



Rapport de visite :

Visite du 13 au 17 mai 2019- 1^{ère} visite

Pôle de psychiatrie du centre
hospitalier de Martigues

(Bouches-du-Rhône)

SYNTHESE

Quatre contrôleurs ont effectué une visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Martigues (CHM) du 13 au 17 mai 2019. La visite a été annoncée à la direction la semaine précédente. Le rapport provisoire rédigé à l'issue de cette visite a été envoyé le 17 janvier 2020 au directeur du centre hospitalier de Martigues, au préfet des Bouches-du-Rhône, conjointement au président du tribunal judiciaire d'Aix-en-Provence et au procureur de la république près ledit tribunal ainsi qu'au directeur de l'agence régionale de santé-délégation départementale des Bouches-du-Rhône.

Par courrier du 24 février 2020, les chefs du tribunal judiciaire d'Aix-en-Provence ont fait savoir que ce rapport n'appelait aucune observation de leur part ; le directeur du centre hospitalier a exprimé le 28 février 2020 ses observations qui ont été prises en compte dans le présent rapport définitif. Les autres destinataires n'ont pas donné suite à cet envoi.

Le pôle de psychiatrie du CHM ne jouit pas d'une situation institutionnelle et matérielle optimale pour l'accueil des malades de son bassin.

Six hôpitaux publics se partagent la patientèle des vingt-six secteurs de psychiatrie des Bouches-du-Rhône. Le pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Martigues, l'un des quatre pôles de l'établissement, couvre les trois secteurs du Sud-Est du département, soit un bassin de 230 000 habitants, caractérisé par la précarité consécutive aux difficultés de l'industrie locale, principalement la sidérurgie. L'offre de prise en charge psychiatrique alternative au CHM est presque inexistante, tant en ce qui concerne les psychiatres – six exercent dans le bassin - que l'hospitalisation temps plein, inexistence relativisée par la proximité de Marseille. Sa file active est représentée au trois-quarts par une population âgée entre 25 et 64 ans. L'offre de soins pour les enfants et adolescents est uniquement ambulatoire, l'inter-secteur de pédopsychiatrie n'offrant aucun lit, les hospitalisations des mineurs se déroulent dans les autres hôpitaux du département disposant de lits de pédopsychiatrie.

Le pôle de psychiatrie du CHM, comporte trois services correspondant aux trois secteurs psychiatriques et une unité intersectorielle de psychiatrie d'accueil d'urgences et de liaison (UIPAUL). Ses soixante-quinze lits d'hospitalisation – vingt-cinq par unité – sont insuffisants pour répondre à la demande conduisant à une sur-occupation chronique, que le développement des activités ambulatoires, intenses, ne parvient pas à juguler. Cette situation s'explique en partie par le faible taux d'équipement puisqu'avec vingt-cinq lits par secteur, la capacité de l'établissement est inférieure à celle des établissements les plus mal dotés du territoire national dont l'équipement se situe à cinquante-quatre lits par secteur, étant précisé que la population des secteurs de Martigues est, elle, dans la moyenne nationale. Outre la sur-occupation, la proportion particulièrement importante de patients admis en soins sans consentement est une autre conséquence de l'insuffisance d'offre, puisque l'établissement a obligation d'accueillir ces patients. Enfin, ce déficit de lits de psychiatrie d'aval conduit au maintien dans le service des urgences d'un certain nombre de patients admis pour des soins sans consentement, maintien qui peut durer de quelques heures à plusieurs jours. Ces patients peuvent alors être placés sur un brancard ou installés dans un lit de l'unité d'hospitalisation de courte durée mais quel que soit le mode d'admission, ils sont mis sous contention et sédatisés. Il n'est pas admissible que l'attente de ces patients soit gérée de cette façon indigne et illégale s'agissant des mesures de contrainte.

A cette première difficulté s'ajoutent des conditions matérielles d'hébergement dégradées s'agissant de certaines chambres (dégradation des salles d'eau, des volets), inadaptées à la vie

collective (absence de salles de visite, espace unique pour les repas, les activités et la télévision) et indignes pour les secteurs d'isolement.

Le projet d'humanisation porté, par la direction qui a reçu l'accord et le financement de l'agence nationale de santé, devrait mettre un terme à cette situation. Il convient de veiller à ce que les travaux correspondant soient effectivement réalisés et que cette démarche soit complétée par l'ouverture de l'unité supplémentaire qu'appelle le déficit de capacité d'hospitalisation.

Enfin, l'absence de politique de pôle, motivée par le souci de respecter la légitime liberté de pratiques médicales diverses des chefs d'unité, pèse sur la qualité globale de certains aspects institutionnels de fonctionnement. Le défaut de coordination nuit également à la qualité du suivi somatique des patients qui n'est pas protocolisé : aucun généraliste n'assure un passage systématique même pour les patients placés en chambre d'isolement.

La gestion des procédures de soins sans consentement et celle des procédures d'isolement atténuent la portée d'une préoccupation partagée de respect de la dignité des patients et de leurs droits.

Une bonne dotation en personnel de toutes catégories, des postes de psychiatres en nombre suffisant avec peu de vacances et une forte présence des psychiatres dans les unités garantissant une prise en charge solide. Les soignants se montrent très attentifs et ouverts, le patient est prioritaire dans leurs actions. L'ensemble participe certainement de l'atmosphère plutôt sereine perçues dans les trois unités.

Doit être relevé positivement le souci général de ne pas contraindre les patients au-delà du nécessaire thérapeutique. Le statut d'admission ne pèse pas sur la prise en charge, et c'est la situation clinique qui fonde l'approche, sans restriction générale et absolue, sauf sur l'usage du téléphone dans l'une des unités mais cette restriction est au moins formellement justifiée comme outil thérapeutique suscitant des occasions d'échanges avec les soignants et elle est, en outre, appliquée de façon très souple.

En revanche, les droits spécifiques des patients en soins sans consentement ne sont pas intégrés par les équipes qui subissent la loi de 2011 de façon très distante, le respect de ses prescriptions est très parcellaire. Les conditions de présentation devant le juge des libertés et de la détention, trop éloigné de Martigues pour pouvoir remplir correctement sa mission auprès de patients découragés par son éloignement, ne rencontrent qu'indifférence. Le suivi des mesures est confié à des agents du bureau des entrées, certes impliqués et soucieux de bien faire mais insuffisamment formés pour les responsabilités qui leurs sont confiées. Il convient de préciser que cet état de fait a été corrigé après les recommandations formulées sur ce point lors de la visite.

Si toutes les unités sont ouvertes, existe dans chaque unité un secteur fermé dit de « soins intensifs », d'une capacité de quatre lits et ayant vocation à accueillir essentiellement des patients en soins sans consentement en période de crise, voire des patients venant du secteur d'isolement. L'utilisation de ces secteurs fermés laisse perplexe dans la mesure où, leurs quatre lits étant comptés dans la capacité d'accueil de chaque unité, ils sont nécessairement occupés et peuvent donc se trouver l'être par des patients ne remplissant les conditions prévues. Il importe donc que la pertinence de cette organisation soit réévaluée à l'occasion de la mise en œuvre du projet d'humanisation.

Enfin, le recours à l'isolement est opéré dans des conditions matérielles indignes : Les chambres d'isolement n'ont pas de double entrée ni de sas. Elles ne disposent que d'un matelas placé au

sol à proximité de la dalle-WC, disposition qui laisse perplexe sur les conditions d'hygiène, et son impact sur les patients ayant une vue directe sur ces toilettes toute la durée de leur isolement, y compris pendant les repas pris assis sur le lit faute d'autre mobilier. Aucun dispositif d'appel n'est installé et l'occupant qui a besoin d'appeler doit frapper à la porte et crier sans être certain d'être entendu des soignants qui ne se tiennent pas toujours à proximité. Le suivi des mesures n'est pas opéré dans les conditions de traçabilité prévues par la loi et les recommandations de bonne pratique, notamment aucune visite médicale régulière n'est opérée, à tout le moins tracée. Effet des divergences thérapeutiques qui opposent les médecins des trois unités, aucune réflexion commune n'est conduite au niveau du pôle et, *a fortiori*, aucune politique commune n'encadre des pratiques d'isolement ou de contention respectueuses de la dignité et des droits des patients par l'élaboration de protocoles communs à l'ensemble des services du pôle de psychiatrie.

Il n'est pas acceptable que la prise en charge des patients isolés pâtisse, à travers ce déficit de réflexion collective, de l'incapacité des différents chefs de pôle à surmonter leurs divergences de pratique clinique.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

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

BONNE PRATIQUE 1 25

Dans un centre hospitalier général, la mise en place d'un questionnaire de satisfaction spécifique aux unités de psychiatrie permet de mieux connaître les attentes des patients qui y sont admis, compte tenu de la durée de séjour généralement plus longue que dans les autres services et des soins qui y sont délivrés.

BONNE PRATIQUE 2 38

La possibilité offerte aux patients de bénéficier d'un prêt d'argent pour répondre à des besoins urgents dans l'attente d'un virement constitue une aide appréciable.

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 25

La commission départementale de soins psychiatriques doit visiter l'établissement deux fois par an et ses rapports annuels doivent être adressés, chaque année, à la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté, comme le prévoient les articles R.3223-6 et L.3223-1 du code de la santé publique.

RECOMMANDATION 2 41

Les mesures de contention décidées aux urgences pour les patients faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement, doivent être exceptionnelles et explicitées médicalement. Elles doivent être tracées (fiches de décision médicale initiale et de renouvellement et fiche de surveillance) et faire l'objet d'une analyse régulière à tout le moins annuelle.

RECOMMANDATION 3 41

Le projet de réalisation d'un centre d'accueil psychiatrique 48 heures doit être mis en œuvre dans les meilleurs délais.

RECOMMANDATION 4 51

L'exploitation du registre portant sur les mesures d'isolement et de contention ne doit pas se limiter à une simple compilation des données mais permettre de définir une politique pour limiter le recours à ces pratiques. La limitation de ces mesures doit être intégrée au sein d'un programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins proposé par la commission médicale d'établissement (CME) au sein du projet médical d'établissement.

RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

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

RECO PRISE EN COMPTE 1 16

Le personnel soignant des unités d'hospitalisation doit bénéficier de séances de supervision clinique régulières, d'une évaluation de ses pratiques professionnelles et d'une formation sur les bases juridiques de leurs pratiques en matière de soins sans consentement et d'isolement.

RECO PRISE EN COMPTE 2 20

L'ensemble du personnel des unités d'hospitalisation du pôle de psychiatrie doit recevoir une formation sur la loi de 2011.

RECO PRISE EN COMPTE 3 23

Corréler administrativement, par l'utilisation d'un même document, et temporellement la désignation simultanée d'une personne de confiance et la rédaction des directives anticipées, est injustifié juridiquement et particulièrement malencontreux pour des patients souffrant de troubles mentaux. Ces deux procédures doivent être réalisées séparément.

RECO PRISE EN COMPTE 4 27

Le registre de la loi doit être tenu conformément aux prescriptions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique. Les patients admis en soins sans consentement doivent ainsi y être enregistrés dans les 24 heures et les informations légales doivent y être portées dans le même délai.

RECO PRISE EN COMPTE 5 28

Les décisions d'admission, de prise en charge, de modification de la forme de la prise en charge et de maintien, mesures de privation de liberté prises au nom du directeur général, doivent être signées par un membre de l'encadrement administratif supérieur dûment habilité, dès le début de l'hospitalisation, y compris durant les week-ends et jours fériés. L'établissement doit impérativement mettre en place une organisation qui le permette.

PROPOSITIONS

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

PROPOSITION 1 18

La proportion particulièrement importante de patients admis en soins sans consentement et selon une procédure exceptionnelle appelle une réflexion de l'établissement sur le fonctionnement de sa filière de soins.

PROPOSITION 2 19

Pour prévenir la sur-occupation constante de ses unités, l'établissement doit en premier lieu chercher des pistes d'amélioration du fonctionnement de la filière de soins psychiatriques pour diminuer le nombre d'hospitalisations temps plein. Secondairement, la création d'une unité supplémentaire doit être étudiée.

PROPOSITION 3 20

Un livret d'accueil propre aux unités du pôle psychiatriques doit être réalisé et distribué.
Un protocole permettant de recenser de manière cohérente les différentes opérations à réaliser lors de l'arrivée d'un patient en soins sans consentement et les différentes informations ou données à recueillir ou à lui communiquer doit être élaboré.

PROPOSITION 4 22

La place et le rôle des usagers dans le fonctionnement des unités psychiatriques doivent être revus et accrus par l'inscription à l'ordre du jour des séances du comité des usagers de thèmes intéressants

la psychiatrie, par une meilleure information des patients sur les associations d'usagers et par la mise à disposition de celles-ci d'un local dans le site du Vallon.

PROPOSITION 5 24

Le nouveau livret d'accueil spécifique aux unités psychiatriques devra comporter toutes les indications nécessaires permettant à un patient d'accéder au culte de son choix.

PROPOSITION 6 27

Les agents servant au bureau des entrées doivent être formés à la législation relative aux admissions en soins psychiatriques sans consentement pour connaître les dispositions du code de la santé publique.

PROPOSITION 7 28

Les autorisations de sortie de courte durée doivent être délivrées conformément à l'article L.3211-11-1 du code de la santé publique ; elles sont soit accompagnées de moins de 12 heures, soit non accompagnées de moins de 48 heures.

PROPOSITION 8 29

Les programmes de soins doivent être établis en termes clairs et précis, sans entrer dans le détail du traitement pour ne pas porter atteinte au secret médical, en conformité avec les articles L.3211-2-1 et R.3211-1 du code de la santé publique et l'arrêt de la cour de cassation du 4 mars 2015. Les autorités signataires des décisions doivent s'en assurer.

PROPOSITION 9 31

L'installation d'une salle d'audience au sein du centre hospitalier de Martigues doit être abordée dans le cadre du bilan et de l'évaluation réalisés chaque année conformément aux dispositions de l'article 8 de la convention fixant la salle d'audience au centre hospitalier Montperrin d'Aix-en-Provence. La distance à parcourir pour rejoindre cet hôpital constitue manifestement un obstacle sérieux à l'exercice d'un droit fondamental : l'accès des patients à leur juge.

PROPOSITION 10..... 33

Les restrictions à l'accès au téléphone doivent être individualisées et justifiées par l'état clinique du patient.

PROPOSITION 11..... 33

Une salle doit être aménagée pour permettre le déroulement de visites dans l'intimité.

PROPOSITION 12..... 36

Les salles d'eau des chambres à deux lits devraient être équipées de deux lavabos pour que chaque patient dispose du sien.

PROPOSITION 13..... 37

Le projet d'humanisation prévu par la direction de l'hôpital doit aller au-delà de la seule rénovation des chambres du G24 non encore équipées de salle d'eau et des chambres d'isolement et de soins intensifs et doit s'étendre aux autres chambres pour régler les différents désordres immobiliers.

PROPOSITION 14..... 38

Un inventaire contradictoire des objets retirés et conservés par l'hôpital, tracé sur un document, signé par les soignants et par le patient concerné, doit être établi à l'arrivée dans l'unité et un exemplaire remis au patient.

PROPOSITION 15..... 39

Les menus de la semaine doivent être affichés dans l'unité pour permettre aux patients d'en être informés.

PROPOSITION 16..... 39

Une attention doit être portée aux repas servis aux patients des unités de psychiatrie, ceux-ci restant généralement beaucoup plus longtemps que ceux hospitalisés dans les autres services et ayant une activité physique également plus importante.

PROPOSITION 17..... 42

Chaque service doit se doter d'un projet de service précisant l'organisation et le fonctionnement de celui-ci ainsi que son articulation avec le pôle de référence. Si une latitude peut être laissée à ces services quant à ces règles d'organisation et de fonctionnement respectant leur philosophie, celles ayant un impact sur les modalités de prise en charge des patients et leurs droits doivent être concertées avec la direction du pôle et évaluées. L'informatisation du dossier patient contribuera à faciliter les échanges d'information.

PROPOSITION 18..... 44

La mise en place d'une instance collégiale associant l'ensemble des médecins psychiatres du pôle de psychiatrie est un impératif. L'absence de politique institutionnelle et les tensions observées entre les services et les médecins sont nuisibles à la qualité de la prise en charge des patients qui *in fine* sont les victimes de ces discordes.

PROPOSITION 19..... 44

La mise en place d'un recueil de données d'activité individualisé des trois secteurs de soins intensifs permettra d'avoir une meilleure connaissance du fonctionnement de ces lits, des patients qui y sont admis et des modalités de leur prise en charge.

PROPOSITION 20..... 46

Une prise en charge de qualité des patients relevant de soins psychiatriques doit intégrer des activités physiques de même que des activités de psycho éducation et d'éducation thérapeutique. L'offre limitée des activités et leur nature plus occupationnelle que thérapeutique est un frein à une prise en charge des soins optimale pour les patients de ces services de psychiatrie. L'organisation et le fonctionnement de l'unité de sociothérapie doivent être restructurés dans les meilleurs délais, les patients ne pouvant être les otages de divergences internes.

PROPOSITION 21..... 46

Une politique commune doit être définie au niveau du pôle concernant notamment la préparation des médicaments et les modalités de leur distribution. L'organisation de cette distribution doit garantir aux patients une parfaite confidentialité. Par ailleurs, l'affectation d'un temps de pharmacien au pôle de psychiatrie favoriserait les échanges avec les médecins et contribuerait au développement de projets de pharmacologie clinique.

