Rapport de visite :

4 au 14 novembre 2019 – 1ère visite

Centre hospitalier de Montfavet

(Vaucluse)

SYNTHESE

Neuf contrôleurs ont effectué une visite annoncée du centre hospitalier de Montfavet (CHM) (Vaucluse) du 4 au 14 novembre 2019. Il s'agissait d'un premier contrôle. Les unités de cet établissement situées à Carpentras (Vaucluse) et les services des urgences des centres hospitaliers d'Avignon (Vaucluse) et de Carpentras ont également été visités.

Le rapport provisoire rédigé à l'issue de cette visite a été transmis le 30 avril 2020 au directeur du CHM, au préfet du Vaucluse, au président du tribunal judiciaire d'Avignon, au procureur près le même tribunal et à la délégation départementale du Vaucluse de l'agence régionale de santé. Seul le directeur du CHM a émis des observations qui ont été intégrées dans le présent rapport définitif.

Établissement chargé d'histoire, le CHM s'organise depuis début 2019 en trois pôles de psychiatrie générale couvrant plus de 602 000 habitants sur le département du Vaucluse et une partie des Bouches-du-Rhône, auxquels s'ajoute un pôle de psychiatrie infanto-juvénile à compétence régionale. L'activité de psychiatrie sectorisée s'articule, dans chaque pôle, par une complémentarité entre les unités d'hospitalisation complète et des structures extra hospitalières nombreuses. Le site de Montfavet offre, en outre, un service de médecine générale et spécialisée et un plateau médico-technique adapté. En termes de capacités, l'établissement affiche 315 lits en psychiatrie générale – auxquels s'ajoutent 79 lits en UMD – et 15 lits en psychiatrie infanto-juvénile. Enfin, 314 lits et places (194 lits et 129 places) sont disponibles dans les structures médico-sociales d'aval.

L'établissement connaissait, au moment du contrôle, des tensions organisationnelles – liées au récent regroupement de pôles pas encore totalement intégré – des tensions financières nouvelles – susceptibles de compromettre les ambitieux et nécessaires projets de l'établissement, à commencer par les restructurations immobilières, débutées mais non achevées – et, enfin, des tensions de gestion des ressources humaines – avec une problématique inédite d'attractivité, notamment chez les psychiatres.

Pour autant, le CHM présente de nombreux atouts, notamment l'importance des structures extra hospitalières, la richesse de la prise en charge somatique et l'offre assez remarquable d'activités thérapeutiques intersectorielles. Toutefois, l'accessibilité de ces activités aux personnes en soins sans consentement est très variable selon les unités ; ceci est d'autant plus problématique pour ces patients qu'ils sont, le plus souvent, dans des unités fermées où les activités thérapeutiques ou occupationnelles sont rares, les laissant dans une réelle situation d'ennui. Le suivi formel du statut juridique des patients en soins sans consentement et de la notification des droits et actes de procédure les concernant est bien assuré par le bureau des entrées et relayé dans les unités.

Mais la prise en charge des patients privés de liberté est entachée, dans certaines unités, par les conditions d'hébergement : l'immobilier mais aussi le mobilier sont, dans certaines unités, indignes. La suroccupation chronique dont souffre l'établissement dégrade davantage encore les conditions d'accueil (lit d'appoint, accueil de patients en soins libres dans des unités fermées, utilisation des chambres d'isolements ou des chambres « sécurisées » comme chambres d'hospitalisation, liste d'attente chez les mineurs obligeant à différer des admissions, accueil de mineurs dans des unités pour adultes, etc.).

Dans les unités fermées, les règles de vie, caractérisées par un principe d'interdiction, sont un élément supplémentaire d'impact défavorable sur les conditions de séjour. Infantilisantes, ces règles de vie sont attentatoires aux droits des patients, les plaçant dans une situation de

dépendance permanente par rapport aux soignants. D'autant qu'il est à déplorer un manque criant d'information des patients sur leurs conditions de vie et leurs droits ou une information parfois inexacte par rapport aux réalités.

Les pratiques en matière d'isolement et de contention sont très contrastées, avec des « chambres sécurisées » au statut pour le moins équivoque, un niveau inégal d'équipement des chambres servant à l'isolement et l'utilisation d'un matériel de contention d'un autre temps. Le recensement de ces mesures doit également être fiabilisé.

Par ailleurs, la prise en charge des patients détenus doit être totalement revue, l'impératif de sécurité ne pouvant porter atteinte à la dignité et au respect dus aux personnes.

Enfin, plusieurs situations individuelles de patients en soins sans consentement sont apparues comme étant juridiquement très incertaines, pour ne pas dire illégales, du fait du refus de l'autorité préfectorale de lever ou d'aménager la mesure de soins sans consentement, malgré des avis médicaux réitérés et confirmés, dans certains cas, par le collège des professionnels de santé et par expertise. L'autorité préfectorale n'a pas répondu à ces interrogations.

Il ressort de la réponse du directeur du CHM au rapport provisoire que la plupart des recommandations qui pouvaient être prises en comptes à court terme l'ont été ou sont en voie de l'être, les autres relevant soit d'actions à plus long terme soit de l'implication d'autres acteurs.

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 ..... ***29***

La direction de l'établissement met opportunément à profit la présence d'un cadre lors des audiences du juge des libertés et de la détention pour recueillir les observations des patients.

BONNE PRATIQUE 2 ..... ***30***

A défaut de saisines par la communauté soignante, l'organisation de « colloques éthiques » permet d'ouvrir et de partager très largement les travaux de la commission d'éthique.

BONNE PRATIQUE 3 ..... ***35***

Des psychiatres agréés du CHM acceptent de réaliser gratuitement les expertises préalables à la mesure de protection pour les patients en situation d'indigence.

BONNE PRATIQUE 4 ..... ***39***

La présence d'un agent administratif, formé à la procédure de soins sans consentement, pour assurer la fluidité du passage des patients à l'audience, la communication des dossiers aux avocats et la libre communication de celui-ci avec son client, est une garantie de la sérénité des débats et du respect des droits de la défense.

BONNE PRATIQUE 5 ..... ***59***

En plus des stocks de vêtements de secours disponibles dans certaines unités, la friperie installée à la cafeteria permet aux patients démunis de disposer d'habits.

BONNE PRATIQUE 6 ..... ***60***

L'action de l'association L'Optimiste permet d'offrir aux patients démunis des avances financières dans l'attente de la récupération de leurs prestations.

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 ..... ***20***

Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins en péril imminent et les soins à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel.

RECOMMANDATION 2 ..... ***29***

Le délai de réponse aux demandes d'accès aux dossiers médicaux doit être réduit.

RECOMMANDATION 3 ..... ***36***

Le droit à la confidentialité de l'hospitalisation doit être mentionné dans le livret d'accueil et expliqué au patient lors de son admission par du personnel formé. Cette volonté, lorsqu'elle est exprimée, doit être transcrite dans les différentes applications informatiques utilisées.

RECOMMANDATION 4 42

Les visites et réunions de la CDSP doivent impérativement faire l'objet de comptes rendus détaillés, diffusés au sein de l'établissement, afin qu'elle exerce pleinement son rôle de garante des droits et de la dignité des personnes suivies en soins sans consentement.

RECOMMANDATION 5 46

Le refus du représentant de l'État sur une demande de sortie de courte durée ou sur une modification de forme de la prise en charge doit être motivé et matérialisé par un écrit.
Lorsque le second avis médical ou l'expertise confirme la recommandation de prise en charge autre que l'hospitalisation complète ou de modification d'un programme de soins, le représentant de l'État ne peut s'y opposer et doit ordonner la modification proposée par les médecins.

RECOMMANDATION 6 48

Dans le respect des dispositions de l'article L 3212-7 du code de la santé publique, l'intérêt du patient et la qualité de son suivi commandent que le collège des professionnels de santé rencontre le patient, recueille ses observations et que l'avis découlant de cette évaluation lui soit communiqué.

RECOMMANDATION 7 49

Les autorités énoncées à l'article L 3222-4 du code de la santé publique doivent effectuer annuellement une visite de contrôle au CHM afin, notamment, de vérifier la régularité des procédures d'admission et de maintien en soins sans consentement des patients hospitalisés et signer les registres de la loi.

RECOMMANDATION 8 56

Les patients doivent être en mesure, sauf restriction médicale personnalisée, de recevoir des visites, y compris dans les unités fermées. Des espaces doivent être aménagés dans ces unités pour permettre l'accueil des familles et la rencontre avec leurs proches dans des conditions satisfaisantes de dignité et d'intimité.

RECOMMANDATION 9 57

La qualité de l'hébergement doit être améliorée dans certaines unités et standardisée (chambre individuelle, sanitaires dédiés à la chambre, verrou de confort, luminaires, ouvrants, mobilier, etc.) et les espaces communs rénovés.

RECOMMANDATION 10 58

Les installations sanitaires (douches et WC) doivent offrir aux patients des conditions d'hygiène dignes et respectueuses de leur intimité. En tout état de cause, l'accès aux salles d'eau et de bains doit être possible à tout moment.

RECOMMANDATION 11 59

Les règles régissant les biens que les patients sont autorisés à conserver doivent être harmonisées, étant entendu que le principe doit être l'autorisation, les interdictions ne pouvant être systématiques et générales mais motivées par des décisions médicales liées à la clinique du patient et régulièrement réévaluées. Les patients doivent pouvoir conserver leurs biens en sécurité et y accéder librement à tout moment, sans dépendre de la disponibilité des soignants.

RECOMMANDATION 12 64

Le centre hospitalier de Montfavet doit travailler sur le fonctionnement des cinq services d'urgences psychiatriques. Afin de garantir l'égalité des chances des patients, il convient d'harmoniser les modes de fonctionnement et les modalités de prise en charge des patients et de s'assurer que tout est mis en œuvre pour limiter le nombre de mesures de soins sans consentement.

RECOMMANDATION 13 67

Les pôles en charge des soins somatiques doivent élaborer un projet de service commun, précisant leurs missions (incluant des actions de prévention et d'éducation pour la santé), leur organisation et leurs modalités de fonctionnement. Leur activité doit être davantage tracée, évaluée et faire l'objet d'un rapport annuel présenté aux instances de l'établissement.

RECOMMANDATION 14 69

Le nouveau projet d'établissement en cours de réflexion doit être l'occasion de clarifier l'organigramme des pôles cliniques, d'homogénéiser leur organisation et d'adapter une terminologie identique pour le découpage de ceux-ci. Nombre de sujets communs aux pôles doivent être traités dans une instance collégiale à ceux-ci et trouver des solutions communes afin d'éviter que les patients pâtissent des différences d'approche.

RECOMMANDATION 15 73

L'accès aux très nombreuses activités inter-pôles doit être rendu possible à tous les patients, y compris ceux des unités fermées où peu d'activités sont proposées et où l'ennui règne.

RECOMMANDATION 16 75

Les chambres sécurisées doivent être considérées et comptabilisées comme des chambres d'isolement.

RECOMMANDATION 17 80

Les aménagements des espaces utilisés pour l'isolement (chambres d'isolement et chambres sécurisées) qui portent atteinte à la dignité du patient (non-accessibilité permanente du WC et d'un point d'eau potable, état des salles d'eau, des horloges et de la vidéosurveillance, absence de dispositif de communication avec le personnel soignant, absence d'espace extérieur, etc.) doivent être corrigés.

RECOMMANDATION 18 84

L'isolement et la contention d'un patient ne peuvent être que des mesures de dernier recours, pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour lui-même ou autrui, mises en œuvre dans un espace dédié et en préservant une chambre ordinaire d'hospitalisation pour ce patient. Les pratiques au centre hospitalier de Montfavet doivent évoluer en ce sens.

RECOMMANDATION 19 91

Il est urgent de trouver des solutions pour l'unité Le Galoubet dont le personnel est en souffrance et dans des locaux inadaptés, afin de sortir de la situation bloquée qui ne permet pas d'accueillir d'autres enfants dans la situation actuelle.

RECOMMANDATION 20 91

L'accueil de mineurs en unités pour adultes est à proscrire, même en cas de sur occupation de l'unité pour adolescents.

RECOMMANDATION 21 98

Tant au niveau des surfaces que de l'absence de confort, les locaux de l'unité de court séjour les Pins B ne sont pas adaptés à la prise en charge de patients âgés ; ils doivent être transférés ou rénovés.

RECOMMANDATION 22 99

Les activités doivent être développées au sein des Pins B afin d'améliorer la prise en charge des patients ; les locaux et le nombre de soignants doivent être adaptés en conséquence.

RECOMMANDATION 23 101

L'admission dans une unité pour malades difficiles (UMD) doit répondre à un état clinique précis et respecter une procédure spécifique. En aucun cas une personne mineure ne doit y être admise. Pour

les patients détenus la seule prise en charge adaptée est celle se déroulant dans une unité d'hospitalisation complète du centre hospitalier ou à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Marseille, sauf exception médicalement justifiée.

RECOMMANDATION 24 103

Les conditions indignes de prise en charge des personnes détenues au début de leur hospitalisation doivent cesser : le personnel hospitalier ne doit pas les soumettre à un détecteur manuel de métaux, ne doit pas imposer systématiquement le port d'un pyjama, ne doit pas utiliser un matériel de contention inadapté au soin et y recourir systématiquement.

RECOMMANDATION 25 105

Les chambres sécurisées ne constituent pas une chambre d'hospitalisation normale et leur utilisation actuelle, sans aucun accès à la vie collective de l'unité, équivaut à un placement en isolement hors le cadre réglementaire idoine.

RECOMMANDATION 26 107

Seules des justifications liées à l'état clinique peuvent motiver de ne pas faire accéder un patient détenu à certains de ses droits.

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 24

La copie de tous les documents inhérents à l'hospitalisation sans consentement (décisions d'admission ou de maintien, certificats médicaux, information sur les droits) doit être remise au patient tant lors de son admission que tout au long de son hospitalisation.
Les informations quant aux droits des personnes admises sans consentement doivent être affichées dans les unités accompagnées des coordonnées des autorités et institutions pouvant être saisies par le patient ou avec lesquelles il peut communiquer.

RECO PRISE EN COMPTE 2 24

Le livret d'accueil doit être systématiquement remis au patient à son arrivée dans l'unité.

RECO PRISE EN COMPTE 3 31

Les coordonnées et le rôle des représentants des usagers doivent être actualisés et communiqués *via* les différents supports accessibles aux patients (affichage dans les unités, livret d'accueil, site internet). Ces représentants doivent pouvoir être rencontrés par les patients ou aller à leur rencontre au sein des unités.

RECO PRISE EN COMPTE 4 32

Au-delà de l'enquête annuelle actuellement réalisée, le CHM doit s'employer à ce que soit diffusé de façon effective au quotidien le questionnaire de satisfaction qui est un véritable moyen d'expression des usagers et un levier d'amélioration de la prise en charge. Ce questionnaire doit être systématique.

RECO PRISE EN COMPTE 5 33

Tous les patients doivent recevoir une information relative à la possibilité de désigner une personne de confiance. Cette dernière doit dans un premier temps être contactée afin de recueillir son accord, puis associée à la prise en charge du patient.

RECO PRISE EN COMPTE 6 33

Une information doit être délivrée aux patients à l'occasion de chaque élection afin qu'ils puissent s'inscrire sur les listes électorales, établir une procuration, bénéficier d'une autorisation de sortie ou d'un accompagnement pour voter.

RECO PRISE EN COMPTE 7 34

L'affichage des coordonnées des représentants des cultes doit être permanent dans l'ensemble des unités.

RECO PRISE EN COMPTE 8 40

La copie des décisions judiciaires rendues, remise à l'administration, doit comporter la mention de la notification au patient (date et signature) afin que celle-ci puisse être reportée dans le registre de la loi conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du CSP.

RECO PRISE EN COMPTE 9 44

Les registres de la loi doivent mentionner, conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du CSP, les dates de notification des décisions tant d'admission que de maintien de la mesure (arrêtés du préfet comme décisions du directeur) ou de changement de forme de prise en charge (passage en programme de soins) d'une part, des droits et voies de recours et garanties d'autre part.

RECO PRISE EN COMPTE 10 44

Les certificats médicaux, comme les décisions d'admissions du directeur et du préfet, doivent être horodatés afin de garantir le respect des délais impartis par la loi.

RECO PRISE EN COMPTE 11 47

Les programmes de soins doivent respecter un temps d'hospitalisation complète inférieur au temps ambulatoire.

RECO PRISE EN COMPTE 12 51

Aucun patient admis sous le régime des soins libres ne peut être privé de sa liberté d'aller et venir, ni empêché de quitter le service, quand bien même il aurait signé un consentement à son admission dans une unité fermée.

RECO PRISE EN COMPTE 13 51

Les règlements des unités fermées doivent être harmonisés et assouplis, les restrictions à la liberté d'aller et venir devant être proportionnées et motivées médicalement par l'état clinique du patient. Un accès à un espace extérieur doit être garanti.

RECO PRISE EN COMPTE 14 52

Les patients doivent pouvoir accéder librement à leur chambre à tout moment dans toutes les unités.

RECO PRISE EN COMPTE 15 52

Les règles d'accès au tabac doivent être harmonisées et assouplies, les restrictions ne pouvant se comprendre que sur décision médicale motivée liée à l'état clinique du patient.

RECO PRISE EN COMPTE 16 53

Dans chaque unité, le courrier partant doit pouvoir être déposé dans une boîte à lettres ; une boîte à lettres doit également être accessible aux patients libres de circuler dans l'enceinte de l'établissement. L'hôpital doit pendre à sa charge l'affranchissement des courriers des patients démunis.

RECO PRISE EN COMPTE 17 54

Les *points-phone* doivent être isolés phoniquement pour préserver la confidentialité des communications. Dans les unités fermées, à l'image de ce qui se fait dans les unités ouvertes, les

patients doivent pouvoir conserver leurs téléphones portables et les objets connectés, sauf décision médicale individualisée en lien avec la clinique.

RECO PRISE EN COMPTE 18 55

Les téléviseurs hors d'état doivent être remplacés sans délai, tout particulièrement dans les unités fermées. L'ordinateur de la cafétéria donnant accès à Internet doit être également remplacé sans délai quand il est hors d'usage.

RECO PRISE EN COMPTE 19 65

L'analyse des données d'activité des cinq sites d'urgences psychiatriques doit être conduite annuellement en incluant les consultations et les hospitalisations lorsqu'il y a des lits de crise. Ce bilan doit intégrer les SDDE mais aussi les SDRE. Une réflexion doit être menée sur le risque suicidaire et les modalités de prise en charge de ces patients aux urgences, ceux-ci représentant la majorité des mesures de soins sans consentement pour péril imminent.

RECO PRISE EN COMPTE 20 73

Le concept de réhabilitation sociale – prise en charge qui influe fortement sur le devenir des patients hors les murs – doit faire l'objet d'une définition et d'une politique commune à l'ensemble des pôles cliniques.

RECO PRISE EN COMPTE 21 82

Le matériel de contention en cuir et métal, dégradant et non hygiénique, ne doit plus être utilisé.

RECO PRISE EN COMPTE 22 85

La pratique de l'isolement ne doit pas inclure *a priori* la mise en pyjama de l'hôpital et l'absence de draps. La rédaction du protocole de recours à l'isolement et à la contention doit être clarifiée, et les pratiques évoluer, pour que le retrait des draps et du pyjama personnel soit exceptionnel et justifié et que leur remise devienne un principe.

SOMMAIRE

SYNTHESE **2**

SYNTHESE DES OBSERVATIONS **4**

RAPPORT **13**

1. CONDITIONS DE LA VISITE **13**

2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT **15**

2.1 L'établissement, organisé en trois pôles de psychiatrie générale et un pôle de psychiatrie infanto-juvénile, s'appuie sur des structures extra hospitalières nombreuses 15

2.2 Le projet d'établissement vient d'être réécrit 17

2.3 La situation financière tend à se dégrader et ne permettra plus de financer de lourds investissements sans réalisation des recettes foncières escomptées 17

2.4 Le centre hospitalier connaît depuis peu des difficultés pour recruter des médecins psychiatres 18

2.5 Les situations de sur occupation sont fréquentes et les patients en soins contraints sont principalement admis sur le fondement d'un seul certificat médical 20

3. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS **22**

3.1 L'information orale est régulièrement donnée par les soignants mais les documents écrits, très complets, ne sont que rarement remis aux patients 22

3.2 Les événements indésirables et plaintes donnent lieu à une réelle prise en compte mais les délais de réponse aux demandes de dossiers médicaux sont anormalement longs 26

3.3 La représentation des usagers est formelle et peu en phase avec la réalité de la vie des patients qui ne sont pas interrogés sur leurs conditions d'hospitalisation 30

3.4 La possibilité de désigner une personne de confiance n'est pas systématiquement proposée aux patients 32

3.5 L'accès au vote n'est pas facilité 33

3.6 L'accès aux cultes est organisé mais dans les unités aucun affichage ne rappelle les coordonnées des représentants des cultes 33

3.7 La protection juridique des majeurs est assurée 34

3.8 Le droit à la confidentialité de l'hospitalisation est méconnu 35

4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS **37**

4.1 Exercé sur deux sites différents, par des magistrats de deux juridictions distinctes, le contrôle du JLD porte tant sur la procédure que sur l'évolution de la situation du patient et de son adhésion aux soins 37

4.2 Le bon fonctionnement théorique de la commission départementale des soins psychiatriques – CDSP – n'est pas objectivé par ses compte rendus de visite et d'activité 41

4.3 La tenue du registre de la loi connaît quelques retards et omissions et n'est pas en tous points conforme aux prescriptions légales 42
4.4 La préparation de la sortie est parfois entravée par des refus exorbitants du préfet, certains programmes de soins ne répondent pas aux prescriptions légales et réglementaires et le collège des professionnels de santé ne rencontre pas les patients 45
4.5 Les autres contrôles sont inexistants 48

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES 50

5.1 Les restrictions à la liberté d'aller et venir, déconnectées du statut juridique d'hospitalisation, sont disparates selon les unités 50
5.2 Les contraintes dans la vie quotidienne sont très variables selon les unités 51
5.3 Les communications avec l'extérieur sont restreintes pour les patients des unités fermées 52

6. LES CONDITIONS DE VIE 57

6.1 Les locaux, de qualité très inégale, offrent des conditions d'hébergement très hétérogènes 57
6.2 Les conditions d'hygiène sont inégales du fait de l'hétérogénéité des locaux 58
6.3 La gestion des biens du patient n'est pas harmonisée 59
6.4 La restauration n'appelle pas d'observation 60
6.5 La sexualité n'est pas un sujet tabou 60

7. LES SOINS 62

7.1 Les prises en charge des urgences psychiatriques sont dispersées, non coordonnées et mal évaluées 62
7.2 L'offre de soins somatiques est remarquable même si l'activité pourrait être davantage tracée et évaluée 65
7.3 L'absence de politique institutionnelle est source potentielle d'inégalité dans l'accès aux soins psychiatriques 68
7.4 Le fonctionnement de la pharmacie est satisfaisant 70
7.5 Alors que l'offre au sein des unités est inégale, les activités inter-pôles sont très nombreuses mais les patients y ont diversement accès 70
7.6 La réhabilitation psychosociale n'est pas clairement définie 73

8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION 74

8.1 Les chambres d'isolement présentent des appellations et des aménagements variés et le matériel de contention utilisé est d'un âge révolu 74
8.2 Le recours à l'isolement et à la contention est une réalité quotidienne acceptée par tous 82
8.3 Le registre d'isolement et de contention existe et un rapport annuel est rédigé, sans impact sur les pratiques 85

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES 88

9.1 Le pôle infanto-juvénile est constitué de deux unités distinctes : l'une, Le Galoubet, est en souffrance et se trouve dans une situation de blocage ; l'autre, 12/17 ans, est dynamique mais n'est pas en mesure d'accueillir tous les mineurs 88

9.2 Les locaux de l'unité de court séjour de gérontopsychiatrie « Les Pins B » sont inadaptés 96

9.3 La prise en charge des patients détenus est marquée par son « *inadéquation clinique, éthique et organisationnelle* » 100

10. CONCLUSION..... 108

11. ANNEXE : SIGLES UTILISES 110

Rapport

Contrôleurs : Matthieu Clouzeau, chef de mission ;

Bertrand Lory ;

Michel Nunez ;

Dominique Péton-Klein ;

Bénédicte Piana ;

Bruno Rémond ;

Dominique Secouet ;

Vianney Sevaistre ;

Fabienne Viton ;

François Koch (stagiaire) ;

Nicoleta Constantinescu (observatrice).

