doucher quotidiennement. Il a également la possibilité de disposer de toilettes dans des conditions qui protègent son intimité. Dans la quasi-totalité des cas, ces sanitaires sont individuels. Les rares unités, où les sanitaires sont encore collectifs, sont appelées à fermer, ou à se restructurer (Duchêne, USIR). Il existe, dans la plupart des unités, des salles de bains avec baignoires. C'est également le cas à proximité des chambres d'isolement. Ces installations, désuètes dans leur aspect, sont opérationnelles et vastes, facilitant de ce fait l'aide et la prise en charge.

Cependant, l'unité l'Olivier qui accueille des patients profondément déficients connaît des problèmes récurrents de canalisation qui provoquent des ruptures d'eau chaude (en novembre 2018, l'unité n'a pas disposé d'eau chaude pendant plus de deux semaines, les douches étaient donc inutilisables et les soignants ont été obligés de laver les patients « à l'ancienne » en faisant chauffer l'eau dans des bouilloires) ; cette situation est très problématique dans un service où certains patients se couvrent plusieurs fois par jour de leurs excréments et dans lequel la plupart porte des couches et doivent être douchés plusieurs fois par jour. Par ailleurs, l'unité dispose d'une balnéothérapie qui ne peut plus être utilisée – alors que c'est une médiation privilégiée pour ces patients – depuis novembre en raison du manque d'eau chaude et de canalisations vétustes engendrant un risque de légionelles.

Le projet des unités de soins intensifs comporte, pour chaque chambre (sauf isolement) une installation sanitaire vaste et aux normes (dont certaines adaptées aux personnes à mobilité réduite). Il est souhaitable que ce standard soit retenu à terme dans le cadre des rénovations et restructurations prévues.

### 6.2.2 Le nettoyage des locaux

Le nettoyage des locaux : chambres, installations sanitaires, salles d'activités et parties communes est effectué quotidiennement par les agents des services hospitaliers (ASH). Ces agents disposent, au sein des unités, de locaux dédiés pour stocker matériel et produits nécessaires à l'entretien quotidien. Ils font par ailleurs l'objet d'une démarche importante de formation et de professionnalisation, initiée dans le cadre du projet d'établissement.



En dépit d'un taux d'absentéisme assez conséquent, le travail est effectué très régulièrement. Des renforts d'ETP ont été mis en place pour parvenir à l'objectif prédéfini.

Les temps consacrés au nettoyage sont, dans la plupart des unités, des créneaux qui peuvent être relativement longs, pendant lesquels les patients ne peuvent plus accéder à leur chambre.

Au sein de l'unité pour adolescents Oxalis, il a été constaté un grand désordre dans les chambres alors que « la gestion de la chambre » est un axe de prise en charge de l'unité.

Enfin, d'autres sociétés de nettoyage extérieures interviennent en complément du travail des ASH, pour des locaux ou des filières spécifiques (biodéchets).

### 6.2.3 L'entretien du linge

La présence sur le site de la blanchisserie interhospitalière du pays d'Aix (BIHPA) favorise le bon déroulement de la prestation de fourniture, de renouvellement et de lavage du linge nécessaire à la fonction d'hébergement intra hospitalière. Les linges de lit et de toilette sales sont collectés quotidiennement. Le réapprovisionnement des unités en linge propre se fait selon des périodicités établies, au moyen d'armoires roulantes spécifiques, acheminées par l'arrière des unités. Des approvisionnements supplémentaires sont possibles. Pour garantir le haut niveau d'hygiène du linge livré, la BIHPA a mis en place et a obtenu le label RABC (Risk Analysis Biocontamination Control).

L'entretien du linge personnel des patients est à la charge du patient lui-même ou de son entourage. Par dérogation, si le patient est seul ou dans une situation sociale très difficile, cette prestation est assurée par la blanchisserie à condition que le linge soit marqué à son nom, ce qui pose souvent difficulté. Certaines unités assument cette tâche pour éviter les pertes et disparitions.

Beaucoup d'unités assurent également, *a minima*, une fonction de vestiaire pour fournir des vêtements aux patients qui arrivent dans un état de dénuement total.

#### BONNE PRATIQUE 1

Le linge des patients n'ayant pas de famille ou de proche et qui ne peuvent pas sortir, est lavé gratuitement par la blanchisserie de l'établissement.

Le retour de l'avis des patients sur la qualité du linge fourni est favorable à 95 % selon le bilan des questionnaires de satisfaction de l'année 2017.

### 6.3 LE SUIVI STATISTIQUE DES HOSPITALISATIONS HORS SECTEUR N'EST PAS ASSURE

Au centre hospitalier Montperrin, les patients admis dans une unité qui ne correspond pas à leur lieu de résidence, sont qualifiés « d'hébergés ».

La gestion de ces sur occupations ne constitue pas une difficulté majeure dans la vie de l'établissement, dans la mesure où :

- elle ne conduit pas à opérer des doubléments en chambre individuelle ;
- elle n'a pas pour conséquence des hospitalisations d'emblée en chambre d'isolement sans raisons cliniquement justifiées (à l'exception des admissions de mineurs en secteur de psychiatrie adulte) ;

- elle est le plus souvent régulée, au moins temporairement, par l'utilisation des chambres doubles existant dans toutes les unités.

Les hospitalisations hors secteur sont néanmoins dommageables pour les patients puisqu'elles constituent une rupture de soins.

Sans générer de tension particulière, la principale conséquence est que la chambre d'un patient placé temporairement en isolement qui par principe est « sanctuarisée » peut se trouver momentanément affectée à un patient hors secteur, le temps de réguler la situation.

En outre, la tendance est depuis quelques années à une baisse assez sensible du nombre des hospitalisations, que ce soit en nombre de séjours (- 6 %) ou en nombre de patients (- 2 %), ce qui limite naturellement les sur occupations.

Lorsque, malgré ce contexte, une admission « hors secteur de référence » est inéluctable, elle se fait prioritairement dans une autre unité du pôle territorialement compétent, et en dernier ressort dans une unité d'un autre pôle. La prise en charge thérapeutique est assurée (y compris en phase d'isolement) par l'équipe soignante de l'unité d'accueil qui établit une fiche de liaison pour faciliter la continuité des soins lors de l'admission régulée en secteur de référence. Il a été favorablement noté que la prise en charge sociale, par l'assistante sociale et, le cas échéant, l'équipe de liaison, se faisait d'emblée par le secteur de résidence du patient, afin de faciliter sa réinsertion sociale.

Lors du contrôle, le nombre moyen de patients « hébergés » hors secteur était de deux à trois patients par unité. Il s'agit d'une estimation car, malgré les questions posées au DIM et aux différentes directions concernées (direction des soins, direction des usagers et des affaires générales) aucune donnée chiffrée précise n'a pu être obtenue, en raison d'un défaut de paramétrage de l'outil informatique.

Les dernières statistiques communiquées à la CME, il y a plusieurs années, faisaient état de 30 % d'admissions hors secteur, essentiellement pour des primo-hospitalisations. Les réorientations vers d'autres établissements semblent assez rares, mais là encore, sans statistique fiable figurant dans les principaux documents de référence.

Enfin, le projet qui régit l'ouverture prochaine des unités de soins intensifs (USI) des secteurs Est et Ouest exclut toute hospitalisation hors secteur dans ces unités.

## RECOMMANDATION 21

Le suivi statistique des patients admis dans une unité hors de leur territoire de résidence et des admissions réorientées vers d'autres établissements doit être effectué afin de s'assurer de la cohérence des parcours de soins.

### 6.4 LA RECENTE REFORME SUR LA GESTION DES BIENS DES PATIENTS N'EST PAS BIEN COMPRISE PAR LES SOIGNANTS ET LES PATIENTS

L'inventaire contradictoire des biens à l'arrivée dans les unités est effectué par le personnel de l'unité, lors des formalités d'entrée. Un exemplaire de cet inventaire est remis au patient qui demande parfois à l'équipe de soins de le garder. Les vêtements, le linge personnel et les objets que le patient peut garder sont conservés dans sa chambre. Sauf exception, il a été constaté que les chambres des unités comportaient des armoires permettant de conserver ces effets personnels sous clef et de façon sécurisée. Si l'état du patient ne lui permet pas de gérer cette étape, elle est effectuée avec un proche ou par deux soignants.

Concernant la conservation et la protection des sommes d'argent, moyens de paiement, bijoux et autres valeurs, la situation est plus complexe et plus hétérogène.

#### 6.4.1 Le fonctionnement du service de la gestion des biens

Le service de la gestion des biens est rattaché à la direction des usagers, de la qualité et des affaires générales. A la date du contrôle, il se compose de quatre agents, dont un agent de catégorie A (responsable du service) et trois agents de catégorie C. Les agents de cette unité assurent des fonctions de mandataire judiciaire pour les patients protégés par mesure de justice et également des fonctions de régisseur, sous le contrôle des services de la direction régionale des finances publiques (DRFIP). Ce service se situe à proximité du bureau des entrées, mais sa signalétique laisse à désirer et il est très difficile à trouver.

En fait, ce service regroupe trois fonctions distinctes.

La gestion des biens, pour les patients majeurs protégés pour lesquels le CH Montperrin a été désigné mandataire (tuteur ou curateur). A ce titre, il effectue toute opération financière ou de gestion, pour le compte du majeur et lui en rend compte régulièrement. Le patient (hospitalisé ou suivi en ambulatoire) peut venir au service sur un créneau horaire qui est désormais unique sur la semaine, à savoir le mardi matin, de 9h à 11h30. Il reste possible de joindre le service par téléphone.

La régie des usagers : elle permet, pour tous les patients hospitalisés, de conserver de façon sécurisée les espèces, valeurs, titres de paiement et bijoux. Ces valeurs sont inventoriées contradictoirement avec un soignant, placées sous enveloppe scellée avec un reçu remis au patient qui devra prouver son identité pour les récupérer. Sur demande des services de la DRFIP et du trésorier principal du centre hospitalier d'Aix-en-Provence, la conservation de ces enveloppes et leur restitution ont été transférées à la trésorerie du centre hospitalier d'Aix-en-Provence, ce qui complexifie la récupération de ces valeurs, particulièrement en cas de sortie non programmée. La récupération partielle des valeurs, en cours d'hospitalisation notamment, n'est pas possible. Le directeur explique dans ses observations : *« Les espèces, bijoux et valeurs déposés au coffre de la régie des usagers sont conservés jusqu'à deux mois avant d'être transférés au service de la Trésorerie des hôpitaux d'Aix-en-Provence ; ce délai permet donc assez souvent d'éviter au patient ou un proche de se rendre jusqu'à la recette publique au centre hospitalier général, notamment lors de sa sortie de l'établissement. Tout patient, sous mesure de protection ou pas et quel que soit le mandataire de la mesure, peut bénéficier de la possibilité d'un dépôt d'espèces ou valeurs au coffre de l'établissement. Nonobstant les contraintes réglementaires qui ont été imposées par les services de la recette des Finances publiques contrôlant la régie, malgré les difficultés et conséquences négatives qu'a pu alors faire valoir la direction de l'hôpital Montperrin et pour en réduire les conséquences, une relative souplesse dans le retrait d'espèces est encore possible tant que la régie des usagers détient les fonds, quitte à clôturer le dépôt, par exemple lors d'une permission avant de procéder éventuellement à un autre dépôt en cas de retour de permission ».*

La banque des patients pour les personnes dont le mandat judiciaire a été confié à l'hôpital : tous les mouvements financiers effectués à ce titre sont effectués par des agents ayant la qualité de régisseur et qui sont contrôlés en tant que tel. Depuis 2017, la régie n'est plus autorisée à effectuer des opérations financières (encaissement sur un compte d'attente et remise de liquidités ou de valeurs) pour les patients hospitalisés qui dépendent d'un mandataire judiciaire extérieur (hors CH Montperrin). De ce fait, la banque des patients

fonctionne désormais uniquement pour les patients protégés dont la mesure est gérée par le centre hospitalier Montperrin.

L'ensemble de ces dispositions, désormais assez restrictives au regard de la situation précédente, se sont encore trouvées compliquées par la disparition définitive, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019, du mandat de la *Banque postale*.

#### 6.4.2 La gestion des biens au sein des unités

Ces évolutions indépendantes de l'établissement, ont emporté des conséquences importantes sur la vie courante (argent de poche, implication nouvelle des tiers, etc.) des patients qui n'ont pas été insuffisamment expliquées. Selon les unités, des interprétations diverses ont été entendues par les contrôleurs : la régie des usagers n'existe plus, la banque des patients a été fermée, etc. Si les facilités octroyées aux patients sont désormais restreintes, certaines informations, parfois relayées aux patients sont erronées ou du moins imprécises. Les informations contenues dans le livret d'accueil ne sont pas de nature à lever ces imprécisions.

De ce fait, les unités se sont organisées de manière disparate : dans certaines, des sommes d'argent peuvent être gardées par le patient dans sa chambre ou dans un coffre interne à l'unité. Certains systèmes sont « mixtes », avec un casier accessible en journée par le patient, en compagnie d'un soignant, et un coffre nécessitant l'intervention d'un cadre de santé.

En tout état de cause, la possibilité fortement restreinte d'acheminer de l'argent liquide aux patients, pour les « petites » dépenses de la vie courante ou pour préparer une permission de sortie constitue désormais une vraie difficulté. Les solutions qui se mettent en place peuvent être onéreuses pour le patient (société privée d'acheminement) ou contestables au regard de la réglementation de maniement des fonds.

L'établissement doit se pencher sur cette question et uniformiser les pratiques dans le souci de la protection et de la réinsertion du patient.

#### RECOMMANDATION 22

La gestion des biens par les unités doit être harmonisée et l'information des patients sur ce point claire et précise.

*Le directeur ajoute dans ses observations : « si durant quelques mois il a pu être délicat d'expliquer aux personnels soignants les conséquences de ces nouvelles modalités excluant notamment les personnes sous mandat extérieur du bénéfice de la gestion par le préposé de l'hôpital, ces difficultés paraissent surmontées et la différenciation de situation entre le mandat de protection et le seul dépôt au coffre de la régie de l'établissement paraît comprise. Par contre perdurent des habitudes chez des soignants de garder parfois, malgré les instructions contraires, des sommes d'argent modiques ou des objets de patients (clés de voiture, papiers d'identité) pour "leur rendre service" ou éviter que certains patients ne les perdent ; cette pratique peut entraîner des litiges avec des patients (perte ou soupçon de vol). Une plus grande souplesse d'utilisation du coffre en régie serait dès lors souhaitable mais entraîne des difficultés de la part des services des finances publiques, qui accomplissent leurs missions sur la base d'instructions nationales de la DGFIP et sont ainsi peu incités à accepter toute adaptation au contexte particulier d'un hôpital psychiatrique, ce que nous regrettons. De surcroît, la nouvelle réforme, - conséquence de la loi organique de programmation de la*

*Justice du 23 mars 2019-, a amené à ce que les services des Finances publiques ne détiendront plus à compter de janvier 2020 aucun compte de personnes en établissement public de santé ou médico-social placées sous une quelconque mesure de protection, qu'elle soit gérée ou non par l'établissement ».*

## **6.5 LA QUALITE DES REPAS ET LA VARIETE DES REGIMES FONT L'OBJET D'UNE GRANDE ATTENTION**

### **6.5.1 La production et l'acheminement des repas**

Les repas sont produits sur le site du centre hospitalier Montperrin, par une cuisine centrale rattachée à la direction des services logistiques, techniques et du patrimoine. Elle fonctionne avec une trentaine d'agents placés sous la responsabilité d'un chef de cuisine et de son adjoint. Les repas sont produits pour les patients hospitalisés sur le site et également pour les unités de soins ambulatoires pour le repas du midi, ainsi que pour l'unité Oxalis (adolescents). La production concerne environ 800 repas par jour.