PROPOSITION 22..... 47

Le centre hospitalier de Martigues doit trouver les moyens de pallier rapidement la carence de prise en charge somatique qui porte gravement atteinte au droit au soin et à la sécurité des patients hospitalisés en psychiatrie, sans attendre la finalisation du projet de prise en charge somatique en psychiatrie inscrit dans les projets stratégiques du pôle de psychiatrie.

PROPOSITION 23..... 49

La sécurité du patient isolé exige un lieu adapté et dédié procurant un environnement soignant et sécurisé notamment sur le plan architectural. Il doit respecter l'intimité et la dignité du patient et permettre le repos et l'isolement recherché. La réfection des chambres d'isolement dans le respect des recommandations en la matière est une urgence.

PROPOSITION 24..... 50

La mise en œuvre d'une politique commune au niveau du pôle de psychiatrie doit encadrer des pratiques d'isolement ou de contention respectueuses de la dignité et des droits des patients par

l'élaboration de protocoles communs à l'ensemble des services du pôle de psychiatrie. Une évaluation des pratiques professionnelles sur ce thème doit être régulièrement conduite.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	5
SOMMAIRE	10
RAPPORT	12
1. CONDITIONS DE LA VISITE	12
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	13
2.1 Le pôle de psychiatrie de l'hôpital de Martigues est en situation monopolistique sur son territoire	13
2.2 Le budget du secteur psychiatrique de l'hôpital général n'est équilibré que grâce à la modestie de ses dépenses	14
2.3 Les ressources humaines connaissent des tensions au-delà des seuls médecins	15
2.4 Le nombre de patients admis en soins sans consentement est particulièrement élevé.....	17
3. CONNAISSANCE ET EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	19
3.1 Les informations communiquées aux patients sont lacunaires ou aléatoires	19
3.2 Les événements indésirables sont correctement enregistrés et suivis	21
3.3 La personne de confiance est en général désignée	23
3.4 L'accès au vote est organisé	23
3.5 L'accès aux cultes est inexistant	23
3.6 Les patients nécessitant une protection juridique sont normalement pris en charge	24
3.7 Les procédures retenues n'assurent pas forcément la confidentialité de la présence des patients dans une unité psychiatrique	24
4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	25
4.1 La commission départementale des soins psychiatriques visite l'établissement une fois par an, les représentants des usagers ne sont pas présents au sein des unités et le taux de retour des questionnaires de satisfaction, adaptés à la psychiatrie, est en progression.....	25
4.2 Le registre de la loi ne permet pas un contrôle rapide des mesures alors qu'il est censé le faciliter et les décisions de privation de liberté ne sont pas prises par un membre de la direction	26
4.3 Les sorties sont progressives mais ne sont pas toujours accordées dans le respect de la législation et des programmes de soins concernent des patients en hospitalisation complète, contournant ainsi le contrôle du juge	28
4.4 Le collège des professionnels de santé se réunit pour examiner les cas qui le nécessitent et les patients, convoqués, se présentent devant ses membres.....	29

4.5	Les audiences du juge des libertés et de la détention se déroulent dans des conditions défavorables à la présentation des patients	30
5.	LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	32
5.1	La liberté d’aller et venir est la règle	32
5.2	Les restrictions dans la gestion de la vie quotidienne sont limitées.....	32
5.3	La vie sexuelle des patients	34
6.	LES CONDITIONS DE VIE.....	35
6.1	Les locaux souffrent de nombreux désordres immobiliers et toutes les chambres ne disposent pas encore d’une salle d’eau attenante	35
6.1	L’hygiène est correctement assurée.....	37
6.2	Les patients qui le souhaitent peuvent conserver des objets de valeur sous leur propre responsabilité	37
6.3	Les repas sont pris librement dans la salle commune mais des doléances portent sur la qualité et la quantité et les menus ne sont pas connus à l’avance	38
7.	L’ACCES AUX SOINS.....	40
7.1	Les modalités de prise en charge aux urgences sont organisées de façon structurée mais des pratiques contreviennent aux droits des patients	40
7.2	Les soins psychiatriques sont dispensés avec beaucoup de bienveillance mais sans politique générale arrêtée au niveau du pôle	41
7.3	L’organisation et le fonctionnement des activités thérapeutiques ne permettent pas de contribuer à une prise en charge des soins de qualité	44
7.4	Le mode de distribution des médicaments ne garantit pas toujours le principe de confidentialité vis-à-vis des patients	46
7.5	La prise en charge somatique des patients hospitalisés en psychiatrie révèle des soins insuffisants et une absence de politique.....	47
8.	L’ISOLEMENT ET LA CONTENTION.....	48
8.1	Les mesures d’isolement et de contention sont insuffisamment maîtrisées et exécutées dans des conditions matérielles indignes	48
8.2	Aucune politique de réduction des pratiques d’isolement n’est envisagée	50
9.	CONCLUSION.....	52

Rapport

Membres de la mission :

Anne Lecourbe, cheffe de mission ;

Michel Clémot, contrôleur ;

Dominique Péton-Klein, contrôleur ;

Bruno Rémond, contrôleur.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Martigues (CHM) du 13 au 17 mai 2019.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le lundi 13 mai à 11h. Ils l'ont quitté le vendredi 17 mai à 12h.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur du centre hospitalier. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une quinzaine d'auditeurs dont l'équipe dirigeante, le chef du pôle, des praticiens hospitaliers, des cadres et cadres supérieurs de santé.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet des Bouches-du-Rhône, le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance (TGI) d'Aix-en-Provence et le délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS) de Provence-Alpes-Côte d'Azur.

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

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

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

Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi 17 mai à 11h30 en présence du directeur, des chefs de service et de praticiens du pôle psychiatrique.

Le rapport provisoire rédigé à l'issue de cette visite a été envoyé le 17 janvier 2020 au directeur du centre hospitalier de Martigues, au préfet des Bouches-du-Rhône, conjointement au président du tribunal judiciaire d'Aix-en-Provence et au procureur de la République près ledit tribunal, au directeur de la délégation territoriale des Bouches-du-Rhône de l'ARS.

Par courrier du 24 février 2020, les chefs du tribunal judiciaire d'Aix-en-Provence ont fait savoir que ce rapport n'appelait aucune observation de leur part ; le directeur du CH de Martigues a exprimé le 28 février 2020 ses observations qui ont été prises en compte dans le présent rapport de visite.

2. LA POLITIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT

2.1 LE POLE DE PSYCHIATRIE DE L'HOPITAL DE MARTIGUES EST EN SITUATION MONOPOLISTIQUE SUR SON TERRITOIRE

L'activité du CHM est répartie sur quatre pôles : médecine et gériatrie, chirurgie et soins aigus, mère-enfant et psychiatrie. Il est difficile d'évaluer la part de la psychiatrie dans l'activité de l'établissement : le rapport annuel ne l'évoque pas en tant que telle, indiquant que : « *L'activité de médecine représente 66 % de l'activité de l'établissement, l'activité d'obstétrique 15 % et l'activité de chirurgie 19 %.* ».

Six hôpitaux publics¹ se partagent la patientèle des vingt-six secteurs de psychiatrie des Bouches-du-Rhône. Le pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Martigues couvre les trois secteurs s'étendant au Sud de l'étang de Berre jusqu'à la Méditerranée et à l'Ouest de l'étang jusque Port-Saint-Louis-du-Rhône. Le bassin de cette population de 230 000 habitants est caractérisé par la précarité consécutive aux difficultés de l'industrie locale, principalement la sidérurgie. L'offre de prise en charge psychiatrique alternative au CHM est presque inexistante, tant en ce qui concerne les psychiatres – six exercent dans le bassin - que l'hospitalisation temps plein, inexistence relativisée par la proximité de Marseille. Ainsi, en 2016 – dernière année pour laquelle les données ont été fournies – le CHM prenait en charge 73,5 % des patients de son territoire, sa file active étant représentée à 76 % par une population âgée entre 25 et 64 ans.

Le CHM inclut dans son organisation un pôle de psychiatrie comportant trois services correspondant aux trois secteurs psychiatriques et une unité intersectorielle de psychiatrie d'accueil d'urgences et de liaison (UIPAUL). (Cf. § 7.1).

Le chef de pôle, en poste depuis 2010, est également chef de service d'un des trois services. Un avenant au contrat de pôle établi pour une période de 4 ans est en cours de validation. Cet avenant a pour objet d'intégrer les projets médicaux inscrits dans le projet médical stratégique 2019/2023. Ceux-ci ne sont pour le moment pas rédigés, l'étape en cours étant la désignation des chefs de projet.

Chacun des trois secteurs de psychiatrie dispose d'une unité d'hospitalisation temps plein, de vingt-cinq lits et deux chambres d'isolement chacune, et de structures extra hospitalières :

- secteur G23 : un centre médico-psychologique (CMP), un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et un hôpital de jour (HJ) tous situés à Marignane ;
- secteur G24 : un CMP, un HJ et un CATTP à Martigues et un CMP à Saint-Louis-du-Rhône ;
- secteur G25 : un CMP à Fos-sur-Mer, un CMP et un CATTP à Istres et un CMP et un HJ à Port-de-Bouc.

L'offre de soins pour les enfants et adolescents est uniquement ambulatoire, les hospitalisations se déroulent dans les autres hôpitaux du département dotés disposant de lits de pédopsychiatrie. Les structures d'accueil de l'inter secteur de psychiatrie infanto-juvénile sont réparties sur tout le territoire avec un centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), un centre médico psychopédagogique (CMPP) et un HJ à Martigues ; un CMPP et un CAMSP à Marignane ; un CMP et

¹ CH d'Arles, CH de Martigues, CH de Montperrin, CHR de la Timone, CHS Edouard Toulouse et CHS de Valvert, les trois derniers étant situés à Marseille.

un espace santé jeune à Port-de-Bouc ; un CATTP et un CMP à Fos-sur-Mer et un CMP à Port-Saint-Louis-du-Rhône.

Enfin, aucune personne détenue n'est adressée au CH de Martigues pour une admission en soins psychiatrique. Les patients-détenus sont admis, sur décision du représentant de l'État, dans les établissements spécialisés du département des Bouches du Rhône ou, notamment en cas de soins libres, à l'unité hospitalière spécialement aménagée de Marseille.

Les délais d'attente pour un premier rendez-vous est important mais variable d'une commune à l'autre : d'une à deux semaines pour un rendez-vous d'accueil, pas moins de trois mois pour une consultation médicale - délai à Martigues, qui peut être raccourci à 15 jours après une évaluation initiale - et de 15 jours à 4 mois (selon la formulation de la demande et la dénomination du psychologue) pour un premier rendez-vous avec un psychologue. Pour atténuer les conséquences de ces délais, les CMP de Fos et de Port-de-Bouc reçoivent une fois par semaine les urgences et le secteur 23 organise des créneaux dédiés à l'accueil des patients deux après-midi par semaine ; il projette également d'offrir une fois par semaine des consultations tardives pour les patients travailleurs, projet porté par un psychiatre mais difficile à mettre en place, a-t-il été indiqué en raison du décalage des horaires du soignant qui devrait être également présent, changement qui doit être soumis au comité technique paritaire. Enfin, il existe des consultations post-urgence à l'UIPAUL.

La file active globale de la psychiatrie était en 2017 de 5 238 patients, dont 496 pour l'hospitalisation temps plein qui a compté 26 379 journées, 1 092 entrées avec une durée moyenne de séjour de 24,16 jours, en augmentation de 12,4 % par rapport à 2016, le nombre de journées d'hospitalisation ayant augmenté (+3,14 %) alors que les entrées diminuaient (-8,24 %).

Les trois unités d'hospitalisation sont installées au site du Vallon, qui abrite également la gérontologie, éloigné de 1,3 km du site principal. Chacune des unités occupe un étage d'une aile du bâtiment, avec une entrée propre. Le rez-de-chaussée comporte également des bureaux administratifs et d'entretien, ainsi qu'un service de sociothérapie avec une cafétéria et des salles d'activité. Les fonctionnements des unités sont différents, différences portées par celle des écoles thérapeutiques de leurs chefs de service respectifs.

Les projets de l'hôpital intéressant la psychiatrie sont limités par les moyens financiers qui le sont tout autant (Cf. paragraphe suivant). Une dotation supplémentaire de la dotation de fonctionnement (DAF) affectée en 2016 et 2017 a permis de financer une équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée qui a reçu un nouveau financement de l'ARS en 2020.

Deux projets conservent le soutien de l'ARS : la création d'un centre d'accueil permanent psychiatrique (CAP) 48 h et la réfection des chambres d'isolement financée par la dotation supplémentaire maintenue en 2019 pour un dispositif « d'humanisation ».

2.2 LE BUDGET DU SECTEUR PSYCHIATRIQUE DE L'HOPITAL GENERAL N'EST EQUILIBRE QUE GRACE A LA MODESTIE DE SES DEPENSES

Le budget de l'hôpital général s'est élevé, en 2018, à 119 674 749 € pour les dépenses de fonctionnement. Comme les années précédentes, il a enregistré un déficit structurel qui s'est élevé pour cet exercice à 2 455 183 €. Les dépenses affectées à l'investissement, environ 2 830 000 € dont 530 000 € pour l'informatique, ont été financées par recours à l'emprunt. Elles demeurent très faibles par rapport aux besoins.

Pour 2019, les prévisions de recettes de fonctionnement s'établissant à 117 954 415 € et celles des dépenses à 120 913 628 €, le déficit prévisionnel devrait être de 2 959 213 €, en augmentation d'un peu plus de 500 000 € par rapport à 2018.

Cette situation générale très fragile ne peut manquer d'avoir des répercussions sur le financement des trois secteurs psychiatriques (intra et extra) de l'hôpital dont les dépenses de fonctionnement 19,9 millions d'euros en 2018, constituent un sixième du budget de fonctionnement de l'hôpital.

En effet, les recettes, provenant à hauteur de 93 % à 95 % de la DAF, ne permettent pas de couvrir régulièrement ces dépenses : le déficit de ces trois secteurs a été de 197 368 € en 2014, puis de 374 927 € en 2015 malgré une dotation complémentaire dite de « péréquation » de 339 256 €. Les faibles excédents enregistrés en 2016 (34 481 €) et en 2017 (347 617 €) ont deux origines conjoncturelles : l'hôpital a bénéficié, à nouveau, de deux dotations complémentaires de péréquation (284 025 € en 2016 et 230 317 € en 2017) et les ressources affectées aux dépenses de personnel ont été sous-consommées faute de pouvoir recruter.

Sans la dotation de péréquation attribuée en 2017 et s'il avait été procédé la même année aux recrutements envisagés, le déficit de ces trois secteurs psychiatriques de l'hôpital général aurait atteint près de 600 000 €. Or, l'hôpital ne bénéficiera plus de dotation complémentaire à partir de 2018 et on ne peut fonder l'équilibre financier du fonctionnement d'un service sur l'acceptation d'un sous-effectif structurel, au détriment de la qualité de la prise en charge des patients.

Quant aux dépenses d'investissement, elles se sont élevées, en 2018, à près de 100 000 € (hors informatique) pour les trois secteurs dont environ 48 000 € pour les seules trois unités hospitalières, montant auquel il est raisonnable d'ajouter 22 737 € de frais de maintenance immobilière. En tout état de cause, compte-tenu de l'état fort dégradé des locaux de ces trois unités (Cf. *infra*), ces montants sont nettement insuffisants pour assurer le financement des rénovations indispensables afin de permettre d'offrir aux patients accueillis des conditions de vie correcte.

2.3 LES RESSOURCES HUMAINES CONNAISSENT DES TENSIONS AU-DELA DES SEULS MEDECINS

2.3.1 Le personnel médical

Le pôle de psychiatrie connaît les mêmes difficultés de recrutement que la plupart de ses semblables. Selon les interlocuteurs, ce problème porte surtout sur la qualité des médecins susceptibles d'être recrutés.

Lors de la visite, sur les 22,3 équivalent temps plein (ETP) de médecin budgété pour les trois secteurs de psychiatrie adulte, 2,6 étaient n'étaient pas pourvus. Deux postes de pédopsychiatre étaient également vacants. Aucun médecin attaché ou associé n'intervient dans le pôle.

2.3.2 Le personnel non médical

Les ressources en soignants ne posaient pas encore de difficulté mais des tensions commencent à se faire sentir et le remplacement des départs en retraite s'est montré, depuis le début de 2019, difficile à assurer. La présence d'un institut de formation en soins infirmiers dans l'hôpital facilite néanmoins le recrutement. L'affectation en psychiatrie est toujours un choix du soignant.

Dans chaque unité, le rythme de travail et la composition des équipes est identique : matin (6h30-14h15) comme après-midi (13h45-21h30) : trois infirmiers, un aide-soignant et un agent des services hospitalier (ASH) ; un infirmier de jour peut s'y ajouter. L'équipe de nuit (21h-7h) est formée de deux infirmiers, sans que ces agents soient dédiés au service de nuit, ce qui est considéré comme bénéfique à l'implication dans le projet de service.

Le personnel soignant est majoritairement féminin.

Le taux d'absentéisme du personnel non médical du CHM s'élevait en 2016 à 7,64 % et celui du pôle psychiatrie à 7,20 %. Les remplacements sont effectués en interne par les équipes elles-mêmes ou celles des autres unités et, si besoin, en faisant appel à des soignants de l'extra hospitalier. Les compensations se font en jours de congé qui, s'il n'est pas possible de les prendre, alimentent un compte épargne temps. Il a été témoigné que les agents se montrent très disponibles.