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, neuf contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier de Montfavet (CHM) (Vaucluse) du 4 au 14 novembre 2019. Ils étaient accompagnés d'un contrôleur stagiaire et d'une observatrice du mécanisme national de prévention roumain.

A cette occasion, les unités de cet établissement situées à Carpentras (Vaucluse) et les services des urgences des centres hospitaliers d'Avignon (Vaucluse) et de Carpentras ont également été visités.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés sur le site de l'établissement situé à Montfavet le 4 novembre 2019 à 15h. Ils l'ont quitté le 14 novembre à 18h45 ; une visite de nuit avait été organisée la veille.

La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction du centre hospitalier et, dès le début du contrôle, au préfet du Vaucluse, aux présidents et procureurs près les tribunaux de grande instance (TGI) d'Avignon et de Carpentras ainsi qu'aux juges des libertés et de la détention de ces mêmes tribunaux, qui sont chargés d'examiner la situation des patients hospitalisés en soins sans consentement dans l'établissement.

Les contrôleurs ont été accueillis par le directeur général du CHM. Une réunion de présentation de la mission s'est tenue, en présence d'une vingtaine de personnes dont la directrice adjointe en charge des affaires générales et des relations avec les usagers, la directrice adjointe en charge de la stratégie, la directrice adjointe en charge des ressources humaines, l'ingénieure qualité, plusieurs praticiens hospitaliers chefs de pôle, des cadres supérieurs et cadres de santé de diverses unités ainsi que des assistantes de direction et une responsable du service des admissions. Le médecin présidant la commission médicale d'établissement (CME), qui est également chargé du département d'information médicale du centre hospitalier, était présent à cette réunion, de même qu'une représentante des usagers.

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

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

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

Une réunion de restitution s'est tenue en fin de visite le 14 novembre à 17h, dans un format équivalent à celui de la réunion de présentation. Le président du conseil de surveillance de l'établissement y assistait également.

Le rapport provisoire rédigé à l'issue de cette visite a été transmis le 30 avril 2020 au directeur du CHM, au préfet du Vaucluse, au président du tribunal judiciaire d'Avignon et au procureur près le même tribunal et à la délégation départementale du Vaucluse de l'agence régionale de santé.

Seul le directeur du CHM a émis des observations, dans une réponse datée du 22 juin 2020. L'intégralité de cette réponse très détaillée (22 pages) ne peut être reprise dans le présent rapport définitif. Toutefois, les principaux éléments y sont résumés, soit en notes de bas de page soit à la suite des recommandations concernées.

2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

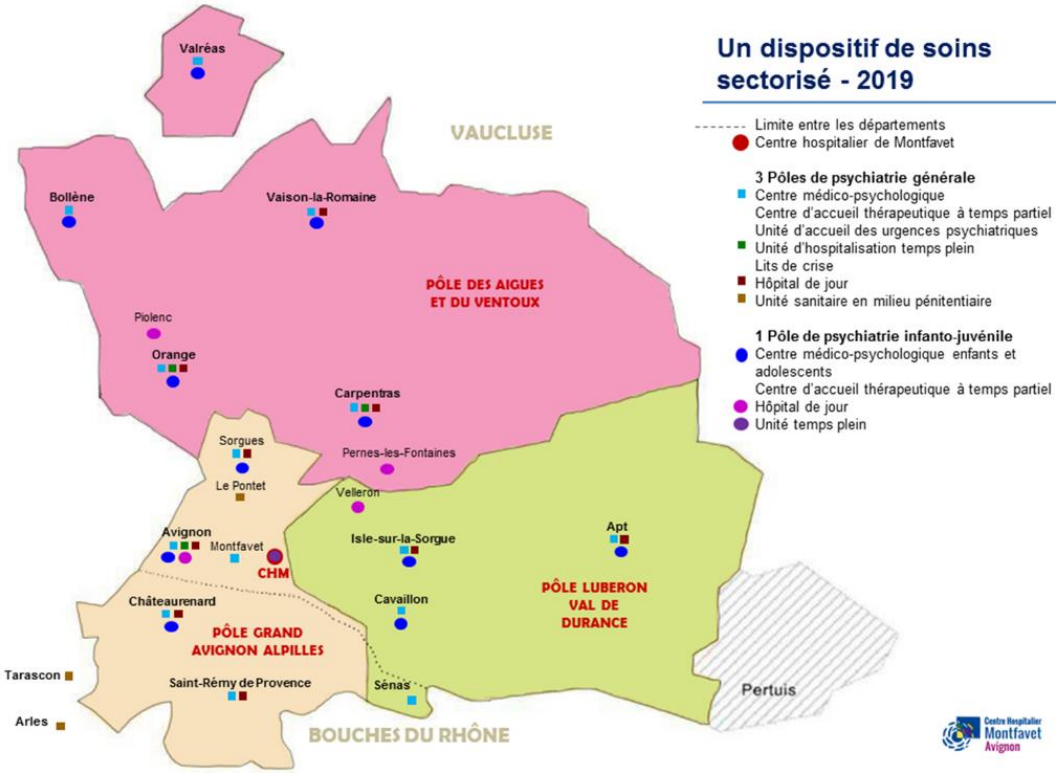
2.1 L'ETABLISSEMENT, ORGANISE EN TROIS POLES DE PSYCHIATRIE GENERALE ET UN POLE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE, S'APPUIE SUR DES STRUCTURES EXTRA HOSPITALIERES NOMBREUSES

Le centre hospitalier de Montfavet, héritier de « l'hospice des insensés » fondé en 1681 par le vice-légat du Pape et de la « Maison Royale de Santé », est implanté sur la colline de Montdevergues depuis 1840. Le cœur historique de l'hôpital caractérisé par un plan semi-rayonnant, autour de la chapelle, date de 1856-1862. L'asile se transforme en hôpital-village autarcique, les malades contribuant au fonctionnement des différents services généraux et à l'exploitation agricole du domaine qui a compté jusqu'à 2 000 patients juste avant la seconde guerre mondiale, parmi lesquels le sculpteur Camille Claudel qui y séjournera jusqu'à sa mort en 1943.

L'établissement est, depuis début 2019, organisé en trois pôles de psychiatrie générale[1] couvrant plus de 602 000 habitants sur le département du Vaucluse et une partie des Bouches-du-Rhône :

- le pôle des Aigues et du Ventoux (211 000 habitants) ;
- le pôle Grand Avignon-Alpilles (252 000 habitants) ;
- le pôle Lubéron-Val-de-Durance (140 000 ;

auxquels s'ajoute un pôle de psychiatrie infanto-juvénile à compétence régionale.



Cartographie des pôles et implantations du CH Montfavet

[1] *Cf. infra* § 7.3.1

L'activité de psychiatrie sectorisée s'articule, dans chaque pôle, par une complémentarité entre les unités d'hospitalisation complète et des structures extra hospitalières nombreuses :

- sur le pôle Aigues et Ventoux : cinq unités d'hospitalisation complète, six hôpitaux de jour, cinq centres médico-psychologiques (CMP) (Carpentras, Orange, Vaison-la-Romaine, Bollène, Valréas) et des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ;
- sur le pôle Grand Avignon-Alpilles : cinq unités d'hospitalisation (quatre d'admission dont deux fermées et une de resocialisation), un centre d'accueil semi-permanent (à Avignon), cinq hôpitaux de jour, cinq CMP (Avignon-Montfavet, Châteaurenard, Saint-Rémy de Provence, Avignon Saint- Lazare, Sorgues) et des CATTP ;
- sur le pôle Lubéron-Val-de-Durance : trois unités d'hospitalisation complète (deux unités d'admission dont une fermée, une de resocialisation), deux hôpitaux de jour, quatre CMP (L'Isle-sur-la-Sorgue, Cavaillon, Apt, Sénas) et des CATTP.

S'y ajoutent trois centres d'accueil permanent (sur les sites des centres hospitaliers (CH) d'Avignon, d'Orange et de Carpentras) et une équipe de psychiatrie d'accueil d'urgence et de liaison à Cavaillon-Apt.

Les activités de psychiatrie générale intersectorielle reposent sur :

- une unité de gérontopsychiatrie aiguë intersectorielle (vingt lits) ;
- une unité pour malades difficiles (UMD) comprenant cinq unités d'hospitalisation complète (dont une pour femmes) à vocation nationale ;
- trois unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) au centre pénitentiaire d'Avignon-Le Pontet, au centre de détention de Tarascon et à la maison centrale d'Arles ;
- une « fédération de soins de suite intersectoriels (psychoses évolutives et troubles du spectre autistique) et de gérontopsychiatrie » comprenant trois unités d'hospitalisation complète (Pins B, Montagne, Bruyères) et deux hôpitaux de jour spécialisés ;
- et un pôle d'activités intersectorielles et médico-techniques proposant notamment des consultations et hôpital de jour d'addictologie, des équipes de liaison et de soins en addictologie, un service de victimologie et de psychiatrie légale, des thérapies familiales, cognitivo-comportementales, à médiation culturelle, à médiation physique et sportive, des ateliers (peinture-sculpture, théâtre, écriture, chant choral, photos, danse, restructuration d'objets), de la neuromodulation, et un service de réhabilitation psychosociale-ergothérapie.

Le site de Montfavet offre en outre un service de médecine générale et spécialisée et un plateau médico-technique adapté.

En termes de capacités, l'établissement affiche 315 lits en psychiatrie générale – auxquels s'ajoutent 79 lits en UMD – et 15 lits en psychiatrie infanto-juvénile.

Enfin, 314 lits et places (194 lits et 129 places) sont disponibles dans les structures médico-sociales d'aval.

2.2 LE PROJET D'ETABLISSEMENT VIENT D'ETRE REECRIT

Un nouveau projet d'établissement a été élaboré pour la période 2019-2023. Il comporte quatre objectifs généraux.

Le premier objectif vise à « *adapter le CHM aux besoins du territoire conformément au schéma régional de santé* ».

Le deuxième objectif poursuivi est de « *participer à la désinstitutionalisation et déstigmatisation des personnes en souffrance psychique* ».

Le troisième objectif vise à « *intégrer les orientations du projet territorial de santé mentale, en cours de réflexion* ».

Enfin le projet d'établissement porte comme quatrième objectif la poursuite du plan directeur immobilier, nécessitant d'y consacrer environ 8 millions d'euros d'investissement par an sur 10 ans.

2.3 LA SITUATION FINANCIERE TEND A SE DEGRADER ET NE PERMETTRA PLUS DE FINANCER DE LOURDS INVESTISSEMENTS SANS REALISATION DES RECETTES FONCIERES ESCOMPTEES

La situation financière du CHM, positive jusqu'en 2016, s'est régulièrement dégradée depuis 2017 et encore plus nettement en 2019, avec un résultat négatif de plus de 3 millions d'euros sur un budget de fonctionnement de 122 millions[2].

Cette situation est d'autant plus inquiétante qu'elle paraît être d'ordre structurel. Le budget de fonctionnement est presque stable (123 millions d'euros en 2016) grâce, en premier lieu, à une diminution des charges de personnel (102 millions en 2019, presque le même montant qu'en 2016, après un pic à 104,3 millions en 2018) soit, compte tenu de l'effet « prix » sur ce poste de dépenses, une diminution des effectifs – qui a peu concerné les unités d'hospitalisation complète sauf le pôle infanto-juvénile[3]. En second lieu, la compression des dépenses de fonctionnement est également due à une diminution des provisions, passant de 1,8 million d'euros en 2016 à 514 000 euros en 2019.

Mais, parallèlement, les recettes de fonctionnement ont fortement diminué (- 3,6 %, passant de plus de 123,5 millions d'euros à 119 millions), du fait principalement d'une réduction de 3,3 millions d'euros (soit - 3 %) de la dotation annuelle de fonctionnement (DAF), alors que les recettes liées à l'activité progressent d'un million. Toutefois cette réduction de la DAF s'explique en grande partie par une évolution de périmètre (transfert d'une ex-unité psychiatrique dans le champ médico-social). A périmètre constant, la DAF est stable voire en légère hausse[4].

---

[2] Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique que, grâce à un redressement opéré en fin d'année, le résultat définitif aura été de - 1,6 millions sur un budget de fonctionnement de 121 millions d'euros.

[3] Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM précise que « *la baisse des charges de personnels n'est pas particulièrement due à des suppressions d'effectifs mais à l'impact d'opérations de fongibilité (personnels de psychiatrie transférés sur les budgets médico-sociaux pour le transfert d'une unité de psychiatrie au long cours en MAS et par la fermeture d'hôpitaux de jour en pédopsychiatrie pour ouvrir un institut médico-éducatif). Les structures ainsi converties sont sans lien avec l'accueil de patients en soins sans consentement.* »

[4] Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM conteste cette analyse, en s'appuyant sur le rapport de la chambre régionale des comptes qui fait état, dans son rapport sur les comptes 2013/2018, d'une baisse de la DAF de l'ordre de 5 millions d'euros du fait de l'impact du cumul des mesures d'économie et de la péréquation régionale.

Dans ces conditions, l'équilibre budgétaire va devenir difficile à atteindre au cours des prochaines années.

L'établissement est endetté à hauteur de 20 % et dégage un taux de marge brute de 2,7 %, nettement inférieur donc à la marge brute cible de 8 % requise par l'agence régionale de santé[5]. Quant à l'autofinancement, il a été divisé par trois depuis 2016, passant de 6,7 millions d'euros à 2,8 millions d'euros en 2019, le fonds de roulement subissant une évolution négative similaire, passant de 3,3 millions d'euros en 2016 à 1,1 million d'euros en 2019[6].

Dans ces conditions, l'établissement va être en incapacité d'autofinancer, au-delà de 2020, les opérations envisagées dans le cadre de son plan directeur immobilier (55 millions d'euros au total) sans recettes supplémentaires. Pour retrouver des marges de manœuvre, des cessions foncières sont envisagées, mais leur réalisation reste aléatoire car elle dépend des modifications à apporter au plan local d'urbanisme (requalification de zones actuellement qualifiées d'espaces boisés classés ou de zones d'activités hospitalières).

Dès lors, les modalités de financement de la modernisation des unités d'hospitalisation complète – dont la nécessité est apparue lors de la visite des contrôleurs – ne sont pas identifiées.

2.4 LE CENTRE HOSPITALIER CONNAIT DEPUIS PEU DES DIFFICULTES POUR RECRUTER DES MEDECINS PSYCHIATRES

Le CHM dans son ensemble a compté 2 267 membres du personnel en 2018, soit 2 174,20 ETPR (équivalent temps plein rémunéré), en quasi-stabilité (+ 1 % depuis 2016). Si l'hôpital ne connaissait pas de réelles difficultés de recrutement jusqu'à présent, il a été fait état d'une perte d'attractivité notamment auprès des médecins.

2.4.1 Le personnel médical

Le nombre de personnels médicaux et pharmaceutiques était de 123 (99,55 ETPR) en 2018, composés (tous statuts confondus hors internes) de 95 psychiatres, 13 médecins généralistes, 11 spécialistes et 4 pharmaciens.

Si le taux de vacance des postes médicaux, aux alentours de 13 %, demeure inférieur de près de 15 points au taux moyen national, des difficultés de recrutement de psychiatres se font ressentir depuis peu, générant une certaine inquiétude compte tenu des perspectives de départs relativement nombreux dans les années à venir (38 % des médecins psychiatres ont plus de 60 ans) et de l'absence de candidatures malgré la multiplication des publications de postes et le recours à des agences de recrutement. Outre l'emploi de quelques cliniciens, la direction s'est vue contrainte à employer, durant l'été 2019, des psychiatres en intérim tout en refusant de dépasser les plafonds légaux de rémunération – et en s'interrogeant sur la pertinence de l'intérim en psychiatrie qui suppose une certaine stabilité médicale. Le CHM n'accueille par ailleurs que peu d'internes (deux au moment de la visite) réduisant ce levier potentiel de vocations.

Au-delà de son volume, cette pénurie relative en médecins psychiatres pèse surtout par sa répartition non homogène : si le pôle des Aigues et du Ventoux déplore 7 % de vacance (18 ETP

[5] Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique que, à la clôture de l'exercice budgétaire, les chiffres sont les suivants : taux d'endettement à 23,64 % ; marge brute à 4,17 %.

[6] Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique que, à la clôture de l'exercice budgétaire, la capacité d'autofinancement est, en définitive, de 4,88 millions d'euros. De ce fait, le fond de roulement net global passe de 12 millions d'euros en 2016 à 5,2 millions d'euros en 2019.

pourvus sur 19,4), le pôle infanto-juvénile culmine à plus de 30 % de postes vacants (13,7 ETP pourvus sur 19,7), quand le pôle Lubéron Val-de-Durance est à 17 % de vacance (10, 6 ETP pourvus sur 12,8) et le pôle Grand Avignon Alpilles à 15 % (19,1 ETP pourvus sur 22,4).

Cette situation nécessiterait des réorganisations dans la répartition de la ressource médicale, auxquelles les médecins sont globalement réfractaires. Ces tensions donnaient lieu, au moment de la visite, à une mobilisation du collège médical qui, dans une motion en date du 30 octobre 2019, dénonçait « *la pénurie médicale sans précédent* », et décidait *« à l'unanimité* » une grève de toutes les instances et commissions et l'arrêt du codage RIMP[7] de l'activité « *afin de prioriser l'activité clinique auprès des patients* ».

Le renouvellement important observé chez les médecins (autour de 17 %) est sans doute l'un des symptômes d'un certain mal-être au sein de la communauté médicale du CH Montfavet, perceptible lors du contrôle.

Pour information, quatre infirmiers volontaires ont été identifiés pour suivre la formation d'infirmier en pratique avancée (IPA) permettant, à terme, de soulager les médecins de certains actes.

2.4.2 Le personnel non médical

a) Les données générales

L'effectif non médical comptait, en 2018, 2 155 agents, soit 2 074,65 ETPR, dont 90 % pour l'activité sanitaire (10 % pour le social et médico-social).

Le personnel soignant représentait 1 558 agents, soit 73 % des effectifs non médicaux. Malgré un renouvellement autour de 10 %, les postes d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE) sont presque tous pourvus ; il est parfois fait recours à quelques infirmiers retraités pour combler des vacances conjoncturelles.

Aucun problème de recrutement n'est rencontré chez les aides-soignants (AS) ni chez les psychologues.

L'absentéisme, de 8 % chez les personnels non médicaux en 2018, est en baisse depuis 2016 (- 0,25 point), chez les IDE comme les AS.

b) La formation

La possibilité de suivre des formations peut être considérée comme un des atouts du CHM qui dispose d'un centre de formation conséquent. Au-delà du plan de formation institutionnel, chaque pôle dispose d'une enveloppe annuelle consacrée à la formation et est encouragé à libérer les agents désireux de suivre une formation.

Les formations les plus fréquentes sont la prévention des risques professionnels, la bientraitance, l'hygiène, le travail en milieu psychiatrique (formation ouverte aux agents de service hospitaliers), le droit des patients ou encore la gestion et la prévention des situations de violence (OMEGA), dispensées sur site.

Il n'est pas mis en place de tutorat institutionnalisé, l'accompagnement des arrivants étant laissé à l'initiative de chaque pôle. La direction des ressources humaines organise toutefois un accueil

[7] Recueil d'Information Médicalisé en Psychiatrie

des arrivants avec présentation et visite de l'établissement et remise d'une clé USB comportant les informations utiles.

c) L'organisation des soins

Dans les unités d'hospitalisation, les soignants travaillent par roulement selon deux services principaux (6h/14h ; 13h/21h), renforcés le plus souvent par un agent dit « de journée » (9h-17h). Les équipes de nuit sont dédiées.

Des maquettes d'organisation des soins précisent, par unité, selon leur nature, les effectifs cibles : en journée, le plus souvent entre trois et quatre agents (IDE ou AS confondus) sur chaque vacation (auxquels peut s'ajouter un agent en horaire « de journée ») ; la nuit, entre deux et trois agents. Un agent des services hospitaliers est également présent quotidiennement dans chaque unité matin et après-midi, y compris le week-end.

Les agents sont affectés par unité et il n'existe pas d'équipe de renfort. En cas d'insuffisance d'effectifs, c'est le cadre de l'unité qui, en modifiant les plannings (déplacement des repos), peut pallier les absences avec l'accord des intéressés. Le recours à des retraités volontaires, à un recrutement en contrat à durée déterminée ou en intérim demeure marginal.

En cas d'absence imprévue, des renforts entre unités s'organisent au sein de chaque pôle. La solidarité entre unités permet que ce système de « dépannage ponctuel » fonctionne bien. L'analyse des plannings réalisés fait ressortir que les effectifs cibles sont respectés.

Des supervisions d'équipe, pour lesquelles l'établissement a recours à des psychologues extérieurs, peuvent être mises en place à la demande, comme c'était le cas au pôle infanto-juvénile lors du contrôle. Toutefois, toutes les équipes ne se saisissent pas de cette opportunité.

2.5 LES SITUATIONS DE SUR OCCUPATION SONT FREQUENTES ET LES PATIENTS EN SOINS CONTRAINTS SONT PRINCIPALEMENT ADMIS SUR LE FONDEMENT D'UN SEUL CERTIFICAT MEDICAL

Selon les informations communiquées, les patients en soins sans consentement (SSC) représentent près d'un tiers de la file active (31,8 % durant les neuf premiers mois de 2019 ; 37,4 % en 2018).

Parmi les 1 118 décisions de SSC prises en 2018, 903 l'ont été par le chef d'établissement (soit 80,8 %) et 215 (soit 19,2 %) par le représentant de l'Etat (SDRE).

L'hospitalisation à la demande d'un tiers constitue le mode d'admission majoritaire (57,1 % des décisions, SDT et SDT en urgence – SDTU – confondues).

Toutefois, les soins à la demande d'un tiers ordinaire reposant sur deux certificats médicaux ne représentent que 18,8 % des hospitalisations (210 décisions), alors que les décisions prises en urgence sur la base d'un seul certificat médical, soit à la demande d'un tiers en urgence (SDTU) soit pour péril imminent (SPI) constituent près de 62 % des admissions (429 SDTU soit 38,4 % et 264 SPI soit 23,6 %).

RECOMMANDATION 1
Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins en péril imminent et les soins à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique avoir rencontré, avec le président de la CME, « *les responsables de l'ensemble des structures de médecine d'urgence des hôpitaux du Vaucluse, qui sont les plus à l'origine de ces modes d'hospitalisation, afin de les sensibiliser sur l'importance de ne recourir à ces procédures dérogatoires qu'au regard des circonstances prévues par la réglementation*. » Il rappelle qu'une note de service en date du 8 janvier 2016 soumet les certificats médicaux en SPI à une validation du bureau des admissions ou de la direction « *de telle sorte que ne soit pas prononcées d'admissions non justifiées* ».

Il ajoute qu' « *un nouveau travail de sensibilisation des médecins sera mené d'une part pour obtenir le deuxième certificat pour réaliser des SDT selon la procédure 'classique ' et, d'autre part, pour tenter de mieux impliquer les tiers, lorsqu'ils sont identifiés et éviter les SPI.* »

Parmi les 215 SDRE, quarante-neuf demandes ont été établies par les maires, quatre-vingt-quatre situations concernaient des détenus et sept étaient des décisions judiciaires.

Les patients en SSC sont admis indifféremment dans l'ensemble des unités ouvertes ou fermées, à l'exception des unités suivantes qui n'admettent que des patients en soins libres (SL) : Le Galoubet (pôle infanto-juvénile), La Montagne et Les Bruyères (fédération de gérontopsychiatrie et soins de suite intersectoriels). L'unité Les dentelles de Montmirail (pôle Aigues-Ventoux) n'admet que très exceptionnellement des patients en SSC qui sont prioritairement orientés sur ce secteur vers l'unité fermée du Mont Serein.

L'établissement fait état d'une sur occupation de plus en plus fréquente. Le « *désert médical généralisé sur le département* » induirait un recours croissant aux urgences qui *« ont tendance à établir assez facilement des certificats de demande d'hospitalisation sans consentement* ». L'admission se fait alors dans l'unité sectorisée ou, du fait de la sur occupation, « *dans celle qui a de la place* », les réajustements s'opérant en cours de séjour.

Du fait de cette sur occupation, l'ajout de lits d'appoint dans les chambres est devenu une pratique courante. Au premier jour du contrôle, le surnombre était de sept patients. Des patients mineurs peuvent également être accueillis en unités pour adultes (*Cf. infra* § 9.1.2).

3. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS

3.1 L'INFORMATION ORALE EST REGULIEREMENT DONNEE PAR LES SOIGNANTS MAIS LES DOCUMENTS ECRITS, TRES COMPLETS, NE SONT QUE RAREMENT REMIS AUX PATIENTS

3.1.1 L'information sur le statut et les droits en début d'hospitalisation

La première information sur le statut est normalement faite par le médecin rédacteur du certificat d'admission.

Une nouvelle information sur le statut d'hospitalisation, les raisons de celle-ci et l'objectif de la mesure est donnée dès l'arrivée dans l'unité tant par un soignant que par le psychiatre. Lorsqu'il existe un accueil centralisé de pôle, l'infirmière de ce service remplit le bulletin d'admission et remet au patient, outre le livret d'accueil, trois documents :

- l'un rappelant le statut d'hospitalisation et les voies de recours et énumérant les droits spécifiques du patient en soins sans consentement ;
- le deuxième concernant la désignation de la personne de confiance, les informations pouvant être données aux professionnels de santé extérieurs à l'établissement et aux proches, les directives anticipées ;
- le troisième comportant les coordonnées des différentes institutions pouvant être contactées par le patient.

Un classeur, établit par l'infirmière d'accueil, reprenant l'ensemble des formalités à effectuer à l'arrivée d'un patient, est laissé par elle à disposition des infirmiers de l'unité. A noter toutefois que certains de ces documents sont obsolètes ou incomplets puisque faisant état « d'hospitalisation d'office », ne visant pas la possibilité de confidentialité de l'hospitalisation ni ne prévoyant l'accord de la personne de confiance désignée par le patient. En cas d'arrivée après la fermeture du service d'accueil centralisé ou à défaut d'un tel service, les premières informations sont données par les infirmiers de l'unité.

Dès l'annonce de l'arrivée d'un patient en soins sans consentement (SSC), le dossier est examiné par la cellule des SSC du bureau des entrées (ouvert de 8h30 à 18h) qui vérifie la conformité des documents et procède si besoin aux régularisations utiles. Cette vérification est également effectuée au niveau des unités, notamment par le service d'accueil centralisé quand il existe. La nuit, cette vérification incombe à la permanence « cadres-infirmiers ».

La décision d'admission est ensuite préparée, dans la journée ou le lendemain matin pour les arrivées de nuit, par un agent du bureau des entrées et signée soit du directeur soit, le plus souvent, du chef de service des admissions, de la responsable de la cellule SSC, ou d'un des directeurs adjoints, tous ayant délégation de signature. Du vendredi soir au dimanche inclus, la décision est rédigée et signée par le directeur d'astreinte.

A cette décision, datée du jour de l'admission et qui mentionne les voies de recours, sont joints : le ou les certificats médicaux visés dans ce document dont les termes ne sont pas repris dans l'acte ; un document portant information sur le contrôle obligatoire du juge des libertés et de la détention (JLD), sur les droits des personnes hospitalisées sans consentement (avec mention des coordonnées des autorités pouvant être saisies), sur le traitement des données personnelles ; un récépissé de réception avec rappel des recours possibles. L'ensemble de ces documents est immédiatement transmis pour notification et remis au patient, en semaine par le bureau des

entrées à l'unité *via* les secrétaires médicales, le week-end par le cadre d'astreinte directement à l'unité.

Les arrêtés préfectoraux pour les patients admis en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) sont adressés par courriel au vaguemestre de l'établissement qui les imprime, les porte dans l'unité puis les retourne à l'agence régionale de santé (ARS) après notification au patient. L'arrêté mentionne les voies de recours et comporte en annexe le certificat médical visé dans la décision, documents devant être remis au patient contre accusé de réception. Les droits de la personne en soins sans consentement ne sont pas annexés à l'arrêté. Toutefois, dès qu'il a connaissance d'une admission en SDRE le bureau des entrées envoie au patient une lettre d'information sur les contrôles obligatoires par le juge des libertés et sur les droits des personnes hospitalisées sans consentement (avec mention des coordonnées des autorités pouvant être saisies). Ainsi, pour les patients admis en SDRE la notification des droits peut précéder celle de l'arrêté du préfet. Pour les patients admis sur arrêté provisoire du maire, qui ne font pas l'objet d'une notification (exception faite pour la commune de Carpentras), le certificat médical initial n'est pas repris dans l'arrêté du préfet confirmant l'admission, de sorte que ces patients n'ont pas connaissance des motifs de leur hospitalisation sauf si l'ARS joint ce document à l'arrêté préfectoral, ce qui n'est pas toujours le cas (exemple d'un arrêté préfectoral reçu par l'établissement le 5 novembre).

3.1.2 Les documents médicaux, administratifs et juridiques remis aux patients

La notification des décisions et documents sus évoqués est faite par un infirmier de l'unité qui retourne au bureau des entrées le récépissé signé du patient. En cas de refus ou d'impossibilité pour le patient de signer, il est émargé par deux soignants. Si le patient est en phase aiguë, la notification peut être reportée ; le bureau des entrées s'assure alors de l'évolution du patient et renvoie les documents pour nouvelle notification dès que son état le permet ; dans certaines unités les documents sont représentés autant de fois que nécessaire jusqu'à ce que le patient accepte de signer.

Si la procédure mise en place par le bureau des entrées en concertation avec l'ARS est de nature à assurer une parfaite information du patient sur son statut et ses droits tout au long de sa prise en charge, force est toutefois de constater que dans la pratique cette information reste limitée. En effet, des propos recueillis auprès des soignants des différentes unités il ressort que la notification des décisions – tant d'admission que de maintien – faite aux patients reste très formelle, peu d'explication leur étant donnée à cette occasion – sauf réponses données aux questions posées par ceux-ci. En outre, les documents ne leur sont laissés que s'ils en font la demande ; les certificats médicaux sont la plupart du temps classés dans les dossiers et non remis aux patients alors qu'ils constituent les seuls documents expliquant les raisons et circonstances de la mesure puisque leur contenu n'est pas repris dans la décision administrative.

Il s'avère donc que les soignants, bien que formés pour un grand nombre à la loi de 2011, n'ont guère intégré la finalité de cette loi et l'utilité des droits accordés aux patients, droits souvent restreints dans leur propos à « *la signature du papier* » et à l'intervention du JLD à certains stades de la prise en charge.

L'absence de remise systématique aux patients des décisions administratives et des documents d'information préparés par le bureau des entrées est d'autant plus préjudiciable pour les patients que la liste des droits et des autorités ou institutions pouvant être contactées par les patients ne sont affichés dans aucune unité.

RECO PRISE EN COMPTE 1

La copie de tous les documents inhérents à l'hospitalisation sans consentement (décisions d'admission ou de maintien, certificats médicaux, information sur les droits) doit être remise au patient tant lors de son admission que tout au long de son hospitalisation.

Les informations quant aux droits des personnes admises sans consentement doivent être affichées dans les unités accompagnées des coordonnées des autorités et institutions pouvant être saisies par le patient ou avec lesquelles il peut communiquer.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique que la procédure d'admission qui prévoit effectivement la remise de l'ensemble de ces documents aux patients, à l'admission comme tout au long de son hospitalisation, « *sera rappelée aux cadres de santé afin que les droits d'information des patients soient pleinement respectés*. » Il ajoute qu'une affiche « *est en cours d'actualisation et sera apposée prochainement dans toutes les unités de soins* ».

3.1.3 Les documents relatifs aux droits des patients et aux règles de vie

a) Le livret d'accueil

Un livret d'accueil est à disposition des patients. Outre une présentation du centre hospitalier (histoire, organisation administrative et médicale), ce livret décrit les formalités (d'entrée comme de sortie) et modalités de prise en charge à l'arrivée et dans la vie quotidienne, les droits et devoirs des patients. Il comprend huit fiches annexes développant : le dispositif de soins en psychiatrie générale avec les différents modes d'hospitalisation et de prises en charge ; le contrôle judiciaire de la mesure et les droits des patients hospitalisés sans consentement ; les coordonnées des institutions pouvant être saisies ; les soins en ambulatoire et hôpital de jour ; le rôle et la composition de la commission des usagers, de la maison des usagers et les coordonnées des associations des usagers ; la maîtrise du risque infectieux ; la charte de la laïcité et la charte de la personne hospitalisée ; les directives anticipées ; le rôle du Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Très complet, ce livret d'accueil omet toutefois d'évoquer le droit à la confidentialité de l'hospitalisation.

Ce livret d'accueil est présent dans toutes les unités. Systématiquement remis au patient dans les pôles disposant d'un accueil centralisé, la pratique est en revanche très variable d'une unité à l'autre : mis dans la chambre à l'arrivée du patient, remis à la demande, délivré aux seuls primo-arrivants ou non donné par perte d'habitude des soignants. Dans une unité il est laissé à disposition des patients dans la salle de télévision.

Un livret spécifique existe pour la psychiatrie infanto-juvénile qui diffère uniquement sur les fiches « *dispositif de soins* » et « *charte de l'enfant hospitalisé* ». Ce livret est donné aux enfants et aux adolescents, les informations données aux familles étant principalement faites oralement.

RECO PRISE EN COMPTE 2

Le livret d'accueil doit être systématiquement remis au patient à son arrivée dans l'unité.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique que le livret d'accueil est en cours de réactualisation et qu'il « *a été rappelé aux cadres de santé, et cela a été confirmé en CME, l'impérieuse obligation de remettre systématiquement le livret d'accueil au patient dès son arrivée en unité de soins ou, lorsque son état clinique ne le permet pas, dès qu'il est en capacité d'en prendre connaissance.* »

b) Le règlement intérieur

Le règlement intérieur de l'établissement, dans sa version finalisée en juin 2019, est un document de 173 pages. Il existe en version papier dans chaque unité ; il n'est pas toujours connu des soignants mais peut être consulté sur l'intranet ou en version papier dans le bureau du cadre de santé. Les patients ne demandent jamais à en avoir communication.

Deux articles de ce règlement intérieur posent difficulté et mériteraient d'être repensés :

- l'article 71 qui pose – sans fondement légal – un principe d'interdiction de libre circulation pour les patients hospitalisés : « les articles de ce présent règlement intérieur en lien avec la liberté d'aller et venir au sein de l'établissement ne s'appliquent pas aux patients hospitalisés en soins sans consentement à temps complet » ;8
- l'article 73 qui évoque la possibilité d'un contrôle de légalité du juge administratif de la décision d'admission en soins sans consentement sur décision du directeur, alors que depuis le 1er janvier 2013, seul le juge judiciaire (le JLD) est compétent pour contrôler non seulement le bien-fondé de la prise en charge mais également la régularité des décisions administratives prescrivant la prise en charge.9

c) Le règlement propre à chaque unité

Certaines unités n'ont pas de règlement de fonctionnement écrit. Sont alors parfois affichés des extraits du règlement intérieur de l'établissement qui ne correspondent pas en tous points aux règles de vie de l'unité. Peut également être affichée une feuille, intitulée « horaires », qui indique les horaires de vie de l'unité (chambre, cour, repas, casiers, visites, appels téléphoniques, etc.) et quelques interdictions. En l'absence d'affichage, les règles de vie sont expliquées verbalement par les soignants à l'arrivée du patient, règles qui dans les unités ouvertes sont assez libérales et appliquées avec bienveillance, à l'inverse de celles des unités fermées où l'interdiction reste trop souvent le principe (*Cf. infra* § 4).[10]

---

[8] Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique que l'article 71 du RI a été modifié pendant la visite du CGLPL ; sa nouvelle formulation, diffusée en novembre 2019, est la suivante : *« Les articles du présent RI, notamment ceux en lien avec la liberté d'aller et venir dans l'établissement, peuvent être adaptés sur avis médical, ou pour des raisons de sûreté publique, le temps nécessaire, pour les patients hospitalisés en SSC à temps plein. Le patient doit alors bénéficier de la part des professionnels médicaux et paramédicaux de toute l'information nécessaire à la compréhension des restrictions qui sont prescrites. Le patient doit également en connaître leurs modalités et leur durée prévisible. »*

[9] Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique que cette « *erreur de plume* » a été modifiée.

[10] Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique qu'un groupe de travail a été mis en place pour harmoniser les pratiques entre unités. « *Ce groupe a rappelé et formalisé la nécessité que les règles de fonctionnement des unités de soins soient conformes au RI du centre hospitalier ; qu'elles posent le principe général du respect des libertés individuelles, leur restriction n'étant limitée qu'individuellement et sur prescription médicale en fonction de l'état de santé du patient (…). Il travaille à la mise en œuvre effective de ces principes dans toutes les unités de soins.* »

3.2 LES EVENEMENTS INDESIRABLES ET PLAINTES DONNENT LIEU A UNE REELLE PRISE EN COMPTE MAIS LES DELAIS DE REPONSE AUX DEMANDES DE DOSSIERS MEDICAUX SONT ANORMALEMENT LONGS

3.2.1 La procédure de signalement des événements indésirables

Le CHM est équipé du logiciel BlueMedi™ pour le signalement et le suivi des événements indésirables (EI). Tous les professionnels, quels que soient leur grade et leur statut, peuvent renseigner informatiquement une fiche d'événement indésirable (FEI) qui est automatiquement adressée simultanément à la direction de la qualité et à l'encadrement de l'unité concernée (chef de pôle, cadre et médecin). Le directeur général de l'établissement est également destinataire de toutes le FEI.

La fiche peut être anonyme si le déclarant le souhaite (seule la directrice de la qualité peut éventuellement identifier le déclarant) et permet de saisir des textes libres.

La direction s'attache à promouvoir le signalement dans une logique d'amélioration et non de sanction, qui se donne pour objectif de « *Connaître – Comprendre – Agir – Partager* »[11]. Pour affirmer ce principe, le CHM a mis en œuvre en novembre 2013 une charte d'incitation au signalement des erreurs, « *favorisant une approche positive et productive de l'erreur* ».

Cette logique est globalement bien comprise et ancrée dans l'esprit du personnel, même si certains pôles (pôle social et médico-social ; pôle de psychiatrie infanto-juvénile ; fédération de gérontopsychiatrie et de soins de suite) signalent davantage d'EI que d'autres, sans que cela soit nécessairement en corrélation avec l'activité mais plutôt avec le seuil de tolérance des soignants.

Pour faciliter l'exhaustivité des déclarations, les incidents liés aux erreurs médicamenteuses peuvent également être signalés par un formulaire papier. Ces signalements sont réintégrés dans les statistiques d'EI. Malgré cette facilité, ce type d'incidents demeure vraisemblablement sous-signalé (une quinzaine de fiches par an).

En parallèle, les procédures du CHM prévoient que, en cas d'EI grave lié aux soins, un médecin effectue une information du patient et/ou de ses représentants légaux dans les quinze jours suivants la découverte du dommage.

A réception de la FEI, la direction qualité apprécie la qualification de l'événement et en évalue la criticité (gravité et occurrence). Elle l'adresse ensuite aux destinataires « en deuxième intention » afin que ceux-ci puissent apporter les éléments de réponse ou tout simplement avoir connaissance de l'incident.

La direction qualité effectue également les signalements à l'ARS et à l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) pour les faits le justifiant ; 231 signalements à l'ONVS ont été effectués durant les dix premiers mois de l'année 2019 (contre moins de 10 en 2018 alors que ces signalements relevaient de la direction du CHM). Le signalement au parquet des faits pouvant relever d'une qualification délictueuse incombe à la direction générale.

Toutes les fiches sont analysées chaque lundi au sein d'une « cellule d'analyse et de suivi des incidents et risques » (CASIR), composée du président de la CME, de l'équipe de la direction qualité, du médecin-somaticien coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, d'un pharmacien, d'un cadre supérieur de santé, d'un représentant de la commission des soins et d'un

[11] Extrait du document « *Politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins 2019-2013* » version avril 2019

médecin psychiatre. Un responsable des services logistiques peut y être ponctuellement associé selon les sujets évoqués. La CASIR s'assure du suivi des réponses aux FEI et, selon la gravité de l'incident, elle peut décider d'une analyse plus poussée au sein d'un comité de retour d'expérience (CREX).

Le retour de ces analyses est effectué un lundi par mois, la CASIR se réunissant sous le format « CREX » qui comprend, outre les membres habituels de la CASIR, des binômes de volontaires formés à la démarche d'analyse des événements indésirables selon la méthode ALARM[12] de l'ARS. Les membres de l'équipe concernée par l'événement ayant donné lieu à analyse sont invités à cette réunion de restitution. Le rapport d'analyse qui y est présenté a été travaillé avec l'équipe concernée et le plan d'actions est validé collectivement, ce qui est source d'adhésion et d'amélioration effective des pratiques. Le rapport d'analyse est ensuite mis en ligne sur BlueMedi™.

Un déclarant peut suivre en permanence l'état d'avancement de sa fiche en se connectant sur BlueMedi™ ; un mail, généré automatiquement, lui est également adressé à chaque nouvel événement concernant sa fiche.

3.2.2 L'analyse des faits signalés

Quantitativement, le nombre de faits signalés, tous pôles confondus, reste à peu près stable ces deux dernières années : 771 en 2017, 775 en 2018, 698 entre le 1er janvier et le 12 novembre 2019. Un pic avait été atteint en 2016 avec 912 FEI.

Comme indiqué *supra*, les pôles de psychiatrie adulte sectorisée signalent proportionnellement peu de faits.

Par typologie, 17 % des 775 faits signalés en 2018 concernaient des violences physiques ou verbales envers le personnel ; plus globalement, les agressions représentaient 33 % des FEI, en légère baisse par rapport en 2017.

Les problématiques liées aux prestations hôtelières demeuraient stables à 23 % (notamment les prestations techniques et, dans une moindre mesure, la restauration).

Les événements liés à la prise en charge du patient arrivaient en troisième position (17 % des FEI contre 11 % en 2017). Dans cette rubrique sont notamment recensés des sorties sans autorisation ou non-retours, des problèmes liés à la prise en charge de patients détenus, des EI liés à l'isolement, des incidents concernant la prise en charge somatique, etc.

Enfin, 12,5 % des fiches concernaient des problématiques de sécurité (vols et dégradations) et 9,5 % des sujets liés à la coordination/organisation.

Les erreurs médicamenteuses, manifestement sous-déclarées, ne représentaient que 2 % des évènements signalés (seize signalements en 2018), majoritairement lors de la dispensation.

La criticité des événements, calculée en fonction de la gravité et de l'occurrence, amenait à qualifier vingt-huit d'entre eux au niveau le plus grave en 2018 (contre trente-quatre en 2017). Ces faits sont d'une grande variété : menaces, agressions physiques ou sexuelles, suicides, sur occupation, dégradations, températures excessives, fugue, etc.

[12] ALARM : acronyme de « association of litigation and risk management »

Les EI graves et les actions correctives mises en place par l'établissement pour y remédier sont présentés à chaque réunion de la commission des usagers (CDU) ; une analyse de l'ensemble des FEI y est effectuée deux fois par an (*Cf. infra* § 3.3.1).

3.2.3 Les modes d'expression des requêtes et doléances des patients ou de leurs proches

a) Les doléances

Un patient victime d'un fait relevant d'une qualification pénale sera encouragé à déposer plainte auprès des forces de police et, au besoin, accompagné dans ses démarches.

Au-delà de ces faits, le CHM recueille les doléances des patients et de leurs proches, quelle que soit leur forme d'expression : courrier, mail, appel téléphonique. Les appels téléphoniques reçus par la direction de la relation aux usagers sont retranscrits par écrit par le secrétariat. Au sein des unités, les soignants sont invités à aider les patients en difficulté avec l'écrit dans la formalisation de leurs éventuelles doléances.

Toutes ces saisines sont centralisées par la direction de la relation aux usagers et systématiquement enregistrées ; un tableau de suivi y est tenu. Le cas échéant, une réponse d'attente est envoyée quand il n'est pas possible de répondre directement sur le fond. Le délai moyen de réponse annoncé par le CHM est de 6,8 jours.

Tous les courriers sont évoqués au sein de la CDU (*Cf. infra* § 3.3.1).

Malgré cette approche volontariste, le CHM ne reçoit que très peu de doléances puisque soixante-dix-neuf courriers seulement ont été évoqués en CDU en 2018 (soixante-douze en 2017) ; et parmi ces soixante-douze courriers, trois étaient des éloges et dix étaient écrits par les trois mêmes patients.

71 % des courriers reçus émanaient directement de patients et 21 % de leurs proches.

Par typologie, les courriers portaient presque pour moitié (43 %) sur des motifs propres à la psychiatrie : demande d'hospitalisation par l'entourage (neuf courriers), contestation de prise en charge (huit), contestation d'hospitalisation (huit), courrier incohérent (six), demande de fin de mesure de contrainte (trois).

Les autres items les plus fréquents des doléances reçues portaient sur le déroulé du séjour (23 %) et la prise en charge médicale (13 %).

b) Les demandes d'accès au dossier médical

En 2018, le CHM a reçu 96 demandes d'accès aux dossiers médicaux, contre 125 en 2017 et 150 en 2016, soit une baisse de 36 % en 2 ans.
Le délai de réponse est excessivement long puisqu'il était de plus de 30 jours en moyenne pour les dossiers datant de moins de 5 ans, seulement six réponses (sur soixante-sept demandes) ayant été apportées dans le délai de 8 jours prévu par la réglementation. Pour les dossiers datant de plus de 5 ans, le délai moyen de réponse était de presque 45 jours, quatorze réponses (sur vingt-trois demandes) ayant été faites dans le délai de 2 mois prévu par les textes.
Il a été indiqué aux contrôleurs que la direction de la relation aux usagers allait mettre en place un tableau de suivi de ces demandes pour raccourcir les délais de transmission.

RECOMMANDATION 2

Le délai de réponse aux demandes d'accès aux dossiers médicaux doit être réduit.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique qu'une procédure a été mise en place, avec tableau de suivi, afin de réduire le délai de réponse aux demandes d'accès aux dossiers médicaux. Ce délai serait ainsi passé, pour les dossiers de moins de 5 ans, de 26 jours en moyenne en 2019 à 18 jours en juin 2020. « *Le travail (…) est poursuivi afin d'atteindre les délais réglementaires*. »

c) Les doléances exprimées devant le juge des libertés et de la détention

Un mode original de recensement des doléances des usagers a été mis en place au CHM : un cadre de la direction est systématiquement présent lors des audiences du juge des libertés et de la détention. Il prend en note les éléments que les patients peuvent exprimer à cette occasion quant à leurs conditions de prise en charge et les répercute aux services concernés.

BONNE PRATIQUE 1

La direction de l'établissement met opportunément à profit la présence d'un cadre lors des audiences du juge des libertés et de la détention pour recueillir les observations des patients.

3.2.4 La commission d'éthique

La commission d'éthique (CE) existe depuis une dizaine d'année au sein du CHM. Présidée depuis cinq ans par une psychiatre de l'établissement très impliquée dans son fonctionnement, cette commission pluridisciplinaire est composée de professionnels issus de tous les pôles, volontaires (avec lettre de motivation en appui de leur candidature). Une personnalité extérieure, issue de la société civile, en l'occurrence un philosophe, est associée aux travaux de la commission d'éthique depuis 2017.

Les membres de la commission ont été formés à l'éthique par un organisme extérieur et par le président d'un autre comité d'éthique.

La CE se réunit toutes les six semaines. Le personnel de l'établissement est tenu informé des activités de la CE *via* l'intranet et peut la saisir de toute question par courrier. La commission peut inviter les personnels à l'origine d'une saisine à venir l'exposer lors de l'une de ses séances. Les avis de la commission sont publiés sur l'intranet et renvoyés à la personne qui l'a saisie. La CE peut également s'autosaisir.

La CE organise par ailleurs des « colloques éthiques ». Lors de la visite, elle préparait un colloque sur le thème « *J'ai peur, comment je (me) soigne* ? ». Un précédent colloque a porté sur la question de la sexualité.

La lecture des comptes-rendus des réunions de la commission d'éthique de 2017 à 2019 ne fait ressortir qu'une seule saisine, en juin 2017, à laquelle il a été répondu en juin 2018. L'essentiel des travaux consiste donc en la préparation du colloque. Si ceci permet d'aborder de réelles questions éthiques et de les partager très largement et de façon concrète le jour du colloque, il est regrettable que les personnels médicaux et non médicaux ne saisissent pas plus souvent la commission.