Les approvisionnements se font directement sur site et la production est organisée à J+3. Le week-end, la cuisine centrale continue à fonctionner uniquement pour l'acheminement des repas vers les unités ; celui-ci est opéré avec des camions adaptés et par un personnel spécifique. L'acheminement est assuré pour chaque service de repas (deux fois par jour pour les patients hospitalisés à temps plein), en liaison froide, le réchauffement est effectué par les unités avant les repas.

La consultation des différents rapports de contrôle (laboratoire départemental, direction de la protection des populations, etc.) a permis de constater la conformité des modes de production au regard des règles d'hygiène et des normes sanitaires.

### **6.5.2 L'élaboration des menus et le suivi des régimes des patients**

La cuisine centrale comporte deux diététiciennes, rattachées fonctionnellement à cette unité mais en revanche intégrées dans l'équipe de la direction des soins. Elles travaillent par ailleurs en étroite collaboration avec le pôle de santé somatique et tiennent des permanences pour les patients nécessitant un suivi particulier.

Une des missions essentielles des diététiciennes est l'élaboration des menus qui se fait en lien avec l'unité de production pour tenir compte des possibilités effectives d'approvisionnement. Les menus sont établis en trois cycles, selon les saisons et pour des durées de quatre semaines sur chacun des cycles. Les menus préétablis permettent de répondre à une grande diversité de régimes : normaux, hypocaloriques, sans porc, diabétiques, mixés, etc. Lorsque le patient présente une problématique particulière, la diététicienne se rend dans l'unité pour mettre en place un régime individualisé qui est retranscrit sur une fiche et pris en compte par l'unité de production et ensuite par l'unité de soins. Les diététiciennes veillent en permanence à la production des repas en application des régimes préétablis ou décidés individuellement. Les contrôleurs ont cependant reçu des plaintes dans plusieurs unités relatives à la qualité gustative des repas et l'inadaptation de certains aliments aux pathologies des patients ; en particulier, la texture des régimes mixés serait trop pâteuse, les soignants préférant mixer eux-mêmes les plats. D'une manière plus générale, certains soignants réarrangent les plats pour les rendre plus appétissants.

Il a également été noté lors du contrôle que des compléments alimentaires, financés par l'établissement, pouvaient être donnés sur prescription médicale, ainsi que la qualité de la

collation de 16h, qui fait une large place aux fruits et aux laitages (y compris pour les adolescents et sauf régime contraire).

Le petit déjeuner est servi dans les unités en fonction du souhait et du régime du patient.

### 6.5.3 Le service des repas au sein des unités

Le mode actuel d'acheminement, pour satisfaisant qu'il soit, laisse toutefois une place importante à la mission des unités pour le service des repas, puisqu'il incombe aux soignants de veiller au respect de la chaîne du froid, d'effectuer la remise en température dans des fours réservés et pré-réglés, et d'organiser le service du repas : présentation des plats, organisation de la salle de restauration. De ce fait, il peut s'ensuivre des disparités assez importantes, en fonction des installations présentes dans l'unité (certaines se sont dotées de petits équipements supplémentaires), et également de l'effectif des soignants. La plupart des unités veillent à la présentation des plats pour les rendre plus appétissants, mais les régimes spéciaux restent toutefois servis en barquette remise directement au patient.

Les contrôles des règles d'hygiène pour cette dernière phase de la chaîne doivent être renforcés, ainsi qu'une évaluation plus fine des taux de prise.

Enfin, les aspects matériels en lien avec le service des repas sont souvent privilégiés, au détriment du temps thérapeutique d'échanges que peut représenter la prise des repas avec les soignants. Seule l'unité Oxalis semble faire systématiquement du repas un temps thérapeutique avec les adolescents hospitalisés.

Enfin, l'affichage des menus de la semaine, s'il est en général effectif, est peu mis en évidence et en valeur dans les différentes unités.



*Les unités disposent d'un matériel important pour assurer le service des repas*



## RECOMMANDATION 23

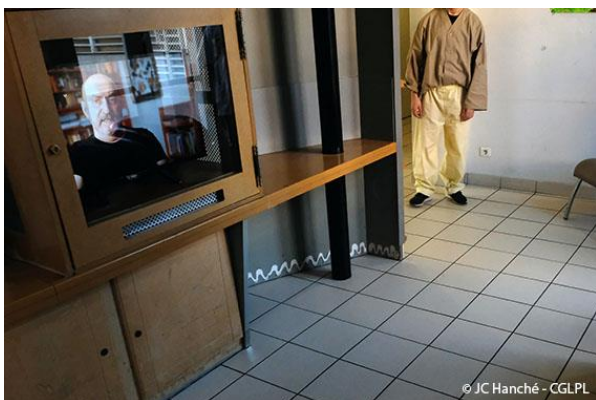
Les repas thérapeutiques, associant la présence des soignants, doivent être développés au sein des unités pour favoriser un temps d'échanges et de convivialité.

### 6.6 LES ACTIVITES AU SEIN DES UNITES DEPENDENT DE LA DISPONIBILITE DES SOIGNANTS

De façon générale, les patients s'ennuient, les contrôleurs les ont souvent vus dormir dans un fauteuil, déambuler dans la salle commune, installés devant la télévision parfois sans la regarder (notamment au sein des unités Pontier). Ils n'ont pas de téléviseur personnel dans les chambres, parfois un pote de radio ; et rares sont ceux qui disposent d'un ordinateur.

#### 6.6.1 Les locaux

Excepté à l'Olivier dans les unités Delay, chaque unité dispose d'une salle commune qui ne sert pas de salle à manger, plus ou moins spacieuse, parfois agrémentée d'un baby-foot ou d'un billard mais les contrôleurs n'ont pas vu de patients y jouer ensemble. Quelques jeux de société, livres, magazines, radiocassettes traînent et dans le salon voisin, la télévision est généralement toujours allumée.



*Salle de télévision de deux unités (Pontier et Delay)*

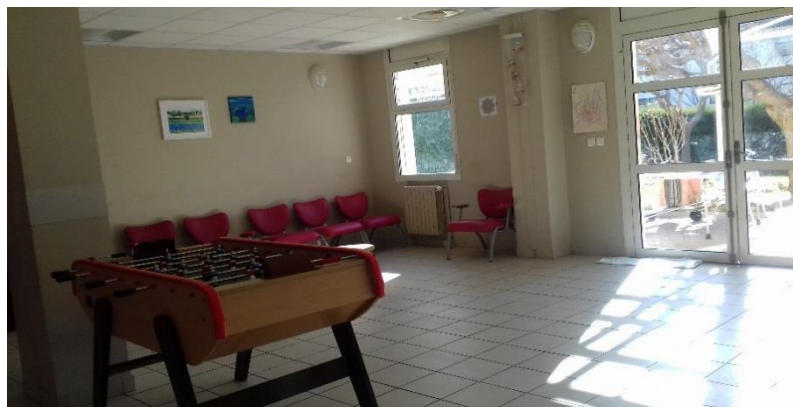
Parfois un salon d'apaisement accueille un patient qui a besoin d'être seul au calme non loin du bureau des infirmiers.

A l'USIR (unité de réhabilitation), une salle de gymnastique et une petite bibliothèque sont ouvertes aux patients dans l'unité.

Le jardin permet, quand il fait beau de prendre le soleil et de fumer mais comme pour le billard ou le baby-foot à l'intérieur, la table de ping-pong et le terrain de pétanque installés à l'extérieur, ne sont utilisés qu'en présence des soignants ou sur leur proposition.

A l'unité Régis, un fumoir-terrasse au premier étage permet aux patients de se retrouver l'après-midi, le soir et même la nuit pour échanger et fumer.





*Une salle commune*



*Un salon d'apaisement*

### 6.6.2 Les activités possibles

Pour éviter l'ennui, il faut des soignants disponibles, un lieu propice à une activité et si possible, une régularité de l'animation repérée, annoncée et expliquée. Or, les soignants ont du mal dégager du temps, un peu moins le week-end comme à l'unité Reibaud (pétanque, ping-pong avec les soignants) ou lorsqu'il y a des renforts.

Dans ces cas-là, les salles d'activité, quand elles existent, sont utilisées (mandalas, jeux de société, collages, peinture) ; la cuisine peut l'être également pour un atelier pâtisserie à l'occasion d'un anniversaire.

Le jardin, sous la responsabilité d'une IDE, permet une activité jardinage ou horticulture avec parfois création d'un jardin potager (tomates cerises, plantes aromatiques comme à Régis Est.)

Parfois comme à l'unité Magnan, une activité régulière est organisée tous les quinze jours (piscine) et à Régis Ouest et Delay, l'équithérapie.

Des repas thérapeutiques à thèmes sont parfois organisés.

A l'USIR et en gérontopsychiatrie des activités plus régulières sont organisées.

Dans certaines unités, une psychomotricienne et une éducatrice sont présentes une demi-journée par semaine.

Des réunions dites communautaires, patients-soignants, ont lieu à Duchêne, Régis Ouest, l'USIR et Reibaud une fois par semaine, ce qui permet d'entendre les demandes des patients.

Mais de nombreuses salles d'activité ne sont pas utilisées et d'autres obstacles, institutionnels ou non, bloquent, dans certaines unités, les initiatives possibles : par exemple, à l'Olivier, la balnéothérapie ne fonctionne pas. Selon les informations fournies par le directeur dans ses observations, la balnéothérapie serait de nouveau en fonctionnement depuis le mois d'octobre 2019.

**RECOMMANDATION 24**

Afin de pallier le manque de disponibilité du personnel soignant, il serait souhaitable que chaque unité dispose d'un poste de psychomotricienne.

**6.7 L'ACCES DES PATIENTS A LA SEXUALITE EST GERE PAR LES SOIGNANTS DE FAÇON INDIVIDUALISEE**

L'ensemble des interlocuteurs interrogés sur le sujet de l'accès à la sexualité des patients hospitalisés (responsables d'unité, de pôle, cadres de santé, présidente de la CME), a affirmé que l'établissement se refusait à une prise de position formalisée, quelle qu'elle soit, sur ce sujet.

Ce positionnement institutionnel est confirmé par la lecture des différents documents fournis aux contrôleurs : livret d'accueil, règlement intérieur des droits du patient, projet d'établissement, etc., dans lequel il n'est retrouvé aucune information relative à la sexualité des patients hospitalisés.

La seule exception est le règlement intérieur de l'unité Oxalis qui stipule expressément l'interdiction de relations sexuelles durant le temps de l'hospitalisation des adolescents accueillis.

De fait, l'action menée par les équipes soignantes dans ce domaine privilégie le caractère pragmatique et l'approche individualisée, avec une concertation si nécessaire en réunion d'équipe pluridisciplinaire pour les situations posant difficulté dans la vie de l'unité. Les axes de vigilance des soignants sont principalement :

- favoriser le maintien des relations de couple en cas d'union préexistante à l'hospitalisation, en accordant dès que possible et sous réserve de l'état clinique, des permissions de sortie régulières. Pour mémoire, les visites ne sont pas autorisées dans les chambres ;
- protéger les personnes vulnérables, ou rendues vulnérables par leur pathologie ou l'effet des traitements associés, contre des relations sexuelles non consenties ou dont le consentement n'aurait ponctuellement pas de signification avérée ;
- prévenir les risques associés, comme les maladies sexuellement transmissibles, par la mise à disposition de préservatifs, ou la mise en place de consultations régulières pour garantir le maintien des effets de la contraception ;
- diagnostiquer les phénomènes de prostitution qui tendent à augmenter avec la précarisation plus importante des patients accueillis.

Si cette approche peut être comprise, elle fait néanmoins reposer la prise en charge de cet aspect sur l'appréciation unique des équipes soignantes, leur disponibilité et leur sensibilité sur ce sujet. Une formation à destination des soignants et une doctrine établie de l'établissement sur ce sujet serait souhaitable.

Le directeur du CH précise dans ses observations : « *Outre le fait que la question de la sexualité pour tel ou tel patient peut être abordée lors des échanges interdisciplinaires en équipe comme le mentionne le rapport, en sus d'entretiens avec chaque patient toujours possibles durant les prises en charge intra comme extra hospitalières, il semble à l'établissement que seule une approche reposant sur l'équipe de soins est la plus à même de prendre en compte cet aspect*

*très intime de la vie de chaque patient et de l'inscrire par ailleurs dans le contexte de sa pathologie mentale.*

*Il est donc difficile de formaliser une position "institutionnelle" qui pourrait être perçue comme soit laxiste (notamment par des familles), soit a contrario trop contraignante, en dehors de la vigilance demandée aux équipes de soins à l'égard de tout ce qui pourrait relever de comportements pénalement répréhensibles et dont le rappel d'interdiction pourrait, à la rigueur, être fait dans le livret d'accueil. Ce rappel serait néanmoins probablement de portée limitée car, soit le patient auteur de tels actes a conscience de transgresser la loi et cela est inutile, soit il n'en a pas conscience du fait de sa pathologie et cela est tout aussi inutile. Lorsque des patients sont victimes de tels actes, un signalement est fait au Parquet par l'établissement et la victime est invitée à porter plainte et accompagnée dans cette démarche. Un proche ou son représentant légal est éventuellement averti.*

*Le droit pour des patients(es) d'avoir des relations sexuelles entre eux ne saurait être interdit, hors le cas particulier souhaité par l'unité pour mineurs OXALIS, dès lors que cela ne constitue pas des actes forcés et pénalement répréhensibles ou même perturbant le fonctionnement d'une unité d'hospitalisation.*

*Ces modalités, certes non expressément formalisées à ce jour, sont "intégrées" dans les pratiques soignantes. Le comité d'éthique de l'établissement peut aussi être saisi de ce type de problématique, organiser un débat ou une journée de réflexion. Cependant, un hôpital psychiatrique n'est pas, pour la plupart de ses patients hospitalisés, dans la même situation qu'un établissement d'hébergement de personnes handicapées où l'accent est souvent mis sur cet aspect de la vie des résidents, la question se posant donc différemment. Cela n'exclut pas bien sûr la possibilité d'inscription au plan de formation d'une formation spécifique, à la demande des agents, sur la question de la prise en compte de la sexualité, formation complémentaire à celles sur les droits des usagers ou à celles, plus cliniques, qui sont suivies ».*

## 7. LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE ET SOMATIQUE

### 7.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT ASSURES AVEC UNE VOLONTE DE REHABILITATION SOCIALE

#### 7.1.1 La prise en charge psychiatrique

Ce sont en général les projets de pôle qui encadrent les prises en charge psychiatriques, même si certaines unités (Magnan) ont le projet d'élaborer un projet médico-soignant. La réorganisation en cours conduit certains pavillons qui fermeront, à gérer avant tout le placement des patients au long cours (Pontier Ouest, Duchêne).

Deux éléments sont communs à toutes les prises en charge et les projets de soins individuels de l'ensemble des unités :

**La présence effective des psychiatres :** dans les unités « entrantes », un psychiatre est toujours présent tous les jours de la semaine de 9h à 17h ; au-delà, une permanence est organisée (astreinte et garde), y compris dans les services des urgences du centre hospitalier d'Aix-en-Provence et de Salon-de-Provence. La vacance de huit postes de psychiatres dans certains pôles, Est notamment, (cf. § 2.3) a conduit le directeur à diminuer la capacité des unités Reibaud de cinq places pendant plus de six mois. Les patients ont un médecin référent et dans certaines unités, ils peuvent en changer (Reibaud) avec les limitations entraînées par le nombre de médecins psychiatres en exercice. Les médecins voient les patients régulièrement, toutes les semaines au moins, plusieurs fois par semaine (deux à trois fois) lorsque le patient est entrant. Les entretiens se tiennent fréquemment avec les infirmiers lorsqu'ils sont disponibles. L'intention est de remettre en place des infirmiers référents (il en faudra deux à trois par patients compte tenu des roulements d'équipe) qui auraient existé il y a plusieurs années : des formations sont menées dans ce sens mais le *turn-over* du personnel rend ce projet problématique, selon les informations recueillies.