La prise de poste se fait toujours en unité d'hospitalisation et jamais dans une structure extra hospitalière. Lors de leur intégration, les infirmiers reçoivent une formation à la psychiatrie (« consolidation des savoirs ») et, en principe, suivis dans le cadre d'un tutorat. En pratique, celui-ci n'existe plus de façon formalisée, les tuteurs formés ayant quitté l'établissement. Aucun fonctionnement en doublure n'est possible lors des premières semaines faute de moyens.

La formation continue porte en premier lieu, sur les axes institutionnels (par exemple sécurité incendie). Après quelques mois de service, les nouveaux recrutés sont inscrits d'emblée à celles des formations du plan annuel considérées comme relevant du parcours de formation en psychiatrie, comme celle portant sur les entretiens infirmiers.

Par ailleurs, deux à trois formations OMEGA – sur la gestion des violence – sont organisées chaque année.

Le plan de formation pour 2019 propose six formations intéressant les agents de psychiatrie : « Consolidation des savoirs et des pratiques », « Entretiens infirmiers en psychiatrie », « Conduites addictives », « Prise en charge du risque suicidaire /prévention », « Approches des différentes cultures en situation de soins » et « Ethnopsychiatrie ».

Un comité pédagogique inter-établissements, réunissant le CHM, l'AP-HM² et l'hôpital de Valvert, a organisé en 2015 une journée sur l'éthique de la contrainte.

Les soignants ne bénéficient d'aucune supervision d'équipe. Leur formation sur la loi de 2011 a été sommaire. Ils ont certes acquis une certaine expérience du fait de leur pratique quotidienne mais sans vérification de leurs acquis et sans actualisation de ceux-ci. Ces remarques valent pour les mesures d'isolement et de contention.

RECO PRISE EN COMPTE 1

Le personnel soignant des unités d'hospitalisation doit bénéficier de séances de supervision clinique régulières, d'une évaluation de ses pratiques professionnelles et d'une formation sur les bases juridiques de leurs pratiques en matière de soins sans consentement et d'isolement.

Dans sa réponse, le directeur du CHM indique que « des séances de supervision ont été mises en place dès juillet 2019 pour un des trois secteurs de psychiatrie. Des séances de supervision seront mises en place dès 2020 pour les autres secteurs. Une formation sur les soins sans consentement est budgétée sur le plan de formation de 2020 ».

² AP-HM : assistance publique-hôpitaux de Marseille

2.4 LE NOMBRE DE PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT EST PARTICULIEREMENT ELEVE

En 2017, la file active globale du pôle de psychiatrie était de 5 238 patients, parmi lesquels 496 ont effectué un séjour en hospitalisation complète. Le nombre d'entrées a diminué entre 2016 et 2017 passant de 1 190 à 1 092 soit une diminution de 8,24 % qui n'a pas eu d'impact sur l'activité puisque les durées moyennes de séjour ont augmenté durant la même période de 21,49 jours à 24,16 jours. Le nombre global de journées d'hospitalisation a ainsi augmenté de 3,14 %.

2.4.1 Les patients en soins sans consentement

L'établissement a fourni deux tableaux pour les années 2017 et 2018 qui donnent sur les admissions en soins sans consentement les informations suivantes :

Année	2017		2018	
	Nb de séjours	Nb de patients	Nb de séjours	Nb de patients
Soins libres	666	397	762	375
Soins sur décision du représentant de l'Etat	70	19	62	21
Irresponsables pénaux	1	1	3	2
Personnes détenues	1	1	1	1
Soins sur décision du directeur de l'établissement à la demande d'un tiers	302	155	280	153
Soins sur décision du directeur de l'établissement pour péril imminent	23	14	28	21
Soins sans consentement	397	190	373	195
Nombre total	1012	496	1080	499

Ces tableaux ne distinguent pas, parmi les admissions prononcées par décision du directeur de l'établissement sur demande d'un tiers, celles effectuée en application du 1° de l'article 32121 II du code de la santé publique (ASPDT) – soit sur le fondement de deux certificats médicaux d'admission dont un au moins établi par un médecin extérieur à l'établissement – de celles effectuées en urgence (ASPDTU), en application de l'article L.3212-3 du même code sur le fondement d'un seul certificat médical pouvant émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement.

Il ressort d'autres éléments fournis, que la procédure de SDTU est utilisée, selon les années dans 83 % à 86 % des cas, alors qu'elle est prévue à titre exceptionnel lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, et celle utilisée en cas de péril imminent l'est dans 9,5 % à 14 % des cas ; les admissions selon la procédure de droit commun ne sont donc que résiduelles (2 % à 4 % des admissions en soins sur décision du directeur de l'établissement).

Cette situation s'explique par deux circonstances. D'une part, des admissions en soins sur décision du directeur de l'établissement (SDDE) sont initiées au service des urgences où les patients se présentent sans certificat d'admission et où ils sont très rapidement orientés dans une unité d'hospitalisation sans que soit pris le temps d'obtention d'un consentement aux soins ; d'autre part,

le statut des patients admis en soins libres est modifié en cours d'hospitalisation lorsqu'ils font l'objet d'une mesure d'isolement d'une durée supérieure à 12 h, mesure prise en urgence.

Il demeure que la proportion d'admissions en soins sans consentement (60 % en 2016 et 49 % en 2017) est particulièrement élevée au regard des moyennes nationales³.

PROPOSITION 1

La proportion particulièrement importante de patients admis en soins sans consentement et selon une procédure exceptionnelle appelle une réflexion de l'établissement sur le fonctionnement de sa filière de soins.

Dans sa réponse, le directeur du CHM relève que « l'établissement constate un taux de densité médicale libérale faible dans le bassin de population. Le pôle de psychiatrie est prêt à mettre en œuvre un groupe de réflexion sur la filière de soins psychiatriques avec la médecine de ville ». Il fait également valoir que l'insuffisance de nombre de lits d'hospitalisation alors que les patients en soins sans consentement sont nécessairement accueillis conduit une sur représentation de ces derniers.

Si les arguments présentés sont une explication, celle-ci n'est que partielle et ne doit pas conduire à l'économie d'une réflexion sur les modalités de fonctionnement de la filière d'admission et notamment du service des urgences.

2.4.2 La gestion de la sur occupation

Les demandes d'hospitalisation de patients de leurs secteurs dépassent constamment les capacités de l'unité G25 – qui peut avoir à accueillir vingt-sept patients pour une capacité de vingt-cinq lits-, et fréquemment celles de l'unité G24. Ce phénomène est plus rare à l'unité G23, dont le secteur est moins peuplé ; en outre, ses responsables se prévalent de moins hospitaliser et de mieux se préoccuper de sortir les patients ; ils ne souhaitent pas non plus confier leurs patients à d'autres équipes.

La sur-occupation est prioritairement gérée en faisant admettre les patients du secteur sur-occupé dans l'une des deux autres unités. Lorsqu'une unité accueille un patient d'un autre secteur, le médecin et les soignants de l'unité d'accueil le gèrent. Un contact est établi avec l'unité de son secteur pour recueillir les informations utiles à l'arrivée et pour les transmettre lorsque le patient rejoint l'unité d'appartenance dès qu'une place se libère.

Il arrive également, à l'unité G24, que les chambres d'isolement soient utilisées comme chambres hôtelières, la porte restant alors ouverte.

Hormis à l'unité G24, des sorties anticipées sont parfois décidées pour libérer des places et accueillir une personne en urgence. Les interlocuteurs ont toutefois indiqué prêter attention à éviter des sorties trop anticipées (au risque d'un retour rapide) et des sorties trop tardives (au risque de geler des places inutilement). L'anticipation peut donc être décidée mais proches de la sortie prévue.

Selon les responsables de l'établissement et du pôle psychiatrique cette sur occupation chronique appelle la création de lits d'hospitalisation temps plein.

³ « En 2015, la file active hospitalisée sans consentement représente 24 % de la file active hospitalisée à temps plein (et 25 % des journées) dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie », *in Question d'économie de la santé*, n° 22 février 2017 « Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 » par Magali Coldefy (Irdes), Sarah Fernandes (ORU-Paca, Université Aix-Marseille), avec la collaboration de David Lapalus (ARS Paca)

PROPOSITION 2

Pour prévenir la sur-occupation constante de ses unités, l'établissement doit en premier lieu chercher des pistes d'amélioration du fonctionnement de la filière de soins psychiatriques pour diminuer le nombre d'hospitalisations temps plein. Secondairement, la création d'une unité supplémentaire doit être étudiée.

Dans sa réponse, le directeur du CHM signale *que selon l'analyse de l'ARS de juin 2019, « Le pôle de psychiatrie de Martigues est le champion de l'ambulatoire, tous secteurs confondus du pôle » et que sa capacité d'hospitalisation est déjà faible par rapport à la moyenne départementale, laquelle est déjà inférieure à la moyenne nationale.*

Ces éléments de réponse valident encore la recommandation de créer une unité supplémentaire.

3. CONNAISSANCE ET EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS

3.1 LES INFORMATIONS COMMUNIQUEES AUX PATIENTS SONT LACUNAIRES OU ALEATOIRES

3.1.1 Les informations générales

Les informations générales sur le fonctionnement de l'unité sont délivrées à l'arrivée par l'infirmier qui accueille, si toutefois le patient est en état de les entendre. Le patient est rapidement reçu par le médecin présent : dans la journée ou le lendemain matin, en fonction de l'heure d'arrivée ; il lui donne les informations sur son statut d'admission.

Outre ces informations délivrées verbalement, le patient reçoit le livret d'accueil, unique pour l'ensemble des services du centre hospitalier. Celui-ci comporte une page trois-quarts (page 14 et 15) dédiée aux unités psychiatriques du site du Vallon mais celles-ci sont très indigentes : les informations qu'elles contiennent sont très générales (des repas sont servis, on peut poster du courrier, il existe des activités, etc.) et donc peu utiles, et de nombreux sujets ne sont pas abordés et présentés (l'hygiène, le traitement du linge personnel, le droit de vote, l'accès à un culte de son choix, les règles relatives à la liberté d'aller et venir, le comité des usagers, les coordonnées des associations d'usagers, les soins somatiques, etc.).

Quant aux règles de vie, leur recensement, affiché dans chaque unité, est tout à la fois fort ancien, peu lisible et différent d'une unité à l'autre, le document relatif à l'unité G25 étant plus complet que les deux autres.

En revanche, les panneaux d'affichage qui existent dans chacune des trois unités comportent de nombreux documents : charte des personnes hospitalisées, charte de la laïcité, affiche de la direction des relations avec les usagers sur la qualité de la prise en charge, affiche traitant des agressions subies par le personnel soignant. Mais, mise à part la mention, dans l'unité G23, d'un numéro de téléphone permettant de joindre l'aumônière catholique, aucun document permettant de connaître les modalités d'accès un culte de son choix n'est affiché (Cf. § 3.5). En outre, le panneau d'affichage du hall d'accueil est placé de telle sorte qu'il est invisible et illisible : le mur sur lequel il se trouve est séparé de l'entrée par le retour d'un autre mur, sans éclairage, naturel ou électrique.

PROPOSITION 3

Un livret d'accueil propre aux unités du pôle psychiatriques doit être réalisé et distribué.
Un protocole permettant de recenser de manière cohérente les différentes opérations à réaliser lors de l'arrivée d'un patient en soins sans consentement et les différentes informations ou données à recueillir ou à lui communiquer doit être élaboré.

Dans sa réponse, le directeur du CHM affirme *que la rédaction d'un livret d'accueil général est à privilégier pour inclure la psychiatrie dans la dynamique globale de l'établissement. Il admet qu'il faut « rédiger un protocole d'information pour les hospitalisations libres, et surtout sous contrainte avec une fiche qui sera distribuée systématiquement. »*

3.1.2 Les informations spécifiques à l'admission en soins sans consentement

Il est à peu près certain que dans deux des trois unités les patients placés en soins sans consentement sont bien informés de la décision qui les concerne. Sauf refus de leur part, ils signent le document attestant que ladite décision ainsi que leurs droits leur ont été bien notifiés, document qui est ultérieurement transmis au bureau des admissions. La situation est moins claire dans l'unité G24 où il a été indiqué que lorsqu'un patient n'était pas en mesure de comprendre sa situation, la décision d'admission en soins psychiatriques, conservée dans le local infirmier, lui était simplement remise lors de son départ.

Quant à l'information d'un patient en soins sans consentement sur ses droits, le processus est le même dans les trois unités : elle est effectuée verbalement par le psychiatre ou le cadre de santé qui reçoit le patient sans qu'il soit possible de savoir quels droits lui sont signifiés ou indiqués, encore moins s'ils lui sont expliqués. Il a en effet été constaté que ni les psychiatres ni les cadres de santé rencontrés ne connaissaient précisément la nature et la teneur des droits en question, pourtant énumérés à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique.

Mise à part une brève mention sur la possible intervention du juge des libertés et de la détention, à la page 14 du livret d'accueil, aucun document listant ces droits, et qui pourrait être remis au patient, n'existe. Le personnel n'a jamais bénéficié d'une formation le mettant à même de connaître précisément le contenu de la loi de 2011 et, par voie de conséquence, l'information qu'il dispense, lorsqu'il est sollicité, est incorrecte ou partielle.

Plus fondamentalement, les différentes opérations auxquelles il est indispensable de procéder lors de l'accueil d'un patient placé en soins sans consentement n'ont pas été recensées afin de définir une procédure claire, ordonnée et précise : à titre d'exemple, rien n'est prévu pour connaître les aversions alimentaires des arrivants.

RECO PRISE EN COMPTE 2

L'ensemble du personnel des unités d'hospitalisation du pôle de psychiatrie doit recevoir une formation sur la loi de 2011.

Dans sa réponse, le directeur du CHM informe *qu'un programme de formation sur les droits des patients et les règles juridiques des soins sans consentement sera développé au cours de l'année 2020 et par la suite, annuellement. Il ajoute que le 7 novembre 2019, une première formation sur les droits des patients de psychiatrie a été dispensée aux secrétaires et aux infirmiers.*

3.2 LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT CORRECTEMENT ENREGISTRES ET SUIVIS

3.2.1 Les événements indésirables

Les événements indésirables (EI) sont recensés et traités en application d'une procédure clairement définie et bien diffusée : classement des événements en trois catégories par nature et en quatre niveaux d'intensité, fiche de signalement remplie sur l'intranet, transmission à la cellule qualité de l'hôpital, analyse de l'EI par cette cellule dans un processus itératif, évaluation des mesures à prendre et suivi de l'efficacité des actions d'amélioration. En application de l'article L.1413-14 du code de la santé publique, des procédures particulières ont été définies lorsqu'il s'agit de déclarer un événement indésirable grave. En 2018, trois revues de mortalité morbidité (RMM) ont été organisées à la suite de trois décès dont les causes ne sont toujours pas connues de l'hôpital, l'enquête judiciaire étant encore en cours.

Pour le secteur psychiatrique, 123 EI ont été déclarés en 2017 et 103 en 2018, ce qui fait de ce secteur le sixième service déclarant sur les vingt-six que comporte l'hôpital.

Les thèmes récurrents concernent l'insuffisance des effectifs des ASH, les fugues (toutes terminées avec la production d'un certificat de réintégration), la restauration, l'état des locaux, des défauts techniques, des problèmes de sécurité et de fonctionnement des PTI (protection du travailleur isolé), quelques dégradations matérielles et des problèmes de propreté (couvertures). Suivant les informations recueillies, 70 % de ces EI ont été positivement réglés.

L'objectif de la direction de l'hôpital est de promouvoir une culture pédagogique et non punitive de l'erreur. Pour ce faire, des formations du personnel ont été organisées et un document intitulé « *je déclare les événements indésirables avec ENNOV* » a été élaboré et diffusé. On ne peut que souhaiter que le personnel s'approprie pleinement ce processus afin d'améliorer la qualité de la prise en charge et celle des conditions de vie des patients.

3.2.2 Faits de violence, incidents

En 2017, six faits de violence ont été déclarés à l'observatoire national des violences (ONV), dont l'un était relativement grave (fracture du nez d'un psychiatre lors d'un entretien avec un patient). En 2018, trois faits de violences ont été signalés : un personnel soignant griffé, une vitre d'une chambre d'isolement cassée, l'agression verbale d'une patiente et de sa mère à l'encontre d'un membre du personnel soignant. Pour les cinq premiers mois de 2019, six signalements ont déjà été effectués mais il s'agit chaque fois seulement de violences verbales.

Lorsque ces faits se produisent, le personnel de sécurité de l'hôpital est sollicité non pas, en principe, pour intervenir physiquement, mais pour provoquer une impression psychologique qui favorise l'intervention essentiellement orale du personnel soignant. Lors de la visite des contrôleurs, il a pu être constaté qu'il en était bien ainsi.

Pour prévenir les faits de violences ou pour permettre au personnel d'y réagir de manière appropriée, une politique de formation (modules OMÉGA, modules de gestion des conflits) a été mise en place.

3.2.3 Les requêtes et plaintes

Les requêtes et les plaintes des patients font l'objet, une fois leur déclaration écrite adressée à la direction des relations avec les usagers, d'un examen et d'une réponse écrite du directeur. Les dossiers consultés font ressortir que les plaintes et les requêtes émanant des patients des unités

psychiatriques sont très rares (trois l'an dernier), concernent des incidents de faible intensité et ils ont effectivement donné lieu, chaque fois, à une réponse écrite de la direction.