BONNE PRATIQUE 2

A défaut de saisines par la communauté soignante, l'organisation de « colloques éthiques » permet d'ouvrir et de partager très largement les travaux de la commission d'éthique.

3.3 LA REPRESENTATION DES USAGERS EST FORMELLE ET PEU EN PHASE AVEC LA REALITE DE LA VIE DES PATIENTS QUI NE SONT PAS INTERROGES SUR LEURS CONDITIONS D'HOSPITALISATION

3.3.1 La commission des usagers

La maison des usagers

La commission des usagers (CDU), qui se réunit quatre fois an est présidée par la directrice des relations aux usagers et coprésidée par le représentant des usagers titulaires de l'union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM).

Elle comprend quatre représentants des usagers (deux membres de l'UNAFAM et deux de l'association « Mouvement vie libre ») désignés pour trois ans par l'ARS, dont trois sont très assidus aux réunions.

Outre ces représentants, la CDU est composée, notamment, du directeur des soins, de la direction qualité, des médiateurs médicaux et non médicaux, de représentants du conseil de surveillance, du comité technique d'établissement (CTE) et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT). La fiche de procédure concernant la CDU doit être actualisée pour tenir compte des évolutions réglementaires intervenues depuis sa rédaction en 2010.

Les représentants des usagers considèrent « *avoir toute leur place* » au sein de la CDU. Les événements indésirables et plaintes y sont examinés en toute transparence. Un représentant des usagers vient consulter les dossiers la veille de chaque réunion. Le rapport annuel sur l'isolement et la contention a été présenté en CDU à deux reprises.

Les représentants des usagers participent par ailleurs à un certain nombre d'instances de réflexion et sont associés au groupe travaillant sur la réfection des divers supports de communication (livret d'accueil, site internet) du CHM. Ils n'ont, en revanche, pas été associés au dernier processus de certification.

La CDU n'a pas encore engagé de projet des usagers.

Toutefois, sans que cela ne puisse être imputé ni à la direction ni aux représentants des usagers, il est apparu aux contrôleurs que ces représentants connaissaient mal la vie de l'établissement et les conditions réelles d'hospitalisation : ils n'ont jamais visité les unités, ils ne rencontrent pas de patients ni même de familles qui ne peuvent les joindre directement, ils ne tiennent pas de permanence au sein de l'hôpital, ils n'ont pas connaissance des règles de vie des unités et n'ont pas été associés à la rédaction du règlement intérieur. La « maison des usagers », située au cœur de l'hôpital, n'est en réalité jamais ouverte aux usagers ni à leurs proches.

Ces usagers sont par ailleurs inégalement informés de la possibilité de saisir les représentants des usagers et des coordonnées de ceux-ci : les panneaux d'affichage, tant sur la façade de la maison des usagers que dans les unités, sont incomplets ou pas à jour ; le livret d'accueil n'en fait mention que dans les fiches placées en annexe, qui ne sont pas actualisées ; l'existence de ces représentants et les modalités pour les contacter ne sont pas mentionnées sur le site internet de l'établissement.

RECO PRISE EN COMPTE 3
Les coordonnées et le rôle des représentants des usagers doivent être actualisés et communiqués *via* les différents supports accessibles aux patients (affichage dans les unités, livret d'accueil, site internet). Ces représentants doivent pouvoir être rencontrés par les patients ou aller à leur rencontre au sein des unités.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique que *« l'affichage des coordonnées actualisées des représentants des usagers et de leur rôle est réalisé (…) dans toutes les unités de soins, à l'entrée de la maison des usagers, au service des amissions, (…) sur le livret d'accueil (…) et sur le site internet. En outre, il sera rappelé aux cadres des unités que les représentants des usagers doivent pouvoir être rencontrés par les patients ou aller à leur encontre au sein des unités. »*

3.3.2 Le recueil de la satisfaction des patients

Mis à part au pôle de psychiatrie infanto-juvénile[13], les questionnaires de satisfaction sont très rarement remis aux patients et donc très peu renseignés.

En substitution, la direction de la relation aux usagers organise annuellement une enquête de satisfaction durant la « semaine de la sécurité des patients » (3ème semaine de novembre). Tous les patients pris en charge durant cette semaine sont invités à remplir un questionnaire de satisfaction.

Les résultats de l'enquête annuelle réalisée en 2018 au sein des unités d'hospitalisation à temps plein pour adultes[14] sont très positifs puisque, sur les 183 questionnaires renseignés (soit un taux de retour qui plafonne à 42 %), 82 % des patients se sont déclarés globalement satisfaits de la prise en charge (dont 22 % « très satisfaits »). Tous les thèmes donnent lieu à un satisfecit remarquable : accueil 90 % de « très satisfaits ou satisfaits » ; qualité des soins : 90 % ; respect de l'intimité : 87 % ; respect de la confidentialité : 83 % ; information : 79 % ; disponibilité des

[13] A l'unité ado 12/17, deux questionnaires de satisfaction ont été mis en place : l'un est proposé aux mineurs (avec pictogrammes), l'autre aux familles.

[14] Pour le pôle de psychiatrie infanto-juvénile, l'enquête se base sur les retours des questionnaires remplis en fin d'hospitalisation pour l'unité 12/17 et en fin d'année scolaire pour les autres unités du pôle.

professionnels : 76 % ; association à la prise en charge : 72 %. Même la qualité des prestations hôtelières est globalement très bien perçue, qu'il s'agisse des repas (quantité : 80 % ; qualité : 78 % ; variété : 76 %), des chambres (hygiène 94 % ; confort 85 % ; température 72 % ; bruit 70 %) et, dans une moindre mesure, des locaux (70 % de très satisfaits ou satisfaits).

Ces chiffres, comparables voire en légère amélioration par rapport à ceux enregistrés en 2016 et 2017, sont présentés en CDU, en CREX et en CSIRMT. Ils ont également disponibles sur BlueMedi™ pour que les cadres puissent s'en emparer.

Aucun plan d'actions n'est défini sur la base des résultats de cette enquête. La méthodologie de recueil incite toutefois à la prudence dans l'interprétation : enquête flash sur une seule semaine, connue à l'avance par les professionnels et avec une aide apportée par le personnel soignant lors du renseignement des questionnaires dans près de la moitié des cas.

Il est projeté de mettre en œuvre une enquête qualitative sur la base d'entretiens réalisés avec des patients sortants.

RECO PRISE EN COMPTE 4
Au-delà de l'enquête annuelle actuellement réalisée, le CHM doit s'employer à ce que soit diffusé de façon effective au quotidien le questionnaire de satisfaction qui est un véritable moyen d'expression des usagers et un levier d'amélioration de la prise en charge. Ce questionnaire doit être systématique.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique : *« Il est bien acté qu'avec la remise systématique du livret d'accueil à chaque patient, le questionnaire de satisfaction doit être systématiquement remis en même temps, afin de permettre aux patients de s'exprimer librement sur les conditions de son hospitalisation. La direction de la qualité assurera l'analyse du retour de ces questionnaires, afin de mettre en œuvre des actions d'amélioration de la qualité la prise en charge, en lien avec la commission des usagers.* »

3.4 LA POSSIBILITE DE DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE N'EST PAS SYSTEMATIQUEMENT PROPOSEE AUX PATIENTS

Le CHM dispose d'un guide destiné aux professionnels relatif à la désignation de la personne de confiance et d'un formulaire de désignation. Cependant, cette procédure est diversement appliquée dans les unités.

L'audit relatif au dossier du patient hospitalisé fait apparaître que cette désignation a été proposée pour 63 % des hospitalisations[15] et que la personne désignée a été contactée dans 72 % des cas.

Lorsque les pôles disposent d'un accueil centralisé, cette procédure est parfaitement connue et appliquée ; dans les autres cas, elle est souvent confondue avec la désignation de la personne à prévenir. Dans de nombreuses unités, la procédure ne s'accompagne pas d'un contact avec la personne désignée pour recevoir son assentiment et ses coordonnées.

[15] Chiffre de l'année 2019 jusqu'au 11 novembre

RECO PRISE EN COMPTE 5

Tous les patients doivent recevoir une information relative à la possibilité de désigner une personne de confiance. Cette dernière doit dans un premier temps être contactée afin de recueillir son accord, puis associée à la prise en charge du patient.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique que la procédure existante « *fait l'objet actuellement d'une mise à jour, afin de prévoir notamment la mise en œuvre d'un contact avec la personne désignée (…) pour recevoir son assentiment (…) en vue de pouvoir ensuite l'associer à la prise en charge du patient. Dans la mesure du possible l'information sur la possibilité de désigner une personne de confiance est réalisée lors de l'admission du patient.* »

3.5 L'ACCES AU VOTE N'EST PAS FACILITE

A l'occasion des élections présidentielles de 2017, une note de service de la direction a été adressée aux unités afin de leur demander de recenser les patients souhaitant faire établir une procuration. Cette information n'a pas été renouvelée depuis. Au jour du contrôle, le centre hospitalier n'avait pas communiqué aux patients d'informations relatives aux possibilités d'inscription sur les listes électorales et de vote aux prochaines élections.

RECO PRISE EN COMPTE 6

Une information doit être délivrée aux patients à l'occasion de chaque élection afin qu'ils puissent s'inscrire sur les listes électorales, établir une procuration, bénéficier d'une autorisation de sortie ou d'un accompagnement pour voter.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM reconnait qu'aucune disposition n'avait été prise « par omission » pour les élections européennes. Cela a été corrigé pour les élections municipales de 2020. Par ailleurs, « *il est prévu de formaliser une procédure afin d'organiser et faciliter l'inscription des patients sur les listes électorales (…).* »

3.6 L'ACCES AUX CULTES EST ORGANISE MAIS DANS LES UNITES AUCUN AFFICHAGE NE RAPPELLE LES COORDONNEES DES REPRESENTANTS DES CULTES

L'article 55 du règlement intérieur intègre le libre exercice des cultes et en rappelle les limites. Il fait état de trois aumôniers salariés : catholique, protestant et musulman. Il prévoit que « *La possibilité de faire appel aux ministres d'autres confessions religieuses est également offerte aux patients qui en font la demande auprès du cadre de santé* ».

Le livret d'accueil indique comment joindre les ministres des cultes ou aumôniers des cultes catholique, protestant, musulman, juif, arménien, bouddhiste et hindouiste – le culte des Témoins de Jéhovah n'est pas cité.

Les aumôneries catholique et protestante sont signalées sur le plan du CH. L'aumônerie musulmane est installée dans des locaux provisoires, qui ne sont pas mentionnées sur le plan. Les trois aumôneries (catholique, protestante, musulmane) sont signalées par des panneaux.

Cependant, les contrôleurs n'ont vu aucun affichage des coordonnées des aumôneries dans les unités visitées. Cet affichage serait régulièrement arraché et pas remplacé aussi fréquemment que nécessaire, tout particulièrement dans les unités fermées.

Dans les unités ouvertes, les aumôniers passent voir leurs fidèles habituels et demandent aux soignants si des patients veulent les rencontrer. Dans les unités fermées, les aumôniers rencontrent les patients exclusivement sur demande retransmise par les soignants.

RECO PRISE EN COMPTE 7
L'affichage des coordonnées des représentants des cultes doit être permanent dans l'ensemble des unités.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique que « *l'affichage des coordonnées des représentants des cultes, qui est régulièrement effectué dans les unités mais qui est fréquemment enlevé, vient d'être à nouveau réalisé dans toutes les unités de soins.* »

Il rappelle que le CHM rémunère un aumônier catholique à temps plein et un aumônier musulman à temps partiel ; un poste d'aumônier protestant existe mais est actuellement vacant.

3.7 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS EST ASSUREE

3.7.1 Le repérage des patients nécessitant une mesure de protection

Le repérage des patients nécessitant une mesure de protection est effectué en fonction des renseignements recueillis à l'entrée du patient et des observations de l'assistante sociale après élaboration par celle-ci d'un « diagnostic social ».

La nature de la mesure de protection, soumise à la décision du juge, est arrêtée par l'équipe soignante et le médecin, en accord avec la famille ; l'adhésion du patient à protéger est recherchée.

Le service social du CHM, piloté par un cadre socio-éducatif, est composé d'assistantes sociales dédiées à temps plein ou à temps partiel à chaque unité.[16]

Le JLD de Carpentras a indiqué saisir parfois le procureur de la République ou directement le juge d'instance quand il estime qu'un patient nécessiterait une mesure de protection juridique ou lorsque les difficultés rencontrées avec le mandataire lui paraissent de nature à mettre en échec un programme de soins ou une levée de la mesure de SSC.

3.7.2 Les difficultés de mise en place de la mesure de protection

L'appréciation de la mesure de protection par le juge des tutelles est subordonnée à une expertise préalable réalisée par un psychiatre inscrit sur une liste agréée par le procureur de la République. Le coût de cette expertise (160 euros) est souvent prohibitif pour les patients ou leur famille. Certains psychiatres du CHM, figurant sur la liste des experts judiciaires, acceptent de réaliser l'expertise gratuitement. Parfois, les frais d'expertise sont avancés (contre remboursement ultérieur par le patient ou sa famille) par le service de protection des majeurs du CHM ou par l'association L'Optimiste[17].

[16] 1 assistante sociale à temps plein à La Nesque, au Mont Serein, et au 12/17 ; deux assistantes sociales à mi-temps, soit 1 ETP aux Pins 1 ; une assistante sociale à 80 % au Verdon, aux Chênes Verts deux et aux Cèdres 2 ; une assistante à mi-temps aux Pins 2, à La Roseraie, aux Cèdres 1 et aux Cèdres 3.

[17] Association créée par d'anciens soignants et non soignants du CHM, caisse de secours financier abondée par les dons de ses membres.

A cette problématique de coût, s'ajoute le délai de réponse du juge des tutelles, qui est en moyenne de 3 à 6 mois.

Le service de mandataires judiciaires du CHM – dénommé service public interdépartemental de protection des majeurs – est régulièrement désigné par le juge pour gérer les mesures des patients protégés. Lorsqu'il est désigné, ce service remet au patient protégé une notice d'information expliquant les différentes mesures de protection, leurs conséquences et les recours possibles.

Les autres principaux opérateurs sont l'union départementale des associations familiales (UDAF), l'ATV-ATIS Gestion des tutelles, l'association tutélaire de gestion du Gard (ATG) et l'association départementale de Vaucluse pour la sauvegarde de l'enfance à l'adulte (ADVSEA).

Les assistantes sociales sont alors les chevilles ouvrières des relations avec ces mandataires extérieurs. Les difficultés récurrentes remontées portent sur leur manque de réactivité pour la mise à disposition d'argent pour les besoins « domestiques » (tabac, friandises, biscuits, activités, etc.) ou pour l'achat de vêtements, obligeant à utiliser ceux en stock dans les unités d'accueil ou à la friperie située à la cafétéria (*Cf. infra* § 5.2).

A contrario, la réactivité du service de protection interne au CHM est plus rapide et, en cas d'impécuniosité du majeur protégé, le recours à L'Optimiste est quasi systématique.

BONNE PRATIQUE 3
Des psychiatres agréés du CHM acceptent de réaliser gratuitement les expertises préalables à la mesure de protection pour les patients en situation d'indigence.

3.8 LE DROIT A LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION EST MECONNU

Le règlement intérieur de l'hôpital prévoit la possibilité de demander la confidentialité ou l'anonymat, mais le livret d'accueil n'en fait pas mention.

En pratique, ce droit, méconnu des soignants dans certaines unités ou confondu avec le respect du secret médical, n'est pas systématiquement proposé au patient lors de son admission. Par ailleurs si le patient exprime ce souhait auprès des soignants, ceux-ci le mentionnent sur le dossier patient informatisé mais sans que pour autant cela soit remonté dans le logiciel utilisé par le bureau des entrées et le standard téléphonique.

Nonobstant, il a été affirmé qu'en cas d'appel extérieur, le standard ne communique pas d'information et transmet à l'unité d'hospitalisation demandée qui exige le numéro de l'appelant et interroge le patient sur son souhait de répondre ou de rappeler l'interlocuteur.

S'agissant des demandes émanant des services de police ou de gendarmerie, elles doivent obligatoirement être formulées sous la forme d'une réquisition écrite et motivée.

Enfin, pour garantir leur anonymat, certains patients (personnalités, membres du personnel ou leur famille par exemple) peuvent faire l'objet d'un enregistrement sous un pseudonyme, à leur demande ou à l'initiative du CHM.

RECOMMANDATION 3

Le droit à la confidentialité de l'hospitalisation doit être mentionné dans le livret d'accueil et expliqué au patient lors de son admission par du personnel formé. Cette volonté, lorsqu'elle est exprimée, doit être transcrite dans les différentes applications informatiques utilisées.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique que ce droit sera inscrit dans le livret d'accueil en cours d'actualisation et que « *ce droit et ses modalités d'application vont être rappelés à l'ensemble des cadres des unités* ».

4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

4.1 EXERCE SUR DEUX SITES DIFFERENTS, PAR DES MAGISTRATS DE DEUX JURIDICTIONS DISTINCTES, LE CONTROLE DU JLD PORTE TANT SUR LA PROCEDURE QUE SUR L'EVOLUTION DE LA SITUATION DU PATIENT ET DE SON ADHESION AUX SOINS

Deux salles, ouvertes au public, sont dédiées aux audiences du juge des libertés et de la détention (JLD) l'une au CHM, l'autre au pôle santé de Carpentras où sont délocalisées deux unités du CH de Montfavet. Les audiences, deux par semaine sur chaque site (parfois limitée à une à Carpentras en raison d'un manque d'effectif au greffe), sont tenues respectivement par des magistrats des tribunaux de Carpentras et d'Avignon. Sur chaque site, la salle d'audience est indiquée par un panneau mais ne fait pas l'objet d'une signalétique pour s'y rendre ; une bonne information peut cependant être obtenue à l'accueil.

Salle d'audience du site de Montfavet

Une des salles d'entretien avocat de Montfavet

Ces salles d'audience, beaucoup plus petite à Carpentras qu'à Montfavet, sont conviviales, le mobilier permettant au patient et à son avocat de s'asseoir en face du juge simplement dénommé « juge des libertés ». La salle de Montfavet a fait l'objet de travaux de sécurisation : tables et chaises scellées au sol, fenêtres condamnées. Une salle – deux à Montfavet – respectant les conditions de confidentialité est mise à disposition des avocats pour rencontrer les patients avant l'audience. A Montfavet, une pièce attenante à la salle d'audience peut servir de salle de délibéré et une salle d'attente est à disposition des patients et des soignants ; des bouteilles d'eau sont proposées aux patients ainsi qu'un jeton pour le distributeur de boissons chaudes.

4.1.1 Les modalités d'organisation de l'audience

La communication entre les services de l'ARS, du CHM et du JLD se fait par voie électronique cryptée. Les relations entre le bureau des entrées du CHM et le service du JLD, greffe comme magistrat, sont décrites comme fluides et de qualité.

A réception de la saisine, accompagnée des pièces du dossier, émanant du bureau des entrées du CHM (ou de l'ARS pour les patients en SDRE), le greffe renvoie un rôle de l'audience et une convocation pour le patient assortie d'un avis l'informant d'une part qu'il peut faire parvenir au greffe des observations écrites et avoir accès aux pièces du dossier soumis au juge, d'autre part qu'il sera assisté à l'audience d'un avocat qu'il peut choisir ou qui sera désigné d'office.

La convocation est notifiée au patient par un infirmier de l'unité puis retournée au greffe *via* le bureau des entrées une fois signée. Cette notification est l'occasion pour les soignants d'expliquer aux patients le rôle du juge ; cette explication verbale complète le document remis à l'arrivée en même temps que la décision d'admission, ou le remplace quand cet imprimé n'a pas été laissé au patient (*Cf. supra* § 3.1). La liste des avocats du barreau n'est pas affichée dans les unités mais les coordonnées de l'ordre des avocats des barreaux d'Avignon et de Carpentras figurent dans les annexes du livret d'accueil.

La procédure susmentionnée est identique pour toutes les audiences du JLD qu'elles interviennent dans le cadre des saisines de plein droit (à douze jours, à six mois) ou lors de saisines facultatives (par le patient, un parent, le tiers demandeur à la mesure, le tuteur ou le procureur de la République), cas au demeurant rarissime.

Les tiers demandeurs à la mesure sont convoqués par le greffe, par téléphone à Carpentras, par courrier à Avignon. Si les tiers sont souvent présents à l'audience de Carpentras, ils sont en revanche fréquemment absents à Montfavet, la convocation leur arrivant trop tardivement ; le JLD regrette que les numéros de téléphone ou adresses mail des tiers ne figurent pas au dossier du patient, ce qui permettrait de les contacter plus utilement[18].

Les mandataires judiciaires sont également informés de l'audience par courriel, fax ou téléphone. Seul le mandataire attaché à l'hôpital se présente à l'audience, les mandataires extérieurs adressant parfois des courriers pour informer de la situation du patient.

A Carpentras, le dossier est envoyé à l'avocat de permanence un ou deux jours avant l'audience par voie dématérialisée. Cette pratique n'a pu être mise en place avec le barreau d'Avignon malgré plusieurs propositions faites en ce sens par la juridiction aux bâtonniers successifs.

4.1.2 Le déroulement de l'audience

Les contrôleurs ont assisté à une audience à Carpentras et une à Montfavet, où ils ont pu s'entretenir aussi bien avec le juge qu'avec l'avocat présent.

Peu nombreux sont les patients qui refusent de se rendre à l'audience et rares ceux qui sont empêchés pour raison médicale (les données précises ne sont toutefois pas comptabilisées). A Carpentras les patients s'y rendent à pied, accompagnés par un ou deux soignants, voire par le cadre de santé. A Montfavet en revanche, où le nombre de patients convoqués par audience est beaucoup plus élevé (en moyenne une dizaine), un agent administratif est présent pour assurer la fluidité du passage des patients et la communication des dossiers aux deux avocats intervenant à l'audience. Au vu du rôle communiqué le matin, cet agent prend contact avec les unités pour planifier les ordres de passage. Les patients de l'UMD et les SDRE, qui sont prioritaires, sont accompagnés par deux infirmiers en ambulance (un seul patient par véhicule) – avec escorte de

[18] Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique que « *le numéro de téléphone du tiers se trouve (habituellement) et son adresse (systématiquement) sur la demande d'hospitalisation qu'il rédige*. »

police pour les patients détenus. Sont ensuite appelés les patients en SDDE, qui arrivent également accompagnés de deux soignants, en ambulance ou voiture de service.

BONNE PRATIQUE 4

La présence d'un agent administratif, formé à la procédure de soins sans consentement, pour assurer la fluidité du passage des patients à l'audience, la communication des dossiers aux avocats et la libre communication de celui-ci avec son client, est une garantie de la sérénité des débats et du respect des droits de la défense.

Les patients sont toujours habillés, y compris ceux placés en isolement autorisés à se rendre à l'audience.

Les JLD ne se rendent pas dans les unités pour rencontrer les patients qui ne pourraient ou ne voudraient se rendre à l'audience.

Le CHM est toujours représenté aux audiences, par un responsable du bureau des entrées à Carpentras, par un directeur adjoint à Avignon. En revanche l'ARS n'est jamais présente. L'audience se tient porte ouverte.

Dans les deux cas, un temps est laissé à l'avocat pour s'entretenir avec le patient, étant précisé que les avocats de Carpentras se rendent parfois dans les unités pour rencontrer leur client avant l'audience.

Le juge et le greffier sont en civil, l'avocat pouvant être en robe. Le juge explique son rôle au patient, lui donne la parole et lui pose différentes questions sur les circonstances de son hospitalisation, le déroulement de celle-ci, son positionnement face aux soins, ses projets, etc. Il entend l'avocat après avoir écouté le représentant de l'administration, puis redonne la parole au patient s'il en manifeste le souhait. Les soignants présents peuvent apporter des informations complémentaires, notamment sur l'évolution du patient depuis le dernier certificat médical. Si nécessaire, un interprète est convoqué à l'audience par le greffe.

La décision est en général rendue immédiatement ; le juge explique sa décision au patient et lui précise les voies de recours et les délais. L'ordonnance est signée du patient et copie lui en est remise ainsi qu'à l'avocat et l'administration sans toutefois que l'accusé de réception signé du patient et attestant de la notification n'y figure. Lorsqu'à titre très exceptionnel la décision est mise en délibéré – comme ce fut le cas lors de l'audience du 6 novembre en raison d'irrégularités de procédure soulevées par l'avocat – l'ordonnance est rendue l'après-midi et notifiée au patient par un infirmier de l'unité, avec remise d'un document mentionnant les modalités et délais d'appel, cette procédure s'appliquant également aux personnes n'ayant pas comparu à l'audience.