**Les projets de soins individuels font l'objet d'une approche pluridisciplinaire :** l'ensemble des unités tient chaque semaine une réunion clinique avec l'ensemble des professionnels : psychiatres, infirmiers de jour mais aussi de nuit dans certaines unités (Reibaud), aides-soignants, assistante sociale, psychologue, psychomotricienne quand elle existe (Reibaud), mais aussi infirmiers du CMP. Les médecins somaticiens ne sont présents qu'en gérontopsychiatrie et à l'Olivier, compte tenu de la faiblesse des moyens de l'équipe somatique (cf. § 7.2). Ces réunions hebdomadaires permettent de passer en revue l'ensemble des patients pour adapter les prises en charge, proposer des activités de complément (sociothérapie), éventuellement faire appel lorsque cela est utile et possible à d'autres prises en charge thérapeutiques disponibles au CMP (remédiation cognitive, thérapie virtuelle, sophrologie) et préparer le projet de sortie ; celui-ci est facilité par la présence des assistantes sociales ainsi que des infirmiers et parfois des cadres de santé des CMP. Par ailleurs, des *staffs* de transmission ont lieu partout et trois fois par jour, entre les équipes de soignants : certains médecins peuvent y assister le matin. Enfin, une commission des cas difficiles, réunissant les médecins des pôles peut être mobilisée pour des patients dont la prise en charge est problématique.

D'autres aspects les différencient :

**La fonction des unités :** réhabilitation et projets de sortie à moyen terme à l'USIR pour des patients, venant d'autres unités et accompagnés dans leur parcours à l'USIR (rencontre avec

l'équipe, visite de l'unité et rencontres avec le médecin, le cadre et les infirmiers, préalablement à l'admission) ; traitement de la crise et sortie dans une autre unité, à domicile ou en structure médico-sociale pour les unités entrantes sectorielles par exemple. Cependant, l'adéquation des structures à leur vocation dépend des places disponibles dans les unités concernées ; hospitalisation de courte durée pour des personnes âgées souffrant de décompression psychiatrique et préparation à la sortie avec réaménagement de vie (gérontopsychiatrie), etc.

**La nature des pathologies des patients** (gérontopsychiatrie, PPDA) : ainsi, dans l'unité des personnes profondément déficitaires (PPDA à L'Olivier), c'est le « care » des soignants qui prévaut et le médecin n'est présent qu'à raison de 10 % de son temps : l'unité a cependant créé un partenariat avec l'hôpital Valvert de Marseille et un médecin psychiatre de cet hôpital, responsable d'une unité mobile spécialisée dans l'autisme y intervient (0,1 ETP) tous les mercredis matin.

**Les moyens disponibles dans les unités, en complément des IDE, ne sont pas homogènes** : les psychomotriciens ne sont présents que dans les unités Reibaud, à L'Olivier et à Pontier Ouest qui ne dispose cependant pas de psychologue ; une éducatrice intervient toute la semaine dans les deux seuls pavillons Reibaud. Dès lors, les moyens collectifs et individuels mobilisés, variables d'une unité à l'autre, expliquent en partie des prises en charge différentes, quand bien même la fonction de l'unité est identique (unités d'entrants par exemple). Ainsi des réunions communautaires soignants-soignés, animées par le psychologue, sont en place au pôle Ouest mais pas au pôle Est. Les activités de psychothérapie sont davantage prescrites au Pôle Est qu'au pôle Ouest qui dispose dans certains pavillons de psychomotriciens et d'une éducatrice. La supervision d'équipe, plus soutenante selon les informations disponibles en cas d'accident que les retours d'expériences après des événements graves, n'existent pas partout, notamment à Delay.

## BONNE PRATIQUE 2

L'association aux réunions cliniques des unités de l'ensemble des acteurs de la prise en charge des patients, notamment les CMP des secteurs, facilite l'élaboration des projets de sortie et favorise la réhabilitation sociale des patients.

### 7.1.2 L'accès aux traitements

La pharmacie est gérée au sein du CH Montperrin par trois pharmaciennes (3 ETP) et plusieurs préparatrices en pharmacie. Le contrôle des prescriptions est réel et réactif.

La pharmacie à usage interne (PUI) livre chaque semaine les médicaments dans les unités, préparés par patient dans un chariot et les infirmiers mettent en place chaque matin les piluliers du lendemain matin et du midi qu'ils vont dispenser. Les équipes de l'après-midi et de nuit sont en charge respectivement du soir et de la nuit.

La distribution des médicaments s'effectue individuellement au sein de la salle de soins infirmiers. Les patients font ainsi une file indienne dans le couloir. Un chariot avec écran informatique, où se lit la prescription, permet une ultime vérification lors de la dispensation. Lorsque le personnel est moins nombreux, la distribution s'effectue néanmoins pendant le repas à table (unités Régis, Delay, Reibaud).

La possibilité d'une distribution individuelle dans la chambre du patient devra être évoquée car cette dispensation reste un soin essentiel dans la prise en charge du patient, un moment de dialogue entre la personne soignée et le soignant, l'opportunité d'une éducation thérapeutique individualisée et la recherche d'un consentement éclairé aux soins.

Une commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) est en place au sein de l'établissement et se réunit plusieurs fois par an.

## **7.2 L'ÉQUIPE DE SOINS SOMATIQUES SOUFFRE D'UN MANQUE DE MOYENS POUR ASSURER LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE DES PATIENTS HOSPITALISÉS**

### **7.2.1 Les moyens**

L'équipe de soins somatiques, rattachée au pôle transversal, est composée d'un médecin généraliste, par ailleurs présidente du CLAN, d'un praticien associé et de deux infirmières dont l'une est spécialisée dans la prise en charge des plaies. Les consultations se déroulent dans un espace spécifique du bloc médico-technique à l'entrée de l'hôpital. Le plateau technique comporte trois cabinets de consultations, un cabinet dentaire avec radiologie (l'appareil de radiologie en panne depuis un an et demi venait d'être réparé et équipé d'une numérisation), d'ophtalmologie, une salle de kinésithérapie, deux salles d'électroencéphalogramme (EEG) et de radiologie dans laquelle une manipulatrice est présente à mi-temps. Il n'y a pas de télétransmission des radiographies au CH d'Aix-en-Provence où les radios sont apportées puis récupérées avec les interprétations par un véhicule de l'établissement.

Des consultations spécialisées sont accessibles à raison :

- d'une vacation par semaine pour la neurologie, la cardiologie, l'ophtalmologie le jeudi matin ;
- de deux vacations pour la chirurgie dentaire et la dermatologie, la praticienne se déplaçant à la demande dans les unités le mercredi après-midi.

Il n'y a plus de pédicure et de kinésithérapeute ; un kinésithérapeute libéral interviendrait cependant en pavillon pour quelques patients.

Les autres consultations spécialisées interviennent à l'hôpital d'Aix-en-Provence sur demande des médecins psychiatres ou du médecin somaticien. Selon les informations disponibles, si leur accès serait relativement aisé, on noterait dans certains services un manque d'« empressement » à accueillir les patients envoyés par Montperrin. Des consultations dentaires pour certains patients, gravement handicapés (personnes autistes), peuvent être obtenues au sein du réseau Handident à Marseille.

### **7.2.2 Le protocole de fonctionnement**

Le « sous-dimensionnement » de l'équipe en compétence de médecin généraliste au regard du nombre de patients hospitalisés, notamment sans consentement, a conduit en avril dernier à l'adoption d'un protocole réactualisé (le protocole antérieur datait de 2015) entre les unités somatique et soignantes qui organise et tente d'optimiser les moyens de l'équipe somatique, en priorisant les déplacements du médecin généraliste :

- la prise des constantes, les analyses sérologiques (VHB, VHC, VIH avec recueil du consentement du patient), les électrocardiogrammes (ECG) ainsi qu'une évaluation de la douleur sont effectués à l'arrivée des patients dans les unités par les infirmiers. Les résultats anormaux sont signalés par le laboratoire au médecin généraliste ;



- les consultations somatiques sont effectuées par les psychiatres des unités dans les 24 heures qui suivent l'admission des patients qu'ils soient en soins libres ou sans consentement. Les demandes de consultations, « normalisées » sur des fiches spécifiques, sont faxées à l'unité de soins somatiques et examinées par le médecin responsable. Les rendez-vous auprès du médecin somaticien ont lieu dans les huit jours qui suivent la demande. Afin de limiter les déplacements dans les unités des deux médecins généralistes, les patients se rendent au pôle médico-technique, éventuellement en faisant appel au service du garage, accompagnés d'un soignant. Les consultations somatiques fonctionnent de 9h à 17h du lundi au vendredi, une permanence étant assurée le samedi de 9h à 12h le samedi matin, y compris avec des médecins de l'addictologie. La garde et l'astreinte sont faites par les psychiatres. En cas d'urgence, il est fait appel au SAMU ou à SOS médecin ;
- lorsque que des cas d'urgence sont détectés par le médecin psychiatre des unités ou de l'équipe soignante (antécédents somatiques importants, douleurs) ou par le médecin généraliste au vu d'examen biologiques anormaux (VIH, VHB, VHC) ou d'ECG présentant des anomalies, les consultations sont données plus rapidement et peuvent avoir lieu dans l'heure qui suit la demande ;
- le médecin généraliste ne se rend dans les unités que sur la demande du psychiatre ou parce que le patient ne peut se déplacer. C'est le cas des personnes en isolement et en contention dont la surveillance et les examens somatiques sont effectués d'abord par les psychiatres : ces derniers peuvent ensuite solliciter un avis du praticien somaticien qui, dans ce cas, se rend sur place. C'est le cas aussi des patients les plus fragiles notamment ceux de l'unité de l'Olivier où consulte le médecin responsable des soins somatiques tous les lundis ou encore de la gérontopsychiatrie, visitée toutes les semaines par la praticienne associée pour y faire le point sur les patients admis ;
- en outre, la responsable de l'unité propose un bilan complet tous les ans aux patients hospitalisés depuis plus de 9 mois (entre quatre-vingts et quatre-vingt-dix patients concernés). Ses propositions de procéder de même pour les personnes de plus de 65 ans se heurtent à l'impossibilité d'obtenir une liste complète des patients concernés. La même difficulté est rencontrée pour identifier les rendez-vous non honorés par unité, afin d'en analyser les raisons et d'y pallier. Le chiffre des consultations dispensées à l'unité n'est pas connu (il y a trois ans entre 5 000 et 6 000 par an).

### 7.2.3 L'éducation à la santé

Les infirmières du service ont en projet des modules d'éducation à la santé qui pourraient être proposées dans les unités : soins corporels, hygiène bucco-dentaire, alimentation et infections sexuellement transmissibles. Un projet du centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) a obtenu de l'ARS le financement d'actions de lutte contre le tabac, programmées sur trois ans. Par ailleurs, des ateliers « douleur », alimentation/activités physiques sont proposés en sociothérapie (cf. § 9.4.1).

#### RECOMMANDATION 25

Il convient d'augmenter les moyens du service somatique de l'hôpital afin que les patients puissent bénéficier des examens et des consultations somatiques dispensés par des



praticiens généralistes. En outre, il est nécessaire que ce service dispose des données statistiques pour piloter et optimiser ses interventions.

## 8. LE RESPECT DE L'INTEGRITE DES PERSONNES

### 8.1 DES DISPOSITIFS D'AMONT SONT EN PLACE AFIN D'EVITER LES HOSPITALISATIONS INUTILES

#### 8.1.1 L'accueil en urgence

La prise en compte des situations de crise s'effectue à travers la mise en place de trois dispositifs.

#### **L'accueil soignant du CH Montperrin**

L'accueil soignant de Montperrin qui fait partie du pôle transversal, comprend le jour 5 IDE, (4,6 ETP) et un cadre ; 2,5 infirmiers et un cadre assurent une présence de nuit. L'effectif minimum est toujours d'un cadre et d'un IDE le jour, la nuit et le week-end.

L'équipe assure trois fonctions :

- un soutien téléphonique aux patients ;
- un accueil 24h/24h pour des consultations par une IDE et un psychiatre du secteur (astreinte le jour et garde la nuit). Si le patient n'a pas besoin de soins ou d'exams somatiques, il peut être admis directement à Montperrin ; sinon il est envoyé au centre d'accueil permanent (CAP) 48 d'Aix-en-Provence pour y procéder ;
- une régulation générale des admissions au sein de l'hôpital en lien avec les demandes d'hospitalisation des services d'urgence d'Aix-en-Provence et de Salon-de-Provence. Dans ce cadre, le service appelle toutes les unités hospitalières, trois fois par jour, afin d'établir la liste des lits disponibles (le logiciel Cariatides le permet aussi).

Comme le service des soins somatiques (cf. § 7.2), l'accueil ne dispose d'aucune donnée d'activité, faute de retour du service d'information médicale : selon les informations recueillies, l'accueil soignant qui enregistre ses interventions sur un cahier, non exploité, recevrait environ sept patients par jour pour une consultation infirmière ou psychiatrique.

#### **Le CAP (centre d'accueil permanent) 48 (48 heures) au CH d'Aix-en-Provence :**

L'équipe est composée de 5 ETP de médecins, de 14 ETP d'IDE, dont 4 pour la psychiatrie de liaison, d'un cadre ; 1,8 ETP d'IDE qui constitue l'équipe de liaison en addictologie (ELSA) lui est rattachée. En journée, sont présentes deux à trois infirmières selon les plages horaires. La nuit, deux IDE avec le psychiatre de garde assurent la permanence des soins.

Aux services des urgences d'Aix-en-Provence, le CAP dispose :

- de huit chambres individuelles ;
- d'une salle infirmière (mais qui fait aussi salle de repos et salle de repas pour le personnel), d'un secrétariat, de deux bureaux de consultation, d'un bureau pour le cadre et IDE, d'une salle d'attente, d'un office pour réchauffer les repas, de deux salles d'eau avec toilettes et douches (mais sans accès handicapé).

Le CAP exerce une double mission :

- d'équipe de liaison psychiatrique et d'addictologie pour des patients hospitalisés en court séjour à l'hôpital d'Aix-en-Provence ;
- de consultation pour les personnes qui se présentent aux urgences pour des problèmes psychiatriques ou psychologiques (quinze par jour en moyenne, selon les informations recueillies). Toutes bénéficient d'un examen somatique systématique avant l'entrée au CAP 48. Les personnes peuvent être hospitalisées

sur place pour de très courts séjours. La majorité est transférée en clinique ou retourne à domicile : 15 % seraient admises au CH Montperrin, en liaison avec l'accueil soignant du CHS. L'équipe peut revoir les personnes en consultation en attendant une prise en charge ambulatoire par le CMP : celui-ci organisera un rendez-vous infirmier au CMP en une semaine en cas d'urgence.

Le CAP ne traite pas les patients agités et les personnes en soins sans consentement qui sont accueillis directement dans un box des urgences générales, évaluées par l'infirmière et le psychiatre et dirigées vers Montperrin. Dans ce cadre, plusieurs contentions par semaine seraient prescrites par les urgentistes et tracées sur le logiciel des urgences « terminal urgences ». Il n'existe ni chambre d'isolement, ni registre d'isolement et de contention ni traçabilité des mesures et de leur renouvellement. Une chambre pour personne seule située aux urgences générales est plus spécifiquement choisie pour les personnes agitées.

Aucune donnée d'activité ne serait disponible.

#### **Le CAP 48 au CH de Salon-de-Provence :**

L'équipe de Salon dispose de moyens différents dans un contexte lui aussi différent.

Les quatre psychiatres, qui exercent à temps partiel aux urgences, ne sont présents que dans la journée jusqu'à 17h : les médecins de garde et d'astreinte sont à Aix-en-Provence. Ils assurent également une mission de liaison à l'hôpital de Salon-de-Provence où le médecin responsable de l'unité est en charge par ailleurs des soins psychiatriques dans le service de gériatrie. Six infirmiers avec un cadre de santé travaillent de jour ; les trois IDE de nuit (deux au moment de la visite) sont placés sous la responsabilité des urgentistes. Cette configuration particulière a conduit à l'élaboration d'un protocole de fonctionnement entre Montperrin et l'hôpital général afin de préciser la responsabilité des urgentistes ; appliqué, il n'est cependant pas signé.