3.2.4 La commission des usagers

La commission des usagers (CDU), présidée par le directeur de l'établissement, se réunit cinq fois par an. Elle comporte, en son sein, une représentante de l'UNAFAM⁴, mais les questions ou les problèmes de toute nature relatifs à la prise en charge et aux conditions de vie des patients hébergés dans les unités psychiatriques de l'hôpital général ne sont pas abordées, à l'exception de la présentation annuelle du rapport traitant du recours à l'isolement et à la contention. Purement statistique, ce rapport n'a jamais été l'occasion d'initier une réflexion sur l'utilisation trop importante, – aux urgences pour la contention et dans les unités psychiatriques pour l'isolement –, de ces moyens de contrainte.

Les familles sont bien informées de la situation de leur proche. En revanche, les associations qui représentent les usagers ne viennent pas à l'hôpital du Vallon et n'y tiennent aucune permanence. Aucune information signalant leur existence n'est visible dans les unités ; seule une affiche portant sur la commission des usagers, apposée dans un recoin mal éclairé du hall d'entrée du bâtiment, mentionne leurs coordonnées téléphoniques. Aucune information sur leur existence et les moyens de contacter leurs représentants n'est donnée dans le livret d'accueil de l'hôpital qui, dans un paragraphe traitant de la commission des usagers (toujours dénommée commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge), évoque la possibilité de contacter la seule « UFC que choisir ».

PROPOSITION 4

La place et le rôle des usagers dans le fonctionnement des unités psychiatriques doivent être revus et accrus par l'inscription à l'ordre du jour des séances du comité des usagers de thèmes intéressant la psychiatrie, par une meilleure information des patients sur les associations d'usagers et par la mise à disposition de celles-ci d'un local dans le site du Vallon.

Dans sa réponse, le directeur du CHM indique que « *Les orientations du projet des usagers 2020/2022 prévoit de renforcer la place des usagers notamment en psychiatrie par : un espace ou à défaut un point d'information qui sera mis en place en psychiatrie, une communication plus efficiente avec les usagers en mettant à disposition un carnet d'adresses des personnes ressources, maintien des coordonnées des usagers par le biais des affichages, la participation des représentants des usagers aux réunions relatives au projet de rénovation de la psychiatrie, la promotion des droits des patients via le site web de l'établissement. Le suivi du projet d'humanisation de la psychiatrie sera présenté en CDU, à cette occasion, le groupe de travail "droit des patients, amélioration des pratiques / processus isolement" fera un retour où seront abordés différents thèmes spécifiques à la psychiatrie. Deux représentants des usagers sur quatre ont été nommés à la CDU en novembre 2019 ; ils sont issus d'associations représentant les usagers de psychiatrie : UNAFAM et Advocacy France.* »

⁴ UNAFAM : union nationale des familles et amis des personnes malades et/ou handicapées psychiques

Le comité d'éthique

Le comité d'éthique ne s'est jamais réuni depuis plus de trois ans et l'ordre du jour de la prochaine réunion, prévue au cours du mois de juin 2019 à la demande des anesthésistes, ne comporte pas de sujets concernant la psychiatrie.

3.3 LA PERSONNE DE CONFIANCE EST EN GENERAL DESIGNEE

Grâce à un formulaire bien conçu, chaque patient est effectivement appelé, à son arrivée ou peu après, à désigner une personne de confiance. Lors de la visite des contrôleurs, sur soixante-seize patients, quarante-cinq avaient désigné cette personne de confiance : douze sur vingt-sept dans l'unité G23, dix-huit sur vingt-sept dans l'unité G 24 et quinze sur vingt-six dans l'unité G25). Les autres patients (trente et un) ont refusé de remplir ce formulaire ou n'ont pas été en mesure ou en état de le faire. La suite de la procédure, acceptation par la personne désignée, n'est pas poursuivie par l'établissement.

Au moment de la visite des contrôleurs, se mettait en place une nouvelle procédure, liant au recto du formulaire la désignation d'une personne de confiance et au verso de ce même document la rédaction des directives anticipées. Outre que cette corrélation n'a aucune justification juridique, il a été indiqué qu'elle était particulièrement fâcheuse pour des patients souffrant de troubles psychiques, et pour nombre d'entre eux, admis sans leur consentement.

RECO PRISE EN COMPTE 3

Corréler administrativement, par l'utilisation d'un même document, et temporellement la désignation simultanée d'une personne de confiance et la rédaction des directives anticipées, est injustifié juridiquement et particulièrement malencontreux pour des patients souffrant de troubles mentaux. Ces deux procédures doivent être réalisées séparément.

Dans sa réponse, le directeur du CHM indique *que cette recommandation a été mise en œuvre.*

3.4 L'ACCES AU VOTE EST ORGANISE

Les 30 avril et 14 mai 2019, le directeur de l'hôpital puis la responsable des affaires générales ont transmis aux différentes unités les informations et les documents permettant de proposer aux patients d'exercer leur droit de vote.

En 2017, lors des élections présidentielles, seuls deux patients au premier tour et trois au second, hospitalisés dans l'unité G24, avaient voté.

3.5 L'ACCES AUX CULTES EST INEXISTANT

Une aumônerie catholique, comprenant une aumônière et quatre visiteuses, organise la célébration d'une messe par mois et rend des visites à la demande ; elle dispose d'un bureau localisé dans l'unité de géronto-psychiatrie qui jouxte les unités psychiatriques du Vallon. Aucune information – hormis la mention manuscrite d'un numéro de téléphone sur le panneau d'affichage de l'unité 23 – ne permet aux patients de connaître les activités de cette aumônerie.

Pour les autres cultes, aucune information n'est disponible.

PROPOSITION 5

Le nouveau livret d'accueil spécifique aux unités psychiatriques devra comporter toutes les indications nécessaires permettant à un patient d'accéder au culte de son choix.

3.6 LES PATIENTS NECESSITANT UNE PROTECTION JURIDIQUE SONT NORMALEMENT PRIS EN CHARGE

Lors de la visite des contrôleurs, trente-huit patients sur quatre-vingts bénéficiaient d'une mesure de protection juridique, tutelle (dix-huit), sauvegarde de justice (deux) ou curatelle (soixante).

Il n'existe pas, au sein de l'hôpital général, de service chargé, à leur demande, de gérer les affaires des patients bénéficiant d'une mesure de protection juridique. Ceux d'entre eux qui sont hospitalisés dans les unités psychiatriques du Vallon bénéficient d'un suivi attentif, essentiellement assuré par les assistantes sociales (6,5 ETP pour les trois unités) : très présentes et très attentives, elles traitent leurs dossiers d'accès aux droits sociaux, de sécurité sociale ou de retraite.

Sur le plan financier, la régie gère les rentrées et les sorties d'argent des patients juridiquement protégés sur la base des autorisations délivrées par les tuteurs ou les curateurs.

3.7 LES PROCEDURES RETENUES N'ASSURENT PAS FORCEMENT LA CONFIDENTIALITE DE LA PRESENCE DES PATIENTS DANS UNE UNITE PSYCHIATRIQUE

Il est prévu de ne pas donner d'informations sur l'éventuelle présence d'un patient lors d'un appel téléphonique au standard de l'hôpital ou dans les unités du Vallon. Il semble que ces procédures sont bien respectées mais il est difficile, dans la pratique, d'être certain de la confidentialité d'une hospitalisation de nature psychiatrique dans le site de l'établissement fonctionnellement dédié à ce type d'hospitalisation et implanté dans une agglomération de moins de 50 000 habitants.

4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

4.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES VISITE L'ETABLISSEMENT UNE FOIS PAR AN, LES REPRESENTANTS DES USAGERS NE SONT PAS PRESENTS AU SEIN DES UNITES ET LE TAUX DE RETOUR DES QUESTIONNAIRES DE SATISFACTION, ADAPTES A LA PSYCHIATRIE, EST EN PROGRESSION

4.1.1 La commission départementale des soins psychiatriques

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) des Bouches-du-Rhône se déplace chaque année dans l'établissement mais ne peut pas atteindre l'objectif de deux visites annuelles, fixé par l'article R.3223-6 du code de la santé publique. A la date de la visite, il manquait un représentant des usagers et le renouvellement des membres était difficile, faute de candidats.

La dernière visite date du 28 mars 2019, comme en atteste le visa porté sur le registre de la loi. Les patients en ont été préalablement informés et ceux qui l'ont demandé ont été reçus.

Les rapports annuels de la CDSP ont dû être demandés à la délégation territoriale de l'agence régionale de santé (ARS), faute d'avoir été transmis à la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté comme l'impose l'article L.3223-1⁵ du code de la santé publique.

RECOMMANDATION 1

La commission départementale de soins psychiatriques doit visiter l'établissement deux fois par an et ses rapports annuels doivent être adressés, chaque année, à la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté, comme le prévoient les articles R.3223-6 et L.3223-1 du code de la santé publique.

4.1.2 Les questionnaires de satisfaction

Le centre hospitalier général a mis en place un questionnaire particulier pour la psychiatrie afin de mieux répondre aux spécificités de ces unités. Si de nombreux items sont communs avec celui remis dans les autres services, des questions particulières ont été ajoutées, notamment sur l'information donnée sur les conditions de l'hospitalisation, sur les heures d'ouverture de la cafétéria ou sur la sociothérapie.

BONNE PRATIQUE 1

Dans un centre hospitalier général, la mise en place d'un questionnaire de satisfaction spécifique aux unités de psychiatrie permet de mieux connaître les attentes des patients qui y sont admis, compte tenu de la durée de séjour généralement plus longue que dans les autres services et des soins qui y sont délivrés.

Un effort a aussi été demandé aux unités pour améliorer le taux de retour. Le nombre de questionnaires remis par les patients lors de leur sortie reste faible (132 en 2016 – 142 en 2017 –

⁵ Article L.3223-1 : « La commission [...] : [...] ; 6° adresse, chaque année, son rapport d'activité, dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat, au juge des libertés et de la détention compétent dans son ressort, au représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, au préfet de police, au directeur général de l'agence régionale de santé, au procureur de la République et au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ».

193 en 2018) mais, globalement, le taux de retour augmente : le secteur G25 est passé de 3 % en 2016 à 13 % en 2017 et 17% en 2018 alors que le secteur G24, qui reste le plus élevé, a fléchi (32 % en 2016 – 29 % en 2017 – 26,5 % en 2018).

Ces questionnaires sont analysés par la cellule qualité du centre hospitalier et des résultats spécifiques à la psychiatrie en sont tirés. Le taux global de satisfaction reste élevé mais a baissé en 2018 (96,1 % en 2016 – 96,2 % en 2017 – 93,7 % en 2018). Les points forts portent sur les soins dispensés de jour, de nuit et durant le week-end (entre 95 % et 99,2 %), le respect de la confidentialité (entre 95,7 % et 98,5 %) et la disponibilité des soignants (entre 95,5 % et 96,7 %). En revanche, l'accueil aux urgences est en très net recul (93,3 % en 2016 – 89,5 % en 2017 – 82,1 % en 2018) et les repas obtiennent les scores les plus bas tant pour la qualité (77,1 % en 2016 – 76,9 % en 2017 – 79,7 % en 2018) que pour la quantité (88,9% en 2016 – 87,2 % en 2017 – 85,3 % en 2018).

Les résultats globaux du CHM ont débouché sur un plan d'action visant notamment la prestation de restauration autour de deux axes : les besoins des patients et des résidents ; les commandes des patients.

4.2 LE REGISTRE DE LA LOI NE PERMET PAS UN CONTROLE RAPIDE DES MESURES ALORS QU'IL EST CENSE LE FACILITER ET LES DECISIONS DE PRIVATION DE LIBERTE NE SONT PAS PRISES PAR UN MEMBRE DE LA DIRECTION

Le registre de la loi est tenu par les trois agents du bureau des entrées implanté à l'hôpital du Vallon. Ces adjoints administratifs, qui assurent notamment la facturation des unités de psychiatrie et du centre de gérontologie, dépendent de la direction financière de l'hôpital.

Deux registres de la loi sont en place : l'un pour les admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) et l'autre pour les admissions en soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement (SDDE). Ces deux documents étant tenus de façon identique, les contrôleurs ont plus particulièrement examiné ceux de SDDE.

Tout d'abord, le 15 mai 2019, le dernier enregistrement datait du 26 avril 2019, mettant en évidence un retard de près de trois semaines. Dix mesures prises entre ces deux dates n'étaient pas portées sur le registre, alors même que, pour six d'entre elles, le juge des libertés et de la détention avait déjà tenu son audience et rendu son ordonnance. Les dispositions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique, qui impose un délai maximum d'enregistrement de 24 heures, ne sont pas respectées, ce qui ne permet pas un contrôle effectif de la situation des personnes privées de liberté à un moment donné.

Ensuite, un folio sur deux est systématiquement vierge. Il a été indiqué que cela permettait de l'utiliser pour y placer les documents concernant le précédent patient, sans avoir à renvoyer à un autre registre, lorsque le séjour se prolonge dans le temps. Cette méthode contrevient aux règles d'utilisation d'un registre coté et paraphé, cette précaution ne présentant alors plus aucun intérêt. Cette situation peut laisser craindre des manipulations ultérieures, même si ce n'est manifestement pas l'intention des agents qui ont mis en place ce système pour des raisons essentiellement pratiques, avec la volonté de bien faire.

De plus, la première page du folio, qui doit permettre de connaître rapidement différentes informations importantes, ne joue pas son rôle. Seule l'identité du patient et, éventuellement, celle du tiers y sont portées. Les autres rubriques sont inutilisées : rien sur les « *informations données au patient* » (cartouche 3), rien sur les mesures de protection intervenues antérieurement à l'admission ou sur celles intervenues postérieurement à l'admission (cartouche 4), rien sur les

décisions rendues par le juge des libertés et de la détention (cartouche 5). Le cartouche 6 relatif à la levée de la mesure est renseigné. Lorsque le patient a été admis en péril imminent, la mention « SPPI » est inscrite dans le cartouche 3 mais, pour les autres, il est impossible de savoir rapidement s'il s'agit d'une ASPDT ou d'une ASPDT-U ; seule l'exploitation des pages suivantes va le permettre.

Sur les autres pages du folio, sont agrafés tous les documents et pas uniquement ceux dont la liste limitative est fixée à l'article L.3212-11 du code de la santé publique. Aucun autre dossier regroupant l'ensemble des pièces n'est ainsi tenu car tout est dans le registre. Sur la page 2, sont regroupés les premiers certificats et, sur les pages suivantes, toutes les autres pièces jusqu'à la levée de la mesure. Ainsi, les bulletins d'entrée et de sorties mais aussi des accusés de réception de lettres recommandées sont entassés dans le registre. Toutes ces pièces ne sont pas jointes en format réduit mais en format A4. La masse des documents ainsi accumulés rend la manipulation des registres très difficile et la consultation des documents très compliquée. Le volume est tel que tous les folios d'un même registre ne peuvent pas être utilisés : ainsi, le registre ouvert le 19 décembre 2018 est vierge au-delà de la mesure n°46 (prise le 26 février 2019) et ne contient qu'une vingtaine de mesures (en raison de l'utilisation d'un folio sur deux) alors qu'il permet d'en enregistrer 100.

RECO PRISE EN COMPTE 4

Le registre de la loi doit être tenu conformément aux prescriptions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique. Les patients admis en soins sans consentement doivent ainsi y être enregistrés dans les 24 heures et les informations légales doivent y être portées dans le même délai.

Dans sa réponse, le directeur du CHM informe que « l'équipe du bureau des admissions du Vallon a été réorganisée début janvier 2020. Deux agents sont missionnés sur la psychiatrie dont la tenue du registre de la loi. Une réunion s'est tenue le 04/02/2020 pour rappeler les règles de tenue du registre de la loi. »

Cette situation anarchique est due à un manque de formation des agents du bureau des entrées. Parmi les deux personnes présentes lors de la visite, l'une avait suivi une formation rapide de deux jours, trois ans auparavant, et l'autre n'avait reçu aucune formation. Seuls les conseils des agents en poste avant son arrivée l'ont guidé dans son travail. Ces agents, très impliqués et très appliqués, cherchant d'évidence à bien faire, ne bénéficient d'aucune aide extérieure et aucune direction juridique ne vient les appuyer dans leur travail.

PROPOSITION 6

Les agents servant au bureau des entrées doivent être formés à la législation relative aux admissions en soins psychiatriques sans consentement pour connaître les dispositions du code de la santé publique.

Dans sa réponse, le directeur du CHM affirme qu'« une formation sur la législation relative aux admissions en soins psychiatriques sans consentement sera organisée dans le courant du premier semestre 2020. »

La consultation des pièces jointes au registre montre que toutes les décisions d'admission, celles précisant la forme de la prise en charge jusqu'à celles de levées sont signées par les adjoints administratifs du bureau des entrées. En effet, ces personnes ont reçu cette délégation par une

décision du directeur général actualisée le 18 février 2019 et décident ainsi de mesures de privation de liberté.

Le manque de formation des adjoints administratifs ne leur permet pas d'assurer un contrôle de légalité des mesures proposées par les psychiatres et ne se limitent qu'à valider, au nom du directeur général, des mesures parfois illégales (comme des programmes de soins qui n'en sont pas ou des autorisations de sorties ne répondant pas aux règles fixées par le code de la santé publique (Cf. § 4.3).

RECO PRISE EN COMPTE 5

Les décisions d'admission, de prise en charge, de modification de la forme de la prise en charge et de maintien, mesures de privation de liberté prises au nom du directeur général, doivent être signées par un membre de l'encadrement administratif supérieur dûment habilité, dès le début de l'hospitalisation, y compris durant les week-ends et jours fériés. L'établissement doit impérativement mettre en place une organisation qui le permette.