Dans la quasi-totalité des cas, les avocats intervenant à l'audience sont désignés d'office, leur rémunération étant prise en charge au titre de l'aide juridictionnelle sans examen de ressources et donc sans reste à charge pour le patient.

A Carpentras, où le barreau comporte une centaine d'avocats, vingt-cinq assurent les permanences JLD ; tous sont volontaires et ont bénéficié de formations sur les soins sans consentement. L'avocat rencontré par les contrôleurs a cependant regretté l'absence au sein du barreau de « *partage de jurisprudence et d'expérience* ». A Avignon, 80 avocats sur les 300 que compte le barreau interviennent sur la permanence JLD ; une formation de 10 heures par an est obligatoire sur la matière choisie dans le cadre de la permanence ; une formation a été mise en

place et est ouverte à tous les professionnels intéressés (avocats, magistrats, personnel du centre hospitalier).

RECO PRISE EN COMPTE 8
La copie des décisions judiciaires rendues, remise à l'administration, doit comporter la mention de la notification au patient (date et signature) afin que celle-ci puisse être reportée dans le registre de la loi conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du CSP.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique qu'il a été convenu avec les deux JLD, à l'issue de la visite du CGLPL, qu'une copie du document signé par toutes les parties lors de la notification au patient (en audience ou postérieurement dans les unités) sera dorénavant insérée dans le registre de la loi.

4.1.3 Les saisines, les décisions, les appels

Le contentieux généré par le contrôle de l'hospitalisation sans consentement est relativement stable depuis 2017. Selon les statistiques communiquées par le bureau des entrées[19], 783 saisines durant les dix premiers mois de 2019 (dont 658 pour Avignon et 125 pour Carpentras), soit une moyenne de 78,3 par mois, contre 931 en 2018 (738 pour Avignon et 193 pour Carpentras) soit une moyenne mensuelle de 77,58.

Les saisines ont lieu très majoritairement dans le cadre du contrôle de plein droit du JLD, beaucoup plus rarement à la demande du patient ou de tiers dans le cadre d'un recours facultatif qui tend cependant à augmenter : dix-sept saisines de ce type en 2018 dont quatorze à Avignon, seize saisines pour Avignon durant les dix premiers mois de 2019.

La très grande majorité des décisions ordonne le maintien de la mesure ou le rejet de la demande de mainlevée. Lorsque la mainlevée de la mesure est ordonnée, la décision est dans certains cas (plus fréquents en 2018 que 2019) prononcée avec effet différé à 24 heures pour permettre la mise en place d'un programme de soins. Ont ainsi été prononcées par les JLD : en 2017, quarante-sept mainlevées de la mesure (d'hospitalisation complète ou de soins sans consentement) dont quarante à Avignon et sept à Carpentras ; en 2018, vingt-huit mainlevées de la mesure dont vingt différées à 24 heures (dix par chaque juridiction) et huit mainlevées immédiates (trois par Avignon et cinq par Carpentras) ; durant les dix premiers mois de 2019, dix-sept mainlevées dont onze différées (cinq par Avignon dont un SDRE ; six par Carpentras dont un SDRE) et seize mainlevées immédiates (onze par Avignon dont six SDRE ; cinq par Carpentras dont deux SDRE). Le nombre de mainlevées de l'hospitalisation complète par les JLD a ainsi diminué entre 2017 et 2018 de - 40,42 %, la proportion de mainlevées ordonnées représentant 3 % du total des dossiers soumis au contrôle des JLD en 2018 contre 4,94 % en 2017.

Les contrôleurs ont pris connaissance des décisions de mainlevées rendues au cours des années 2017 et 2018 (soit un total de soixante-quinze ordonnances). Les motifs ayant conduit à ces

[19] Les statistiques fournies par les greffes des JLD (pour 2018 et 2019 s'agissant d'Avignon – mais avec quelques divergences d'un tableau à l'autre – uniquement pour 2019 s'agissant de Carpentras), bien que légèrement différentes, confirment cette relative stabilité : durant les dix premiers mois de l'année 2019 les JLD ont été saisis de 705 requêtes à Avignon et de 144 à Carpentras (soit respectivement une moyenne de 70,5 et 14,4 par mois) contre 822 saisines pour le seul JLD d'Avignon en 2018 (soit une moyenne mensuelle de 68,5).

mainlevées, mentionnés ci-dessous, attestent tant d'un contrôle de la régularité de la procédure que de l'évolution de la situation du patient :

- irrégularité de procédure faisant grief : certificat médical de réintégration postérieur de 5 jours à l'hospitalisation effective (une décision) ; saisine tardive du JLD (trois décisions) ; absence pour les SPI de mention d'impossibilité d'obtenir la demande d'un tiers et d'information de la famille dans les 24 heures (trois décisions) ;
- certificats médicaux insuffisamment circonstanciés pour justifier un placement en soins sans consentement (trente-deux décisions) ;
- certificats médicaux ne caractérisant pas le maintien de la mesure en soins sans consentement (vingt-quatre décisions) ;
- certificats médicaux concluant à la compatibilité de l'état du patient avec une levée de la mesure (trois décisions) ;
- adhésion du patient aux soins (neuf décisions).

Selon les informations données par le bureau des entrées, les appels interjetés contre les décisions des JLD sont en augmentation et émanent très majoritairement des patients : dix en 2017 (dont un par le parquet), seize en 2018 (aucune du parquet) et vingt-six sur les dix premiers mois de 2019 (aucune du parquet). Les décisions de première instance sont dans l'ensemble confirmées en appel ; au premier semestre 2019 la cour a toutefois infirmé trois décisions (deux arrêts ayant ordonné la mise en place d'un programme de soins dans les 24 heures et un ayant prononcé la mainlevée pure et simple de la mesure). L'audience en appel se tient à la cour d'appel de Nîmes (Gard). Le patient y est conduit en ambulance (environ une heure de route) accompagné d'un ou deux soignants et du représentant de l'hôpital présent à l'audience.

4.2 LE BON FONCTIONNEMENT THEORIQUE DE LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES – CDSP – N'EST PAS OBJECTIVE PAR SES COMPTE RENDUS DE VISITE ET D'ACTIVITE

Le dernier arrêté fixant la composition de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) du Vaucluse date du 11 mai 2018. Depuis novembre 2018 le médecin généraliste, désigné par le préfet, ne participe plus aux activités de la commission mais n'a pas pour autant été remplacé. Les mandats des magistrats titulaires et suppléants expireront en mai 2021 date à laquelle ils ne seront pas remplacés[20].

La CDSP se réunit tous les mois pour examiner les dossiers des patients récemment admis à l'hôpital (vérification des certificats médicaux), de tous les patients sous statut de « péril imminent », des patients en programme de soins. Tous les six mois à un an sont examinés les dossiers des patients de l'UMD. Quand une difficulté apparaît à l'examen d'un dossier une demande d'explication est adressée soit au médecin signataire du certificat, soit au directeur, au chef de pôle ou de service ou au préfet[21].

Lors de cette réunion, la CDSP traite également des courriers des patients. Leur dossier est examiné, la procédure vérifiée et attache est prise (en général par le président de la commission)

[20] Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice.

[21] Selon une information d'un membre de la CDSP, une demande a ainsi été adressée au préfet le 17 octobre 2019 à la suite d'un refus de modification de la prise en charge (levée hospitalisation complète pour un programmes de soins) sans demande d'expertise malgré les termes de l'article L.3213-3 IV du code de la santé publique.

avec le médecin en charge du suivi du patient afin d'obtenir des informations ; un courrier de réponse est adressé au patient à réception des éléments demandés.

La CDSP procède à deux visites par an dans l'établissement, l'une inopinée et l'autre programmée ; en général une unité fermée est visitée tous les six mois ; chaque unité, en ce inclus l'UMD, est vue environ tous les deux ans à deux et demi. Au cours de la visite, les patients qui le demandent sont reçus par tous les membres de la commission réunis (exception faite du président de la CDSP, psychiatre de l'établissement, lorsqu'un patient est connu de lui). Les questions évoquées concernent la bientraitance du patient : hébergement, repas, qualité des soins, visites, sorties, etc.

Un compte-rendu est rédigé après chaque visite et est adressé au chef de pôle et au directeur lorsque des difficultés ont été décelées. Dans ce cas, une visite de contrôle est faite dans un délai d'un an. A défaut de problèmes constatés le compte-rendu n'est pas diffusé.

Lors de la visite de l'établissement, la commission examine les registres de la loi en prenant des folios de patients au hasard puis le président de la CDSP vise les registres en cours. Quand une difficulté apparaît sur un certificat médical, un courrier est adressé au médecin concerné.

La CDSP s'intéresse au rapport sur l'isolement et la contention mais ne regarde pas le registre qui est « *trop important* ».

Les contrôleurs n'ont cependant obtenu communication que de deux documents : le compte rendu de visite du CHM du 15 décembre 2016 (dernier document en possession du président de la CDSP au 7 novembre 2019, portant principalement sur des questions de sécurité de l'unité « Les Tilleuls ») et le rapport annuel d'activité pour 2018, duquel il résulte qu'une seule visite a été programmée au cours de cette année « *en raison de contraintes d'agenda* » à l'UMD (déjà visité en décembre 2018) et que deux plaintes ont été étudiées concernant « *des demandes de levée de mesure et/ou des retours dans les départements d'origine pour des patients hospitalisés en UMD* ».

En l'absence des comptes rendus de visite intervenus entre décembre 2016 et novembre 2019 (vainement demandés, verbalement puis par mail, au président de la commission), aucune appréciation objective ne peut être apportée sur le fonctionnement réel de cette commission ni sur la façon dont elle joue son rôle de garante des droits et de la dignité des personnes hospitalisées, ce d'autant que les unités ont unanimement indiqué n'avoir aucune information à destination des patients sur les réunions ou visite de cette commission.

RECOMMANDATION 4

Les visites et réunions de la CDSP doivent impérativement faire l'objet de comptes rendus détaillés, diffusés au sein de l'établissement, afin qu'elle exerce pleinement son rôle de garante des droits et de la dignité des personnes suivies en soins sans consentement.

4.3 LA TENUE DU REGISTRE DE LA LOI CONNAIT QUELQUES RETARDS ET OMISSIONS ET N'EST PAS EN TOUS POINTS CONFORME AUX PRESCRIPTIONS LEGALES

Les registres de la loi, deux pour les SDRE, deux autres pour les SDDE – distincts pour les femmes et pour les hommes –, sont tenus par les agents du bureau des entrées sur un modèle normalisé : livres cartonnés format A2, composés de 100 feuillets doubles numérotés correspondant pour chacun à un patient, renseignés par date d'admission dans l'établissement. Pour les patients « au

long cours » un registre de report permet de suivre la mesure. Ces registres sont cotés et paraphés par le maire sur la page de garde. Ils sont visés sans observation par le président et la secrétaire de la CDSP à chacune de ses visites (la dernière remontant au 20 juin 2019), à l'exclusion de toute autre autorité.

Les contrôleurs ont plus particulièrement examiné les registres en cours. Dans ces registres sont transcrites l'identité complète du patient et parfois la copie de sa carte nationale d'identité, la date et la nature de l'admission, l'identité du tiers demandeur. Sont en outre reproduits en format réduit : le jugement de protection juridique, le ou les certificats médicaux initiaux, selon le statut d'admission l'arrêté du maire ou du préfet pour les SDRE ou la décision du directeur, les certificats médicaux des 24 et 72 heures ainsi que l'avis motivé, les ordonnances du JLD, les certificats mensuels, les arrêtés ou décisions de maintien, le certificat et les arrêtés ou décisions de levée de la mesure.

En revanche, certaines mentions prévues dans la colonne de gauche de la première page ne sont pas renseignées : domicile et profession du tiers demandeur ; information de la famille en cas de péril imminent ; autres formes de prise en charge, durée et modalités ; intervention du JLD (date, recours de plein droit ou facultatif). De même, si la notification des décisions du directeur est en général bien reportée, en revanche celles des arrêtés du préfet et des décisions du JLD ne le sont jamais. Enfin, si l'admission d'un patient est bien transcrite dans les 24 heures, les certificats et décisions postérieurs à l'admission sont parfois reproduits avec retard.

Il apparaît donc que le registre ne répond pas entièrement aux exigences déclinées à l'article L3212-11 du CSP[22] et ne permet pas d'avoir, notamment dans le cadre d'un contrôle, un aperçu rapide et complet de la situation et du suivi d'un patient.

L'examen des registres de SDRE a mis en évidence de nombreux manques ou erreurs depuis plusieurs mois et plus particulièrement depuis l'été 2019 : présence de l'arrêté du maire mais pas celui du préfet ; mention de levée de mesure au lieu de celle d'un transfert ; pas de mention de levée de la mesure malgré la présence d'un certificat médical à cette fin ; absence de décisions du JLD ; pas de reproduction des certificats mensuels ; arrêtés et certificats médicaux non classés par ordre chronologique ; ordonnances du JLD parfois collées au milieu des arrêtés ou des certificats médicaux. A noter toutefois que, alertés sur cette tenue peu rigoureuse des registres, les responsables du bureau des entrées ont immédiatement remédié à cette situation, les registres ayant été repris, corrigés et complétés dans les trois jours suivant l'intervention des contrôleurs (tous les documents étaient photocopiés mais non collés). Ces responsables ont par ailleurs décidé de mettre en place un contrôle hiérarchique régulier des registres et ont entrepris une réflexion pour parvenir à la dématérialisation des registres conformément aux dispositions de la loi du 27 septembre 2013.

[22] **Article L.3212-11 du CSP S**ont transcrits ou reproduits dans les 24h : Noms, prénoms, profession, âge, domicile ; date admission ; noms, prénoms, profession et domicile du tiers demandeur ; date de délivrance des informations mentionnées aux a et b article L.3211-3 CSP [notifications décision admission et toutes décisions / notification des droits et voies de recours et garanties] ; le cas échéant, mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ; avis et certificats médicaux ainsi que attestations ; la date et le dispositif des décisions rendues par le JLD ; la levée des mesures autre que celles mentionnées au 7° (décisions JLD) ; les décès.

RECO PRISE EN COMPTE 9

Les registres de la loi doivent mentionner, conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du CSP, les dates de notification des décisions tant d'admission que de maintien de la mesure (arrêtés du préfet comme décisions du directeur) ou de changement de forme de prise en charge (passage en programme de soins) d'une part, des droits et voies de recours et garanties d'autre part.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM précise que « *pour les patients en SDRE en programmes de soins, la notification de l'arrêté n'est pas envoyée à l'établissement ; de ce fait elle ne peut matériellement être insérée dans le registre de la loi* ». Pour les patients hospitalisés en SDRE, les notifications sont insérées depuis mai 2020. Pour les patients en SDDE, les notifications sont toujours insérées.

Il résulte de ce même examen que :

- comme les arrêtés et décisions d'admission, les certificats médicaux ne sont pas horodatés et la décision du directeur ne mentionne pas l'heure d'admission effective du patient, rendant impossible toute vérification quant au respect des délais (tout se fait donc de date à date et non d'heure à heure) ;
- les arrêtés préfectoraux, comme les décisions du directeur, ne sont motivés que par visa du ou des certificats médicaux initiaux avec la précision « *dont je m'approprie les termes* » et mentionnent que ce ou ces certificats sont joints en annexe, ce qui implique que ces certificats doivent impérativement être remis au patient, ce qui n'est pas toujours fait dans les unités (*Cf. supra* § 3.1.2) ;
- les arrêtés préfectoraux, à la suite d'un arrêté provisoire du maire, sont toujours pris dans un délai de 24 à 48 heures ;
- les certificats médicaux initiaux, surtout quand ils émanent des urgences, sont peu circonstanciés sur les troubles et l'absence de consentement aux soins, sur le « *péril imminent pour la santé de la personne et l'impossibilité de recueillir la demande d'un tiers* » ou sur « *le risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade* » ;
- pour les mesures de SPI et SDTU, les certificats des 24 et 72 heures sont rédigés par des médecins différents ;
- les certificats médicaux comportent une mention pré-imprimée quant à l'information donnée au patient sur ses droits et voies de recours et au recueil de ses observations ;
- les passages en programme de soins sont en général retranscrits dans le registre, mais le contenu dudit programme n'y figure pas toujours.

RECO PRISE EN COMPTE 10

Les certificats médicaux, comme les décisions d'admissions du directeur et du préfet, doivent être horodatés afin de garantir le respect des délais impartis par la loi.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique « *être d'accord* » avec cette recommandation. « *Un travail en concertation avec les médecins adresseurs et les psychiatres de l'établissement sera réalisé afin de mettre en œuvre cette mesure. Pour autant, il ne faut pas se cacher qu'il sera difficile d'obtenir de tous les très nombreux intervenants le respect systématique de cette disposition.* »

4.4 LA PREPARATION DE LA SORTIE EST PARFOIS ENTRAVEE PAR DES REFUS EXORBITANTS DU PREFET, CERTAINS PROGRAMMES DE SOINS NE REPONDENT PAS AUX PRESCRIPTIONS LEGALES ET REGLEMENTAIRES ET LE COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE NE RENCONTRE PAS LES PATIENTS

4.4.1 La mise en place des sorties de courtes durées et des programmes de soin en vue de préparer la sortie

a) Sorties de courtes durées

Les permissions de sortie, renseignées dans le dossier de chaque patient et tracées dans le registre de la loi, ne sont répertoriées ni par les secrétaires médicales ni par le bureau des entrées. Leur nombre sur une période donnée n'a donc pu être déterminé.[23]

Tous les agents rencontrés s'accordent pour indiquer que les sorties de courte durée sont nombreuses et délivrées assez rapidement après l'admission du patient, au cas par cas, dès que son état est stabilisé, ce qui a été confirmé par l'examen du registre de la loi. Ces sorties, autorisées dans un but d'évaluation du patient et de préparation de la levée de la mesure, le sont en général de façon progressive, d'abord accompagnées (par un soignant ou un membre de la famille) pour une durée inférieure à 12 heures (démarches administratives, sortie en ville, participation à des activités extérieures culturelles ou sportives) puis non accompagnées pour une durée de moins de 48 heures (souvent retour à domicile ou visite d'un établissement d'accueil). L'accompagnement par le personnel soignant ne pose pas de difficultés majeures pour les unités, mais les sorties peuvent être réduites en nombre en cas de manque de personnel. Dans certaines unités les tiers ne sont pas toujours informés des sorties, dans d'autres ils sont au contraire associés à ces sorties qui sont préparées avec eux.

Si les sorties de courte durée sont aisées pour les patients en SDDE, il en va différemment pour ceux en SDRE. Il ressort en effet des informations rapportées que le préfet refuse fréquemment les demandes de sorties (quelle que soit la durée), invoquant soit un certificat médical insuffisamment circonstancié, soit « *l'ordre public* », soit encore un accompagnement par un membre de la famille et non par un soignant. Le préfet exige également, au-delà des textes, que les sorties de moins de 48 heures soient obligatoirement accompagnées. L'examen d'une dizaine de dossiers de patients confirme cette position très restrictive du représentant de l'Etat, dont l'opposition, simplement retranscrite dans un mail adressé par l'ARS, n'est pas motivée bien que portant grief au patient.

[23] Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique que « d*epuis janvier 2020, les demandes de sorties pour les patients en SDRE sont suivies par le bureau des admissions sur un fichier spécifique*. »

b) Programmes de soins

Les programmes de soins sont toujours établis dans le cadre d'un changement de forme de prise en charge du patient, c'est-à-dire après un temps d'hospitalisation complète, quel que soit le statut des soins sans consentement (SDDE ou SDRE).

Selon les précisions données aux contrôleurs, la politique actuelle du préfet concernant les patients en SDRE est de solliciter quasi systématiquement un second avis médical, ou une expertise pour les patients « irresponsables pénaux ». Le second médecin est choisi parmi les psychiatres de l'unité ; l'expert est désigné par le préfet sur la liste des experts de la cour d'appel, ce qui n'est pas sans poser des difficultés, peu d'experts étant disponibles pour intervenir dans les brefs délais exigés par la loi. Selon ces mêmes informations – confirmées par l'examen de quinze dossiers de patients – ce deuxième avis ou cette expertise ne sont pas toujours suivis, le préfet pouvant maintenir son opposition malgré la concordance de ces avis médicaux avec le certificat initial. Or, aux termes des articles L.3213-9-1[24], L.3213.3[25] et L.3213-8[26] du CSP, lorsque les avis médicaux complémentaires ou expertises confirment la recommandation de levée de la mesure ou d'une prise en charge autre que l'hospitalisation complète, le représentant de l'État (à l'instar du directeur de l'établissement pour les patients en SDDE) a compétence liée et ne peut plus s'opposer à la demande des médecins.

Il s'avère donc que pour certains patients (quatre recensés par les contrôleurs au cours de la visite) la position de refus adoptée par le préfet excède les pouvoirs qui lui sont conférés par la loi.

Il est également apparu à l'examen des dossiers que le refus du préfet – acte administratif faisant grief – ne résulte pas d'un écrit motivé et signé du représentant de l'Etat mais d'un simple mail envoyé par l'ARS faisant part du refus de l'autorité préfectorale.

RECOMMANDATION 5

Le refus du représentant de l'État sur une demande de sortie de courte durée ou sur une modification de forme de la prise en charge doit être motivé et matérialisé par un écrit.

Lorsque le second avis médical ou l'expertise confirme la recommandation de prise en charge autre que l'hospitalisation complète ou de modification d'un programme de soins, le représentant de l'État ne peut s'y opposer et doit ordonner la modification proposée par les médecins.

Les programmes de soins sont souvent axés sur une prise en charge à domicile avec suivi régulier en centre médico-psychologique (CMP) ou hospitalisation de jour, soins ambulatoires, entretien infirmier. La pratique de programme de soins avec retour séquentiel dans une unité

[24] III.de l'article L.3213-9-1 du CSP : Lorsque l'avis du deuxième psychiatre … confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le représentant de l'état ordonne la levée de la mesure de soins sans consentement ou décide d'une prise en charge …… conformément à la proposition faite dans le certificat initial

[25] IV de l'article L.3213-3 du CSP : …. Lorsque l'expertise confirme la recommandation de prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète, le représentant de l'État décide d'une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° du I de l'article L. 3211-2-1, conformément à la proposition mentionnée au premier alinéa du I du présent article.

[26] II de l'article L.3213-8 du CSP : Lorsque les deux avis des psychiatres prévus au I confirment l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le représentant de l'État ordonne la levée de la mesure de soins psychiatriques.

d'hospitalisation complète s'est toutefois avérée être assez fréquemment utilisée, avec parfois des retours en hospitalisation pour des durées excédant le temps passé à l'extérieur, situation proscrite par la loi et la jurisprudence[27]. A titre d'exemple : à l'unité Mont Serein un patient hospitalisé durant quatre jours et autorisé à sortir pour se rendre dans sa famille du vendredi matin au lundi matin ; à La Roseraie, un programme de soins avec trois jours et deux nuits à l'extérieur, le reste du temps en hospitalisation complète ; à l'unité Cèdres 1, deux patients en programme de soins dont un qui sort chaque week-end et quelquefois l'après-midi, l'autre qui sort chaque après-midi outre une permission de deux semaines chez sa sœur ; au Verdon, deux patients pris en charge en « hospitalisation séquentielle » dans le cadre d'un programme de soins sont hospitalisés à temps complet durant quatre jours et bénéficient de sorties sur les trois autres jours.

RECO PRISE EN COMPTE 11
Les programmes de soins doivent respecter un temps d'hospitalisation complète inférieur au temps ambulatoire.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique que « *les programmes de soins seront établis conformément à la réglementation en ne prévoyant un retour séquentiel en hospitalisation qui ne dépassera pas une période de 2 nuits et 3 journées sur la semaine.* »

c) Levée de la mesure

Pour les patients en SDRE, la levée de l'hospitalisation complète est quasiment toujours accompagnée d'une modification de la prise en charge assortie d'un passage en programme de soins, avec les difficultés signalées ci-dessus (demande de second avis ou d'expertise, dont les conclusions ne sont pas toujours suivies).