L'équipe de CAP 48 prend en charge les patients qui se présentent de leur propre initiative, sur demande de leur généraliste ou encore qui sont amenés par les pompiers, la police ou la gendarmerie. Une première évaluation est faite par un infirmier urgentiste. Si les problèmes psychiatriques sont avérés, les patients sont adressés à un infirmier psychiatrique qui fait appel au psychiatre quand il est sur place. Contrairement aux pratiques des urgences d'Aix, ces patients ne feront pas tous l'objet d'un examen somatique systématique, sauf si le psychiatre le demande ou si les patients ne sont pas connus (le service dispose du logiciel Cariatides).

Les patients, vus en consultation par l'équipe du CAP, repartent en grande majorité vers leur domicile : les délais pour obtenir un rendez-vous dans les CMP seraient de plusieurs mois, tant pour les adultes que pour les mineurs. Sur ce point, le directeur précise dans ses observations : *« La mention d'un délai de plusieurs mois pour le CMP de psychiatrie générale de Salon a pu correspondre à une situation particulièrement difficile au niveau des effectifs médicaux en 2016. Cette situation a été résolue depuis et les délais actuels de cette structure pour une rendez-vous médical sont de trois semaines. S'agissant du C.M.P. Adolescents : le pôle P.E.A. a mis en œuvre des rendez-vous auprès de l'équipe de liaison "la Passerelle" ainsi qu'auprès de la Maison des adolescents sise dans cette commune, dont le pôle Enfants et adolescents du C.H. Montperrin est le partenaire pivot. Cela contribue ainsi à corriger les délais des C.M.P. de rendez-vous en C.M.P. Enfants et Adolescents ».*

Il n'existe qu'un seul bureau de consultation pour les psychiatres (à défaut, celui du médecin responsable qui n'est pas sécurisé est utilisé). Le bureau infirmier est commun à la psychiatrie

et aux urgences. Les entrants peuvent être hospitalisés pour de courtes durées : sur les dix lits de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) de l'hôpital, placés sous la responsabilité du service des urgences, trois peuvent être utilisés par le CAP 48 pour de brefs séjours. Les patients agités et sous contrainte (arrêté du maire en général) seront examinés (examen somatique) par les urgentistes dans un des boxes du service d'urgence ou une des chambres de l'UHCD, évalués par les infirmiers du CAP et les psychiatres quand ils sont présents, puis transférés à Montperrin en ambulance privée, après contact avec l'accueil soignant du CHS. Les contentions peuvent être prescrites, aux urgences et pendant le transport, par les urgentistes ; enregistrées dans le logiciel des urgences, elles ne sont, comme à Aix, ni tracées, ni portées sur un registre.

Comme à Aix, mais en l'absence de données statistiques, l'équipe aurait une file active de trente patients par mois (consultations CAP et urgences) dont 1 % seulement serait hospitalisé en psychiatrie. Dans ses observations le directeur du CH Montperrin précise que « *la file active du CAP de Salon n'est pas de trente patients par mois mais de quatre-vingt-dix patients* », ce qui confirme la nécessité de disposer d'éléments d'activité précis ; les chiffres transmis aux contrôleurs lors de la visite ne correspondant pas la réalité de l'activité.

#### RECOMMANDATION 26

Les services d'urgences des hôpitaux d'Aix-en-Provence et de Salon-de-Provence doivent mettre en place les registres d'isolement et de contention, prévus par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique.

Ils doivent disposer des éléments d'activité nécessaire pour piloter leurs services. A Salon-de-Provence, le protocole de fonctionnement entre le service des urgences et l'équipe du CAP 48 doit être signé pour clarifier les responsabilités de chacun des acteurs.

#### 8.1.2 L'expérimentation d'une équipe mobile de renforcement de l'activité ambulatoire Sutter (EMRAAS)

Le projet médical du pôle Est (mais également du pôle Ouest avec une moindre précision) met l'accent sur l'importance d'un accueil rapide par les CMP afin de prévenir l'aggravation des troubles psychiatriques : premiers rendez-vous infirmiers au CMP à moins d'une semaine en cas d'urgence ; relance téléphonique par les secrétaires des CMP des patients pour leur rappeler les rendez-vous et éviter les annulations ; créneau hebdomadaire disponible pour des rendez-vous d'urgence dans les agendas des médecins. Dans l'objectif d'éviter les rechutes et les réhospitalisations, les patients devront obtenir un rendez-vous au CMP dans les deux semaines suivant la sortie de l'hospitalisation, ce qui est facilité par la présence des soignants de CMP dans les réunions cliniques des unités.

C'est dans le même but, qu'a été développé le projet de visite à domicile au CMP « Sutter », situé dans le secteur Aix, Gardanne, Trets. Soutenu par une subvention de l'ARS qui a permis le recrutement, en complément du CMP, de 2 ETP d'IDE (trois temps partiels), d'un éducateur, et 0,3 ETP de psychiatre, il est en place depuis septembre 2018 au profit des patients, présentant des critères de gravité des troubles et de vulnérabilité importante. L'équipe intervient sur demande des équipes hospitalières en accompagnement des sorties ou du CMP, prend contact avec les acteurs importants de l'entourage du patient et met en place un projet

de soutien personnalisé et intensif. Si l'évaluation en est positive, l'expérience pourra être étendue.

### BONNE PRATIQUE 3

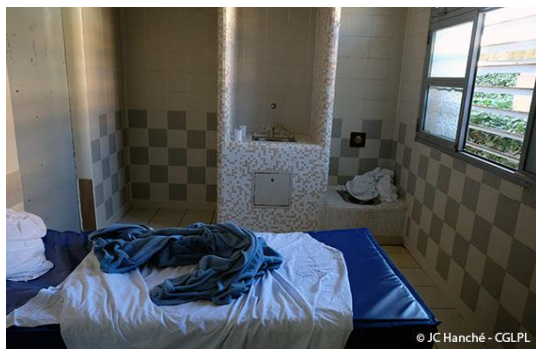
La présence d'équipes psychiatriques de Montperrin au service des urgences des hôpitaux d'Aix-en-Provence et de Salon-de-Provence et l'équipe mobile de renforcement de l'activité ambulatoire au CMP Sutter permettent de limiter les hospitalisations au CHS.

## 8.2 LE RECOURS A L'ISOLEMENT EST MODERE MAIS ENCORE MESUSE ; LA CONTENTION EST EXCEPTIONNELLEMENT UTILISEE

### 8.2.1 Les chambres d'isolement

L'établissement répertorie seize chambres d'isolement (CI) sur le site du CH Montperrin. Il n'y a pas de CI au service des urgences du CH de Salon-de-Provence. Quatorze des seize chambres étaient occupées au moment du contrôle ; aucune contention n'était en place. Il n'y a jamais d'isolement hors chambre dédiée ; seules deux situations ont été rapportées durant lesquelles le patient, nécessitant cliniquement un apaisement en chambre d'isolement, a été contentonné quelques heures car les CI n'étaient pas disponibles et les chambres ordinaires ne peuvent se fermer à clef.

Quatre espaces de trois chambres d'isolement sont mutualisés pour deux unités, au sein des unités Reibaud Est et Ouest, Régis Est et Ouest, Delay Est et Ouest, et Magnan-Le Guillant. Deux chambres d'isolement sont également regroupées au sein de l'unité Duchêne et de l'unité Pontier Ouest.



### *Chambres d'isolement*

Ces chambres sont très sensiblement différentes les unes des autres. Toutes sont suffisamment spacieuses. Quelques-unes n'ont pas de bouton d'appel (unités Delay) et toutes

les autres n'ont que des boutons d'appels muraux, inaccessibles lors des phases de contention. Il n'y a pas d'affichage de la date et de l'heure dans les CI des unités Duchêne et Delay Ouest. Les chambres sont presque toutes carrelées au sol et sur tous les murs jusqu'au plafond, donnant un caractère déshumanisé à la pièce.

Aucune chambre ne permet au patient d'allumer ou d'éteindre la lumière, ni d'ouvrir seul la fenêtre pour l'aération ; dans l'unité Delay Est, de mauvaises odeurs ont été constatées lors du contrôle.

Le mobilier est uniquement constitué d'un lit fixé au sol à tête non relevable avec matelas souvent ancien ou d'un lit de type *Cumbria*™ déplaçable avec relevage de la tête par support amovible. Il n'y a pas de table ni moyen de s'asseoir à côté du patient. Dans l'espace situé devant les CI, des petites tables sont installées qui permettent aux patients d'y manger. Des postes de télévision sont proposées, à travers une vitre de protection, dans les unités Reibaud, Magnan-Le Guillant et Régis.

Certains peuvent sortir seuls quelques temps dans le jardin fermé de l'unité ; pour tous les autres ils doivent sortir et fumer dans une petite cour attenante aux CI (unités Reibaud) ou fumer dans l'espace commun devant les chambres.

Toutes les chambres disposent uniquement de toilettes, dont deux sans accès à la chasse d'eau et avec un point d'eau. Les douches sont toutes à l'extérieur des chambres. Les draps et couvertures sont identiques au reste de l'unité. Des stores permettent l'occultation de la lumière pour la nuit. Une fenêtre donne souvent directement sur les toilettes depuis le sas et devra être occultable.

#### RECOMMANDATION 27

Les chambres d'isolement doivent toutes disposer d'un accès à une salle d'eau avec toilettes ; des boutons d'appel doivent permettre d'appeler un soignant à tout moment y compris dans les phases de contention. Le patient doit pouvoir allumer et éteindre la lumière seul ; il doit pouvoir s'orienter dans le temps grâce à une horloge.

Les contrôleurs, qui ont visité les locaux des futures unités de soins intensifs en travaux, regrettent que le sol et les murs des CI soient carrelés en gris jusqu'au plafond, avec peu de lumière et pas de séparation des toilettes de la chambre, toilettes par ailleurs visibles directement par un fenestron par les soignants, et toujours sans douche accessible librement. Ces CI ouvrent toutes sur une courette d'aspect très carcéral.

Le directeur écrit dans ses observations : « *Dans les rénovations à venir, les locaux seront aménagés, dans la mesure du possible en terme de surfaces utilisables et de contraintes de sécurité, s'agissant de toilettes et douches individualisées. La restructuration du pavillon CALAIS pour les unités de soins intensifs, au-delà de la question de la couleur des murs, a intégré ces aménagements. S'agissant de patients admis habituellement en état de crise et de grande agitation, le choix de couleurs a cependant été motivé chez les médecins et soignants par l'expérience clinique et la volonté d'une baisse de stimulation par des couleurs plus appropriées et non par une négligence dans ce choix aboutissant à un contexte de "déshumanisation". L'usage d'un espace douche pour deux chambres d'isolement ne signifie pas pour autant que leur usage est imposé à deux patients simultanément et l'intimité de chaque patient peut donc être respectée. Les aménagements, même à venir, doivent tenir compte de surfaces existantes ou possibles à terme et du contexte du soin particulier en*



*chambre d'isolement. Enfin, la plupart des chambres d'isolement des autres unités ont été fermées du fait du regroupement de 10 chambres d'isolement dans le pavillon CALAIS-USI; elles seront reconverties à d'autres usages. Seule demeure une chambre d'isolement pour deux unités de psychiatrie générale destinée à une utilisation exceptionnelle de 24 heures maximum quand un transfert vers l'USI doit être organisé. Un pavillon d'hospitalisation comme DUCHENE est d'ores et déjà désaffectée ».*



*Vues d'une chambre d'isolement des USI*



*Courette d'une chambre d'isolement des USI*

L'usage du pyjama est systématique dès l'entrée en CI.

### RECOMMANDATION 28

Le port de pyjama en chambre d'isolement ne peut être systématiquement imposé ; il doit être décidé par le psychiatre, le cas échéant, sur des considérations cliniques individuelles.

La chambre d'hospitalisation du patient est en théorie conservée lors de l'entrée du patient en CI mais sa chambre est parfois attribuée à un autre patient lors des périodes de fortes demandes d'hospitalisation. En outre, des entrées directes dans les unités s'effectuent en chambre d'isolement pour les personnes détenues.



**RECOMMANDATION 29**

Durant le placement du patient en chambre d'isolement, sa chambre en hospitalisation complète doit être conservée. Le logiciel de gestion des lits doit être programmé en conséquence et laisser les patients administrativement hospitalisés dans leur lit.

Sur ce point, le directeur ajoute dans ses observations : *« les instructions de la direction sont de conserver libres les chambres des personnes mises en chambre d'isolement. Il est vrai toutefois que, devant la nécessité pour l'établissement de devoir ponctuellement répondre à sa mission d'accueil de service public et faute de lits vacants, notamment en situation "d'hôpital en tension" déclarée auprès de l'A.R.S. et au répertoire opérationnel des urgences, pour admettre des patients admis en soins sans consentement dont l'admission ne peut être refusée ou même différée, certaines chambres peuvent parfois être utilisées pour cet accueil alors que leur "titulaire" est en C.I. Cela évite de doubler les chambres individuelles, voire d'installer des lits supplémentaires dans les couloirs ou de retarder les admissions de patients nécessitant une hospitalisation rapide. Cette procédure dérogatoire est néanmoins encadrée et l'état d'occupation des chambres est connu de l'accueil soignant ; elle suppose l'accord du directeur de garde en lien avec le médecin responsable d'unité ou celui de garde. Seules sont utilisées à cette fin les chambres dont les patients séjournent en C.I. pour une durée prévisionnelle que l'on sait devoir être assez longue et leurs chambres sont libérées dans les meilleurs délais. Ces situations de suroccupation de l'établissement, parfois liées à des fermetures temporaires de lits pour travaux ou de réorganisation d'unités, sont cependant devenues moins fréquentes que cela a pu être dans le passé, depuis la structuration en pôles ».*

Un protocole modifié en avril 2015 indique aux soignants les modalités de saisie des présences en chambre d'isolement dans l'outil informatique Cariatides et une procédure a été actualisée en décembre 2017 pour *« la prise en charge du patient en chambre d'isolement thérapeutique »*. Les chambres d'isolement sont encore ce jour qualifiées de « thérapeutiques » dans l'ensemble des documents ainsi que dans l'esprit de nombreux soignants.

Le matériel de contention utilisé comprend systématiquement des sangles cinq points avec attache ventrale, aux deux bras et aux deux chevilles. Les sangles sont nettoyées après utilisation et rangées en salle de soins. Un protocole précis et actualisé le 10 septembre 2018 est à disposition des soignants et précise les bonnes pratiques de contentions mécaniques des patients adultes.

### 8.2.2 Les mesures d'isolement et de contention

L'établissement affiche son souhait d'une politique de moindre recours à l'isolement et à la contention, *« mieux concilier sécurité des prises en charge et respect du droits des personnes hospitalisés »*, dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2012-2016 signé entre l'établissement et l'agence régionale de santé. Le projet médical 2015-2020 n'aborde que peu le droit des patients et la pratique de l'isolement, portant son regard uniquement sur la création d'une unité fermée de soins intensifs censée concentrer le besoin d'hospitalisation en service fermé, sans tirer les perspectives d'avenir en rapport avec leurs propres constats. En effet, dans ce projet, les équipes évoquent *« la question des chambres d'isolement, embolisées par des patients pour lesquels il n'y aurait pas toujours d'indication thérapeutique : personnes détenues (pour des questions sécuritaires), personnes âgées (avec troubles du*

comportement), adolescents (pour des raisons légales), dont on a le sentiment de ne pas bien les prendre en charge ».

Les mesures d'isolement et de contention sont informatisées et les praticiens remplissent tous, et de manière exhaustive depuis plus d'un an, l'onglet spécifique sur Cariatides. Les décisions d'isolement prises par un médecin sans plénitude d'exercice ou par l'interne sont validées par le psychiatre d'astreinte. L'examen somatique est réalisé par le psychiatre et le médecin généraliste ne vient examiner les personnes en CI que sur demande expresse du psychiatre. En cas d'absence du généraliste, le psychiatre qui est face à une situation somatique grave transfère le patient aux urgences du CH. L'usage exceptionnel des contentions amène une faible demande d'examen somatique spécialisé lors des séjours en CI.