Dans sa réponse, le directeur du CHM informe *que le circuit des décisions du directeur général a été revu pour afin qu'elles soient signées par un directeur ou à défaut par un cadre (administrateur de garde).*

4.3 LES SORTIES SONT PROGRESSIVES MAIS NE SONT PAS TOUJOURS ACCORDEES DANS LE RESPECT DE LA LEGISLATION ET DES PROGRAMMES DE SOINS CONCERNENT DES PATIENTS EN HOSPITALISATION COMPLETE, CONTOURNANT AINSI LE CONTROLE DU JUGE

Des autorisations de sorties d'abord accompagnées de moins de 12 heures puis non accompagnées de moins de 48 heures sont accordées pour permettre une progressivité et observer le patient dans ces situations. Il a été indiqué que les accompagnements pouvaient être assurés par des soignants lorsque leur disponibilité le permettait mais aussi par un proche du patient. La consultation du registre de la loi montre que des personnes en bénéficient fréquemment et sortent ainsi régulièrement.

Pour les SDRE, le préfet ne s'oppose généralement pas à ces sorties mais, a-t-il été indiqué, souhaite des sorties accompagnées de courte durée avant de passer à l'étape suivante, avec des sorties non accompagnées.

Les contrôleurs ont constaté que des décisions de sorties de plus de 12 heures imposaient un accompagnement à la sortie et au retour par un membre de la famille. Cette contrainte est contraire aux dispositions de l'article L.3211-11-1 du code de la santé publique qui prévoit des sorties soit accompagnées de moins de 12 heures soit non accompagnées de moins de 48 heures.

PROPOSITION 7

Les autorisations de sortie de courte durée doivent être délivrées conformément à l'article L.3211-11-1 du code de la santé publique ; elles sont soit accompagnées de moins de 12 heures, soit non accompagnées de moins de 48 heures.

Dans sa réponse, le directeur du CHM indique que les modèles de certificats ont été revus afin de respecter la réglementation.

L'irrégularité relevée ne porte pas sur la forme des certificats et le modèle utilisé mais sur les contraintes imposées pour les sorties. La correction apportée n'est donc pas satisfaisante.

Des programmes de soins sont également mis en place pour poursuivre la progressivité vers la levée de la mesure.

Un état des programmes de soins en cours, à la date de la visite, a permis d'en dénombrer quatre-vingt-quatorze : quatre-vingt-six concernaient des patients suivis à l'extérieur de l'hôpital et huit des patients hospitalisés dans les unités de psychiatrie. Les contrôleurs ont examiné les programmes de soins de ces huit patients.

Ces huit programmes de soins sont, en fait, des hospitalisations à temps plein assorties de quelques autorisations de sortie comme le montrent ces quelques exemples :

- « hospitalisation du lundi au vendredi ; en permission tous les week-ends du vendredi 14h au dimanche 19h » ;
- « hospitalisation à temps partiel avec sortie au domicile non accompagné de moins de 48 heures du lundi matin à 8h30 au mardi à 18h30 et le vendredi de 8h30 à 18h30 » ;
- « permissions à la journée de 3 heures, quatre fois par semaine, non accompagné » ;
- « permission à la journée les lundi, mercredi et vendredi, en ville, non accompagné » ;
- « permission hebdomadaire au domicile de sa mère du vendredi 14h au dimanche 18h ».

Un autre, datant du 5 octobre 2012 et toujours en vigueur, indique : « hospitalisation à temps partiel selon les modalités évolutives fonction de l'état clinique du patient ; soins, traitement, entretiens médicaux et infirmiers lors de l'hospitalisation ». Il a été indiqué que ce patient se rendait en hôpital de jour et sortait le week-end pour passer une nuit à l'hôtel mais que, le reste du temps, il était présent dans l'unité ; rien dans ce programme de soins, particulièrement vague et jamais réévalué depuis plus de 6 ans, ne le précise. Les contrôleurs ont croisé ce patient à plusieurs reprises dans son unité.

Ces programmes de soins portent atteinte aux droits des patients dont la situation échappe ainsi au contrôle périodique du juge des libertés et de la détention. Dans un arrêt du 4 mars 2015, la Cour de cassation a censuré un programme de soins comparable, jugeant que « ces modalités caractérisaient une hospitalisation complète assortie de sorties de courte durée ou de sorties non accompagnées d'une durée maximale de quarante-huit heures, telles que prévues par l'article L. 3211-11-1 du code [de la santé publique] ».

PROPOSITION 8

Les programmes de soins doivent être établis en termes clairs et précis, sans entrer dans le détail du traitement pour ne pas porter atteinte au secret médical, en conformité avec les articles L.3211-2-1 et R.3211-1 du code de la santé publique et l'arrêt de la cour de cassation du 4 mars 2015. Les autorités signataires des décisions doivent s'en assurer.

Dans sa réponse, le directeur du CHM précise que *la formation sur la loi de 2011 doit aussi concerner les psychiatres et notamment sur les programmes de soins contraints ambulatoires.*

4.4 LE COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE SE REUNIT POUR EXAMINER LES CAS QUI LE NECESSITENT ET LES PATIENTS, CONVOQUES, SE PRESENTENT DEVANT SES MEMBRES

Les agents du bureau des entrées disposent d'un tableur sous Excel pour suivre les dates auxquelles le collège des professionnels de santé doit se réunir pour se prononcer sur le maintien ou non des

mesures de soins sans consentement. Avant l'échéance, l'unité du patient concerné est alertée et le chef de service désigne les membres du collège. Une décision formelle est alors établie et signée par l'un des agents du bureau des entrées, par délégation du directeur général.

La consultation du registre de la loi montre que la désignation est conforme aux dispositions des articles L.3211-9 et R.3211-2 du code de la santé publique :

- le psychiatre référent, en charge du patient ;
- un autre psychiatre qui n'a pas en charge le patient ; il est soit de la même unité, soit d'une autre ;
- un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient : dans chacun des cas examinés, la cadre de santé de l'unité.

Le patient, convoqué, était présent dans chacun des cas examinés par les contrôleurs et le collège a entendu ses explications.

4.5 LES AUDIENCES DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION SE DEROULENT DANS DES CONDITIONS DEFAVORABLES A LA PRESENTATION DES PATIENTS

Les audiences du juge des libertés et de la détention sont organisées à Aix-en-Provence, à près de 50 kilomètres de Martigues, un nombre très restreint de patients s'y présente et aucune mainlevée n'a été prononcée depuis fort longtemps

Une convention entre le tribunal de grande instance d'Aix-en-Provence, l'agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte-d'Azur, le centre hospitalier Montperrin d'Aix-en-Provence, le centre hospitalier de Martigues, le barreau d'Aix-en-Provence et la direction départementale de la sécurité publique des Bouches-du-Rhône a été signée le 20 février 2015.

Elle prévoit : « *le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance d'Aix-en-Provence tient ses audiences dans une salle située sur le site du centre hospitalier Montperrin à Aix-en-Provence afin d'assurer le contrôle juridictionnel systématique ou l'examen des recours portés à l'égard des mesures de soins psychiatriques sans consentement des malades concernés, qui sont prises sur décision du représentant de l'État (SDRE), éventuellement sur décision d'une autorité judiciaire, ou sur décision du directeur de l'établissement de santé (SDDE). Cette salle d'audience est mutualisée entre les deux établissements de santé cosignataires de la présente convention afin de présenter au juge des libertés les patients de ces deux établissements qui y sont admis sans leur consentement* ».

Les audiences sont prévues le lundi et le jeudi à 14h30. Des audiences supplémentaires peuvent être décidées en fonction des besoins. Il est également convenu que les patients du CHM bénéficient d'une priorité.

Lors de la visite, aucun patient du CHM n'a été convoqué par le juge des libertés et de la détention (JLD) et les contrôleurs n'ont donc pas assisté à des audiences. Toutefois, les conditions dans lesquelles se déroulent les comparutions ont déjà été examinées par les contrôleurs ayant visité le CH Montperrin, en février 2019.

A Martigues, les premiers entretiens laissant apparaître un faible taux de présentation effective devant le JLD, les contrôleurs ont examiné la situation de tous les patients admis sans leur consentement entre le 19 décembre 2018 et le 25 mai 2019. Certains sont sortis peu après leur admission, avant la saisine du JLD. D'autres ont été convoqués par le JLD mais leur mesure a été levée avant l'audience. Finalement, cinquante-deux ont été convoqués et étaient toujours hospitalisés à la date de l'audience :

- un seul a comparu devant le juge ;
- trente n'ont pas comparu car le psychiatre a établi un certificat médical d'incompatibilité ;
- seize ont refusé de s'y rendre ; ce refus est acté dans l'avis motivé rédigé par le psychiatre ;
- cinq n'ont pas comparu alors que le psychiatre n'a pas établi de certificat médical d'incompatibilité et notait même, dans l'avis motivé, le souhait du patient de se présenter ; la consultation des différentes pièces n'a pas permis de connaître le motif de cette absence.

Ce très faible taux de présentation interpelle car, dans les autres établissements visités par le CGLPL, il n'est qu'exceptionnellement aussi bas et le nombre des certificats médicaux d'incompatibilité est très rarement aussi élevé. Pourtant, les délais de comparution sont les mêmes et l'état des patients doit être équivalent à celui des patients des autres régions.

Sur cet échantillon, aucune mainlevée n'a été prononcée par le JLD et il a été indiqué qu'aucune ne l'a été depuis au moins trois ans. Lors de leur visite au CH Montperrin, les contrôleurs chargés de cette mission ont relevé que, en 2018, 5 mainlevées ont été décidées par le JLD pour 591 comparutions.

Selon les informations recueillies, des patients refusent de se rendre à l'audience car la présentation impose un déplacement d'une demi-journée (35 à 40 minutes de route à l'aller, une attente sur place – même si une priorité leur est accordée – et 35 à 40 minutes de route au retour) et l'espoir d'une mainlevée est minime. Les soignants eux-mêmes ne les incitent pas à se présenter.

Il a été indiqué que la situation serait très certainement différente si la salle d'audience était installée au sein de l'hôpital de Martigues, évitant de longs déplacements à des patients souffrant de troubles psychiatriques. Les psychiatres délivreraient moins de certificats d'incompatibilité et les patients refuseraient moins de s'y rendre.

PROPOSITION 9

L'installation d'une salle d'audience au sein du centre hospitalier de Martigues doit être abordée dans le cadre du bilan et de l'évaluation réalisés chaque année conformément aux dispositions de l'article 8 de la convention fixant la salle d'audience au centre hospitalier Montperrin d'Aix-en-Provence. La distance à parcourir pour rejoindre cet hôpital constitue manifestement un obstacle sérieux à l'exercice d'un droit fondamental : l'accès des patients à leur juge.

Dans sa réponse, le directeur du CHM convient que « *l'installation d'une salle d'audience faciliterait le respect des droits des patients et leur comparution ainsi que la logique soignante. Ce point sera abordé dans le bilan de la convention avec le CH de Montperrin.* » Il précise que « *dans les maquettes organisationnelles des services intra hospitaliers, un poste de travail IDE du lundi au vendredi est prévu pour pouvoir assurer ces accompagnements* ».

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST LA REGLE

Le site du Vallon est constitué d'un petit parc arboré sur lequel est édifié un bâtiment séparé de la voie publique par une large zone de stationnement et un cheminement. Les unités de psychiatrie sont installées dans ce bâtiment de type « R+2 » qu'elles partagent avec le centre de gérontologie, chacune des deux entités étant séparée et ayant sa propre entrée.

Les unités d'hospitalisation sont également ouvertes dans la journée, de 8h30 jusqu'à 20h, seulement jusqu'à 19h30 pour l'unité G24. Toutefois, dans chaque unité est aménagée une « zone fermée » comportant quatre lits, où peuvent être hébergées des personnes qui n'ont pas le droit de sortir. L'affectation des patients dans cette zone résulte en principe d'une décision médicale mais il est évident que lorsqu'aucun lit n'est disponible en « zone ouverte », des patients qui ne font pas l'objet d'interdiction de sortir devront y être hébergés. Il a été précisé qu'en pareil cas, ces patients peuvent sortir de la zone – et donc de l'unité – autant qu'ils le souhaitent mais devront attendre qu'un soignant soit disponible pour leur ouvrir.

Lorsque le nombre de patients qui ne peuvent sortir excède la capacité de la zone fermée, les unités restent ouvertes, et ces patients respectent de façon générale l'interdiction, attendant pour sortir qu'une personne, soignant ou proche, soit disponible pour l'accompagner lorsque cette possibilité est admise.

Les patients peuvent également se rendre en salles d'activité et à la cafétéria situées au rez-de-chaussée.

Ainsi, les unités sont toutes ouvertes admettent quel que soit le mode d'admission de leurs patients (soins libres ou soins sans consentement). Ceux-ci peuvent circuler librement au sein de l'hôpital et en dehors, aucun système de fermeture n'étant en place. Toutefois, ceux hospitalisés dans les services situés dans les étages n'ont pas d'accès direct à un espace arboré, voire sont moins enclins pour certains à sortir s'ils ne sont pas stimulés.

5.2 LES RESTRICTIONS DANS LA GESTION DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT LIMITEES

Les équipes de chaque unité se prévalent de prises en charge différentes mais ces différences ne portent pas sur les conditions de vie faites aux patients. Hormis ce qui a été mentionné ci-dessus sur les conditions de sortie, dans toutes les unités les restrictions dans les conditions de vie sont limitées.

Les patients peuvent se rendre dans leur chambre à tout moment, le ménage y est fait, dans la mesure du possible, lorsqu'ils en sont absents. Les seuls horaires imposés sont ceux des repas.

Les patients ne sont jamais revêtus du pyjama hospitalier hormis en chambre d'isolement.

5.2.1 Les relations avec l'extérieur

Les possibilités de communiquer avec l'extérieur ne connaissent, en principe, pas de restriction : le courrier arrivé est distribué clos aux patients mais ceux-ci doivent ouvrir devant les soignants les colis qu'ils reçoivent afin que soit vérifié qu'ils ne contiennent ni objet dangereux ni substance illicite. Les patients dépourvus de ressource peuvent confier le courrier qu'ils envoient aux soignants qui y apposent le cachet du service, l'envoi est donc gratuit pour le patient, quel que soit le destinataire.

Les patients conservent téléphone personnel et chargeurs dans les unités G24 et G25. A l'unité G23, ils doivent les remettre aux soignants et n'y ont accès que de 11h à 12h et de 16h à 18h. Toutefois, ils peuvent demander à l'utiliser en dehors de ces plages horaires pour passer un appel à condition que ce soit « *pour un bon motif* » apprécié comme tel par les soignants. Pour justifier cette restriction, les médecins font valoir que la perte de la temporalité est un fait de la psychose, or, « *comment restructurer une personne totalement déstructurée ? ça passe par le temps et l'espace* ». Le caractère médical de ce motif le prive de pertinence pour une restriction qui est d'application générale dès lors que tous les patients ne souffrent pas des mêmes troubles.

PROPOSITION 10

Les restrictions à l'accès au téléphone doivent être individualisées et justifiées par l'état clinique du patient.

Pour les patients qui ne possèdent pas de téléphone portable, un téléphone mural est installé dans le vestibule de l'entrée, il permet de passer des appels (numéros composés par la secrétaire ou les soignants) dans une absence totale de confidentialité.

Les patients peuvent également conserver leur ordinateur ou leur tablette.

Lors de la visite, aucun accès à internet n'était fourni, selon les informations recueillies auprès de la cellule qualité qui exploite les questionnaires de satisfaction, le Wifi devait être installé dans tout l'hôpital en juin 2019.

En cas de besoin pour des démarches administratives ou consulter leurs mails, les patients peuvent utiliser l'ordinateur du bureau des infirmiers en présence d'un soignant.

Les visites sont autorisées l'après-midi. Des exceptions peuvent être permises en cas de contraintes des familles et des visites sont alors admises le matin. Aucune des unités ne dispose de salon réservé aux visites. Celles-ci peuvent donc avoir lieu dans la grande salle de vie, dans la cour du rez-de-chaussée, à l'extérieur du bâtiment, donc sans aucune intimité. Si nécessaire, un bureau médical peut être mis à disposition. Les visiteurs ne sont pas admis dans les chambres sauf si le proche souhaite voir la chambre dans laquelle vit le patient mais sans plus. A l'unité G25, les visiteurs peuvent entrer dans la zone des chambres d'isolement.

Les enfants visiteurs ne sont pas admis dans les unités, sauf à l'unité G24 sur autorisation médicale.

PROPOSITION 11

Une salle doit être aménagée pour permettre le déroulement de visites dans l'intimité.

Chaque unité ne dispose que d'un seul téléviseur installé dans la « salle de vie-réfectoire-salle d'activité ». Les soignants conservent la télécommande, la donnent éventuellement à la demande dans l'unité G25 ; dans les deux autres unités, eux seuls peuvent donc l'allumer, l'éteindre, régler le son ou choisir le programme, sauf à l'unité G23 où les patients peuvent changer de chaîne.