Lors d'une réunion à laquelle ont assisté les contrôleurs, les infirmiers, la cadre et le médecin se sont plaints de la « *politique sécuritaire* » de la préfecture tendant à refuser nombre de sorties de courtes durées et de levées d'hospitalisations complètes avec programme de soins faisant valoir que ces refus déstabilisent les patients et favorisent les états dépressifs (« *ces refus deviennent toxiques* »), qu'ils sont un frein à la prise en charge médicale et à la recherche de réinsertion et ce d'autant que, quand il existe un programme de soins, les modifications de ce programme sont quasiment impossibles.

Pour les patients en SDDE, la mesure de soins sans consentement est souvent levée au profit d'une hospitalisation en soins libres ou d'un retour à domicile avec un encadrement ambulatoire.

Dans tous les cas, la levée de l'hospitalisation complète ou de la mesure de soins sans consentement est examinée en réunion de synthèse avec le psychiatre, les soignants, la psychologue, l'assistante sociale, les équipes mobiles, ou encore le tuteur et la famille ; elle est, si besoin, travaillée en articulation avec l'extra hospitalier et les différentes structures et institutions extérieures, avec accompagnement du patient pour présentation de la structure d'accueil ou visite à domicile.

Il a été évoqué un partenariat développé avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), maisons de retraite, foyers, familles d'accueil, et l'engagement de

[27] *Cf*. Arrêt n°207 du 4 mars 2015 Cour de cassation 1ère chambre civile

certaines unités à reprendre le patient en cas de crise. Dans deux unités, des patients (deux dans l'une et cinq dans l'autre) sont toutefois en attente de structure, soit du fait de manque de place, soit en raison de ressources insuffisantes du patient pour payer l'établissement.

4.4.2 Modalités du collège des professionnels de santé

Grâce à son logiciel de gestion des délais, le bureau des entrées extrait tous les mois la liste des patients pour lesquels un avis du collège des professionnels de santé est nécessaire et l'adresse au secrétariat médical de l'unité accueillant le patient. Le médecin en charge du suivi du patient se charge de contacter un deuxième psychiatre pour constituer un collège. Selon les pôles, les soignants y sont représentés par le cadre (situation la plus fréquente) ou un infirmier.

Selon les propos recueillis auprès de soignants ayant participé à un collège, les trois membres se réunissent effectivement pour examiner la situation du patient, chacun d'entre eux pouvant s'exprimer ; le patient n'est que rarement convoqué, l'avis étant rendu sur pièces.

Les avis, rédigés par le médecin en charge du suivi, sont dans l'ensemble très motivés (historique du patient, description des éléments cliniques et de l'évolution de la situation, etc.) ainsi qu'ont pu s'en convaincre les contrôleurs à la lecture de plusieurs avis du collège. Leur rédaction ne permet toutefois pas de savoir si le patient a ou non été entendu par les membres du collège et a pu s'exprimer sur les modalités de soins ou formuler des observations, ni si l'avis lui a été communiqué.

Durant les dix premiers mois de 2019, 101 collèges ont été réunis dont 98 pour des patients de l'UMD.

RECOMMANDATION 6

Dans le respect des dispositions de l'article L 3212-7 du code de la santé publique, l'intérêt du patient et la qualité de son suivi commandent que le collège des professionnels de santé rencontre le patient, recueille ses observations et que l'avis découlant de cette évaluation lui soit communiqué.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM oppose que *« le patient est systématiquement vu par un médecin du collège et que les observations du patient sont recueillies. Il convient ainsi que cette rencontre avec le patient soit mentionnée sur l'avis que rend le collège des professionnels de santé.* »

Cette réponse ne va toutefois pas dans le sens de la recommandation visant à ce que le patient puisse être rencontré par l'ensemble du collège et non par un seul médecin – qui plus est si celui-ci est le médecin en charge du suivi.

4.5 LES AUTRES CONTROLES SONT INEXISTANTS

A l'occasion de ses visites de l'établissement, le président de la CDSP appose son visa sur les registres de la loi. Tel a notamment été le cas les 15 janvier 2016, 13 décembre 2017, 13 décembre 2018 et 20 juin 2019, le visa n'étant assorti d'aucune observation. Dans son rapport d'activité pour 2018, la CDSP note que « *ces livres sont toujours tenus avec beaucoup de soins malgré le travail important que cela représente* ».

Si les registres sont cotés et paraphés du maire de la commune lors de leur ouverture, il apparaît qu'il ne se déplace pas dans l'établissement. De même le préfet, sauf par l'intermédiaire de l'ARS

lors des visites de la CDSP, n'exerce pas la mission de contrôle qui lui est dévolue par l'article L. 3222-1 du code de la santé publique.

Les livres de la loi ne portent pas d'avantage mention d'un contrôle effectué par le président du tribunal ou le procureur de la République, alors même que les JLD se déplacent deux fois par semaine au CHM pour tenir les audiences (sans consultation des registres) et qu'une réunion est organisée annuellement par le directeur pour un bilan, réunion à laquelle sont conviés le président du tribunal et le procureur de la République, les JLD, les médecins, la CME, l'ARS, la CDSP et le bâtonnier.

RECOMMANDATION 7
Les autorités énoncées à l'article L 3222-4 du code de la santé publique doivent effectuer annuellement une visite de contrôle au CHM afin, notamment, de vérifier la régularité des procédures d'admission et de maintien en soins sans consentement des patients hospitalisés et signer les registres de la loi.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LES RESTRICTIONS A LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR, DECONNECTEES DU STATUT JURIDIQUE D'HOSPITALISATION, SONT DISPARATES SELON LES UNITES

5.1.1 La sécurisation du site

Le site du CHM, d'une superficie de 62 hectares, est divisé en deux parties séparées par une voie publique à circulation intense.

La première zone regroupe les bâtiments historiques et des bâtiments modernes, une pinède, le tout clos par un mur et un grillage. Les services administratifs, le bureau des entrées, les services techniques, les services de restauration, la cafétéria ainsi que la plupart des unités de soins psychiatriques et les unités de spécialités médicales y sont localisés.

La deuxième partie, au droit de l'avenue des Magnarelles, comprend, notamment, des unités de soins (Le Verdon, La Nesque, Aigue-Brun et l'UMD), des appartements thérapeutiques, un foyer médico-social et des lieux de vie des médecins. Ce site englobe également une crèche, un terrain de sport et la cité d'habitations à loyers modérés Bel-Air. L'accès à cette zone n'était pas contrôlé au moment de la visite du CGLPL.

L'entrée de la première partie du CHM, sous vidéosurveillance, est fermée en journée par une barrière basculante placée sous le contrôle de deux gardiens ; la nuit et durant les jours fériés s'y ajoute un portail (sous le contrôle d'un gardien).

Pour les véhicules, l'ouverture de la barrière est subordonnée à un système de reconnaissance des plaques minéralogiques ou au contrôle des badges. Aucune vérification n'est effectuée à la sortie.

En journée, les piétons ne sont jamais contrôlés, ni en entrée ni en sortie.

Des caméras de vidéosurveillance à différents endroits dits « stratégiques » des deux zones sont visualisées par les agents de surveillance postés à l'entrée. Les images sont conservées quatorze jours. Cette couverture vidéo est indiquée par panneaux à l'entrée du site.

Pourtant, selon les informations recueillies, de fréquentes intrusions seraient déplorées, aux fins notamment de vendre des stupéfiants (haschich) autour de la cafétéria. Ponctuellement, il peut être fait appel par le cadre d'astreinte à une société de gardiennage en cas d'intrusion signalée.

5.1.2 La liberté d'aller et venir

Au moment du contrôle, six sur les treize unités d'hospitalisation pour adultes étaient fermées[28]. L'unité de gérontopsychiatrie « Les Pins B » était présentée comme « *sécurisée* », tout comme l'unité pour les adolescents « 12/17 », correspondant à une fermeture de fait.

Les conditions d'hospitalisation en unité ouverte ou fermée sont sans lien avec le statut juridique des soins : des patients en soins sans consentement peuvent être hébergés en unités ouvertes et, à l'inverse des patients en soins libres sont hébergés dans des unités fermées, en signant un formulaire de consentement et un « *contrat de soins* » valant acceptation de placement en unité fermée.

[28] Les Chênes Verts 2, L'Envol 1 et 2, Les Cèdres 2, La Nesque et Le Mont Serein.

RECO PRISE EN COMPTE 12

Aucun patient admis sous le régime des soins libres ne peut être privé de sa liberté d'aller et venir, ni empêché de quitter le service, quand bien même il aurait signé un consentement à son admission dans une unité fermée.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique que cette règle, « *clairement* » mentionnée dans l'article 46-1 du règlement intérieur de l'établissement « *est globalement respectée au sein de l'établissement. Toutefois il sera bien rappelé aux cadres des unités de soin que cette liberté d'aller et venir (…) ne peut souffrir d'aucune exception*. »

L'accès aux différents espaces de l'hôpital est, en règle générale, libre pour les patients hébergés en unités ouvertes, quel que soit leur statut. Les patients, y compris ceux en SSC, peuvent ainsi, sauf avis médical contraire, sortir seuls pour aller à la cafétéria, se promener dans le parc du CHM ou se rendre à la banque des usagers (parfois accompagnés par un soignant dans ce cas pour les patients vulnérables).

A l'inverse, les patients admis dans les unités fermées voient leur liberté d'aller et venir drastiquement restreinte, avec de grandes disparités selon les unités. Si certaines unités délivrent des autorisations médicales de sortie en dehors de l'unité (à des heures et pour des durées déterminées), d'autres n'autorisent que des sorties dans la cour ou le jardinet clos attenant à l'unité. Dans une unité (Les Cèdres 2), l'accès au jardin clos est même limité à un quart d'heure par heure, cette restriction étant motivée par des « *risques de fugue imposant une surveillance constante* ».

RECO PRISE EN COMPTE 13

Les règlements des unités fermées doivent être harmonisés et assouplis, les restrictions à la liberté d'aller et venir devant être proportionnées et motivées médicalement par l'état clinique du patient. Un accès à un espace extérieur doit être garanti.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique que « *les règles de vie des unités font actuellement l'objet d'un travail d'harmonisation et d'assouplissement, en lien avec les chefs de pôle d'activité clinique. Ce travail est porté par un groupe de professionnels (…). Toutes les règles de vie édictées sont désormais portées par le principe général du respect des libertés individuelles, les restrictions n'étant possibles qu'en exception, sur prescription médicale, au regard d'une situation clinique d'un patient qui nécessite une restriction médicale proportionnée et adaptée à son état de santé. Les règles de vie concernent les conditions de séjour au sein de l'unité et l'accès à un espace extérieur.* »

5.2 LES CONTRAINTES DANS LA VIE QUOTIDIENNE SONT TRES VARIABLES SELON LES UNITES

5.2.1 L'accès des patients à leur chambre

Dans toutes les unités du centre hospitalier, qu'elles soient ouvertes ou fermées, les patients ne peuvent accéder à leur chambre durant une grande partie de la matinée, en général de 10h à 12h30 ou 13h, celles-ci étant fermées afin de pouvoir procéder à leur nettoyage quotidien.

Cependant dans certaines unités (Cèdres 1 et 2, Chênes Verts 2, Envol 1 et 2, Roseraie par exemple) cette interdiction est également pratiquée en après-midi, avec des horaires variables selon les services, soit parce que la surveillance est considérée comme « *compliquée* » soit pour « *favoriser la vie collective* ».

RECO PRISE EN COMPTE 14
Les patients doivent pouvoir accéder librement à leur chambre à tout moment dans toutes les unités.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique que « *les règles d'accès à la chambre sont également en cours de refonte dans le cadre de l'élaboration des nouvelles règles de vie harmonisées entre les unités. L'objectif est de permettre à tous les patients d'accéder librement et à tout moment dans leur chambre.* »

5.2.2 Le port du pyjama

Le port du pyjama n'est imposé dans aucune unité, sauf pour les patients placés en chambre d'isolement ou en chambre sécurisée (*Cf. infra* § 8.2).

5.2.3 L'accès au tabac

Dans les unités ouvertes, les patients, sans distinction de leur statut juridique, gèrent eux-mêmes leur accès au tabac, cigarettes et briquet inclus. Ils peuvent librement fumer dans le jardin de l'unité, ouvert en général de 6h à 22h ou 23h. Sauf prescription médicale individualisée, la liberté est de règle.

Mais il n'en est pas ainsi dans la plupart des unités fermées, où les cigarettes des patients sont entreposées dans le local infirmier et leur obtention dépend du personnel soignant (Envol 1 et 2, Chênes Verts 2, Cèdres 2). Aux Cèdres 2, c'est même l'accès au jardin – seul lieu où l'on peut fumer – qui est limité à quinze minutes par heure, sous surveillance, et pour deux cigarettes au maximum par sortie. Dans ce contexte, La Nesque apparaît comme une exception au sein des unités fermées puisque les patients, sauf exception médicale, gèrent eux-mêmes leurs cigarettes.

RECO PRISE EN COMPTE 15
Les règles d'accès au tabac doivent être harmonisées et assouplies, les restrictions ne pouvant se comprendre que sur décision médicale motivée liée à l'état clinique du patient.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique que *« les règles d'accès au tabac seront assouplies et harmonisées en concertation avec les équipes de soins dans les mêmes conditions que celles décrites ci-dessus.* »

5.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT RESTREINTES POUR LES PATIENTS DES UNITES FERMEES

Les principes définissant les modalités ouvertes aux patients en matière de communication avec l'extérieur sont définis par les articles 51, 52, 53 et 71 du règlement intérieur (RI) de juin 2019, le livret d'accueil et la charte « *votre séjour à l'hôpital* ».

En substance, le courrier est libre mais l'accès au téléphone fixe ou portable, comme à Internet, peut être restreint pour des raisons thérapeutiques sur décision médicale. Dans les unités fermées, selon les termes de l'article 71, ces libertés peuvent supprimées.

5.3.1 Le courrier

Dans chaque unité, le cadre récupère le courrier à l'arrivée et dépose le courrier au départ dans le bureau du vaguemestre du CHM. Les patients n'ont accès à aucune boîte à lettres ; ils remettent leur courrier départ à un soignant ou à un autre patient.

Les soignants ne lisent pas le courrier destiné aux patients ou celui qu'ils émettent.

Les patients bénéficient du concours du personnel soignant et des assistantes sociales pour rédiger leur courrier quand ils le demandent et éventuellement pour obtenir papier, crayon et enveloppe.

L'envoi du courrier est payant (la cafétéria vend des timbres). Dans les faits, dans la plupart des unités, les courriers administratifs et ceux destinés notamment au JLD, à la CDSP, au Défenseur des droits (DDD), au CGLPL, sont affranchis par le CHM dès lors que le patient est démuni. Si aucun courrier personnel n'est, en principe, affranchi par le CHM, même pour les patients démunis, certains soignants ont indiqué « *faire passer les courriers personnels dans le flot du courrier de l'unité* ».

RECO PRISE EN COMPTE 16
Dans chaque unité, le courrier partant doit pouvoir être déposé dans une boîte à lettres ; une boîte à lettres doit également être accessible aux patients libres de circuler dans l'enceinte de l'établissement. L'hôpital doit pendre à sa charge l'affranchissement des courriers des patients démunis.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique qu'il « *est prévu d'installer prochainement une boîte aux lettres dans toutes les unités fermées, qui ne sera ouverte que par le vaguemestre, agent assermenté, afin d'affranchir les lettres le cas échéant et les confier à la poste. De même, une boîte aux lettres sera installée à l'extérieur du bureau du vaguemestre, ce qui permettra à tous les patients en soins libres de déposer leur courrier à envoyer*. »

5.3.2 Le téléphone

a) Dans les unités ouvertes

i) Les téléphones portables

Ils sont conservés par les patients, ainsi que les chargeurs, sauf décision médicale contraire. Dans certains cas, seule la conservation du cordon d'alimentation (sur décision médicale) peut être interdite. Dans d'autres unités, comme Aigue Brun et le Verdon, les portables sont remis la nuit aux soignants.

ii) Les téléphones des lignes fixes des unités

Les patients qui n'ont pas de téléphone portable peuvent téléphoner en utilisant la cabine téléphonique de l'unité ou un téléphone fixe sans fil des soignants. Les numéros sont composés par les soignants. Les conditions de confidentialité sont globalement mauvaises car les *points-*

phone sont situés dans des espaces ouverts tels que des couloirs ou salles à manger. Les sans fil sont parfois utilisés dans des espaces isolés, comme les chambres.

Les horaires diffèrent selon les unités : aux Pins A de 11h à 12h et l'après-midi de 15h à 18h ou 18h30 selon l'affichage ; au Verdon et au Pins B, les patients peuvent appeler avec le téléphone de l'unité seulement l'après-midi entre 17h et 19h. Dans d'autres unités, comme Aigue Brun, les patients ont la possibilité de téléphoner avec le téléphone du service de 8h30 à 9h30 et de 17h à 19h (la famille pouvant appeler à tous moments).

La possibilité de téléphoner le matin est, de fait, rare voire exceptionnelle en raison de la charge de travail des soignants.

A la cafétéria, un *point-phone* est accessible en permanence aux heures d'ouverture.

Les appels ne sont pas facturés alors que dans certaines règles de fonctionnement, comme celle des Pins A, affichée, il est écrit « l*es appels téléphoniques seront facturés » ;* cependant aucun dispositif comptable n'existe.

b) Dans les unités fermées

L'application de l'article 71 du RI a conduit à l'interdiction totale des téléphones portables. Ces téléphones sont déposés à la banque des patients, ce qui génère des difficultés pour récupérer les numéros enregistrés.

Selon les unités, les patients ont accès à la ligne fixe *via* un *point-phone* ou un poste sans fil, sous réserve de l'accord préalable du médecin. Les horaires sont contingentés : aux Chênes Verts 2 un appel entrant et un sortant par jour de 15h à 18h30 en semaine, de 10h à 11h30 et de 15h à 18h30 le week-end ; aux Cèdres 2, entre 17h et 18h30 ; à la Nesque entre 17h et 19h ; au Mont Serein un appel par jour de 16h30 à 18h30 et les appels entrants sont autorisés de 15h30 à19h.

Les patients sont autorisés, dans certaines unités à passer un seul appel de durée limitée, dans d'autres, aucune limite n'est fixée.

La confidentialité des conversations n'est pas assurée, les *points-phone* étant mal insonorisés, situés dans des lieux de passage, des patients attendant de prendre la suite. Parfois c'est un simple téléphone du service posé sur une chaise dans le couloir (Chênes Verts 2).

Informée par les contrôleurs de l'interdiction faite aux patients de conserver leurs téléphones portables, situation contraire aux droits des patients, la direction a aussitôt diffusé une note (en date du 7 novembre 2019), rappelant que « *l'article 51 du RI pose le principe général d'une liberté d'utilisation du téléphone portable par les patients – à l'exception des patients détenus – quel que soit leur régime d'hospitalisation* » afin que les patients des unités fermées puissent disposer de leurs téléphones portables, de leurs ordinateurs et tablettes sauf décision médicale contraire. Cependant, cette note de service ne modifie pas l'article 71 du RI cité précédemment.

RECO PRISE EN COMPTE 17
Les *points-phone* doivent être isolés phoniquement pour préserver la confidentialité des communications. Dans les unités fermées, à l'image de ce qui se fait dans les unités ouvertes, les patients doivent pouvoir conserver leurs téléphones portables et les objets connectés, sauf décision médicale individualisée en lien avec la clinique.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique qu'il *« sera revu avec les cadres de santé les moyens à mettre en œuvre pour améliorer les conditions de confidentialité des communications téléphoniques des patients qui utilisent soit le téléphone de l'unité soit le point-phone.*

En outre, les règles de vie des unités en cours de refonte prévoient obligatoirement que tous les patients puissent conserver leur téléphone portable, sauf décision médicale individuelle le lui interdisant compte tenu de sa situation clinique conformément à la note de service du directeur du 7 novembre 2019, aux articles 51 et 71 modifié du RI. »

5.3.3 La télévision et Internet

Chaque unité dispose d'une ou deux salles de télévision. En général, les télécommandes sont conservées par les soignants et prêtées aux patients le temps du changement de chaîne. Dans plusieurs unités, une télécommande sur deux ne fonctionne pas.

Selon les unités, le téléviseur est placé dans une salle à part ou dans une pièce commune.

Les téléviseurs sont éteints à la fin du premier film ou de la première émission qui suit le journal du soir, vers 22h30.

Les patients ne peuvent pas apporter ni louer de téléviseur. Ils peuvent apporter un appareil de radio ou des lecteurs de musique, comme cela est mentionné dans l'article 53 du RI.

Dans plusieurs unités, dont deux fermées, le téléviseur unique était cassé depuis un mois sans que la date de remplacement soit connue ; au Mont Serein, le téléviseur unique était hors d'état depuis une semaine[29] et sans télécommande. Au Verdon, comme aux Pins B, un des deux téléviseurs était hors d'état, l'un depuis un mois et l'autre depuis une semaine.

Les patients des unités ouvertes peuvent conserver leurs ordinateurs ou leurs tablettes ; ils peuvent se connecter à Internet par l'intermédiaire de leurs téléphones portables. Dans les unités fermées les ordinateurs, tablettes, téléphones portables sont interdits.

L'accès à Internet est possible si un soignant laisse un patient utiliser un des ordinateurs de l'unité ou si le patient utilise le poste de la cafétéria. Lors de la visite, les contrôleurs ont constaté que l'ordinateur avait été cassé depuis plus d'un mois et aucune date de remplacement n'était annoncée.

RECO PRISE EN COMPTE 18

Les téléviseurs hors d'état doivent être remplacés sans délai, tout particulièrement dans les unités fermées. L'ordinateur de la cafétéria donnant accès à Internet doit être également remplacé sans délai quand il est hors d'usage.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique que « *les services économiques sont organisés pour permettre le remplacement sans délai* » des téléviseurs dans les unités ou de l'ordinateur de la cafétéria. « *Il sera rappelé aux cadres que pour permettre le remplacement (…) il convient d'envoyer un courriel très rapidement aux services économiques*. »

[29] Un nouveau téléviseur a été livré durant la visite.

5.3.4 La visite des familles

Chaque unité dispose en général d'un salon pour les visiteurs, parfois de deux voire de trois. Pour les unités fermées, ce nombre n'est pas suffisant. Les horaires de visite peuvent varier d'une unité à une autre, par exemple :

- unités fermées : les Chênes verts 2, visites de 15h à 18h30 tous les jours et de 10h à 12h le week-end dans le salon unique ou dans le couloir ; les Cèdres 2, visites de 14h à 18h dans le salon unique ; la Nesque, de 14h à 19h dans une petite salle ou un couloir ; au Mont Serein, visites de 15h ou 15h30 à 18h30 ou 19h selon l'affichage consulté, dans trois salons ;
- unités ouvertes : la Roseraie, visites de 15h à 18h30 tous les jours et de 10h à 12h le week-end dans le salon unique, le parc ou la cafétéria ; aux Pins A selon l'affichage consulté 15h à 18h30 ou 18h45 dans l'unique salon ; les Cèdres 1 de 14h à 18h dans l'unique salon ; à Aigue-Brun de 14h à 19h dans un salon ou d'autres pièces ; au Verdon de 14h à 18h dans un salon ; les Pins B l'après-midi jusqu'à 18h éventuellement 20h pour les familles éloignées.

Pour les visites des majeurs par les mineurs, les indications peuvent également varier selon les unités : « *les visites des personnes mineures doivent s'organiser en concertation avec les professionnels de santé* » ou « *enfants de moins de 15 ans non autorisés dans l'unité* » ou « *visites limitées à une heure pour les mineurs de plus de 15 ans* » ou « *interdiction de présence des enfants* » ou « *pas de restriction pour les enfants* » ou encore, sans que cela soit écrit, dans une unité fermée les enfants sont autorisés (les visites doivent être autorisées par le médecin).

Les familles ne peuvent pas déjeuner dans les unités, mais elles peuvent se rendre dans le restaurant du CHM au tarif « invités ».