### RECOMMANDATION 30

L'examen somatique des personnes en chambre d'isolement ou sous contention doit être effectué par un médecin généraliste et non par un psychiatre.

Le directeur note dans ses observations : « L'établissement espère qu'un renforcement des effectifs de praticiens de médecine générale sera possible et les postes pourvus, ce qui permettra de répondre mieux aux besoins des patients tant pour l'examen somatique en chambre d'isolement ou sous contention que pour l'ensemble des examens somatiques au bénéfice de tous les patients. Néanmoins, les psychiatres étant des médecins, ils sont légalement en capacité de réaliser la plupart de ces examens, notamment ceux recommandés par la Haute Autorité de Santé s'agissant de l'examen somatique de 24 heures pour les patients en soins sans consentement (cf. recommandation de bonnes pratiques cliniques d'avril 2005 et circulaire interministérielle n°2011-345 du 11 août 2011 qui rappelle que tout médecin peut faire cet examen somatique de 24 heures pour des patients en soins sans consentement). La décision d'isolement ou de contention d'un patient puis son maintien est enfin de la pleine responsabilité des médecins psychiatres et pas de médecins généralistes à qui cette responsabilité ne saurait être transférée, les psychiatres devant donc prendre en compte l'état de santé global du patient et avoir à chaque fois une approche bénéfice-risques dans cette décision. L'organisation de l'établissement permet enfin à un médecin psychiatre de recourir à un confrère généraliste si l'état du patient rend cela très souhaitable ».

Le rapport annuel sur l'isolement et la contention de l'année 2017, présenté aux instances, marque la prise en compte de la thématique mais ne permet pas d'analyse chiffrée ou commentée de la pratique. Or les droits des patients et les restrictions de liberté doivent être débattus par les instances et se traduire par une politique clairement expliquée.

#### 8.2.3 L'analyse du registre

La pratique de l'isolement et de la contention n'est actuellement pas analysée en termes de file active et de pratique générale par les équipes soignantes malgré l'existence d'un registre opérationnel permettant de répondre à l'article L 3222-5-1 du code de la santé publique. Les décisions de placement en isolement et contention sont bien tracées sur le logiciel Cariatides. La durée (douze puis vingt-quatre heures maximum) est renseignée, parfois en différé cependant, de même que le lieu de mise en CI (espace dédié ou hors espace dédié), le motif de la décision initiale et du renouvellement, les consignes de surveillance et de sécurité.

L'analyse du registre pour la période du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 2018, montre les chiffres suivants :

**Unité Delay Est** : sur une file active de 125 patients entrés dans le service, 18 (**14,4 %**) ont été placés en chambre d'isolement lors de 28 mesures pour des durées allant de 6 heures à 47 jours (moyenne de **8 jours** par mesure). 2 patients ont eu une contention associée lors de 2 mesures soit **7 %** des mesures d'isolement et **11 %** des patients placés en isolement ; 3 patients ont par ailleurs été placés en contention sans isolement. La durée de ces contentions allait de **6 à 24 heures** par mesure. 11 mesures d'isolement (sur les 28) ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres (39 %), dont une mesure avec contention associée. Une contention sans isolement de 14 heures a également été initiée en soins libres.

**Unité Delay Ouest** : sur une file active de 120 patients entrés, 3 (**2,5 %**) ont été placés en chambre d'isolement lors de 5 mesures pour des durées allant de 0,5 heure à 121 jours (moyenne de 39 jours par mesure, mais de **13 heures** si on exclut le patient qui totalise deux mesures à plus de 83 jours). 3 patients (**2,5 %** des entrées) ont eu une contention sans isolement. La durée de ces contentions allait de **0,5 à 36 heures** par mesure. 2 mesures d'isolement (sur les 5) ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres, et 1 contention sans isolement de 36 heures a également été initiée en soins libres.

**Unité Le Guillant** : sur une file active de 160 patients entrés dans le service, 30 (**18,75 %**) ont été placés en chambre d'isolement lors de 36 mesures pour des durées allant de 2 heures à 82 jours (moyenne de **11 jours** par mesure). **1** patient a eu une contention associée de **6 heures** et **1** patient a été placé en contention sans isolement pendant **6 heures**. 9 mesures d'isolement (sur les 36) ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres (25 %).

**Unité Magnan** : sur une file active de 165 patients entrés dans le service, 18 (**10,9 %**) ont été placés en chambre d'isolement lors de 19 mesures pour des durées allant de 2 heures à 26 jours (moyenne de **8 jours** par mesure). **1** patient a eu une contention associée lors d'1 mesure de **24 heures** soit 5,2 % des mesures d'isolement et 5,5 % des patients placés en isolement ; **1** patient a par ailleurs été placé en contention sans isolement pendant **12 heures**. 5 mesures d'isolement (sur les 20) ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres (25 %).

**Unité Régis Ouest** : sur une file active de 141 patients entrés dans le service, 23 (**16,3 %**) ont été placés en chambre d'isolement lors de 25 mesures pour des durées allant de 24 heures à 53 jours (moyenne de **9 jours** par mesure). **1** patient a eu une contention associée de **6 heures**. 6 mesures d'isolement (sur les 25) ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres (24 %), dont la mesure avec contention associée.

**Unité Régis Est** : sur une file active de 128 patients entrés dans le service, 20 (**15,6 %**) ont été placés en chambre d'isolement lors de 22 mesures pour des durées allant de 12 heures à 156 jours (moyenne de 17 jours par mesure mais **8 jours** si on retranche un patient totalisant seul deux séjours de 54 et 156 jours). **Aucune contention** n'a été décidée. 11 mesures d'isolement (sur les 22) ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres (50 %).

**Unité Reibaud Est** : sur une file active de 106 patients entrés dans le service, 1 (**0,9 %**) a été placé en chambre d'isolement pendant 204 heures soit **8,5 jours**. **Aucune contention** n'a été placée. L'isolement n'a pas été initié sur une personne en soins libres.

**Unité Reibaud Ouest** : sur une file active de 126 patients entrés dans le service, 44 (**34,9 %**) ont été placés en chambre d'isolement lors de 50 mesures pour des durées allant de 24 heures à 76 jours (moyenne de **9 jours** par mesure). **3** patients ont eu une contention associée lors de 3 mesures soit 6 % des mesures d'isolement et 6,8 % des patients placés en isolement ; La

durée de ces contentions allait de **6 à 24 heures** par mesure. 18 mesures d'isolement (sur les 50) ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres (36 %), dont une mesure avec contention associée.

Les données de ces deux unités Reibaud doivent être fusionnées en raison des pratiques de mutualisation des CI situées à Reibaud Ouest, y compris dans l'enregistrement du registre. Au total sur 232 patients entrés dans les deux services, 45 ont été placés en CI soit **19,4 %**. Les 3 contentions ne représentent alors que 5,8 % des mesures, et 1,3 % des patients.

**Unité Duchêne** : sur une file active de 163 patients entrés dans le service, 17 (**10,4 %**) ont été placés en chambre d'isolement lors de 26 mesures pour des durées allant de 48 heures à 55 jours (moyenne de **15 jours** par mesure). 1 patient a eu une contention de **2 heures** sans isolement. 2 mesures d'isolement (sur les 26) ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres (7,7 %).

**Unité Pontier Ouest** : Sur une file active de 18 patients entrés dans le service, 2 (**11,1 %**) ont été placés en chambre d'isolement lors de 4 mesures pour des durées allant de 24 heures à 244 jours (moyenne de **94 jours** par mesure). 1 patient a eu une contention associée lors de 1 mesure de 24 heures. Aucune mesure d'isolement n'a été initiée alors que le patient se trouvait en soins libres.

**Le registre indique également des mesures dans des services dépourvus de chambre d'isolement :**

**Unité l'Olivier** : Sur une file active de 15 patients entrés dans le service, 1 (6,6 %) a été placé en chambre d'isolement pendant 24 heures et 1 patient a été placé en contention sans isolement pendant 24 heures. Les deux mesures ont été initiées en soins libres. Au moment du contrôle, un patient était au long cours dans une chambre fermée, aménagée à son intention par capitonnage, dans un but de préservation de l'intégrité physique. Souffrant de troubles psychiatriques gravissimes et déficitaires de longue évolution avec des conduites auto et hétéro agressives, il nécessite deux à trois soignants pour toute sortie de la chambre ; l'établissement ne bénéficie pas pour ce patient en inadéquation avec la structure, d'un temps d'éducateur spécifiquement attribué, afin de lui permettre de sortir et d'exercer quelques activités.

**Unité Oxalis** : Sur une file active de 30 patients entrés dans le service, 1 patient a été placé en isolement en chambre d'isolement (qui n'existe pas) 12 heures.

**Unité Pontier Est** : Sur une file active de 50 patients entrés dans le service, 3 ont eu une contention sans isolement lors de 3 mesures. La durée de ces contentions allait de 6 à 36 heures par mesure. Il s'agissait ici de contentions de prévention de la chute sur personne âgée (drap enroulé à la taille sur le fauteuil).

**L'ensemble de ces chiffres montre des pratiques d'isolement assez limitées et surtout un recours exceptionnel à la contention**, avec de plus, le déclenchement d'un « comité de retour d'expérience » à chaque décision de mise en place de contention.

**Néanmoins, ces pratiques restent variables selon les unités et avec des durées qui ne peuvent correspondre qu'aux seuls moments de crise ou de solutions de dernière extrémité.** Des patients y sont encore placés sur le seul motif du risque de fugue voire sur des considérations comportementales punitives. Quelques patients placés en CI ont été rencontrés par les contrôleurs durant toute la semaine dans le parc de l'établissement en sortie libre et le placement en isolement de nuit pour ces personnes ou séquentiel de jour ne correspond pas aux recommandations de la HAS.

Deux femmes souffrant de troubles compulsifs maniaques à connotation sexuelle ont été rencontrées en chambre d'isolement « *pour les protéger* » alors même que leur état clinique ne justifiait pas d'un placement en CI.

Le directeur du CH dans ses observations conteste les constats du CGLPL : « *Les motifs de placement en isolement sont strictement médicaux et ne sont pas une solution du fait de raisons de "confort" des personnels, voire pour des considérations "disciplinaires" ou "punitifs". A ce sujet, si l'établissement reconnaît des pratiques pouvant être parfois variables selon les unités et encore une difficulté d'analyse de ces pratiques à travers les données des registres d'isolement et contention, - ce que la recommandation n°31 nous invite à effectuer régulièrement-, il entend contester ce qui est écrit en page 63, s'agissant des motifs de mise en chambre d'isolement, au-delà de la question de leur seule durée. A partir de quelques exemples, il est fait état de placements en C.I. pour éviter des risques de fugue, voire pour des considérations comportementales "punitives", ce dernier motif étant vivement contesté par les responsables de nos services. Or, ces mises en isolement relèvent bien d'une appréciation médicale des risques pour les patients concernés, sans avoir de quelconques motifs punitifs. Par des fugues répétées, des patients peuvent ainsi interrompre leur traitement, voir en conséquence leur état s'aggraver en constituant un danger pour eux-mêmes et autrui et être difficiles à réintégrer, alors qu'ils sont sous la responsabilité de l'établissement. Le nombre de fugues depuis l'établissement qui, de fait, peut être constaté, démontre que celles-ci ne donnent lieu à une mise en chambre d'isolement que dans des cas rares et pour les patients les plus à risque, notamment ceux sous mesure préfectorale. Il en est de même pour des "deux femmes souffrant de troubles compulsifs maniaques à connotation sexuelle rencontrées en chambre d'isolement pour les protéger" et que, selon le rapport du CGLPL, "leur état clinique ne justifiait pas d'un placement en CI". Il convient de porter attention à la sécurité des patients en question comme à la responsabilité de l'établissement à leur égard et, subsidiairement, à l'égard de leur famille et de la société. Chaque situation est très régulièrement revue par un médecin psychiatre, au plus près des recommandations de la H.A.S. et en particulier pour des séjours parfois prolongés en C.I. ».* Cependant, ces observations ne sont pas de nature à modifier les constats opérés sur place par les contrôleurs.

**Les longues durées d'isolement pratiquées au CH ne respectent donc pas les dispositions du code de la santé publique, selon lesquelles il ne peut être procédé à l'isolement que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui.**

### RECOMMANDATION 31

L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants au sein de chaque unité pour analyser l'opportunité des décisions d'isolement.

### 8.3 L'OBSERVATOIRE NATIONAL DES VIOLENCES EN MILIEU DE SANTE EST REGULIEREMENT SAISI PAR L'HOPITAL MAIS LE RECENSEMENT DES ACTES HETERO-AGRESSIFS RESTE EN REALITE ALEATOIRE

S'agissant d'éventuelles maltraitances des soignants envers les patients, quelques très rares situations ont été rapportées par l'encadrement aux contrôleurs. L'une d'elles a justifié le renvoi d'un infirmier devant le conseil de discipline il y a cinq ans. Très récemment, des

photographies dégradantes d'un patient ont été retrouvées sur les réseaux sociaux : le personnel suspecté de les avoir prises a été suspendu et une enquête interne est en cours. Il a été indiqué aux contrôleurs que les soignants du CH Montperrin n'avaient pas pour habitude de « couvrir » les actes maltraitants ou non professionnels de leurs collègues. La présence des cadres de santé dans les unités, au contact des patients, serait également un gage de bonne connaissance du comportement du personnel.

Les contrôleurs ont examiné les six fiches d'événement indésirable (EI) regroupées sous le thème « maltraitance » en 2017-2018. Seule l'une d'entre elles correspond à une attitude jugée non professionnelle par le déclarant lui-même, en réaction à un patient violent et imprévisible. Les autres fiches ont trait à des situations de « maltraitance institutionnelle » (panne de chauffage dans une chambre, par exemple) et non de maltraitance d'un soignant envers un patient.

Des agressions ou des menaces sont commises, en revanche, entre patients ou sur le personnel. Le signalement de celles-ci est opéré par fiche d'EI. L'ensemble du personnel peut rédiger une fiche d'EI à partir d'une application informatique (le logiciel YES). Une fois remplies, elles sont examinées par la direction des usagers et de la qualité – et par la direction des ressources humaines lorsqu'un soignant est impliqué. Une première analyse est réalisée en lien avec les soignants de l'unité.

La victime directe est invitée à déposer plainte, qu'elle soit soignante ou soignée. S'il s'agit d'un patient, il est systématiquement accompagné par un personnel de l'unité jusqu'à l'hôtel de police voisin. En 2017, sept plaintes ont été comptabilisées : six émanant du CH Montperrin contre des tiers, une émanant d'un patient, aucune émanant d'un soignant. Ceux-ci déposent peu plainte, par habitude comme par souci éthique. Lorsqu'il est considéré que le patient auteur des violences avait la « *volonté de nuire* » ou est « *réceptif à une sanction pénale* », l'hôpital saisit le parquet d'Aix-en-Provence sur le fondement de l'article 40 du code de procédure pénale. Ainsi l'hôpital a-t-il signalé six infractions au parquet en 2017, dont trois constituaient des violences (une suspicion de viol d'un patient sur un autre et deux menaces d'agression proférées par des patients sur des soignants)<sup>18</sup>.

Le circuit de la fiche d'EI suit son cours indépendamment de l'action de la police ou du parquet. En cas d'EI grave ou récurrent, l'incident est évoqué en comité de retour d'expérience (CREX) en présence des soignants impliqués. Ce comité permet notamment de reprendre la situation à froid et d'en tirer les enseignements pour éviter qu'elle ne se reproduise. Sept CREX se sont réunis en 2018.

Onze EI ont été recensés en 2018 pour violences entre patients (contre dix en 2017). Le service qualité n'a pas réalisé d'analyse détaillée de ces onze cas. En parallèle, 96 EI ont été comptabilisés en 2018 pour violences envers un soignant (contre 113 en 2017). Parmi ceux-ci l'on distingue 50 agressions physiques par un patient (soit 52 %) et 3 agressions physiques entre agents (soit 3 %), le reste étant constitué de menaces ou d'insultes (45 %). Ces situations de violence concernent tous les pôles (36 % au pôle transversal ; 18 % au pôle Est ; 16 % au pôle Ouest ; 16 % au pôle ressources)<sup>19</sup>.