Dans sa réponse, le directeur du CHM indique que *cette question ainsi que celles de la salle des visites et des salles d'eau des chambres (Cf. PROPOSITION 12 ci-dessous) sera intégrée dans les travaux d'humanisation. Il précise qu'au projet déposé en février 2017 a fait suite un second projet plus ambitieux déposé en juillet 2019 auprès des services de l'ARS PACA. Le démarrage de l'opération est prévu pour fin 2020.*

5.2.2 L'accès au tabac

Tous les patients, notamment ceux qui ne sont pas autorisés à sortir, peuvent fumer dans la salle prévue à cet effet dans chaque unité. Ces salles sont meublées de fauteuils et agrémentées de plantes et de décorations ; elles sont ouvertes jour et nuit. Les patients qui peuvent sortir se rendent également à l'extérieur du bâtiment pour fumer.

Les patients conservent leurs paquets de cigarette et leur briquet (ou allumettes) sauf cas particulier (sur décision du médecin) et sauf chambre d'isolement (CI) et chambre de soins intensifs (CSI). Les interdictions sont rares.

Chacun gère sa consommation. Les soignants conservent toutefois le tabac de certains patients, notamment ceux qui ne peuvent se restreindre. Les patients qui le souhaitent peuvent également confier leur réserve (pour éviter des vols) aux soignants qui la conservent dans un casier rangé dans leur bureau (avec identification). Les familles (ou tuteurs) les approvisionnent. A défaut et en cas de besoin, les soignants vont en acheter en ville et fournissent un ticket pour justifier de la dépense. On ne laisse jamais personne sans tabac.

Aucune action d'éducation thérapeutique spécifique n'est proposée mais l'accès aux substituts nicotiques est possible

5.3 LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS

Ce sujet est géré au cas par cas lorsque les circonstances se présentent. Aucune politique n'est définie ni au niveau du pôle ni au sein des unités hormis à l'unité G25, dont les règles de vie interdisent les relations sexuelles entre patients dans l'unité ; la réalité y est toutefois plus nuancée.

Lorsque les soignants repèrent des couples en formation, le sujet est abordé en équipe mais cela reste difficile (difficile équilibre entre protection des plus faibles et le respect des choix de chacun). Cette relation est alors abordée lors des entretiens médicaux avec les intéressés.

Le comité d'éthique ne s'est jamais emparé de ce thème et les soignants ne reçoivent pas d'aide extérieur à l'unité.

Des préservatifs sont placés sur le chariot de soins et des contraceptions sont proposées aux femmes.

Ce thème est aussi abordé dans le cadre de la prévention santé.

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LES LOCAUX SOUFFRENT DE NOMBREUX DESORDRES IMMOBILIERS ET TOUTES LES CHAMBRES NE DISPOSENT PAS ENCORE D'UNE SALLE D'EAU ATTENANTE

Dans la partie affectée à la psychiatrie, le rez-de-chaussée du bâtiment est occupé par un vaste hall desservant les bureaux des médecins, la zone de sociothérapie, les secrétariats des unités du G23 et du G25, les bureaux des assistantes sociales, l'unité du G24 et une cour commune. Les deux autres unités sont situées aux 1^{er} et 2^{ème} étages (respectivement l'unité du G25 et du G23) et, contrairement à celle du G24, ne disposent pas de leur propre cour.

Chaque unité regroupe trois zones :

- une zone commune avec un fumoir (ouvert en permanence, jour et nuit) et une grande salle faisant fonction de salle à manger, de salle de télévision et de salle d'activités ; la salle de télévision est équipée de plusieurs fauteuils faisant face au téléviseur et servant de séparation avec le reste de la pièce ; une petite bibliothèque avec quelques livres vieillots et quelques rares jeux de société y sont rangés ;
- une zone regroupant les chambres ainsi qu'une salle de bains, un WC librement accessible et une lingerie ;
- une zone fermée avec deux chambres d'isolement et de deux à quatre chambres de « soins intensifs » (Cf. § 0).



Salle de télévision et salle à manger à l'unité du G25

La salle de soins, le bureau infirmier et la salle de repos des soignants sont vitrés et donnent directement, d'une part, sur la salle commune et, d'autre part, sur l'espace de soins intensifs. Les sollicitations sont fréquentes et la salle de repos sert aussi, souvent, à des discussions avec des patients, dans un cadre plus informel. Les bureaux des cadres de santé sont, en revanche, éloignés du cœur de l'unité : sur le palier, avant l'entrée dans l'unité, au G25 et au G23 ; dans un couloir desservant les chambres au G24.

Au sein des trois unités, dix-huit chambres sont individuelles (cinq au G23 ; six au G24 ; sept au G25) et vingt-deux sont partagées par deux personnes (huit au G23 ; sept au G24 ; sept au G25). Ainsi, moins d'un lit sur trois est installé dans une chambre individuelle. Ces chambres ont été rénovées voici quelques années et disposent d'une salle d'eau attenante à l'exception de sept d'entre elles,

situées à l'unité du G24, qui en sont toujours dépourvues. Dans le cadre d'un projet d'humanisation des locaux de psychiatrie prévu par la direction, ces sept chambres doivent être mises au même niveau de confort que les autres.

Les chambres sont équipées de façon classique mais ne sont pas dotées d'un bouton d'appel. Chaque patient dispose d'un placard dont la clé lui est remise. En revanche, il n'a pas la possibilité de fermer la chambre à clé. Les salles d'eau, avec un WC, un lavabo et une douche, sont identiques dans toutes les chambres.

PROPOSITION 12

Les salles d'eau des chambres à deux lits devraient être équipées de deux lavabos pour que chaque patient dispose du sien.

Malgré la rénovation évoquée *supra*, les locaux ont vieilli et de nombreux désordres immobiliers apparaissent. Les fuites d'eau sont récurrentes et le bâtiment en porte les traces avec, notamment, des plaques de faux plafond détériorées ou même retirées et des sols de salles d'eau abîmés. Les contrôleurs ont également constaté que des volets électriques étaient en panne, que des plaques avaient été retirées des climatiseurs, que de l'eau s'écoulait de la salle d'eau vers la chambre en raison d'une mauvaise inclinaison du sol et de l'absence de barre de seuil, que les meubles des lavabos, en aggloméré, s'effritaient et que des odeurs nauséabondes se dégageaient du siphon de sol de la douche.



Lavabo d'une salle d'eau et climatiseur à l'unité du G25

Des patients se sont plaints de la climatisation, jugée insuffisante, car « *il fait trop froid en hiver et trop chaud en été* ». De plus, il a été indiqué que, lorsque le mistral souffle, l'air pénètre par les interstices des fenêtres et que les patients avaient froid, ce qui nécessitait de fournir des couvertures supplémentaires.

PROPOSITION 13

Le projet d'humanisation prévu par la direction de l'hôpital doit aller au-delà de la seule rénovation des chambres du G24 non encore équipées de salle d'eau et des chambres d'isolement et de soins intensifs et doit s'étendre aux autres chambres pour régler les différents désordres immobiliers.

6.1 L'HYGIENE EST CORRECTEMENT ASSUREE

Les locaux sont entretenus par les agents des services hospitaliers (ASH) affectés dans chaque unité et d'autres en charge des locaux communs (notamment le hall d'entrée du bâtiment et l'espace de sociothérapie). En règle générale, un ASH est présent le matin et un autre l'après-midi dans chaque unité. Selon les informations recueillies, cet effectif a été réduit, ce qui a eu un impact sur la qualité de la prestation fournie. Les locaux sont apparus propres mais d'un niveau variable selon les unités. Les draps sont changés deux fois par semaine et plus, si nécessaire.

Les patients ont un accès aisé à la douche lorsqu'ils sont hébergés dans des chambres équipées d'une salle d'eau ; les autres peuvent facilement utiliser une douche collective. Chaque unité dispose également d'une salle de bains, accessible en fonction de la disponibilité des soignants pour les personnes non autonomes.

Les personnes hospitalisées doivent apporter leur nécessaire de toilette. L'hôpital fournit toutefois les produits d'hygiène pour ceux qui n'ont pas les moyens d'en avoir.

En règle générale, les familles prennent en charge l'entretien du linge personnel. Les patients qui ne bénéficient pas d'un tel soutien peuvent utiliser les machines à laver installées à cet effet dans les unités en fournissant la lessive ; l'hôpital supplée pour ceux qui n'ont pas les moyens d'en acheter. En dernier recours, le linge peut être confié à la blanchisserie de l'établissement et la prestation est alors gratuite.

6.2 LES PATIENTS QUI LE SOUHAITENT PEUVENT CONSERVER DES OBJETS DE VALEUR SOUS LEUR PROPRE RESPONSABILITE

A l'arrivée, les biens des patients sont inventoriés. Les objets jugés dangereux sont retirés et conservés, au nom du patient, dans un endroit accessible aux soignants ; ils peuvent ensuite être restitués au coup par coup, comme les rasoirs, le temps strictement nécessaire à leur usage. Les documents (carte nationale d'identité, etc.) sont rangés dans un casier, dans l'unité. Les valeurs (argent liquide au-delà de 30 euros, carnets de chèques, cartes bancaires, bijoux, etc.) sont remises à la régie qui les conserve dans un coffre ; lorsque l'arrivée se déroule en dehors des heures d'ouverture de la régie, les soignants disposent d'un moyen pour les glisser dans le coffre.

Cet inventaire est normalement effectué de façon contradictoire, sauf si l'état du patient ne le permet pas. Tel n'est pas le cas dans l'unité du G24 car l'inventaire n'est tracé ni sur un imprimé ni sur un support dématérialisé, alors que les règles de vie le prévoient. Dans aucune des unités, une copie n'est remise à la personne concernée.

PROPOSITION 14

Un inventaire contradictoire des objets retirés et conservés par l'hôpital, tracé sur un document, signé par les soignants et par le patient concerné, doit être établi à l'arrivée dans l'unité et un exemplaire remis au patient.

Dans sa réponse, le directeur du CHM indique que *la procédure d'inventaire mise en place aux urgences fin 2019 sera déclinée en psychiatrie.*

Le patient conserve ainsi ses vêtements, son poste de radio, son téléphone (sauf cas particulier) etc. Il peut ranger ces objets le placard de sa chambre dont il possède la clé. S'il le souhaite, il peut aussi conserver des objets de valeur (comme un ordinateur) ou de l'argent au-delà des 30 euros mais il est informé que c'est alors à ses risques et périls et que l'hôpital ne sera pas responsable en cas de perte ou de vol, étant observé que les chambres ne ferment pas à clé.

La régie, dont le bureau est installé au rez-de-chaussée, est ouverte de 9h à 12h du lundi au vendredi. Les patients s'y présentent théoriquement accompagnés d'un soignant mais, dans la pratique, souvent seuls. Les retraits d'argent pour une autorisation de sortie en fin de semaine doivent donc être anticipés et être effectués avant le vendredi midi.

Un dispositif a été mis en place pour avancer de l'argent aux patients démunis au moment de leur arrivée ou, ultérieurement, dans l'attente d'un virement. L'association Mosaïque, gérée par des soignants, peut ainsi prêter 30 euros et la somme doit être remboursée dans un délai d'un mois.

BONNE PRATIQUE 2

La possibilité offerte aux patients de bénéficier d'un prêt d'argent pour répondre à des besoins urgents dans l'attente d'un virement constitue une aide appréciable.

6.3 LES REPAS SONT PRIS LIBREMENT DANS LA SALLE COMMUNE MAIS DES DOLEANCES PORTENT SUR LA QUALITE ET LA QUANTITE ET LES MENUS NE SONT PAS CONNUS A L'AVANCE

Les repas sont pris dans la salle à manger, par table de quatre, avec un placement libre. Les patients placés dans les chambres de soins intensifs peuvent éventuellement s'y joindre lorsque leur état de santé s'est amélioré et le permet. A l'unité du G23, il a été indiqué que la personne qui le demande et en justifie, peut prendre son repas dans sa chambre.

Le petit déjeuner est servi vers 8h30, le déjeuner à 12h, le goûter (sauf à l'unité du G23) à 16h, le dîner à 19h et la tisane vers 22h. Pour l'apprentissage de l'autonomie, a-t-il été indiqué, les patients mettent le couvert (avec des assiettes, couteaux, fourchettes et verres ordinaires et non en plastique), débarrassent en fin de repas (ils jettent les déchets dans une poubelle et placent les assiettes et couverts dans des bacs) et nettoient leur place à table.

Les repas sont très rapidement pris : souvent, en 10 à 15 mn ; lorsque les convives ont mangé, ils sortent ensuite de table à leur rythme. Lors des déjeuners auxquels les contrôleurs ont assisté, les discussions entre patients étaient très rares ; tel n'est pas le cas du goûter, moment manifestement très attendu et convivial.

Les soignants ne partagent pas le repas avec les patients. Toutefois, quelques moments de convivialité sont organisés au cours de l'année ; ainsi, à l'unité du G25, un barbecue est prévu en été et un atelier de culinothérapie se tient une fois par mois, le week-end.

Les repas sont préparés par la cuisine centrale de l'hôpital et livrés en liaison froide. Des régimes sont prévus. Les menus de la semaine ne sont pas affichés ; des soignants ont indiqué le découvrir, eux-mêmes, le matin, lors de la livraison.

PROPOSITION 15

Les menus de la semaine doivent être affichés dans l'unité pour permettre aux patients d'en être informés.

Les patients ne peuvent pas conserver de denrées alimentaires dans leur chambre. Les paquets de gâteaux et les boissons sont conservés dans le réfrigérateur de l'office et restitués pour le goûter. Le souci d'éviter le surpoids explique cette restriction, a-t-il été précisé. Il arrive cependant que des patients appellent un service de livraison rapide et se fassent livrer une pizza qu'ils partagent dans la cour.

Les questionnaires de sortie font apparaître le taux de satisfaction le plus faible pour la qualité des repas. Selon les informations recueillies, ce résultat devrait entraîner des évolutions, avec la possibilité de choix entre deux propositions pour l'entrée, le plat principal et le dessert ; les aversions seraient également prises en compte.

Les soignants ont indiqué que les quantités n'étaient pas toujours suffisantes. Ils font remarquer que les besoins des patients de psychiatrie (qui bougent beaucoup dans la journée, se déplaçant, se promenant, participant à des activités, etc.) ne sont pas les mêmes que ceux des autres services de l'hôpital général et que ces personnes restent parfois longtemps au sein de l'unité (alors que les autres ne sont souvent hospitalisés que pour de courtes durées). Le pain, notamment, ne serait pas toujours fourni en quantité suffisante.

PROPOSITION 16

Une attention doit être portée aux repas servis aux patients des unités de psychiatrie, ceux-ci restant généralement beaucoup plus longtemps que ceux hospitalisés dans les autres services et ayant une activité physique également plus importante.

7. L'ACCES AUX SOINS

7.1 LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE AUX URGENCES SONT ORGANISEES DE FAÇON STRUCTUREE MAIS DES PRATIQUES CONTREVIENNENT AUX DROITS DES PATIENTS

7.1.1 L'organisation des urgences psychiatriques

Le service d'accueil des urgences (SAU) du CHM inclut une unité intersectorielle de psychiatrie d'accueil d'urgences et de liaison (UIPAUL) rattachée au pôle de psychiatrie. Celle-ci dispose de deux bureaux, l'un pour le secrétariat et l'autre pour les consultations médicales. Un psychiatre dépendant du pôle de psychiatrie y est affecté à temps plein ainsi qu'une infirmière présente 24h/24. Une secrétaire à temps plein complète cette équipe.

Ce pôle fonctionne de 8h à 18h30 du lundi au vendredi et de 8h30 à 13h30 le samedi matin. Les nuits, week-ends et jours fériés sont couverts par un psychiatre de garde sur place. L'ensemble des psychiatres du CHM participe à cette garde celle-ci couvrant tout appel pour un motif psychiatrique et ce quels que soient les services du CHM.

La procédure d'accueil et de prise en charge d'un patient connu ou non connu en psychiatrie est assez classique. Quel que soit le patient, l'infirmière d'orientation et d'accueil (IOA) établit une première évaluation avant d'informer l'équipe de psychiatrie.

Tout patient adressé pour une mesure de soins sans consentement (SSC) déjà formalisée (SDRE ou SDDE) est pris en charge par l'équipe de l'UIPAUL qui assure l'admission, la vérification des demandes des tiers et du ou des certificats d'admission et engage les procédures. Lorsque la recherche d'un tiers s'impose, la famille ou un proche sont le plus souvent sollicités en première intention. Peu d'admission en soins pour péril imminent (SPI) sont engagées compte tenu de l'incompatibilité des médecins des urgences à signer ce type de certificat d'admission, ceux-ci dépendant du même établissement de santé que les services de psychiatrie.

La plupart des patients faisant l'objet d'une mesure de SSC sont admis dans un des trois services de psychiatrie après passage aux urgences. Tous les examens somatiques d'entrée sont réalisés aux urgences par un urgentiste senior et font l'objet d'une fiche médicale jointe au dossier du patient.

Selon les informations communiquées aux contrôleurs les patients sont informés de leur situation et de leurs droits si leur état clinique le permet.

7.1.2 Prise en charge des patients relevant d'une mesure de soins sans consentement (SSC)

Le problème majeur rencontré par le SAU porte sur un manque de lits de psychiatrie d'aval conduisant au maintien dans le service des urgences d'un certain nombre de patients admis pour des SSC. Ce maintien peut durer de quelques heures à plusieurs jours.

Ces patients peuvent être placés sur un brancard ou installés dans un lit de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) mais quel que soit le mode d'admission, ils sont mis sous contention et sédatisés. Les mesures de contention sont enregistrées dans le registre isolement/contention. Le nombre de contention en 2018 s'est élevé à quatre-vingt-dix-sept ; quatre-vingt-dix-sept patients ont donc attendu plusieurs heures voire plusieurs jours avant d'être hospitalisés en psychiatrie. Quatre-vingt-dix de ces patients ont été mis sous contention au moins une nuit entière sinon une journée et sept d'entre eux le sont restés plus de deux jours voire jusqu'à six jours.