RECOMMANDATION 8

Les patients doivent être en mesure, sauf restriction médicale personnalisée, de recevoir des visites, y compris dans les unités fermées. Des espaces doivent être aménagés dans ces unités pour permettre l'accueil des familles et la rencontre avec leurs proches dans des conditions satisfaisantes de dignité et d'intimité.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique que « *des espaces de visite spécialement aménagés sont prévus dans tous les bâtiments en cours de rénovation ou de construction.* » Dans les unités existantes qui en sont dépourvues, il considère que la mise à disposition de bureaux ou de salles d'activité permet des visites « *dans des conditions satisfaisantes de dignité et d'intimité.* »

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LES LOCAUX, DE QUALITE TRES INEGALE, OFFRENT DES CONDITIONS D'HEBERGEMENT TRES HETEROGENES

Le CHM est constitué, sur le site de Montfavet, de bâtiments anciens datant du milieu du 19ème siècle en partie rénovés mais dont un quart ont encore besoin d'une restructuration lourde, et de bâtiments construits dans les années 1970, tant sur le site historique que sur la partie située de l'autre côté de l'avenue des Magnarelles, qui ne sont pas en bon état. Le site de Carpentras, livré en 2015, est quant à lui moderne et en très bon état.

La qualité des bâtiments est donc très inégale et les conditions d'hébergement très hétérogènes selon les unités : proportion de chambres individuelles, existence de sanitaires (WC et douches) propres aux chambre ou communs, qualité et état des salles collectives, etc.

La situation est compliquée par la suroccupation fréquente, entraînant l'ajout de lits d'appoint dans les chambres qui d'individuelles deviennent doubles ou de doubles deviennent triples.

Des verrous de confort, permettant de préserver le droit à l'intimité du patient, n'existent que dans trois unités pour adultes (et dans l'unité 12/17 ans). Quant aux boutons d'appel, seule l'unité 12/17 en dispose en état de fonctionnement.

Les ouvrants sont également très divers selon les unités : dans certaines, les patients peuvent ouvrir ou entrebâiller eux-mêmes les fenêtres – parfois munies de barreaux – et volets, dans d'autres cela n'est possible que par les soignants.

L'équipement des chambres (éclairage, mobilier) est inégal mais globalement limité au minimum.

Toutes les unités ne sont pas pourvues de climatisation, ce qui est problématique compte tenu des conditions climatiques locales.

Les unités sont toutes dotées d'un jardin ou patio.

Les salles communes, bien que propres, sont souvent vétustes et peu conviviales.

Les projets de déménagement en 2021 des unités les plus vétustes (Pins A et B, Chênes Verts 2) permettront d'améliorer sensiblement les conditions d'hébergement des patients, à condition qu'ils puissent être menés à terme compte tenu des contraintes budgétaires (*Cf. supra* § 2.3). En revanche aucune restructuration lourde n'est envisagée pour Les Cèdres 3, alors que cette unité offre des conditions d'hébergement inadaptées.

RECOMMANDATION 9
La qualité de l'hébergement doit être améliorée dans certaines unités et standardisée (chambre individuelle, sanitaires dédiés à la chambre, verrou de confort, luminaires, ouvrants, mobilier, etc.) et les espaces communs rénovés.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM rappelle l'important effort financier engagé pour « *humaniser les locaux d'hospitalisations indignes* », *considérant qu'à ce jour « 65 % des unités de soins sont neuves ou pleinement adaptées, soit 14 des 22 unités de soins* ». Trois des huit unités restant à rénover feront l'objet d'une relocalisation d'ici le premier trimestre 2021 et une autre fera l'objet, en 2020, d'une « *humanisation moins lourde* ». Des demandes de subvention d'investissement ont été déposées à l'ARS pour envisager les travaux permettant de relocaliser les Chênes Verts II et les Pins A. Les autres projets restent conditionnés par les possibilités de financement.

A plus courte terme, des visites des unités, menées conjointement par la direction des soins et de la qualité et les services économiques, sont « *régulièrement* » organisées « *afin d'identifier avec les équipes de soins les situations à risque ou devant être corrigées et établir un plan d'action pour améliorer les locaux et déterminer les besoins en travaux, mobilier, matériel et décoration* ». Une telle visite était prévue en juin 2020 pour Les Cèdres 3.

6.2 LES CONDITIONS D'HYGIENE SONT INEGALES DU FAIT DE L'HETEROGENEITE DES LOCAUX

Globalement les locaux sont apparus comme propres et bien entretenus, à l'exception des unités Envol 1 et 2 et Cèdres 3.

Mais l'accès à l'hygiène est très dépendant de la qualité disparate des locaux. Trop nombreuses sont les unités dont les chambres sont dépourvues de douche, de WC, voire même de lavabo.

Pour des contraintes d'organisation de service, l'accès aux douches collectives n'est pas possible à tout moment, les horaires d'accès étant variable selon les unités (en général limité au début de matinée ; parfois possible également en soirée après le dîner). Il a été affirmé qu'une souplesse était observée en période de canicule.

Cet accès est compliqué par le nombre insuffisant de sanitaires au regard du fort taux d'occupation, voire de sur occupation, limitant les possibilités et de toilette et leur durée.

Enfin, l'équipement des sanitaires est le plus souvent sommaire : absence d'abattant sur les cuvettes, absence de flexible de douche, absence de patères, température de l'eau parfois préréglée.

RECOMMANDATION 10

Les installations sanitaires (douches et WC) doivent offrir aux patients des conditions d'hygiène dignes et respectueuses de leur intimité. En tout état de cause, l'accès aux salles d'eau et de bains doit être possible à tout moment.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM rappelle les contraintes architecturales de certaines unités, ne permettant pas de créer des douches supplémentaires. Il précise que « *l'absence d'abattant sur les toilettes est liée à des contraintes d'hygiène (…). Toutefois les nouvelles cuvettes installées sont des modèles adaptés sans abattant en respectant le confort des patients.* »

Des kits de toilette sont disponibles pour les patients démunis (accessoires de rasage, gel-douche, shampoing, parfum et produits d'hygiène périodique féminine).

Les draps, serviettes et gants de toilette sont fournis par le CHM et régulièrement renouvelés.

Au sein de quelques unités, un lave-linge et un sèche-linge sont à la disposition des patients ; à défaut le linge personnel peut être lavé par l'hôpital pour les patients en unité fermée sans autorisation de sortie. Les autres peuvent se rendre à la cafétéria pour laver leurs effets moyennant 1 euro.

Dans la plupart des unités, un stock de vêtements de secours est géré par les soignants ; les patients peuvent aussi en obtenir à la friperie du CHM, installée à la cafeteria.

BONNE PRATIQUE 5

En plus des stocks de vêtements de secours disponibles dans certaines unités, la friperie installée à la cafeteria permet aux patients démunis de disposer d'habits.

6.3 LA GESTION DES BIENS DU PATIENT N'EST PAS HARMONISEE

Selon les unités, les règles relatives aux biens que le patient peut conserver sont très variables, allant du « *tout est interdit* » au « *tout est autorisé* ».

Si les modalités d'inventaire et la traçabilité sont partout bien organisées, les modalités de conservation des biens du patient sont disparates : dans de rares unités le patient dispose d'un placard qu'il peut lui-même fermer à clé mais la plupart du temps ce sont les soignants qui gèrent les clés. Des placards à digicode étaient en cours de déploiement lors du contrôle – avec en principe possibilité pour le patient de gérer seul son placard mais les instructions n'étaient pas encore données.

Dans certaines unités, les valeurs sont conservées au sein de l'unité, dans des casiers ou coffres dédiés ; dans d'autres, elles sont transférées à la banque des usagers. Les montants d'argent liquide pouvant être conservés par le patient sont là encore très variables – quand ils sont fixés – de 10 à 50 euros selon les unités.

Les retraits d'argent à la banque des usagers nécessitent que le patient dispose d'un « chèque », contresigné par un soignant ou médecin, l'autorisant à retirer sur son compte le montant figurant sur le chèque. Parfois un plafond de retraits hebdomadaires ou mensuels est fixé.

RECOMMANDATION 11

Les règles régissant les biens que les patients sont autorisés à conserver doivent être harmonisées, étant entendu que le principe doit être l'autorisation, les interdictions ne pouvant être systématiques et générales mais motivées par des décisions médicales liées à la clinique du patient et régulièrement réévaluées. Les patients doivent pouvoir conserver leurs biens en sécurité et y accéder librement à tout moment, sans dépendre de la disponibilité des soignants.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique que *« le déploiement et l'utilisation des coffres individuels par tous les patients est une priorité pour l'établissement*. » Ce déploiement, en cours dans toutes les unités depuis début 2020, a été retardé par la crise sanitaire de la Covid-19.

Il est à noter que l'association L'Optimiste peut effectuer des avances pour les patients désargentés, contre l'engagement du patient à rembourser les sommes prêtées dès récupération par icelui de ses droits à prestation.

BONNE PRATIQUE 6
L'action de l'association L'Optimiste permet d'offrir aux patients démunis des avances financières dans l'attente de la récupération de leurs prestations.

6.4 LA RESTAURATION N'APPELLE PAS D'OBSERVATION

Le CHM gère l'ensemble de la chaîne de restauration ; les repas préparés au sein de la cuisine centrale située sur le site de Montfavet, sont distribués quotidiennement en liaison froide sur l'ensemble des sites (y compris Carpentras) ; les plats, en barquette aluminium, sont réchauffés dans chaque unité. Les entrées froides sont préparées au sein de chaque unité, parfois avec le concours des patients.

Les diététiciens ont dressé différents régimes alimentaires (normal, sans sel, sans porc, haché, mixé, enfants/ados, diabétique, amaigrissant, sans viande) ; des régimes spéciaux sont également adaptés sur prescription médicale.

Le même menu revient toutes les quatre semaines, avec une carte été et une carte hiver ; des repas spéciaux sont confectionnés les jours de fêtes calendaires.

Les week-ends et jour fériés, des viennoiseries agrémentent le petit déjeuner.

Si certains soignants ont fait part de récriminations récurrentes sur la variété de menus, ceci n'a pas été corroboré par les patients rencontrés ni par les résultats des (rares) enquêtes de satisfaction (*Cf. supra* § 3.3.2).

Dans toutes les unités, les horaires des repas oscillent entre 8h et 9h30 pour le petit déjeuner, 11h30 à 12h45 pour le déjeuner et de 19h à 19h30 au dîner ; des goûters vers 16h et tisanes vers 21h30 sont également proposés.

Les repas sont pris en salle-à-manger – dont la convivialité est variable selon les sites – avec placement libre à table. Les patients sont servis à l'assiette et disposent de véritables couverts, verres et assiettes.

A de rares exceptions près, les soignants ne partagent pas le repas avec les patients, étant juste présents debout à leurs côtés pour assurer le service.

6.5 LA SEXUALITE N'EST PAS UN SUJET TABOU

Au-delà de la préoccupation traditionnellement évoquée (vigilance en raison des prédateurs possibles et des personnes vulnérables), c'est toujours la question du consentement qui est à l'œuvre dans les réflexions des équipes sur la sexualité, lorsque des rapprochements entre patients sont constatés.

Le règlement intérieur ne mentionne pas d'interdit des relations sexuelles et, dans les unités, les règles de vie concernant la sexualité n'existent pas (sauf à l'unité Aigue Brun où il est indiqué que les rapports sexuels ne sont pas autorisés dans le service).

Les équipes s'adaptent de façon pragmatique et assez ouverte : dans une unité (Pins B), l'équipe des soignants, après entretien avec les patients concernés et en lien avec la famille, autorise l'occupation d'une chambre par un couple qui s'est formé durant le séjour ; aux Pins A et à la

Roseraie, il n'y a « *pas de remarque si le rapprochement est discret* ». Le sujet est parfois abordé dès l'entretien d'accueil.

L'accès aux contraceptifs et aux préservatifs est possible à la demande dans la plupart des unités et ils sont parfois même proposés avant une permission de sortie. Une information a été faite, par le planning familial, à la cafétéria sur ce sujet.

Dans certaines unités, une information est dispensée sur la sexualité, les contraceptifs et les maladies sexuellement transmissibles. Dans l'unité 12/17, chez les adolescents, des groupes de parole ont lieu chaque semaine et la sexualité y est fréquemment abordée. Le planning familial a organisé, par le passé, plusieurs séances avec les mineurs.

La commission d'éthique de l'établissement s'est emparée du sujet. Elle a diffusé un questionnaire en 2015 auprès des professionnels (qui a reçu 209 réponses), dont il ressort qu'à la question « si *vous constatez l'existence de rapports sexuels dans l'unité, comment réagissez-vous ? »*, 47 % répondaient ne pas intervenir et en parler ensuite en équipe et 46 % déclaraient intervenir en rappelant l'interdit (les 7 % restant considèrent que cela relève du corps médical ou bien que cela ne les regarde pas). Cela a ensuite donné lieu à un colloque en 2016, suivi par plus de quatre-vingts personnes et à la publication d'un article dans le magazine *Sexologie* du 4 mai 2016.

7. LES SOINS

7.1 LES PRISES EN CHARGE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES SONT DISPERSEES, NON COORDONNEES ET MAL EVALUEES

7.1.1 Organisation des urgences psychiatriques

Les structures de prise en charge des urgences psychiatriques des secteurs rattachés au CHM se répartissent actuellement sur cinq sites hospitaliers, chaque pôle clinique ayant ses propres structures. Les urgences du centre hospitalier d'Avignon (CHA) accueillent les urgences psychiatriques du pôle Grand Avignon Alpilles, celles des centres hospitaliers de Carpentras (Vaucluse) et d'Orange (Vaucluse) couvrent les urgences psychiatriques du pôle des Aigues et du Ventoux et les urgences des centres hospitaliers de Cavaillon (Vaucluse) et d'Apt (Vaucluse) prennent en charge les urgences psychiatriques du pôle Luberon Val-de-Durance. Les urgences psychiatriques de chaque site, ainsi réparties, sont adressées directement dans les unités d'admission ou de crise des secteurs correspondants. Aucun site d'accueil intersectoriel n'est organisé au CHM. L'organisation d'une telle structure avait été discutée en décembre 2018 lors d'une réunion de directoire, sans suite apportée à tout le moins au jour du contrôle.

L'accueil des urgences psychiatriques au CHA est organisé au sein du service des urgences répondant de fait à la législation et aux textes d'application de celle-ci.[30].

Une convention conclue en mars 2012 pour huit ans actait de la création d'un centre de crise implanté à proximité du service des urgences du CHA dénommé centre d'accueil psychiatrique (CAP) 72. Ce centre incluait notamment une unité d'hospitalisation de dix lits d'une durée maximale d'hospitalisation de 72 heures, ouverte toute l'année 24h/24h, et travaillant en liaison directe avec le service des urgences adultes. Un personnel soignant était affecté à cette unité de même qu'une équipe de 4,5 ETP de psychiatres présents sur place de 8h30 à 18h30 la journée, le relais étant pris par une astreinte opérationnelle la nuit. Cette astreinte faisait l'objet d'une ligne de garde spécifique concernant tous les psychiatres du CHM dont les pédopsychiatres.

Cette organisation s'est délitée dans le temps, liée en partie à une mésentente des psychiatres et des urgentistes et ayant conduit à une désaffection des postes de psychiatres ne permettant plus d'assurer un fonctionnement satisfaisant. La décision a été prise en décembre 2018 de fermer le CAP 72. Depuis lors le CHA a réinvesti les locaux d'hospitalisation pour agrandir les urgences. Toutefois, il était prévu, au moment du contrôle, la réouverture dès le mois de décembre 2019 de trois lits de crise pour une durée d'hospitalisation maximale de 48 heures (CAP 48). Ces locaux doivent également accueillir une unité de consultations pour tout patient nécessitant d'être revu, sans préjudice d'une orientation vers les CMP.

Environ 10 % des patients vus aux urgences psychiatriques du CHA sont hospitalisés ; ceux faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement sont adressés au CHM.

L'accueil des urgences psychiatriques du CH de Carpentras (CHC) est adossé au service des urgences du CH. Une convention précisant les interventions psychiatriques du CHM au CHC a été signée le 1er janvier 2002 et n'a pas été actualisée depuis lors.

[30] Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Circulaire n° 39-92 DH PE/DGS 3 C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.

Le CAP inclut une unité d'accueil psychiatrique et une unité de consultation post crise pour les patients nécessitant un suivi. Il n'y a pas de lits d'hospitalisation de courte durée mais la proximité de deux unités d'hospitalisation permet une prise en charge rapide des patients le nécessitant.

Ce centre est ouvert de 9h à 18h. Les psychiatres des unités d'hospitalisation, situées à proximité, interviennent en tant que de besoin.

Il convient de souligner le fonctionnement très fluide et convivial au sein de cette équipe et avec les personnels soignants et médicaux des urgences. L'activité de consultation post urgence est très soutenue. Il est dommage que ces activités ne soient pas mieux comptabilisées, tracées, suivies et évaluées dans l'objectif d'une évolution de cette structure voire de comparaison aux autres structures de ce type rattachées au CHM. La proximité des unités d'hospitalisation de psychiatrie du CHC et les différents modes d'intervention proposés sont indéniablement des atouts contribuant à des prises en charge de qualité, favorisant l'alliance thérapeutique. Les urgences du CHC comptabilisent 23 000 passages par an, dont 2 à 3 % relèvent d'une prise en charge psychiatrique, soit environ 700 passages par an. Le nombre d'hospitalisation représente approximativement 10 % des passages.

L'accueil des urgences psychiatriques du CH d'Orange (CHO) est adossé au service des urgences. Une convention précisant les interventions psychiatriques du CH de Montfavet au CH d'Orange a été signée le 1er mars 2013. Celle-ci fixe l'organisation du centre de crise qui inclut une unité d'hospitalisation de moins de 72 heures (CAP 72) de cinq lits, un lit dédié à la psychiatrie dont la gestion est assurée par le personnel des urgences et des locaux de consultations. Un CMP situé à l'étage du même bâtiment permet de suivre les patients nécessitant un suivi et, pour ceux non hospitalisés, d'être reconvoqués si nécessaire. Il n'y a pas d'astreinte psychiatrique la nuit, ce qui interroge sur le fonctionnement du CAP 72.

L'accueil des urgences psychiatriques du CH de Cavaillon est adossé au service des urgences. Une convention précisant les interventions psychiatriques du CHM au CH de Cavaillon a été signée le 31 décembre 2007. Elle n'a pas été actualisée depuis lors. Les interventions se limitent à des appels de psychiatres du CMP de Cavaillon lorsque c'est nécessaire et la présence cinq demi-journées par semaine d'une IDE de psychiatrie venant également du CMP. L'activité est comparable à celle des urgences du CH de Carpentras.

Aucune convention n'a été remise concernant l'accueil des urgences psychiatriques du CH d'Apt.

Ce descriptif des différents sites montre des inégalités de prise en charge tenant notamment à des questions relationnelles, d'organisation, d'éloignement des centres hospitaliers de structures psychiatriques et à un manque d'effectifs médicaux. Pour des activités similaires certains sites ont des lits de crise d'autres pas, certains organisent des consultations de patients vus aux urgences, d'autres considèrent que ces consultations de suivi doivent être gérées par les CMP les plus proches, certains ont des lits d'hospitalisation de courte durée dédiés.

La coordination des urgences somatiques et psychiatriques ne donne lieu que rarement à des réunions bilatérales, sinon en cas de crise, comme au CHA, ou lors du changement d'un chef de pôle ou de service, comme à Carpentras.

La situation des urgences du CHA est la plus préoccupante et la suspension de l'activité du CAP 72 depuis plus de neuf mois a marqué un retour en arrière brutal, allant à l'encontre de ce qui se met en place dans la majorité des services d'urgence de cette taille. L'ouverture imminente et

décidée très récemment d'un CAP 48 de trois lits de crise ne saura répondre à l'ensemble des besoins.

RECOMMANDATION 12

Le centre hospitalier de Montfavet doit travailler sur le fonctionnement des cinq services d'urgences psychiatriques. Afin de garantir l'égalité des chances des patients, il convient d'harmoniser les modes de fonctionnement et les modalités de prise en charge des patients et de s'assurer que tout est mis en œuvre pour limiter le nombre de mesures de soins sans consentement.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM se contente d'indiquer qu'un « *travail en relation avec les urgentistes et les psychiatres (…) sera réalisé* » en ce sens.

7.1.2 Prise en charge des urgences psychiatriques

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

Les examens somatiques d'entrée sont réalisés aux urgences par un urgentiste senior et peuvent faire l'objet d'une fiche médicale jointe au dossier du patient, ces pratiques n'étant pas identiques selon les hôpitaux. Il n'y a semble-t-il, quel que soit le site, aucune procédure rédigée précisant les modalités de prise en charge et les conditions de transfert au CHM.

Les données figurant dans le tableau ci-dessous recensent les soins psychiatriques sans consentement (exclus les SDRE) des trois pôles cliniques pour l'année 2018[31]

	2018								
Pôles[32]	SDT	% SDT/Total	SDTU	% SDTU/Total	SPI	% SPI/Total	Total	Pop. desservie	% Population concernée
PGAA	68	27,5%	67	27,1%	112	45,3%	247	251769	1%
PAV	82	46,6%	47	26%	47	26%	176	210878	0,83%
PLVD	8	6,5%	77	63%	37	30%	122	139709	0,87%
Total	158	29%	191	35%	196	36%	545	602352	9%

Ces quelques données montrent que plus de 45 % des SSC en provenance des urgences sont adressées par le CHA, ce pôle couvant presque 42 % de la population desservie par le CHM. Elles montrent de même des différences d'approche de ces services d'urgence notamment pour les SDTU et les SPI, la demande de SPI sur le pôle d'Avignon représentant plus de 45 % de ces mesures et les SDTU sur le pôle Val-de-Durance plus de 63 %.

Ces données interrogent sur la formation des urgentistes et des psychiatres pouvant intervenir sur ces patients en amont de l'hospitalisation.

Ce sujet n'a fait l'objet d'aucune réflexion d'ensemble, ni d'aucune évaluation du fonctionnement de ces sites. Les données d'activité sont colligées par sites et par pôle sans

[31] Source DIM CH de Montfavet

[32] PGAA : pôle grand Avignon-Alpilles ; PAV : pôle des Aigues et du Ventoux ; PLVD : pôle Lubéron-Val-de-Durance

comparaison entre eux. Pourtant certains constats sont identiques. Ainsi au moins trois sites, dont le CHA, ont relevé que la majorité des SPI voire des SDTU concernaient des patients admis pour risque suicidaire. Pour autant aucune procédure, surtout commune aux sites, n'est rédigée et par ailleurs aucune structure préventive voire de prise en charge en post crise n'existe qui pourrait améliorer la prise en charge de ces patients et éviter ce type de placement. Une seconde revendication notamment des urgentistes mais également des psychiatres porte sur les demandes de soins pour péril imminent (SPI) et la nécessité avant toute décision de faire valider le certificat médical en amont par la direction du CHM. Cette pratique, dont les contrôleurs n'ont obtenu aucune trace écrite et qui au demeurant ne figure pas dans la réglementation, semble avoir été instaurée pour diminuer ce type de mesure, partant du constat d'une rédaction inappropriée de nombreux certificats médicaux. Les urgentistes dénoncent le fait que cette règle peut conduire à l'immobilisation d'une ambulance parfois plus de deux heures dans l'attente de la validation de ces certificats. Les contrôleurs, sans contester le fondement de cette décision, s'interrogent sur ce type de pratique, sur son évaluation et sur sa poursuite dans le temps. La haute autorité de santé (HAS) a édité en mars 2018 une fiche *memo* d'aide à la rédaction de ce type de certificats qui pourrait utilement être mis en pratique au CHM auprès des médecins concernés.

RECO PRISE EN COMPTE 19
L'analyse des données d'activité des cinq sites d'urgences psychiatriques doit être conduite annuellement en incluant les consultations et les hospitalisations lorsqu'il y a des lits de crise. Ce bilan doit intégrer les SDDE mais aussi les SDRE. Une réflexion doit être menée sur le risque suicidaire et les modalités de prise en charge de ces patients aux urgences, ceux-ci représentant la majorité des mesures de soins sans consentement pour péril imminent.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique que les données d'activité des cinq sites d'urgence psychiatrique « *font l'objet d'une analyse annuelle par le DIM, en lien avec les pôles concernés dans le cadre notamment des dialogues de gestion*. » Il précise qu'une réflexion a été menée au sein de l'établissement pour prévenir le risque suicidaire, aboutissant à la mise en œuvre d'un outil de repérage qui sera intégré dans le nouveau dossier patient informatisé. Quant à la prise en charge des patient suicidaires aux urgences, le directeur partage la nécessité de mener un travail d'évaluation des pratiques professionnelles pour éviter de mettre en place des mesures de soins sous contrainte. Un projet de création de trois lits d'hospitalisation sur 48 heures au centre d'accueil permanent des urgences d'Avignon y contribuerait.