---

<sup>18</sup> Les trois autres concernaient des falsifications d'ordonnances par les patients.

<sup>19</sup> Source pour l'ensemble de ces statistiques : bilan 2018 des événements indésirables et des événements indésirables graves



Lorsque les violences sont graves ou fréquentes, elles font également l'objet d'une transmission à l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS). La politique de la direction a évolué ces dernières années : d'un signalement *a minima*, la direction saisit désormais l'ONVS dès qu'un acte commis entre dans son champ de compétence. Ainsi, sans que ces chiffres traduisent une augmentation réelle des actes de violence, le nombre de signalements à l'ONVS est passé de quatre en 2016 à vingt en 2017, puis quatre-vingt-dix-sept en 2018. Le délégué pour la sécurité générale de l'ONVS s'est d'ailleurs déplacé au CH Montperrin quelques mois avant la visite des contrôleurs au regard de l'évolution de ces chiffres. L'ONVS ne fait pas de retour à l'établissement si ce n'est pour demander des précisions sur un signalement ou si un dépôt de plainte ou un signalement au procureur de la République ont été effectués. Le CH Montperrin ne bénéficie pas d'une analyse individualisée de l'évolution des violences signalées à l'ONVS et n'a finalement accès qu'à son rapport annuel national comme n'importe quel hôpital.

Selon la direction des usagers et de la qualité, les EI recensés reflètent bien la réalité du climat de l'hôpital : il n'y aurait pas de sous-déclaration massive (à l'exception du petit « *deal* », pas toujours remonté à la hiérarchie par les soignants<sup>20</sup>). 477 EI ont été déclarés en 2018, ce chiffre étant en hausse régulière depuis quatre ans. La possibilité de rédiger une fiche d'EI de manière anonyme grâce au logiciel YES contribuerait également à un bon niveau de signalement. Les contrôleurs ont en outre vu des affichettes, dans certains bureaux infirmiers, incitant les soignants à signaler tout incident par fiche d'EI.

Pourtant, dans les unités, les témoignages reçus par les contrôleurs font plutôt état d'une absence de déclaration systématique : « *notre seuil de tolérance est très élevé, sinon on passerait notre temps à remplir des fiches d'événement indésirable* ». Certains soignants ont pu indiquer qu'à une époque récente les violences des patients étaient même banalisées, générant de véritables souffrances au sein des équipes. Lors de la visite, certains cadres ont encore tenu des discours parfois désabusés auprès des contrôleurs : « *il faut subir et ne pas répondre à chaque fois* ». Par ailleurs, le logiciel YES n'est pas connu de tous les soignants et son ergonomie est remise en cause. Les soignants indiquent au surplus que les déclarants ont rarement un retour sur le suivi et les conséquences de la fiche d'EI qu'ils ont rédigée, ce que confirme le bilan 2018 des événements indésirables.

Compte-tenu de l'ensemble de ces éléments, il est difficile d'analyser avec précision la réalité de la violence au sein de l'établissement, ce qui est regrettable.

### RECOMMANDATION 32

Le recensement des violences commises par les patients reste aléatoire malgré la politique volontariste de la direction. Un effort doit être consenti en matière de pédagogie et de formation, notamment au logiciel YES, afin d'harmoniser les pratiques entre unités, mieux

<sup>20</sup> Cette absence de réactivité traduit le souhait d'une grande partie des soignants d'éviter que la police ne vienne trop régulièrement à l'intérieur du CH Montperrin. La communauté soignante a d'ailleurs mal réagi il y a quelques années lorsque la direction de l'hôpital a émis une directive relative à l'appel à la police voisine, en cas de découverte d'un trafic sur le domaine.



appréhender les phénomènes de violence, comprendre leur évolution et les prévenir plus efficacement.

#### 8.4 LE COMITE D'ETHIQUE EST ACTIF ET SE DEVELOPPE

Le comité d'éthique du CH Montperrin a été créé en 2012. Réunissant des soignants de l'établissement et des personnalités extérieures, soit au total trente membres de cultures professionnelles assez différentes, il est présidé depuis 2016 par un psychologue de l'hôpital (exerçant au SPAD). Il se tient trois à quatre fois par an, chaque réunion attirant une quinzaine de membres environ. Le directeur et la présidente de la CME sont systématiquement invités. Les thématiques sont choisies par les membres du comité d'éthique, au vote. Pour 2018, parmi les sept thèmes proposés, les deux retenus furent :

- « *Qu'est-ce que travailler ensemble ? Que partageons-nous au sein des équipes ?* » ;
- « *La question des patients indésirables* ».

Tant que les échanges et réflexions sur un thème ne sont pas épuisés, il reste à l'ordre du jour et le suivant n'est pas abordé. Ainsi la première problématique a été débattue pendant deux réunions, la seconde pendant trois réunions. Des comptes rendus sont établis.

Par ailleurs, depuis quelques années, le comité d'éthique organise chaque année une journée d'échange ouverte à tous. Une centaine de personnes assiste à ces journées, et les interventions font ensuite l'objet de communications diffusées largement au sein de l'hôpital et au-delà. Les thématiques intéressent souvent les droits fondamentaux des patients. La deuxième journée portait sur « *les possibilités et conditions d'un soin psychiatrique aux personnes détenues* » (16 novembre 2017). La troisième journée, intitulée « *psychiatrie et ordre public* », se tiendra le 5 avril 2019.

Il arrive par ailleurs que le comité soit saisi par un patient ou sa famille, une fois par an environ. Un courrier lui est systématiquement adressé, mais sans lui répondre au fond : comme l'indique son règlement interne, le comité n'est pas « *une instance d'arbitrage* » et il ne prend jamais parti dans les éventuels différends entre soignants et malades.

Selon son président, l'une des perspectives d'avenir de ce comité est de pouvoir débattre d'une situation individuelle problématique rencontrée au CH Montperrin. Il ne s'agirait pas de décider de la prise en charge adéquate ou de la solution à adopter, mais de réfléchir avec un autre regard à la difficulté rencontrée et de conseiller les soignants en charge. La situation du patient enfermé dans une chambre capitonnée de l'unité L'Olivier (cf. § 8.2.3) a été citée comme exemple de sujet potentiel de réflexion. Une articulation devra alors être trouvée avec la « *commission cas difficiles* », émanation du collège des médecins qui traite des prises en charge individuelles complexes.

## 9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

### 9.1 LES PATIENTS DETENUS SONT HOSPITALISES DANS DES CONDITIONS INDIGNES

#### 9.1.1 Le nombre de patients détenus a considérablement diminué.

Longtemps les personnes détenues devant être hospitalisées en SDRE dans les conditions prévues par l'article D398 du code de procédure pénale, l'étaient systématiquement au CH Montperrin. Les places en CI étant limitées, de nombreuses hospitalisations étaient reportées ou bien en cas d'urgence étaient orientées vers les urgences des hôpitaux généraux.

A l'occasion d'une réunion organisée au TGI d'Aix-en-Provence par l'ancien procureur de la République, regroupant tous les acteurs départementaux de la psychiatrie institutionnelle, le procureur a fait interdiction d'hospitaliser en hôpital général, lieu plus propice aux évasions, même en cas d'urgence, de risque suicidaire par exemple : « *un détenu suicidé est un détenu de moins* » seraient les propos tenus par le procureur. Les hospitalisations en hôpital général auraient ainsi été suspendues quelques temps.

En 2017, cinquante-deux personnes détenues ont été hospitalisées à Montperrin (pour quatre-vingt-neuf demandes) ; ce chiffre était à peu près similaire les années précédentes. En 2018, seules vingt-sept personnes l'ont été.

Cette baisse est due d'une part à la décision prise par l'ARS, en accord avec les hôpitaux concernés, d'hospitaliser les personnes détenues originaires de Marseille dans les seuls hôpitaux marseillais ; et, d'autre part, à l'ouverture de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Marseille courant 2018.

Cette baisse pourrait encore être plus importante si la troisième unité prévue à l'UHSA ouvrait, si l'UHSA acceptait de recevoir les urgences et les personnes détenues suicidaires, ce qu'elle se refuse à faire malgré les places disponibles dans les deux premières unités ouvertes.

#### 9.1.2 Les règles édictées pour l'hospitalisation des personnes détenues

Le transfert du centre de détention vers l'hôpital est à la charge de l'établissement de santé ; il ne peut intervenir qu'une fois la décision de SDRE prise par le préfet.

L'établissement pénitentiaire adresse ensuite une fiche de liaison et la fiche pénale de la personne détenue à l'hôpital. Toutes ces informations sont portées à la connaissance du personnel soignant.

Une escorte policière peut être organisée selon les renseignements fournis par le chef de l'établissement pénitentiaire. Ces escortes sont exceptionnelles.

La personne détenue peut être contentionnée sur décision médicale, ou bien sur certificat « si besoin » ; les transferts interviennent souvent en fin de journée, le médecin prescripteur n'étant plus présent dans l'établissement pénitentiaire.

Le seul patient détenu séjournant au CH le temps du contrôle, n'a fait état d'aucune plainte sur les conditions de son transfert.

Comme cela a été à la fois écrit, rappelé par tous les intervenants et constaté par les contrôleurs, dès son arrivée au CH Montperrin la personne détenue est systématiquement enfermée en chambre d'isolement après avoir été mise en pyjama.

Il s'agit pour la direction de l'hôpital d'une nécessité médicale, mais aussi du seul moyen d'assurer la surveillance du détenu et d'éviter la cohabitation avec les autres patients.

De sorte que le patient détenu séjourne d'une façon continue enfermé en chambre d'isolement pour des motifs non liés à sa pathologie, alors qu'il pourrait normalement circuler librement dans l'unité s'il n'était pas détenu, ou éventuellement être hospitalisé en soins libres au sein de l'UHSA.

Les seuls contacts du patient détenu seront ceux du médecin à l'occasion de la visite quotidienne, ou bien ceux des soignants à l'occasion des repas, de la douche ou encore de la sortie dans le sas des chambres d'isolement le temps de fumer une cigarette. Il n'existe aucune cour de promenade pour ces patients.

Le règlement intérieur de l'établissement prévoit la possibilité de recevoir des visites après autorisation préfectorale et sous réserve de l'absence d'opposition médicale, la possibilité de correspondances sous contrôle pénitentiaire ou judiciaire, celle de recevoir des colis dans les mêmes conditions ; l'usage du téléphone mobile est interdit ; les communications téléphoniques sont possibles sur autorisation du chef d'établissement sous réserve des règles applicables en établissement pénitentiaire, selon que le patient est condamné ou bien prévenu.

Il prévoit également la possibilité d'ouvrir un compte nominatif géré par l'établissement pénitentiaire, des sommes pouvant être transférées sur un compte ouvert au nom du patient et géré par la régie de l'hôpital.

### 9.1.3 La réalité de la situation du patient détenu

La personne détenue hospitalisée au CH Montperrin outre l'isolement précédemment évoqué, vit dans le dénuement le plus total.

Elle arrive à l'hôpital avec les seuls vêtements qu'elle porte ce jour-là. Aucun effet personnel ne suit : vêtements, affaires de toilette, documents personnels, cigarettes.

Les droits du patient sont notifiés verbalement (ou ne le sont pas) dans des conditions telles qu'il ignore tout de ces droits ; la référence au JLD n'évoquait rien au patient détenu rencontré lors du contrôle, hospitalisé depuis six jours. Ce patient détenu ignorait le statut juridique de son hospitalisation et ne détenait aucun document.

Aucune disposition n'est prise pour l'ouverture d'un compte nominatif avec transfert d'une partie du pécule géré par l'établissement pénitentiaire.

Le patient détenu devra compter sur la générosité des soignants pour fumer.

Il ne dispose d'aucun moyen de se distraire à l'exception dans certaines chambres d'isolement de la télévision dont il ne détient pas la télécommande.

De nombreux courriers ont été envoyés ces dernières années par le directeur du CH Montperrin aux établissements pénitentiaires d'origine des patients détenus pour leur demander de prévoir avec son transfert celui de tout ou partie de son packaging, ainsi que des cigarettes ; aucune réponse n'a été apportée à ces demandes ; les personnes détenues continuent d'arriver dans le même dénuement.

Les fiches de liaison examinées par les contrôleurs sont très largement incomplètes et ne contiennent aucune information sur les visites ou les appels téléphoniques autorisés.

### 9.1.4 Le patient détenu et l'audience du JLD

En 2018, sur onze patients détenus convoqués devant le JLD, six ont été présentés. Le passage d'un patient détenu devant le JLD nécessite une escorte policière. Le seul patient détenu lors

du contrôle a été le seul patient non présent sur les dix patients du CH Montperrin convoqués pour l'audience du lundi 11 février.

Un contrôleur informé avant l'audience de cette absence s'est rendu dans l'unité de ce patient détenu pour le rencontrer. Il a été confronté à une situation de malaise de la part des soignants et du cadre de santé, lesquels ont opposé de multiples obstacles à la possibilité de rencontrer ce patient en CI, alors que les rencontres précédentes avec les contrôleurs n'avaient posé aucune difficulté ; le médecin psychiatre s'est alors présenté ; il a parfaitement admis que ce patient n'avait rien à faire en CI ; qu'il était parfaitement calme ; qu'il pourrait être hospitalisé en soins libres à l'UHSA, et que son passage devant le JLD posait des problèmes d'organisation et de logistique. Le certificat médical d'incompatibilité à la présence de ce patient détenu à l'audience JLD a été motivé notamment par des conditions de prise en charge qui ne permettent pas l'audience auprès du JLD.

**Ainsi un patient détenu enfermé en CI se voit-il interdire l'accès à l'audience du JLD pour des motifs ne tenant pas à sa pathologie.**

La situation des personnes détenues hospitalisées au CH Montperrin en SDRE est appelée à évoluer avec l'ouverture prochaine des USI ; ils y seront systématiquement transférés avec un passage de 48 heures en CI si les recommandations du COPIL sont suivies. L'admission directe en chambre normale dans cette future unité semble exclue.

Le directeur du CH note dans ses observations au rapport provisoire : « *l'ouverture des unités de soins intensifs CALAIS a permis une évolution importante dans la prise en charge des personnes sous écrou, encore hospitalisées sous le régime de l'article D 398 du code de procédure pénale, faute d'une admission à l'UHSA. Ces nouvelles installations, fermées, facilitent pour les équipes tant les soins que la surveillance et permettent de meilleures conditions d'hospitalisation ainsi qu'une sortie plus rapide de chambre d'isolement, lorsque la mise en CI a été décidée par le médecin. Dans le projet définitif des USI adopté depuis la visite du CGLPL sur avis de la C.M.E., le passage systématique des personnes détenues en CI n'est ainsi pas prévu. Seule entre en compte l'évaluation clinique faite par le médecin à l'admission, en lien avec ses confrères de l'USMP /SPAD ou urgentiste et cela quel que soit le patient* ».

### RECOMMANDATION 33

Les patients détenus ne doivent pas systématiquement être hospitalisés en chambre d'isolement au seul motif de leur incarcération. Ils doivent comme les autres patients en soins sans consentement pouvoir être présents aux audiences du JLD.

La fiche de liaison de l'établissement pénitentiaire doit être complète.

Les personnes détenues suicidaires ou hospitalisées en urgence doivent l'être en priorité à l'UHSA de Marseille.

## 9.2 LA NOUVELLE UNITE DE GERONTOPSYCHIATRIE AU PROJET AMBITIEUX

Cette nouvelle unité a été créée en octobre 2017 afin d'accueillir des patients âgés qui jusqu'à présent ne pouvaient sur le secteur de Montperrin être soignés qu'en hôpital de jour à Gardanne.