Le rapport annuel présenté à la CDU en décembre 2018 relève quatre-vingt-douze mesures de contention pour quatre-vingt-cinq patients notant que ces données correspondent à une moyenne observée en France. Ne figure par ailleurs aucune analyse sur les mesures à prendre pour diminuer ces pratiques. Quelles que soient les moyennes, la pratique de décisions de contention systématique pour des patients en SSC en attente d'être hospitalisés en psychiatrie, faute de lits, n'est pas acceptable. Ce sont, *in fine*, les patients qui sont les otages d'une organisation défaillante et à qui sont imposées des mesures de contraintes pour des raisons de sécurité et non cliniques.

Ces décisions (considérées à tort aux urgences comme des prescriptions) devraient faire l'objet de fiches de décision assorties de prescriptions médicales initiales pour 6 heures, de renouvellement toutes les 24 heures et de fiches de surveillance du personnel soignant, les mesures de contention mécanique au-delà de 24 heures devant être exceptionnelles. Ces patients sont, en effet, en attente d'hospitalisation, or, la mesure de SSC ayant été finalisée soit par décision du directeur soit par arrêté préfectoral, leur présence au service des urgences, non habilité pour recevoir ce type de patient, ne peut être tolérée plus que quelques heures.

Le transfert des patients en psychiatrie se fait en ambulance en présence d'un soignant.

RECOMMANDATION 2

Les mesures de contention décidées aux urgences pour les patients faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement, doivent être exceptionnelles et explicitées médicalement. Elles doivent être tracées (fiches de décision médicale initiale et de renouvellement et fiche de surveillance) et faire l'objet d'une analyse régulière à tout le moins annuelle.

Dans sa réponse, le directeur du CHM convient que *ces documents de traçabilité doivent être prévus ainsi qu'une formation à la psychiatrie pour les urgences de l'UIPAUL*

7.1.3 Perspectives à venir

Le CHM a pour projet la création d'un centre d'accueil psychiatrique 48 heures (CAP 48). Ce projet, qui date de plusieurs années, devrait être réalisé en 2019/2020. L'UIPAUL disparaîtrait au profit du CAP 48. Celui-ci assurerait les prestations actuelles et serait, en outre, doté de quatre lits d'hospitalisation qui permettraient de prendre en charge les patients en situation de crise évitant des hospitalisations non consenties arbitraires.

RECOMMANDATION 3

Le projet de réalisation d'un centre d'accueil psychiatrique 48 heures doit être mis en œuvre dans les meilleurs délais.

7.2 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT DISPENSES AVEC BEAUCOUP DE BIENVEILLANCE MAIS SANS POLITIQUE GENERALE ARRETEE AU NIVEAU DU POLE

7.2.1 Structuration et organisation du pôle de psychiatrie

Aucun rapport annuel d'activité ni au niveau du pôle ni au niveau des services n'est établi. De même il n'y a pas de projet par service.

Le conseil de pôle se réunit au moins une fois par an en principe en fin d'année. Un bureau de pôle se réunit bimestriellement. Les cadres de pôle et des services se réunissent toutes les semaines.

Les trois services du pôle fonctionnent indépendamment l'un de l'autre, chacun ayant sa propre philosophie de la psychiatrie, institutionnelle pour l'un donc orientée vers une psychothérapie qui met l'accent sur la dynamique de groupe et la relation entre soignants et soignés ce qui a été constaté sur place, tourné vers la chimiothérapie, la psychiatrie biologique et la thérapie comportementale et cognitive (TCC) pour un deuxième, le troisième privilégiant une approche sociologique.

Le chef de pôle a initié une réunion de l'ensemble des psychiatres tous les mardis. L'objectif est d'échanger sur des projets, des situations difficiles, voire définir les grands axes d'une politique commune. Peu de médecins participent à ces réunions souhaitant garder leur autonomie, leur crainte étant le risque d'installer un rapport pyramidal.

Un système de garde est organisé au niveau du pôle. L'ensemble des psychiatres y participe.

La garde de nuit court de 18h30 à 8h30. Le praticien de garde doit répondre aux urgences du site du Vallon (psychiatrie et gériatrie) et des patients arrivant aux SAU du CHM.

Le pôle de psychiatrie n'a toujours pas bénéficié du déploiement du dossier patient informatisé (DPI) pourtant installé dans les services MCO⁶ du CHM. Les dossiers médicaux et de soins sont toujours des dossiers papier dont le classement peut différer d'un service à un autre. Cette situation entraîne une perte de temps pour les médecins, le suivi d'un dossier ou la recherche de pièces étant parfois compliqué, et ne facilite guère les échanges d'informations entre services.

PROPOSITION 17

Chaque service doit se doter d'un projet de service précisant l'organisation et le fonctionnement de celui-ci ainsi que son articulation avec le pôle de référence. Si une latitude peut être laissée à ces services quant à ces règles d'organisation et de fonctionnement respectant leur philosophie, celles ayant un impact sur les modalités de prise en charge des patients et leurs droits doivent être concertées avec la direction du pôle et évaluées. L'informatisation du dossier patient contribuera à faciliter les échanges d'information.

7.2.2 Prise en charge des patients

Les trois services couvrent des secteurs identiques de 80 000 habitants pour deux d'entre eux et de 65 000 pour le troisième. Ces services ont tous la même configuration incluant une unité ouverte de vingt et un lits, une unité fermée de quatre lits dite de « soins intensifs » et un secteur d'isolement de deux lits (Cf. § 8).

Au moins deux praticiens hospitaliers temps plein sont affectés dans chaque unité de soins, ces emplois du temps permettent de couvrir l'ensemble de la journée. La présence de ces psychiatres est effective et très sécurisante pour le personnel soignant. Chaque secteur compte au moins cinq psychiatres temps plein.

Les trois services, quel que soit le courant de la pensée psychiatrique retenu, présentent un certain nombre de similitudes notamment concernant leur fonctionnement et leur organisation.

L'organisation des équipes soignantes de jour comme de nuit est identique. Les effectifs sont jugés suffisants.

⁶ MCO : médecine-chirurgie-obstétrique

Les patients sont accueillis à leur admission par le cadre de santé ou un infirmier et sont vus très rapidement par un psychiatre.

Une réunion institutionnelle hebdomadaire est organisée dans chaque service ainsi qu'un *staff* clinique animé par les psychiatres, associant le personnel soignant des équipes intra et extra hospitalière, les psychologues et l'assistante sociale. Ces réunions permettent, avec le concours de tous, d'adapter au mieux la prise en charge de patients notamment ceux devant faire l'objet d'un changement de mode d'hospitalisation ou d'une sortie – de courte durée ou définitive –, chaque professionnel apportant sa contribution.

Les consultations des patients sont décidées au cas par cas par les psychiatres selon leur état clinique. La présence de soignants à ces consultations n'est pas systématique dans les trois services. Aucun relevé d'activité ne permet de connaître le volume exact de celles-ci. Elles sont uniquement tracées dans les observations figurant dans le dossier médical. Un programme de soins personnalisé n'est pas défini pour chaque patient.

Nonobstant ces quelques similitudes, chaque service de ce pôle fonctionne avec sa propre logique, chaque chef de service méconnaissant le fonctionnement de ses confrères et les soignants adoptant et revendiquant les pratiques du service ou ils sont affectés. Indirectement la prise en charge des patients peut s'en trouver impactée.

Ainsi, les prescriptions d'activités thérapeutiques voire la conception de programme d'éducation thérapeutique du patient diffèrent d'un service à un autre, étant constaté que les initiatives, notamment de projets intersectoriels, sont proposées et portées souvent par le même service, les deux autres se désolidarisant de ces démarches. Les comptes rendus des réunions de pôle sont à cet égard illustratifs de ces divergences.

L'absence de « politique commune » concernant les mesures d'isolement et de contention (Cf. § 8) est un second exemple et la lecture des résultats de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) conduite sur ce sujet montre les différences pouvant être observées entre les services.

Un service concentre les quelques patients présents depuis de nombreuses années, 15 ans pour l'un et 10 ans pour deux autres d'entre eux. Les psychiatres ont fait part de leur épuisement pour la recherche de solution. Les raisons évoquées sont une absence de structures d'aval adaptées pouvant les prendre en charge. Ces dossiers à ce stade de leur gestion dépassent le seul cadre du secteur. Ce dossier devrait être abordé en réunion de pôle.

Un autre sujet concerne la consommation de stupéfiants. Les unités étant ouvertes, les patients peuvent sortir librement et se procurer de la drogue ou d'autres produits illicites notamment à l'entrée de l'hôpital. Ce trafic est connu, semble d'importance, les « dealers » étant soit d'anciens malades, soit les malades eux-mêmes, soit des personnes extérieures à l'établissement. Ces prises de drogues associées à des troubles psychotiques conduisent à placer ces patients dans le secteur de « soins intensifs ». Aucune politique n'est définie et ce sujet ne semble avoir fait l'objet d'échanges tant au niveau du pôle (aucun compte rendu de réunion de pôle durant la dernière année n'évoque cette problématique) que du CHM.

Le suivi des patients reconnus toxicomanes est assuré par les psychiatres des services, alors même qu'il existe un service d'addictologie au CHM.

Ces quatre sujets, et ce ne sont pas les seuls, montrent l'importance d'échanges collégiaux. Chaque service peut en effet avoir sa propre philosophie mais celle-ci ne doit pas être un frein à une réflexion collégiale sur les dossiers requérant une politique commune.

PROPOSITION 18

La mise en place d'une instance collégiale associant l'ensemble des médecins psychiatres du pôle de psychiatrie est un impératif. L'absence de politique institutionnelle et les tensions observées entre les services et les médecins sont nuisibles à la qualité de la prise en charge des patients qui *in fine* sont les victimes de ces discordes.

Dans sa réponse, le directeur du CHM indique *qu'une telle instance existe mais que peu de psychiatres y participent. Un rappel à l'ordre a été opéré en vain.*

7.2.3 Les secteurs de « soins intensifs »

Les secteurs fermés des unités, dits de « soins intensifs », d'une capacité de quatre lits chacun, accueillent essentiellement des patients en SSC en période de crise voire des patients venant du secteur d'isolement. L'activité de ces secteurs n'est pas individualisée, ces lits étant comptabilisés dans les vingt-cinq lits de chaque unité. En conséquence il est très difficile d'avoir une approche plus précise de leur fonctionnement, du type de patients qui y sont admis et de la durée d'hospitalisation.. Les locaux sont identiques d'un service à un autre à une différence près pour les deux services situés dans les étages. Ceux-ci ont, en effet, la possibilité de séparer cet espace en deux par une porte, une partie pouvant être ouverte directement sur l'unité ouverte le jour. Ces locaux, notamment les chambres et les sanitaires sont vétustes, dégradés pour les sanitaires et peu accueillants. Un espace commun entre les deux chambres sert de salle polyvalente équipée d'une table où les patients peuvent prendre leurs repas, de chaises et d'un poste de télévision encastré en hauteur dans un coffre en bois : l'image est peu distincte. Les patients peuvent fumer et garder leurs vêtements personnels.

Les chambres sont équipées d'un système d'éclairage pouvant être commandé par les patients mais dépourvues de système d'appel. Ces secteurs de soins intensifs n'ont pas de règles de vie propres.

La prise en charge des patients est adaptée à chaque cas clinique incluant pour certains des soins intensifs séquentiels sur prescription médicale permettant à ces patients des sorties dans la partie ouverte.

PROPOSITION 19

La mise en place d'un recueil de données d'activité individualisé des trois secteurs de soins intensifs permettra d'avoir une meilleure connaissance du fonctionnement de ces lits, des patients qui y sont admis et des modalités de leur prise en charge.

7.3 L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DES ACTIVITES THERAPEUTIQUES NE PERMETTENT PAS DE CONTRIBUER A UNE PRISE EN CHARGE DES SOINS DE QUALITE

L'unité de sociothérapie, unité dépendante du pôle de psychiatrie, a pour mission le développement d'activités et ateliers à visée socio-thérapeutiques dans le cadre d'un processus soignant destiné aux patients des trois services de ce pôle.

Placée sous la responsabilité d'un praticien hospitalier psychiatre et d'un cadre de santé, l'unité dispose d'une équipe pluridisciplinaire qualifiée de quatre soignants dont aucun n'est ergothérapeute, psychomotricien ou éducateur spécialisé. De plus, cette unité a dû faire face au cours de l'année 2018 à de nombreux congés maladie ayant retardé la mise en place de projets.

Les activités se déroulent au rez-de-chaussée du bâtiment abritant les trois services de psychiatrie, des activités peuvent être organisées à l'extérieur. Les locaux se limitent à une grande salle d'activité polyvalente, une pièce réservée aux ateliers d'esthétique et de coiffure et une cafeteria. Des activités de jardinage ont lieu dans le jardin donnant directement sur l'unité située au rez-de-chaussée. L'unité est ouverte de 10h15 à 11h45 le matin et de 14h15 à 15h30 l'après-midi. La cafeteria située au même niveau est ouverte de 13h à 13h30 et de 16h à 16h30. Des activités externes sont organisées tous les vendredis après-midi (médiathèque, supermarché, ballades...) tous les patients quel que soit leur statut pouvant y participer. Ces horaires s'entendent du lundi au vendredi, les week-ends et jours fériés étant exclus.

Un planning d'activités thérapeutiques est établi chaque semaine et affiché dans chaque service. Toute demande de prise en charge fait l'objet d'une prescription de soins socio thérapeutiques. Des infirmiers accompagnent les patients lors de sorties thérapeutiques. Ces sorties sont, de fait, très rares compte tenu d'effectif de personnel soignant limité, une des raisons étant le nombre d'arrêts maladie. Deux associations émanant du CHM interviennent en interne. Elles sont financées par des crédits de l'ARS et du CHM. Elles organisent des activités thérapeutiques et occupationnelles, du personnel soignant du pôle en assurant l'animation.

Le jour du contrôle approximativement 50% des patients de chaque service étaient inscrits à des activités. Hormis ce nombre brut de patients inscrits, aucun bilan n'est publié à tout le moins aucun bilan n'a été communiqué sur le fonctionnement de l'unité de sociothérapie (fréquentation par activités, liste d'attente, présents, absents...etc.) Ce bilan pourrait en effet contribuer et participer à la réflexion sur l'évolution de ces prises en charge.

Les activités selon les documents remis devraient répondre à des objectifs thérapeutiques précis tels que la réhabilitation psychosociale, la remédiation cognitive, le corps et la création, etc. Or les activités apparaissent peu diversifiées et limitées dans le temps. Le planning de la semaine communiqué montre une sous occupation de ces locaux et des temps d'ouverture très courts. La cafeteria est très peu fréquentée mais les horaires d'ouverture sont probablement un frein à ce constat. De fait les ateliers proposés aujourd'hui aux patients, ce sur prescription médicale, sont plus des ateliers organisationnels que thérapeutiques et limités dans le temps. Pourtant ces activités sont des enjeux majeurs pour ces patients. Un des services a mis en place des groupes de parole associant les patients et les familles concernant notamment les patients bipolaires et schizophrènes.

Lors de la visite, aucune activité d'éducation thérapeutique du patient et/ ou de psychoéducation n'était dument formalisée. Ce projet est inscrit dans le projet médical 2019/2023, mais à ce jour celui-ci n'est pas structuré au niveau du pôle. Ce sujet a fait l'objet de débats depuis plus d'un an lors de plusieurs bureaux de pôle mais il semble qu'aucun consensus n'ait été trouvé entre les trois services.

PROPOSITION 20

Une prise en charge de qualité des patients relevant de soins psychiatriques doit intégrer des activités physiques de même que des activités de psycho éducation et d'éducation thérapeutique. L'offre limitée des activités et leur nature plus occupationnelle que thérapeutique est un frein à une prise en charge des soins optimale pour les patients de ces services de psychiatrie. L'organisation et le fonctionnement de l'unité de sociothérapie doivent être restructurés dans les meilleurs délais, les patients ne pouvant être les otages de divergences internes.

7.4 LE MODE DE DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS NE GARANTIT PAS TOUJOURS LE PRINCIPE DE CONFIDENTIALITE VIS-A-VIS DES PATIENTS

Le circuit du médicament est informatisé depuis plusieurs années. Les prescriptions se font en ligne. L'analyse pharmaceutique est quotidienne.

Une livraison a lieu dans chaque service tous les jeudis, les médicaments étant ensuite dispatchés par patient dans une armoire organisée à cet effet. La préparation des gouttes et des piluliers est réalisée dans la salle de soins, lieu de passage fréquent.

La distribution des médicaments est assurée deux fois par jour aux heures des repas. La distribution actuelle s'effectue pour deux services dans la salle à manger, chaque patient recevant ses médicaments au cours du repas et devant les autres patients. Outre la confidentialité non respectée, cette distribution est très rapide et ne laisse que peu de place à des échanges. Dans le troisième service, la distribution est individualisée et se déroule dans un espace isolé, contigu à la salle de soins.

Aucun temps de pharmacien n'est affecté spécifiquement au pôle de psychiatrie. La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) se réunit trois à quatre fois par an. Les psychiatres y viennent peu. La pharmacie observe et s'interroge sur le peu de remontées de fiches d'événements indésirables graves (EIG) liés à des erreurs médicamenteuses du service de psychiatrie.