Cette nouvelle structure d'hospitalisation est entièrement réservée aux personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques suffisamment importants ou invalidants pour nécessiter

une hospitalisation complète pendant un court séjour. Il s'agit au travers de cette hospitalisation, de passer le cap d'une période de décompensation psychiatrique et de préparer une sortie avec un réaménagement de vie.

Les locaux attribués, Pontier Est sont provisoires, cette unité devant aménager dans de nouveaux locaux en cours de restauration, ne comportant qu'un seul niveau et non pas deux comme aujourd'hui, source de difficultés pour des personnes âgées à la mobilité parfois réduite.

L'unité voisine Pontier Ouest devant disparaître dans les prochains mois, il est prévu d'y installer une unité d'hospitalisation de jour pour personnes âgées ; cette nouvelle unité est appelée à suivre l'unité d'hospitalisation dans les nouveaux locaux réaménagés.

Ainsi les deux unités consacrées aux personnes âgées se trouveront en un seul et même lieu permettant ainsi une mutualisation des intervenants et des activités.

L'accueil du patient âgé dans cette nouvelle unité semble de qualité et complet, une *check-list* permettant de suivre toutes les étapes, psychiatriques, somatiques, juridiques et hôtelières de l'arrivée du patient.

Un oubli cependant dans cette *check-list* : la notification des droits du patient en SSC lors de son admission.

Une *check-list* de sortie a également été mise en œuvre.

Cette unité est ouverte, mais en fait fermée au regard de la pathologie de certains patients admis en soins libres.

Lors du contrôle un seul patient était en SSC, mais avec une grande liberté de sortie.

En 2018, l'unité a accueilli dix-huit patients en SSC, onze à la demande d'un tiers et sept pour péril imminent.

Les deux médecins sont très présents ; le somaticien se déplace à la demande.

Quinze patients peuvent être accueillis dans des chambres individuelles pour dix d'entre elles, toutes les chambres ayant un cabinet de toilette avec douche et WC.

Il n'y a pas de chambres d'isolement dans cette unité ; il a cependant été noté une mise en contention pour trois patients sans pour autant que le statut juridique de ces trois patients n'ait été modifié de soins libres en SSC. En réalité il s'agit de trois patients pour lesquels il a été nécessaire de les maintenir dans leur fauteuil avec un drap attaché autour de la taille afin de leur éviter de glisser et de se retrouver par terre. Un interne de garde a cru devoir tracer cette intervention en mode contention.

#### BONNE PRATIQUE 4

Le projet d'installer en un même lieu d'une part l'unité d'hospitalisation complète des personnes âgées et d'autre part l'unité d'hospitalisation de jour des personnes âgées permettra une mutualisation des intervenants et des activités.

### 9.3 EN PEDOPSYCHIATRIE, L'UNITE OXALIS ET LES STRUCTURES EXTRA HOSPITALIERES NE COUVRENT PAS L'ENTIERETE DES BESOINS

Le centre hospitalier Montperrin a fait preuve d'une forte capacité à réformer et à organiser le secteur de la pédopsychiatrie pour favoriser une prise en charge précoce, organiser les soins de proximité et éviter les ruptures de prise en charge. Il a également été pilote en réalisant

une étude sur les mineurs hospitalisés en secteur de psychiatrie générale dont les conclusions ont été reprises dans de nombreuses publications et colloques.

### 9.3.1 La création du Pôle de l'Enfant et de l'Adolescent (PEA)

Le projet de service de 2016 a abouti, en remplacement des trois pôles préexistants, à un pôle unique de pédopsychiatrie, regroupant :

- le secteur PEA Ouest (secteur Salon-de-Provence) ;
- le secteur PEA Est (secteur Aix-en-Provence) ;
- le service intersectoriel, à compétence sur l'ensemble du territoire de santé.

Les limites territoriales de ce pôle et des secteurs ont été arrêtées par l'ARS avec une sectorisation distincte de celle de la psychiatrie générale, mais tenant compte de la présence des différents centres hospitaliers. Les secteurs territoriaux prennent en charge les situations de droit commun de la pédopsychiatrie, sur le critère de l'âge (0-18 ans) et du caractère maîtrisé de la pathologie. Les situations les plus complexes, résistantes aux traitements ou à caractère aigu, sont traitées par le service intersectoriel, qui supervise notamment *in fine* et si cela s'impose, les hospitalisations psychiatriques des mineurs.

Ce pôle est dirigé par un médecin chef de pôle assisté par un cadre de santé référent, ce qui permet d'avoir une vision globale de son fonctionnement et d'anticiper et préparer les évolutions nécessaires. Chaque secteur est dirigé par un médecin chef de service. Le directeur référent du pôle est la directrice en charge de la logistique et de l'immobilier, aidant ainsi les créations ou rénovations immobilières et participant incontestablement à la dynamique du pôle.

### 9.3.2 L'organisation des soins ambulatoires

L'organisation décrite ci-dessus a eu pour principal effet de renforcer et d'adapter le réseau des structures ambulatoires, particulièrement déterminantes en psychiatrie infanto-juvénile, dans les directions suivantes :

- mise en adéquation avec les besoins et les spécificités des territoires et des bassins d'habitat, grâce notamment aux deux secteurs géographiques différenciés ;
- renforcement et adaptation de la prise en charge par la diversité des structures proposées sur un territoire : CMP, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), unité de jours enfants, hôpital de jour, etc. ;
- articulation avec le réseau partenarial important existant sur chacun des secteurs, qu'il soit médico-social ou associatif : les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les structures de l'association prévention autisme recherche (APAR), RES ados, etc.

Les deux secteurs Est et Ouest regroupent une vingtaine de structures d'accueil, dont onze CMP/CATTP spécialisés en pédopsychiatrie et cinquante places en hospitalisation partielle ambulatoire. Chaque structure dispose de pédopsychiatres, de psychologues, infirmiers, éducateurs, assistante sociale, orthophoniste (le cas échéant sur des temps partagés).

Les structures ambulatoires concernent prioritairement les secteurs géographiques, mais le service intersectoriel, dans sa vocation initiale de prise en charge des difficultés particulières, dispose également de structures ambulatoires : les consultations spécifiques (ou consultations « cas complexes ») dispensées au siège du centre hospitalier Montperrin, le

CMP adolescents, qui accueille les jeunes au-delà de l'âge de 18 ans, et également un réseau particulier de partenaires (Point Accueil Ecoute Jeunes) pour diagnostiquer les pathologies chez les jeunes en très grande précarité sociale. Il anime également un accueil familial thérapeutique (AFT) pour diversifier les modes de prise en charge.

Au total, pour l'année 2018, l'accueil en ambulatoire a concerné 3 360 patients, pour la dispense de 46 378 actes thérapeutiques. Ces chiffres sont stables par rapport à 2017. L'âge moyen des patients est de 9 ans.

L'articulation entre les secteurs territoriaux et l'intersecteur est assurée par une équipe de liaison présente sur chaque territoire (Est et Ouest). Elle assure également le lien en cas d'hospitalisation devenue inéluctable, en appui aux soignants et aux familles.

### 9.3.3 Les hospitalisations

L'hospitalisation ne relève pas obligatoirement de l'intersecteur de la pédopsychiatrie. Elle se déroule dans de nombreux cas dans les secteurs de pédiatrie des centres hospitaliers, avec l'appui des équipes ambulatoires du secteur géographique et de l'équipe de liaison.

Toutefois, dans les situations les plus aiguës : crise, récurrence, résistance à tout traitement, le recours au secteur intersectoriel est organisé pour l'hospitalisation soit dans l'unité Oxalis, soit en service de psychiatrie générale adulte. Il a été précisé aux contrôleurs qu'une unité de soins intensifs pour adolescents (USIA) a été ouverte dans un hôpital de Marseille, mais la capacité de quatre lits ne permet pas l'accueil de patients de la région aixoise.

### 9.3.4 L'hospitalisation dans l'unité Oxalis

L'unité Oxalis se situe dans les locaux du centre hospitalier général d'Aix-en-Provence, et non sur le site du CH Montperrin, qui assure toutefois son fonctionnement (maintenance, repas, affectation du personnel, etc.). Elle accueille, sur deux niveaux (les chambres sont à l'étage) une dizaine d'adolescents avec des pathologies lourdes et récurrentes mais non aiguës.

L'admission se prépare par des entretiens préalables qui garantissent l'adhésion du jeune aux soins. Il peut toutefois arriver mais rarement, que des admissions se fassent par l'intermédiaire des urgences, pour limiter notamment le recours à la psychiatrie générale. L'unité Oxalis ne comporte pas de chambre d'isolement. L'unité n'est pas fermée, mais elle est en revanche fermée pour l'accès depuis l'extérieur depuis une agression en 2017.

L'hospitalisation opère une coupure avec le milieu familial, voulue par l'équipe médicale et consentie, en particulier lors de la période d'observation. Le jeune a toutefois la possibilité de téléphoner à sa famille dans un lieu approprié.

L'équipe soignante se compose de deux pédopsychiatres (pour un effectif théorique de trois), de treize infirmiers, de trois éducateurs spécialisés, et d'un temps partagé de psychologue et d'assistant social. La nuit, deux infirmiers sont systématiquement présents dans l'unité des chambres. Il est également organisé des temps scolaires, dans le cadre d'une convention avec l'éducation nationale, dans une salle affectée à cet effet.

Les repas sont pris avec les soignants (souvent deux IDE), sur des temps voulus comme thérapeutiques. De nombreuses activités non thérapeutiques sont organisées, sur la base d'un programme type qui est adapté et validé par semaine, en associant des ateliers, des sorties à l'extérieur et des activités internes à la structure.

L'unité Oxalis accueille par an une moyenne de soixante-cinq patients, dont certains font plusieurs séjours. La durée moyenne du séjour est de 30 jours.



### 9.3.5 L'hospitalisation en secteur de psychiatrie adulte

L'hospitalisation en secteur de psychiatrie adulte est décidée pour les cas cliniques sévères et aigus, présentant en particulier un risque d'auto-agressivité ou hétéro-agressivité et nécessitant une prise en charge intensive à temps plein. Le mineur est orienté soit par la structure d'hospitalisation préexistante (Oxalis, pédiatrie générale), soit par les urgences.

Durant les dernières années, ces hospitalisations au centre hospitalier Montperrin ont concerné en moyenne onze patients par an, mais avec des séjours réitérés sur l'année pour environ 20 % d'entre eux. L'âge moyen est de 16 ans et la durée moyenne de séjour est de 11 jours, mais elle peut être dans certains cas supérieure à 30 jours. Les patients admis sont, pour 95 % d'entre eux, connus du réseau de la pédopsychiatrie.

L'hospitalisation se fait en fonction de la sectorisation ou des places disponibles. Aucune unité ne s'est « spécialisée » dans l'accueil des patients mineurs. La prise en charge relève de l'équipe médicale de l'unité d'accueil, avec l'appui immédiat du service intersectoriel de la pédopsychiatrie (médecins, intervenants partenaire, etc.). La principale conséquence de ce mode d'hospitalisation est le recours quasi systématique à l'isolement, à des fins de protection et de séparation des autres patients, sans que cela relève obligatoirement d'une nécessité clinique. En 2018, sur 600 journées d'hospitalisation des mineurs, 385 journées (soit 60 %) ont relevé de l'isolement. Ce pourcentage était de 80 % dans les années 2013-2014.

Il peut également s'ensuivre une certaine tension entre les équipes soignantes. Pour pallier ces difficultés, un protocole est en cours de validation pour parfaire cette prise en charge, en particulier par le renfort des équipes soignantes pour limiter le recours à l'isolement. Cette initiative, pour intéressante et indispensable qu'elle soit, constitue toutefois une mesure palliative à la nécessaire création d'une unité d'hospitalisation dédiée pour le soin intensif des mineurs. Un projet a été travaillé et présenté à l'ARS sur ce thème, mais sans aboutissement opérationnel à la date du contrôle.

Par ailleurs, ce projet de protocole reste axé sur la prise en charge clinique, sans évoquer les aspects relatifs aux droits fondamentaux des mineurs : modalités d'admission, possibilité pour lui de contester son admission, relations avec l'autorité parentale, accès à la scolarité, aux activités, aux contacts familiaux, etc.

Pour mémoire, selon les résultats de l'étude mentionnée en introduction, 60 % des mineurs ainsi hospitalisés ne sont pas scolarisés, 60 % sont issus d'un milieu familial « déstructuré » et près de 80 % font l'objet de mesures de placement, au titre de mesures judiciaires ou de placement civil. Cela amène notamment à s'interroger sur la proportion importante d'admissions répertoriées en « soins libres » avec accord parental, en discordance avec ces statistiques et qui laisse penser que les personnels qui effectuent l'admission et la prise en charge n'ont pas de formation suffisante sur ce sujet.

#### RECOMMANDATION 34

Le pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA) doit être complété par une unité réservée à l'accueil des mineurs nécessitant des soins intensifs, avec un personnel formé sur les droits fondamentaux qui leur sont spécifiques.

Le directeur écrit dans ses observations : « *L'ouverture d'une unité de soins intensifs pour mineurs, souhaitée par l'établissement et appuyée par sa commission des usagers, va dépendre de choix faits par l'Agence régionale de santé quant à son opportunité et sa*

*localisation (choix de l'établissement dans le cadre du G.H.T., Marseille ou pays d'Aix à Montperrin). Si une création supplémentaire était confirmée, le choix sera probablement plutôt de créer une nouvelle unité pour mineurs en crise à Marseille et/ou de renforcer l'USIA déjà existante.*

*Pour améliorer la prise en charge des patients mineurs en service de psychiatrie générale de l'adulte, le protocole annoncé a été rédigé depuis la visite du CGLPL. Les mineurs ne sont pas admis à l'unité de soins intensifs de l'établissement (pavillon CALAIS), la chambre d'isolement est évitée sauf exceptions en fonction de l'état clinique du patient comme pour tout patient et pour un séjour de plus courte durée possible (il a été mis fin à la pratique de la mise en CI systématique pour "protéger" le mineur des adultes).*

*L'unité de psychiatrie générale d'accueil voit, dans la mesure du possible, son personnel renforcé par un soignant dédié à la prise en charge du mineur, de même que les liens de partenariat pour la continuité de la prise en charge avec l'intervention de l'équipe de liaison du pôle Enfants et adolescents et RESADOS sont formalisés l'intervention en services pour adultes au bénéfice de mineurs qui s'y trouveraient faisant partie des missions de l'équipe de liaison du P.E.A.*

*Des CREX et évaluations de pratiques peuvent être tenus pour analyser certaines situations.*

*Une commission des cas complexes a été instituée, animée par le pôle Enfants et Adolescents, afin de prévenir ces situations de crise aiguë et d'hospitalisation de mineurs en services d'adultes.*

*S'agissant des droits fondamentaux des mineurs, ceux-ci sont abordés lors de formations généralistes sur les droits des patients, où sont présents régulièrement des soignants du pôle.*

*Une formation spécifique pourrait être néanmoins envisagée au plan de formation.*

*L'établissement respecte scrupuleusement le droit positif en vigueur sur l'admission des mineurs en service de psychiatrie, tant à l'unité Oxalis que dans les unités pour adultes.*

*Les accords parentaux sont toujours sollicités sur la base d'une indication médicale, lorsque les admissions ne sont pas décidées par le juge du tribunal pour mineurs ou, potentiellement dans des cas très exceptionnels, par le préfet (mesure SDRE). Les procédures inhérentes à ces deux derniers types de mesure sont alors mises en œuvre, notamment la réévaluation médicale régulière de l'état du mineur aboutissant dans les meilleurs délais à une demande de levée de mesure. Ce sont les difficultés pour les équipes de Montperrin comme pour les juges pour mineurs de trouver une place adéquate en structure médico-sociale (avec de grandes réticences pour des IME à (re)prendre ces jeunes patients) ou permettre un retour en famille qui peuvent parfois entraîner des reports de sortie immédiate.*

*Le projet soumis à l'A.R.S. de création d'une unité mobile mixte d'accompagnement intensif sanitaire et médico-sociale (UMAI) déposé par le C.H. Montperrin et l'I.M.E. public de La Roque d'Anthéron sous la forme de réseau avec d'autres structures médico-sociales pour mineurs a ainsi pour objectif de prévenir ces situations d'hospitalisation de mineurs en services de psychiatrie comme de faciliter les solutions d'aval.*

*Le consentement du mineur, a minima son information et son association aux soins qu'il reçoit, est recherché dans la mesure de son état clinique, de ses capacités de compréhension et de sa maturité.*

*Un nouveau livret d'accueil, spécifique à l'unité OXALIS, a été rédigé et diffusé en novembre 2019 : il met l'accent sur le sens du soin prodigué comme sur les modalités de séjour et les droits du mineur ».*

## 9.4 LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES SONT NOMBREUSES ET DIVERSIFIEES MAIS ELLES DOIVENT ETRE MIEUX CONNUES DANS LES UNITES

### 9.4.1 La sociothérapie : les locaux

Un bâtiment de trois étages appelé sociothérapie abrite la cafétéria et les ateliers thérapeutiques depuis 1987. C'est une structure de soins intersectorielle qui contribue à l'amélioration des soins et de la qualité de vie des patients par des activités de soutien fournies hors de l'unité d'hospitalisation. Elle est constituée d'une équipe de soins (sept IDE, deux éducatrices, un AS) sous la responsabilité d'un cadre de santé et d'un psychiatre coordonnateur qui gère l'ensemble de ce dispositif. C'est un lieu très fréquenté par des personnes hospitalisées mais aussi par des personnes suivies en CMP à l'extérieur ou même ayant passé du temps à l'hôpital et qui y reviennent car c'est leur seul repère ou lien social.

### 9.4.2 La cafétéria

Au rez-de-chaussée, une cafétéria, ouverte tous les jours de 9h30 à midi et de 13h30 à 16h30, même le week-end et les jours fériés, accueille sans prescription médicale tous ceux qui souhaitent boire un café, lire le journal, jouer au billard ou au baby-foot, utiliser un ordinateur en libre accès, jouer aux cartes, discuter et même se restaurer. Plusieurs distributeurs de boissons et de friandises proposent des consommations entre 0,90 euro et 1,20 euro. Un change de monnaie est disponible. Les lieux sont vastes et peuvent accueillir une cinquantaine de personnes. Un espace extérieur devant le bâtiment avec tables et bancs et le jardin derrière autour de la vasque d'une fontaine offrent aux patients des lieux extérieurs très agréables.

Inclue dans l'espace de sociothérapie, la cafétéria, qui affiche son propre règlement intérieur, est comme une zone franche à la frontière entre l'hôpital et la ville. C'est un lieu d'échanges, de convivialité, de mixité ; un espace où le patient peut se réhabituer, progressivement et en sécurité, à la vie ordinaire. C'est un outil de socialisation.

De même, un petit salon de coiffure jouxte la salle principale. Depuis quarante ans, un coiffeur offre ses services du mardi au samedi midi de 9h30 à midi et de 13h30 à 17h et reçoit sur rendez-vous, jusqu'à six à huit clients par jour. Ce service est gratuit.



*Cafétéria et salon de coiffure*

## Les ateliers thérapeutiques

Des ateliers réguliers, pris en charge par le personnel soignant, se déroulent dans divers lieux spécifiques, au rez-de-chaussée et dans les étages du bâtiment de sociothérapie : un local musique, une bibliothèque, un gymnase, une salle vidéo, une salle de musculation accueillent, du lundi au jeudi, des groupes de huit personnes en moyenne toujours sur prescription médicale avec une fiche de liaison signée du médecin référent qui indique le nombre d'activités et les objectifs pour chaque patient.

Ces ateliers s'adressent à différents types de patients et correspondent à des périodes différentes de leur parcours de soin ; peuvent s'y rendre des patients en soins libres et des patients en soins sans consentement à partir du moment où ils ont l'autorisation de sortir de leur unité ainsi que de nombreux anciens patients qui viennent des CMP.

Par ses ateliers autour de la création, du corps, de la culture, par ses projets avec les structures extérieures, la sociothérapie vise à l'autonomisation, à la réinsertion des patients par des activités à médiation thérapeutique durant toute l'année.

Il est proposé :

- en intérieur : des ateliers de bien-être et de relaxation, des activités artistiques (atelier pêle-mêle pour les arts plastiques), un atelier musique ; de la gymnastique et de la musculation, des ateliers de vie quotidienne pour réapprendre les gestes simples (réparer ce qui peut l'être : couture, apprendre à économiser : cuisine), un atelier informatique, des séances vidéo, une bibliothèque en accès libre ;
- mais aussi en extérieur des promenades et des randonnées le lundi, du sport le mercredi. Des liens étroits avec la ville d'Aix-en-Provence (Musée Granet, Opéra, Théâtre du pavillon noir) permettent aussi à des patients d'assister à des répétitions et à des spectacles, à des rencontres avec des acteurs, chanteurs et metteurs en scène. Lors de la visite, un travail était en cours sur *La Tosca* avec le festival d'art lyrique. Des séjours à l'extérieur peuvent aussi être organisés, à la montagne, deux jours en 2018 ; une journée au ski durant la visite des contrôleurs, un voyage prévu à Paris pour quelques patients.

Les plannings des ateliers, comme l'annonce de concerts et spectacles, sont affichés dans les unités.

### 9.4.3 Les projets intersectoriels

#### Les ateliers thérapeutiques en milieu ordinaire : ATMPO

Depuis 1994, l'ATMPO a pour objectif de proposer à des patients, dans le cadre de projets individuels menés par des équipes soignantes et des thérapeutes, une mise en situation professionnelle en milieu ordinaire de travail. Ce n'est ni un atelier d'ergothérapie, ni un ESAT (entreprise et service d'aide par le travail), ni du travail déguisé avec un objectif de rentabilité.

Deux IDE et une intervenante du GRETA (groupement d'établissements pour la formation continue des adultes qui dépend de l'éducation nationale) proposent d'abord des séances théoriques de remobilisation (au moment de la visite, pour dix-huit patients dont quatre encore hospitalisés), suivies de stages en entreprises (pour treize patients). Ceux-ci travaillent une heure deux fois par semaine ou davantage, au musée Granet, à *Castorama™*, dans un garage, dans un restaurant bio, à la fibre solidaire, en zoothérapie chacun selon son rythme,

avec l'objectif de se réintégrer socialement. L'équipe les accompagne, va les voir sur site, rencontre les chefs d'entreprise, organise des groupes de parole. En partenariat avec la direction départementale du travail, *Pôle Emploi*, Cap emploi, en développant un réseau grandissant d'entreprises intéressées, l'équipe dispose actuellement de quinze places en entreprises.

L'UNAFAM soutient très activement ces projets.

### BONNE PRATIQUE 5

L'hôpital s'efforce, à travers des ateliers thérapeutiques en milieu professionnel ordinaire, à progressivement réinsérer socialement les patients.

#### L'accueil familles thérapeutiques : AFT

Une commission d'admission siège une fois par mois pour placer, dans des familles d'accueil choisies et formées, des patients qui sont alors dans un espace transitionnel (parfois de longue durée : une patiente placée depuis six ans) toujours dans l'objectif de préparer leur projet de sortie.

Au moment de la visite, treize patients sont concernés tous hospitalisés et quatre enfants sont placés dans une même famille avec retours séquentiels à l'hôpital.

L'équipe de sociothérapie veille à ce que ce ne soient jamais des « voies de garage » consistant à se « débarrasser » de certains patients et revoit la situation de chacun de façon régulière.

#### 9.4.4 Les patients

Durant l'année 2017 et en 2018, 27 % des patients hospitalisés sans consentement ont été inscrits aux ateliers thérapeutiques.

Ils se répartissent en 2018 ainsi sur l'année :

Unité Régis Est	132 soit 18,6 %
Unité Le Guillant	86 soit 12,1 %
Unité Reibaud Est	78 soit 11 %
Unité Régis Ouest	71 soit 10 %
Unité Duchêne	71 soit 10 %
Unité Magnan	59 soit 8,3 %
Unité Delay Est	43 soit 6,1 %
Unité Delay Ouest	40 soit, 6 %
Unité Pontier Ouest	34 soit 4,8 %
Unité USIR	26 soit 3,7 %
Unité gérontopsychiatrie	2 soit, 0,3 %

Au moment de la visite, peu de patients hospitalisés, avec ou sans leur consentement, étaient inscrits à des activités bien qu'il ait été précisé aux contrôleurs qu'une proportion à peu près identique de patients hospitalisés et de patients suivis en extra hospitalier fréquente la sociothérapie : deux à l'Olivier, deux à Le Guillant, au cas par cas en gérontopsychiatrie, trois à Pontier Ouest une fois par semaine, un en SDRE à Reibaud Ouest, six à Duchêne, trois à Delay Ouest, sept à Régis Ouest, dix à Régis Est.



La fréquentation de la sociothérapie dépend essentiellement des psychiatres et des soignants qui informent sur les ateliers proposés, accompagnent la première fois les patients à la cafétéria et les mettent en lien avec le personnel de l'unité, ce qui peut ensuite aboutir à une demande du patient auprès de son médecin pour participer à ces ateliers. Parfois les activités sont prescrites en nombre limité (pas plus de trois). Cela s'inscrit dans le parcours de soin et évoluera en fonction du comportement et de la pathologie du patient.

Mais les chiffres sont relativement faibles eu égard aux activités proposées.

Selon les témoignages, la dimension de soins n'est parfois pas vraiment prise en compte par les médecins prescripteurs qui n'y voient pas nécessairement une complémentarité avec leur travail. Cela tient à la formation des psychiatres, à l'éloignement avec la psychothérapie institutionnelle, à la formation des IDE qui n'ont plus de formation psychiatrique spécifique et de façon plus large peut-être à la dimension du plaisir et du ludique peu entendue au sein des hôpitaux. Le budget accordé aux activités et intervenants spécifiques de sociothérapie est en baisse. De 14 000 euros en 2017, il est passé à 13 000 euros en 2018. L'information malgré les efforts des uns et des autres pour communiquer, passe mal dans les unités. L'absence de psychomotricienne dans la plupart des unités est un signe de même ordre.

### RECOMMANDATION 35

Les ateliers thérapeutiques, proposés par la sociothérapie, font partie intégrante du soin ; ils doivent être davantage connus et utilisés par les équipes soignantes.

#### 9.4.5 3 BIS F lieu d'arts contemporains

La singularité du 3bis F (anciennement pavillon 3bis Femmes) est de se situer entre santé, art et citoyenneté. Né de l'initiative de soignants et d'artistes au début des années 80, ce lieu est à la fois une unité fonctionnelle de l'hôpital Montperrin et un lieu d'arts contemporains, lieu de résidence d'artistes professionnels, géré par une association « L'entracte » qui accueille des spectateurs et des participants de tous horizons, patients ou non, sans distinction. C'est un lieu de déstigmatisation.



*Entrée de l'espace 3bisF*

##### a) Les locaux

Le pavillon possède des bureaux, une salle de spectacle de quatre-vingt-six places, un studio de danse, une salle d'exposition, un espace de construction, des loges, des coulisses, des

réserves pour le matériel et les décors, deux ateliers d'artistes plasticiens et des lieux d'hébergement pour les artistes en résidence. L'aumônerie catholique y possédait un petit local. Il est actuellement fermé. Un jardin extérieur est accessible à tous.

### *b) L'équipe et le fonctionnement*

L'équipe est constituée d'une directrice et de sept salariés de l'association. Auparavant deux infirmiers faisaient partie de l'équipe, il n'en reste qu'un, l'autre n'ayant pas été remplacé. Cette présence, ainsi que les options proposées, font de 3bis F un lieu un peu à part, à la fois lieu de soins comme on pouvait l'entendre en psychothérapie institutionnelle et lieu d'arts contemporains : danse, arts visuels, sculpture, cirque, écriture, théâtre, où les patients hospitalisés ou non, en soins libres ou en soins sans consentement, peuvent se rendre sans prescription médicale, retrouvant au cours des mêmes manifestations d'autres habitants de la ville qui découvrent l'hôpital psychiatrique.

Il s'agit d'un échange entre un public hétérogène, multiple et des artistes en résidence qui viennent partager leur démarche artistique : préparation, ateliers, spectacles.

La file active de patients fréquentant ce lieu est estimée à 186 patients par an.

Chaque année vingt-quatre artistes et compagnies sont accueillis dans ces lieux. 25 spectacles sont proposés, 3 expositions et 130 ateliers ont lieu.

### *c) L'accueil et les ateliers*

Un accueil par l'infirmière et l'équipe, se fait tous les matins autour d'un café et des temps précis d'accueil individuel, trois fois par semaine, tissent des liens entre l'infirmière, l'équipe, les artistes en résidence et des patients venus de l'intra ou de l'extra hospitalier.

Les ateliers, en 2018, ont réuni 1 144 personnes, tous publics confondus. Chaque mois, ce sont entre huit et vingt séances d'atelier qui ont lieu : théâtre, arts plastiques, écriture, chant, botanique.

En 2018-2019 les trois ateliers qui se déroulent régulièrement sont :

- le mardi après-midi : arts plastiques ;
- le mercredi après-midi : théâtre ;
- le jeudi matin : écriture.

La participation par atelier de cinq ou six patients pour douze places semble avérée mais les chiffres sont difficiles à obtenir puisque l'exigence posée d'un lieu de déstigmatisation (où chaque personne est sujet et citoyen sans avoir à rendre compte d'une origine ou d'un statut) fait que l'équipe, si elle note les présences des participants, ne fait remonter aux unités aucune traçabilité de patients. Ce qui ne facilite pas le contact avec certains cadres de santé ou personnel soignant qui, selon les témoignages recueillis, repèrent mal ce lieu, le considèrent comme un endroit secret, élitiste et fermé (l'art contemporain fait peur) et où, comme pour la sociothérapie, la dimension du soin complémentaire n'est pas vraiment prise en compte et accueillie comme un plus.

C'est pourquoi la présence et le rôle d'infirmiers actifs dans cette structure singulière sont à prendre en compte. Il manque un poste de soignant pour développer cette synergie.

D'autre part, le pôle ressources, qui coordonne ces actions, envisage une meilleure communication entre les uns et les autres ; déjà une stagiaire médiatrice culturelle passe dans les unités et, à compter du mois d'avril 2019, des ateliers du 3bis F (arts plastiques : création



d'un catalogue imaginaire) seront délocalisés pour plusieurs séances dans une des unités Reibaud.

### **RECOMMANDATION 36**

Riche de deux structures originales de soins et de développement personnel, la sociothérapie sur prescription médicale et 3bis F en accès libre, l'hôpital Montperrin se doit de faire connaître davantage ces lieux dans les unités par un affichage conséquent, des rencontres, des informations régulières.

## 10. CONCLUSION

Le projet d'établissement du centre hospitalier semble cohérent. La récente réorganisation polaire, le développement de l'intersectoriel et des prises en charge spécifiques sont tournés vers une amélioration de la qualité des soins apportés aux patients et une fluidification des parcours de soins. Un panel de dispositifs est mis en place pour la prise en charge de la crise d'urgence permettant de limiter les hospitalisations qui ont légèrement diminué ces dernières années.

Cependant, l'établissement ne dispose pas d'unité d'hospitalisation pour les mineurs en crise ce qui conduit à des hospitalisations dans les secteurs adultes dans des conditions insatisfaisantes.

L'ouverture, prévue pour le mois d'avril 2019 (mais déjà maintes fois retardée au moment de la visite), de deux unités intersectorielles de soins intensifs adultes (une par pôle) de quinze lits et cinq chambres d'isolement chacune doit venir modifier l'organisation de cette offre de soins en hospitalisation à temps complet, notamment concernant l'accueil des personnes détenues.

L'établissement dispose de deux structures susceptibles d'offrir aux patients un très vaste et original panel d'activités thérapeutiques : une unité de sociothérapie et un lieu d'art contemporain. Malheureusement, ces deux entités sont insuffisamment utilisées et devraient mieux collaborer.