Aucune démarche n'est engagée pour la mise en place de conciliation thérapeutique, le motif évoqué étant un manque de personnel.

PROPOSITION 21

Une politique commune doit être définie au niveau du pôle concernant notamment la préparation des médicaments et les modalités de leur distribution. L'organisation de cette distribution doit garantir aux patients une parfaite confidentialité. Par ailleurs, l'affectation d'un temps de pharmacien au pôle de psychiatrie favoriserait les échanges avec les médecins et contribuerait au développement de projets de pharmacologie clinique.

Dans sa réponse, le directeur du CHM indique *qu'un financement a été obtenu pour mettre en place des armoires sécurisées en psychiatrie qui seront mises en place courant 2020.*

Cette installation est de nature à sécuriser la préparation des médicaments mais elle ne répond pas, par elle-même à la nécessité de la confidentialité de leur distribution.

7.5 LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE DES PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE REVELE DES SOINS INSUFFISANTS ET UNE ABSENCE DE POLITIQUE

Aucun médecin généraliste n'intervient dans les unités du pôle de psychiatrie du CHM. De même aucune consultation spécialisée n'y est organisée sur place.

Dans la grande majorité des cas, les patients admis en psychiatrie et notamment ceux faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement (SSC), sont vus en première intention aux urgences, l'examen somatique d'entrée étant réalisé à ce niveau par un urgentiste senior. Une fiche médicale résumant celui-ci est jointe au dossier médical du patient. Dans les unités de psychiatrie, le suivi des patients à risque compte tenu de leur traitement (neuroleptiques, psychotropes, etc.) ou porteurs de pathologies somatiques (diabétique, porteurs de broncho pneumopathie chronique obstructive, affections cardio-vasculaires, etc.) est assuré par les psychiatres. En cas d'urgence, ces patients sont adressés aux urgences. Ils sont, sinon, vus en consultation spécialisée au CHM ou adressés dans d'autres établissements de santé si le CHM ne couvre pas la spécialité voulue.

Aux dires des soignants ou médecins interrogés, les délais d'obtention des consultations seraient dans les normes mais sans précision sur ce que ces normes recouvrent ni de données plus précises sur les délais réels.

De même, aucun bilan établi au moins annuellement permettant de connaître le nombre de patients adressés aux urgences et les motifs, le nombre de patients adressés en consultation spécialisée et les spécialités concernées ou le nombre de patients porteurs de pathologies somatiques concomitantes à leur pathologie psychiatrique et nécessitant une prise en charge et un suivi spécialisé n'a été communiqué.

Enfin aucune fiche pratique n'est rédigée à l'attention du personnel soignant sur les conduites à tenir concernant les principaux risques somatiques liés notamment au traitement des patients voire à leur prise en charge.

Ce sujet été évoqué lors du dernier bureau de pôle qui s'est tenu 1^{er} avril 2019, l'élément déclencheur en ayant été trois décès survenus en 2018 sans raison apparente. Des revues de morbidité et de mortalité (RMM) ont été conduites pour chaque cas, l'objectif étant d'analyser, de comprendre et de mettre en œuvre des actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins. Il ressort des éléments communiqués une défaillance de la prise en charge somatique, des procédures non actualisées, des observations médicales succinctes, et des questions sur les modalités de prise en charge de patients psychiatriques porteur de pathologies somatiques lourdes.

Le projet de prise en charge somatique en psychiatrie est inscrit dans les projets stratégiques 2019/2023. Ce projet n'est pour le moment pas rédigé.

PROPOSITION 22

Le centre hospitalier de Martigues doit trouver les moyens de pallier rapidement la carence de prise en charge somatique qui porte gravement atteinte au droit au soin et à la sécurité des patients hospitalisés en psychiatrie, sans attendre la finalisation du projet de prise en charge somatique en psychiatrie inscrit dans les projets stratégiques du pôle de psychiatrie.

Dans sa réponse, le directeur du CHM fait savoir que *l'établissement est à la recherche d'un généraliste qui interviendrait quatre demi-journées par semaine.*

8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

8.1 LES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION SONT INSUFFISAMMENT MAITRISEES ET EXECUTEES DANS DES CONDITIONS MATERIELLES INDIGNES

8.1.1 Les secteurs d'isolement

a) Les locaux

Chacune des trois unités du pôle de psychiatrie inclut un secteur d'isolement de deux lits, soit un total de six chambres d'isolement (CI) pour soixante-quinze lits d'hospitalisation complète.

La configuration des secteurs d'isolement offre des prestations identiques dans les trois unités, la seule différence pour l'un d'entre eux portant sur la répartition des locaux.

Chaque secteur inclut :

- un accès direct à partir de l'unité de soins et, pour deux d'entre eux, deux autres accès à partir du poste de soins et de la salle de repos du personnel lesquels donnent directement sur cet espace ; celui-ci communique, par ailleurs, avec le secteur de « soins intensifs » (Cf. § 0) ;
- un espace central dépourvu de tout mobilier ;
- deux CI donnant directement sur cet espace ;
- un coin sanitaire et toilette incluant une douche (extérieur à la chambre) ;
- une pièce située à proximité d'une CI, affectée au vestiaire du personnel de l'unité de soins.

Les chambres d'isolement n'ont pas de double entrée ni de sas. La surveillance peut se faire à partir de deux fenestrons situés sur chacun des murs disposés à angle droit. Elles sont dépourvues de dispositif d'appel et l'éclairage est réglé de l'extérieur. Lorsque qu'un patient souhaite appeler il doit frapper à la porte et crier. Le personnel soignant dit entendre ces appels compte tenu de la sonorité des locaux mais l'incertitude demeure sur le nombre d'appels d'un patient avant d'avoir une réponse, notamment lorsque le personnel est absent de l'infirmerie.

Chaque chambre est équipée de toilettes à la turque indigne du XXIème siècle, sans séparation ni point d'eau pour se laver les mains. La chasse d'eau est extérieure. Cette disposition laisse perplexe sur les conditions d'hygiène, et son impact sur les patients ayant une vue directe sur ces toilettes toute la durée de leur isolement.

Le seul mobilier est un matelas posé à même le sol. Faute de siège ou de table, le patient prend ses repas assis sur son matelas donc par terre, à proximité des WC. Pour les entretiens ou consultations, les médecins se mettent « accroupis » pour être à la hauteur du patient.

Dans un secteur, une horloge est placée devant un fenestron. La date n'y figure pas. Dans les deux autres secteurs, cette horloge est placée dans la partie centrale, difficilement visible et lisible pour un patient alité, qui plus est, s'il présente des difficultés d'acuité visuelle.

Ces chambres sont ventilées avec un contrôle externe de la température. Elles sont dans l'ensemble dégradées et mal entretenues (murs, fenêtres radiateurs).

Enfin, la présence des vestiaires du personnel dans cet espace contraint conduisant à de nombreux passages matin, midi et soir lors des changements de poste, trouble la sérénité de cet endroit et méconnaît le respect de l'intimité des patients. Outre ces remarques, ces vestiaires sont indignes

pour le personnel soignant dont les vêtements sont placés sur des cintres à côté des produits ménagers entreposés.

b) Les conditions de prise en charge des patients

Tout patient placé en chambre d'isolement est systématiquement mis en pyjama de l'hôpital, vêtement en tissu. Le matelas est recouvert d'un drap et d'une couverture. Les repas sont servis dans de la vaisselle jetable.

Les seuls produits d'hygiène fournis sont le papier toilette, les autres produits sont fournis par le patient. Une bouteille d'eau est mise à sa disposition. Il ne lui est proposé ni poste de radio ni journaux ni livre sauf sur prescription médicales

Les patients isolés peuvent fumer dans ces chambres en présence de soignants. Des substituts nicotiniques (patches) leur sont proposés.

PROPOSITION 23

La sécurité du patient isolé exige un lieu adapté et dédié procurant un environnement soignant et sécurisé notamment sur le plan architectural. Il doit respecter l'intimité et la dignité du patient et permettre le repos et l'isolement recherché. La réfection des chambres d'isolement dans le respect des recommandations en la matière est une urgence.

Dans sa réponse, le directeur du CHM précise *que cette question est intégrée dans le projet d'humanisation.*

8.1.2 Les modalités de placement en isolement et de mise sous contention

Les trois secteurs d'isolement fonctionnent de façon autonome sans politique commune arrêtée au niveau du pôle de psychiatrie. Plusieurs documents ont été remis aux contrôleurs, une unité ayant établi ses propres « *principes de mise et d'intervention en chambre d'isolement* » document non daté et sans référence, un deuxième ayant communiqué un logigramme et une fiche technique sur les règles de base pour le suivi en CI, document révisé en avril 2014 et émanant de la cellule qualité du CHM mais sans autre précision. Le troisième service n'a communiqué aucun document.

Les soignants et les médecins n'ont reçu aucune formation sur ces pratiques. Peu connaissent les textes et documents de référence encadrant ces mesures.⁷

La consultation de plusieurs dossiers médicaux, quels que soient les services concernés, montre en effet que les recommandations de bonne pratique (RBP) de la HAS sont peu connues à tout le moins non comprises et non appliquées.

Les documents préconisés ne sont pas en place (décision médicale initiale et de renouvellement, fiche de surveillance horaire du personnel soignant). Les seules fiches existantes sont des fiches de « *prescription médicale en chambre d'isolement* » renseignées lors de l'admission du patient en CI. Très souvent, ces fiches, utilisant par ailleurs les anciennes dénominations « HO », « HDT » et comportant un item sur la possibilité de placement en cas de manque de place en secteur ouvert, sont partiellement renseignées, jamais actualisées, pas toujours signées et la date de fin de la mesure d'isolement n'y figure pas toujours. Les fiches de surveillance du personnel soignant sont formatées pour être renseignées toutes les deux heures alors que la préconisation officielle est

⁷ Article L.3222-1-5 CSP, HAS Isolement en contention en psychiatrie générale Recommandation de bonne pratique Février 20

d'une heure. Elles sont de même partiellement renseignées. Il résulte des réponses apportées par les interlocuteurs rencontrés que certains items ne sont pas compris.

Une EPP relative à chaque mesure d'isolement a été conduite en 2018 en tenant compte des références réglementaires dont les RBP de la HAS. Les résultats ont été présentés le 30 octobre 2018 l'objectif étant, après analyse de ceux-ci, de mettre en place un plan d'actions. Le document de présentation des résultats confirme ce que les contrôleurs ont observé comme l'absence de surveillance médicale systématique au terme de 12 heures puis de 24 heures, l'absence de débriefing, le défaut fréquent du nom du prescripteur. Des différences, parfois importantes, entre les trois unités de psychiatrie sont relevées. Ces mêmes constats, six mois plus tard, montrent qu'aucune mesure n'a été prise pour corriger les écarts notés fin 2018. Aucun plan d'actions n'a d'ailleurs été communiqué.

Cette étude n'a jamais formellement été mise à l'ordre du jour d'un bureau de pôle de psychiatrie (celui-ci se réunit tous les deux mois). Elle a été indirectement abordée au bureau de pôle du 4 février dans le cadre du point « *démarche qualité en vue de la visite de certification de juin 2019* ». Figure notamment au compte rendu le constat d'un manque de rigueur dans les procédures et la nécessité de revoir les fiches de prescription rappelant que la loi exige que les patients en isolement soient vus chaque jour par un médecin y compris les week-ends et jours fériés ce qui ne semble pas être le cas.

Aucune politique globale n'est pour le moment arrêtée, à tout le moins aucun document écrit précisant au regard de ces constats les objectifs à court et moyen terme, et les indicateurs de suivi de ceux-ci.

PROPOSITION 24

La mise en œuvre d'une politique commune au niveau du pôle de psychiatrie doit encadrer des pratiques d'isolement ou de contention respectueuses de la dignité et des droits des patients par l'élaboration de protocoles communs à l'ensemble des services du pôle de psychiatrie. Une évaluation des pratiques professionnelles sur ce thème doit être régulièrement conduite.

8.2 AUCUNE POLITIQUE DE REDUCTION DES PRATIQUES D'ISOLEMENT N'EST ENVISAGEE

Le registre prévu par l'article L.3222-1-5 du code de la santé publique a été mis en place en janvier 2017 et actualisé en 2018 en intégrant les items figurant dans l'instruction ministérielle sus citée. Il est constitué d'un tableau Excel renseigné par les soignants ; son exploitation est assurée par le médecin du département d'information médicale (DIM) référent du pôle de psychiatrie. Les données sont exploitées annuellement, les résultats font l'objet d'une communication au conseil de surveillance et à la commission des usagers (CDU). La commission médicale d'établissement (CME) n'est *a priori* jamais consultée sur ces pratiques.

Les rapports annuels de 2017 et 2018 font référence aux RBP de la HAS, les datant de juillet 2015 or celles-ci n'ont été publiées qu'en février 2017. Ils présentent une évaluation de la mise en œuvre de ces mesures basant celles-ci sur le nombre d'hospitalisations complètes intégrant les soins libres et les soins sans consentement. Sur cette base de calcul, le CHM pour 2018 affiche un taux de 6,7 % correspondant à la moyenne rapportée par la HAS. Mais si l'on rapporte le nombre de patients ayant été placés en isolement à ceux admis en SSC ce sont 50,5 % et 58,4 % de ces patients qui ont, en 2017 et 2018, été placés en isolement. Rapporté au nombre de journées d'hospitalisation des seuls patients en SSC reprenant les données figurant dans les rapports annuels, les ratios s'établissent à

12 % et 15,4 % pour 2017 et 2018. Compte tenu de l'insuffisance de données nationales, il est difficile d'établir des comparaisons mais le chiffre de plus de 50 % de patients faisant l'objet d'une mesure d'isolement peut interroger. Les mesures de contention sont, en revanche, très rares dans ces unités de psychiatrie : une seule a été relevée en 2018.

Aucune autre donnée n'est analysée dans ces rapports, notamment sur les durées de ces isolements. Des analyses ont été réalisées à la demande des contrôleurs. Les résultats pour 2018 montrent sur 161 mesures d'isolement que 50 % de celles-ci ont duré plus de 163 heures soit plus de 6,7 jours et 22 % plus de 15 jours. La durée la plus longue est de 44 jours.

Aucune analyse des pratiques d'isolement n'est conduite, aucune politique n'est présentée pour en limiter le recours ni aucun élément d'évaluation pour leur mise en œuvre. Pourtant ces travaux à réaliser et à présenter au conseil de surveillance et à la CDU figure bien dans la procédure suscitée.

RECOMMANDATION 4

L'exploitation du registre portant sur les mesures d'isolement et de contention ne doit pas se limiter à une simple compilation des données mais permettre de définir une politique pour limiter le recours à ces pratiques. La limitation de ces mesures doit être intégrée au sein d'un programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins proposé par la commission médicale d'établissement (CME) au sein du projet médical d'établissement.

9. CONCLUSION

Le contrôle opéré a fait ressortir des points de faiblesse qui nuisent au respect des droits des patients.

En premier lieu, l'absence de politique de pôle, motivée par le souci de respecter la légitime liberté de pratiques médicales des chefs d'unité, pèse sur la qualité globale de certains aspects institutionnels de fonctionnement.

On citera les pratiques d'isolement qui ne font l'objet d'aucune étude ou analyse collective, contrairement, au demeurant, au prescriptions légales. La formation professionnelle pourrait être mieux mutualisée.

Il en est de même de la gestion des procédures de soins sans consentement : le patient n'est pas perçu comme un sujet de droit selon la conception des équipes qui subissent la loi de 2011 de façon très distante, le respect de ses prescriptions est très parcellaire. Les conditions de présentation devant le juge des libertés, trop éloigné de Martigues pour pouvoir remplir correctement sa mission auprès de patients découragés par son éloignement, ne rencontrent qu'indifférence. Le suivi des mesures est confié à des agents du bureau des entrées, certes impliqués et soucieux de bien faire mais insuffisamment formés pour les responsabilités qui leurs sont confiées.

Le défaut de coordination nuit également à la qualité du suivi somatique des patients qui n'est pas protocolisé : aucun généraliste n'assure un passage systématique même pour les patients placés en chambre d'isolement.

En deuxième lieu, les conditions matérielles de prise en charge se révèlent impropres à leur fonction : chambres doubles, nombre insuffisant de salles collectives entraînant une pénible promiscuité en dehors des chambres, les conditions d'isolement sont indignes. Le projet d'humanisation porté par la direction devrait mettre un terme à cette situation.

Enfin, des patients restent trop longtemps dans le service des urgences où ils sont souvent attachés. Un projet de CAP 48 heures est en vue.

En revanche, doit être relevé positivement le souci général de ne pas contraindre les patients au-delà du nécessaire thérapeutique. Le statut d'admission ne pèse pas sur la prise en charge et c'est la situation clinique qui fonde l'approche : pas de restrictions générales et absolues, sauf sur l'usage du téléphone à la G23 mais cette restriction est au moins formellement justifiée comme outil thérapeutique suscitant des occasions d'échanges avec les soignants qui est, en outre, appliquée de façon très souple. Participe également de cette qualité une bonne dotation en personnel de toutes catégories, des postes de psychiatres en nombre suffisant, peu de vacances et une forte présence des psychiatres dans les unités ; pratiquement, un PH est présent en permanence garantissant une prise en charge solide. Les soignants se montrent très attentifs et ouverts, le patient est prioritaire dans leurs actions. L'ensemble participe certainement de l'atmosphère plutôt sereine perçues dans les trois unités.