7.2 L'OFFRE DE SOINS SOMATIQUES EST REMARQUABLE MEME SI L'ACTIVITE POURRAIT ETRE DAVANTAGE TRACEE ET EVALUEE

7.2.1 Organisation du service

Les activités concourant à la prise en charge des soins somatiques font partie du pôle activités intersectorielles et médico-techniques (PAISMT). Sont inclus au sein de ce pôle, un pôle médico-technique regroupant la pharmacie, les activités de laboratoire, de radiologie et de kinésithérapie, un pôle de médecine générale et un pôle pour les autres spécialités.

Le contrôle des soins somatiques a porté plus spécifiquement sur les pôles de médecine générale et autres spécialités.

a) Le pôle de médecine générale

Neuf praticiens y sont rattachés dont trois praticiens hospitaliers (PH) à temps plein, cinq PH contractuels à temps plein et un médecin libéral. Deux de ces PH sont affectés à la fédération de soins de suite intersectoriels et de gérontopsychiatrie, l'un d'eux assurant les fonctions de coordonnateur chef de service. Les praticiens interviennent sur les unités de soins psychiatriques adultes et enfants selon un planning préétabli, mais assurent également les consultations des structures médico-sociales rattachées au CHM. Aucun personnel soignant n'est affecté à cette unité, considérant que les IDE des unités de soins couvrent, si nécessaire, les prestations somatiques relevant de leur compétence.

Quelques unités disposent d'un bureau de consultation mais, pour la plupart, ces consultations sont réalisées dans la salle de soins. Tous les patients sont vus lors de leur admission ainsi que tous ceux faisant l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention. Les patients sous contention sont systématiquement mis sous traitement anticoagulant.

Les médecins généralistes participent régulièrement aux transmissions du matin et aux réunions cliniques et de pôle.

b) Le pôle des autres spécialités

Le bloc des spécialités intègre une salle de radiologie pour des radios classiques, – celles-ci étant interprétées par un radiologue libéral –, un cabinet dentaire, un dentiste intervenant deux demi-journées par semaine, et un plateau technique regroupant plusieurs salles de consultations, équipées de matériel médical (électroencéphalographe (EEG), électrocardiographe (ECG), échographe, ophtalmologie, gynécologie). L'offre de soins spécialisés est assez complète.

La plupart des consultations spécialisées ne pouvant être assurées au CHM est adressée au centre hospitalier d'Avignon (CHA). Une convention de coopération sanitaire a été conclue le 27 juin 2007 sur les consultations de neurologie et l'interprétation des EEG. Toutefois, Les délais d'attente très longs, les relations difficiles avec le CHA et le sentiment d'une stigmatisation vis-à-vis des patients de psychiatrie conduisent souvent les praticiens du CHM à les adresser à des établissements de soins privés notamment lorsque des hospitalisations s'avèrent nécessaires.

Il n'y a ni projet de service précisant l'organisation et les modalités de fonctionnement de ces pôles, ni rapport annuel qui permettrait d'établir un bilan des activités conduites et de lister les objectifs à court et moyen terme. Les praticiens de cette unité se réunissent au cas par cas, sans que ces rencontres soient institutionnalisées et sans thème prédéfini.

L'ensemble des praticiens de cette unité participe à une garde sur place H24, soit une à deux gardes par semaine et par médecin. Il n'a pas été possible de connaître le nombre d'appels et les motifs de ceux-ci, aucune de ces données n'étant tracée. Ce sont pourtant des informations essentielles pour les patients concernés, mais également dans un cadre d'actions préventives à conduire auprès du personnel soignant.

7.2.2 Actions conduites

Les actions essentielles de ces pôles se limitent aux consultations. Les principales pathologies observées par les médecins concernent la cardiologie, le système métabolique, la pneumologie, la dermatologie, la cancérologie et la gynécologie. Aucun recueil n'est mis en place qui

permettrait de quantifier le nombre de cas par pathologie et de suivre leur évolution dans le temps. La connaissance de ces données permettrait d'avoir une meilleure approche des caractéristiques des pathologies, voire d'envisager des actions préventives ciblées.

De même aucun bilan établi au moins annuellement n'a été communiqué, permettant de connaître le nombre de patients pris en charge, les motifs, le nombre de patients adressés en consultations spécialisées et les spécialités concernées, le nombre de patients ayant été hospitalisés ni le nombre de patients porteurs de pathologies somatiques concomitantes à leur pathologie psychiatrique et nécessitant une prise en charge et un suivi spécialisé.

Cette unité fonctionnelle n'est impliquée dans aucune action de prévention et d'éducation pour la santé. En conséquence, aucune fiche pratique n'est rédigée à l'attention du personnel soignant sur les conduites à tenir concernant les principaux risques somatiques liés au traitement des patients (notamment ceux sous neuroleptiques) et à leur suivi. Ces actions sont pourtant bien intégrées dans les recommandations de la fédération française de psychiatrie et de la HAS de juin 2015.

Il est très rare de comptabiliser un nombre aussi important de praticiens de médecine générale exerçant dans un établissement de santé mentale de cette taille et tout aussi exceptionnel de constater que toutes les admissions et tous les patients placés en isolement sont systématiquement vus en consultation. Aussi est-il d'autant plus regrettable que le fonctionnement de ce service ne soit pas formalisé et que son activité ne soit pas valorisée.

RECOMMANDATION 13

Les pôles en charge des soins somatiques doivent élaborer un projet de service commun, précisant leurs missions (incluant des actions de prévention et d'éducation pour la santé), leur organisation et leurs modalités de fonctionnement. Leur activité doit être davantage tracée, évaluée et faire l'objet d'un rapport annuel présenté aux instances de l'établissement.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM conteste ce manque de traçabilité et d'évaluation de l'activité de consultation, précisant que « *les rapports d'activité montrent qu'un suivi par praticien et par pôle d'origine des patients est réalisé chaque année et fait l'objet d'une transmission à l'ARS* ».

Enfin, il est à noter l'absence de politique d'établissement sur la prise en charge des addictions, ces pathologies étant pourtant reconnues comme un véritable fléau. Le manque d'addictologue a été régulièrement évoqué lors des entretiens menés par les contrôleurs. Un projet d'éducation thérapeutique du patient, daté de juillet 2015, a été remis aux contrôleurs mais sans aucune donnée d'activité.

7.3 L'ABSENCE DE POLITIQUE INSTITUTIONNELLE EST SOURCE POTENTIELLE D'INEGALITE DANS L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES

7.3.1 Structuration et organisation des pôles de psychiatrie et des unités

Les pôles de psychiatrie pour adultes (*Cf. supra* § 2.1) ont été reconfigurés début 2019. Aucun n'avait, au moment du contrôle, finalisé de contrat de pôle (pourtant obligatoire[33]) ni de projet de pôle[34].

Les trois pôles adultes se déclinent en plusieurs services, chaque service disposant de plusieurs unités fonctionnelles (UF). Les organisations diffèrent d'un pôle à un autre, deux d'entre eux ayant identifié des services recoupant néanmoins des logiques différentes, le troisième ayant fait le choix de regrouper dans un service des structures intra et extra hospitalières réparties par secteurs. Tous identifient des structures intersectorielles.

Chaque pôle a mis en place des conseils de pôle et des bureaux de pôle, selon des périodicités variables, qui ne donnent lieu à aucun compte rendu. Des questions pourtant essentielles y sont évoquées portant sur le fonctionnement des unités, sur des modalités de prises en charge de patients notamment en soins sans consentement, sur les difficultés liées au recrutement de psychiatres, sans qu'une traçabilité de ces débats et éventuellement des orientations prises ne soit formalisée. Ces sujets, souvent communs aux différents pôles, pourraient utilement faire l'objet d'échanges et de prises de positions ou de décisions au niveau des instances consultatives et délibératives de l'établissement.

La rencontre des différents chefs de pôle et du président de la commission médicale d'établissement a montré des organisations et des fonctionnements très différents entre pôles, sans réelle solidarité entre eux. Chaque pôle a également des pratiques différentes en interne qui nécessiteraient d'être harmonisées.

Les services ou prestations dits intersectoriels ne remplissent pas toujours les fonctionnalités attendues, répondant plus aux besoins du pôle de rattachement que de ceux des trois pôles. C'est le cas de la fédération soins de suite et intersectoriels et de gérontopsychiatrie dont seule l'unité d'hospitalisation de vingt lits est effectivement intersectorielle. Aucun document ne formalise le fonctionnement de ce service, précisant ses articulations avec les autres pôles et les modalités de prise en charge des patients des autres secteurs. Au demeurant, les autres pôles disposent des mêmes structures ambulatoires que cette fédération.

La présence ou non d'ateliers thérapeutiques au sein des unités et l'accès à ceux-ci sont laissés à l'initiative des chefs de pôle, de service ou d'unité de soins, sans logique d'ensemble sur le centre hospitalier. Ainsi des patients de certaines unités n'ont que rarement accès à ces activités.

Par ailleurs, les différences observées sur le nombre – pouvant varier du simple au double – de praticiens hospitaliers affectés par unité d'hospitalisation d'une même capacité et pour des prises en charge similaires, retentissent sur la qualité de prise en charge des patients, nonobstant des équipes soignantes souvent dynamiques et bienveillantes. Ce manque d'effectifs médicaux dans certaines unités, notamment fermées et accueillant des populations difficiles, génère des ambiances tendues, source de violence.

[33] Décret du 11 juin 2010

[34] L. 6146-1 du CSP et R.6146-9 du CSP

La prise en charge est également impactée par le renouvellement important des infirmiers(ières) et du personnel jeune, peu formé à ces prises en charge. La pratique de tutorat initiée pour les nouveaux arrivants n'a pu être maintenue. Les actions de supervision des équipes de soins sont rares et laissées à l'initiative des cadres de santé des unités de soins (*Cf. supra* § 2.4).

RECOMMANDATION 14

Le nouveau projet d'établissement en cours de réflexion doit être l'occasion de clarifier l'organigramme des pôles cliniques, d'homogénéiser leur organisation et d'adapter une terminologie identique pour le découpage de ceux-ci. Nombre de sujets communs aux pôles doivent être traités dans une instance collégiale à ceux-ci et trouver des solutions communes afin d'éviter que les patients pâtissent des différences d'approche.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM confirme que « *c'est en ce sens que le nombre de pôles d'activité clinique a été réduit en 2019* » tout en précisant que « *cependant, l'organisation des pôles ne peut être complètement homogène compte tenu de la nature différente des territoires* » (qu'il détaille).

7.3.2 Prise en charge des patients

La prise en charge des patients, quelle que soit l'unité d'admission, prévoit systématiquement un accueil par un infirmier et une consultation dans des délais rapprochés par un psychiatre de l'unité ou du service. Selon les unités, de crise ou accueillant des patients chroniques, le rythme des consultations est adapté au profil clinique du patient et à son évolution, mais également dépendant du nombre de praticiens affectés à l'unité.

Les modalités de prise en charge sont ensuite en grande partie laissées à l'appréciation des médecins psychiatres des unités de soins, avec des différences d'approche. Le nombre de psychiatres par unité est variable et indépendant de la taille de l'unité et de sa qualification sans autre logique que celle du pôle de rattachement. Dans la mesure du possible, un psychiatre est toujours présent ou joignable aux heures ouvrées. Les psychiatres assurent des fonctions intra et extra hospitalières.

Les projets de soins individualisés sont, en principe, élaborés en équipe pluridisciplinaire et souvent revus dans ce cadre en réunion clinique. Les entretiens infirmiers ne sont pas une pratique généralisée, cette posture pouvant être liée à la position des médecins mais pouvant également résulter d'un manque de formation des infirmiers, d'une certaine frilosité de ceux-ci et d'un manque de temps. Les réunions soignants/patients, laissées à l'appréciation des cadres et des médecins des unités, ne sont pas dans la culture du CHM. De même la désignation d'infirmier réfèrent n'est pas généralisée. Enfin le lien avec l'extra hospitalier n'est pas toujours effectif dans tous les services.

A priori, tous les services organisent au moins une fois par jour une réunion d'échanges dite de relève pluridisciplinaire, portant sur les dossiers des patients, et des réunions cliniques également pluridisciplinaires, la périodicité pouvant être hebdomadaire, bimensuelle ou mensuelle selon les services.

7.4 LE FONCTIONNEMENT DE LA PHARMACIE EST SATISFAISANT

Le circuit du médicament est informatisé depuis 2011. Les prescriptions se font en ligne. L'analyse pharmaceutique est quotidienne. Une livraison a lieu dans chaque unité une fois par semaine. Les traitements sont nominatifs La dispensation des médicaments est assurée deux fois par jour aux heures des repas dans la salle de soins, les patients attendant leur tour mais pouvant échanger avec les soignants.

La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) se réunit trois à quatre fois par an. Aucun projet de conciliation thérapeutique n'est pour le moment initié.

Hormis les éléments transmis dans le cadre du rapport d'activité du CHM, la pharmacie n'a pas communiqué de rapport annuel propre à son activité.

7.5 ALORS QUE L'OFFRE AU SEIN DES UNITES EST INEGALE, LES ACTIVITES INTER-POLES SONT TRES NOMBREUSES MAIS LES PATIENTS Y ONT DIVERSEMENT ACCES

7.5.1 Les activités au sein des unités

Les patients participent quotidiennement à des activités thérapeutiques lorsque l'unité dispose en son sein d'un atelier ou d'une salle dédiée à cet effet mais la majorité des unités n'en dispose pas. Cependant certaines bénéficient de la proximité d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ou d'un hôpital de jour équipés de salle de sport, de cuisine, de musique ou de jardins botaniques et paysagers auxquels les patients peuvent accéder facilement.

Salle d'activités de l'unité Aigue Brun

Dans les unités qui ne possèdent pas d'atelier, les activités sont essentiellement occupationnelles comme les jeux de société ou la télévision (… mais avec un seul poste accessible par unité, le choix des chaînes est réduit). Dans ces conditions, l'ennui règne pour les patients qui ne sont pas autorisés à sortir de leur unité.

7.5.2 Les ateliers inter-pôles

Trois ateliers sont ouverts du lundi au vendredi :

- l'atelier « *Marie Laurencin* », animé par une équipe soignante et un artiste vacataire ; cet atelier dispose de vastes salles dédiées à la peinture, à la sculpture et à l'encadrement. A proximité, le musée historique de l'hôpital comporte une salle d'exposition permanente des œuvres des patients ;

Atelier de peinture et de sculpture

Atelier d'encadrement

- l'atelier de théâtre thérapeutique « *L'autre Scène* » : les soignants de cet atelier accueillent les patients pour une durée de deux heures d'expression dramatique. En parallèle, un metteur en scène professionnel intervient en coanimation avec l'équipe soignante, auprès de deux groupes de patients pour réaliser un travail sur deux pièces qui sont présentées chaque année au festival *OFF* d'Avignon ;

Atelier d'expression théâtrale

- l'atelier d'écriture « *Papiers de Soi* ».

D'autres ateliers sont ouverts une à deux demi-journées par semaine :

- l'atelier chant choral *« Il était une voix* », ouvert une demi-journée et co-animé par une équipe infirmière et un chef de chœur, comprend trente et un inscrits. A l'instar des autres ateliers, les patients sont reconnus en tant que participants et artistes : trois CD-audio ont été produits ;
- l'atelier danse « *Emouvance »* ouvert une journée par semaine, co-animé par une équipe soignante et une danseuse chorégraphe. Tout au long de l'année, des chorégraphies sont créées et présentées en public ;
- l'atelier photo « *Lumière »* qui s'articule autour de trois axes : des visites d'expositions, des prises de vue et un travail de sélection et de retouche accompagné par un artiste professionnel ;
- l'atelier de détournement d'objets « *Peau d'Âme »,* atelier de bricolage artistique.

300 patients, en moyenne, sont inscrits chaque semaine à l'un de ses ateliers. Au total, quarante patients participaient quotidiennement à ces ateliers pendant la période de contrôle : vingt-cinq étaient originaires d'unités d'hospitalisation (majoritairement des patients en soins libres mais

aussi des patients soignés sans consentement) et les autres en provenance de foyers de vie ou de maison d'accueil spécialisée (MAS).

Cinq infirmiers les animent : deux de manière permanente, les autres en se relayant au cours de l'année. Deux artistes vacataires les coaniment.

7.5.3 La cafétéria

Les patients et leurs proches ont accès à une cafétéria ouverte 365 jours par an et offrant de nombreuses prestations :

- boissons chaudes et froides avec petite restauration ;
- ventes de produits d'hygiène, gâteaux et confiseries ;
- accès au journal quotidien local, au téléphone gratuitement et sans limite ;
- accès à un ordinateur (hors d'état de marche depuis un mois) et accès à Internet (exception faite de quelques sites interdits) ;
- accès à une bibliothèque ouverte un jour par semaine ;
- accès libre et quotidien à une machine à laver (capacité de 5kg pour 1 euro) et une sèche-linge (prix identique) ;
- coiffure (shampoing, coupe, coiffage : 2 euros pour un homme, 4 pour une femme) ;
- soins du visage, des mains, massages corporels (prestations gratuites, certains produits payants).

Salle de la cafétéria

Friperie de la cafétéria

Au rez-de-chaussée du bâtiment abritant la cafétéria, une vaste salle est dédiée, chaque mercredi, à la vente de vêtements offerts par les agents. Avant la vente, un travail de tri et de réhabilitation est réalisé en amont par deux agents de la cafétéria détachés à cet effet en collaboration avec des patients. A titre d'exemple, les manteaux, les vestes et les chemises sont respectivement vendus 4, 3 et 2 euros pièce ; ils sont gratuits pour les patients démunis. Les contrôleurs ont constaté que les patients, nombreux dès l'ouverture, appréciaient particulièrement cette action.

De nombreuses autres animations sont réalisées au sein de la cafétéria par les neuf agents qui y travaillent en lien avec les soignants des unités :

- éducation sportive tous les jeudis matin, sans inscription préalable ;
- repas thérapeutiques ;
- actions d'éducation à la santé par l'intermédiaire du planning familial et d'organismes de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme ;

- animation mensuelle : concours de baby-foot, de chant, de danse ;
- goûters organisés à l'occasion de chaque fête avec distribution de petits cadeaux.

Plusieurs patients participent à l'animation de la cafétéria dans le cadre d'un CATTP : à la plonge au bar, au tri des vêtements à la friperie et à celui des livres à la bibliothèque.

RECOMMANDATION 15

L'accès aux très nombreuses activités inter-pôles doit être rendu possible à tous les patients, y compris ceux des unités fermées où peu d'activités sont proposées et où l'ennui règne.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique que « *les activités inter-pôles sont accessibles à tous les patients sur prescription médicale. On peut constater qu'elles sont largement proposées aux patients hospitalisés au long cours (…). Concernant les patients hospitalisés sous contrainte pour des séjours de plus courte durée, des ateliers séquentiels sont à leur disposition, afin de les aider dans leur stabilisation face à la crise qu'ils ont à surmonter.* »

7.6 LA REHABILITATION PSYCHOSOCIALE N'EST PAS CLAIREMENT DEFINIE

La réhabilitation psychosociale est organisée différemment selon les pôles, en intégrant des structures extra hospitalières. L'organigramme du CHM identifie également dans le pôle d'activité intersectorielle et médico-technique un service de réhabilitation psychosociale.

La synthèse des visites des unités de soins présentées sous cette dénomination dans les trois pôles montre des différences d'approche quant aux patients qui y sont admis, pouvant relever de moyen séjour, de soins au long cours ou en cours de resocialisation, les responsables des unités ne sachant eux-mêmes pas toujours comment les qualifier. Ce constat montre que le concept même de réhabilitation sociale n'est pas clairement défini ni donc mis en œuvre.

RECO PRISE EN COMPTE 20

Le concept de réhabilitation sociale – prise en charge qui influe fortement sur le devenir des patients hors les murs – doit faire l'objet d'une définition et d'une politique commune à l'ensemble des pôles cliniques.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique qu'une « *politique commune de réhabilitation psychosociale a fait l'objet d'une réflexion institutionnelle courant 2019, à la demande de la CME et du directeur d'établissement. (…) Le projet a été formalisé fin 2019-début 2020 (…)* ».

8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

8.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT PRESENTENT DES APPELLATIONS ET DES AMENAGEMENTS VARIES ET LE MATERIEL DE CONTENTION UTILISE EST D'UN AGE REVOLU

Le CGLPL précise n'avoir identifié aucun espace d'apaisement au sens de la fiche descriptive[35] conçue au sein de l'établissement. Dans l'unité Chênes verts 2, l'ancienne salle « radio » équipée de poufs permettant de s'allonger, contiguë à la salle commune dont elle est séparée par une cloison semi-vitrée, constitue un espace de repli mais pas un espace d'apaisement. Dans l'unité Envol 2, la salle d'activités équipée de fauteuils, tables, chaises, armoires, poste de télévision ne constitue pas non plus un espace d'apaisement alors qu'il a été dit aux contrôleurs que ce serait aussi sa vocation.[36]

8.1.1 Les chambres d'isolement

a) Le nombre de chambres d'isolement

L'établissement fait état de six chambres d'isolement (CI) réparties dans les pôles et unités de la manière suivante : une CI à Envol 2 et une CI à Chênes verts 2 (pôle grand Avignon Alpilles) ; une CI à Cèdres 2 et une CI à Mont Serein (pôle des Aigues et du Ventoux) ; une CI à La Nesque (pôle Luberon Val-de-Durance) ; une CI dans l'unité 12/17 (pôle de psychiatrie infanto-juvénile).

Rapporté au nombre de lits qu'elles desservent, les CI correspondent, selon le rapport annuel rendant compte des pratiques d'isolement et de contention de 2018, à 1,52 % des lits pour adultes et à 6,66 % des lits pour enfants.

Même si le rapport annuel précité signale leur existence, l'établissement ne comptabilise pas ses cinq chambres sécurisées (CS), réparties de la manière suivante : une CS à Envol 2 et une CS à Chênes verts 2 (pôle grand Avignon Alpilles) ; une CS à Cèdres 2 (pôle des Aigues et du Ventoux) ; une CS à La Nesque (pôle Luberon Val-de-Durance) ; une CS dans l'unité 12/17 (pôle de psychiatrie infanto-juvénile).

Or, ces CS, accolées aux CI dont elles partagent au moins le sas, sont aménagées de manière très semblable à des CI et sont majoritairement utilisées en tant que CI. Concernant les seules unités pour adultes, le tableau de suivi de l'occupation des CS rapporte une utilisation des CS en tant que CI à 56 % en moyenne en 2018 et à 67,7 % au cours des dix premiers mois de l'année 2019. La présentation distincte et claire qui en est faite, y compris par des soignants, ne résiste donc pas à l'usage.

Les CS ne constituent pas non plus, contrairement à leur statut actuel tel qu'énoncé par le CHM[37], des chambres d'hospitalisation ordinaire. Des développements sur ce sujet sont exposés dans le paragraphe consacré aux patients détenus (*Cf. infra* § 9.3).

---

[35] Référencée OPC-SO-R d'avril 2018

[36] Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique qu'il « *ressort des pratiques des unités de soins, qui n'ont pas d'espace d'apaisement dédié, compte tenu de l'architecture des locaux, de mettre en œuvre en lien avec le médecin, l'utilisation de toute espace pour organiser l'apaisement du patient. Bien évidemment, toutes les unités de soins en cours de rénovation, comme Espoir Genets, seront dotées d'un tel espace.* »

[37] CH de Montfavet, Les incontournables de la qualité, La prise en charge, Isolement et contention, novembre 2018 : « *La chambre sécurisée est une chambre ordinaire spécifiquement dédiée à l'accueil des patients-détenus.* ».

En réalité, ces CS doivent être considérées comme des CI, ce qui rapporte l'offre de chambres en matière d'isolement à onze chambres, correspondant à neuf CI en psychiatrie pour adultes (2,69 % des lits) et deux CI en psychiatrie infanto-juvénile (14,28 % des lits).

RECOMMANDATION 16

Les chambres sécurisées doivent être considérées et comptabilisées comme des chambres d'isolement.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM rappelle que les chambres sécurisées « *ont été conçues pour accueillir des détenus dans des locaux adaptés qui ne soient pas des chambres d'isolement* » (…) « *dans des conditions minimales de sécurité, dans le respect des dispositions du code de procédure pénale* ».

Il n'évoque pas l'utilisation de ces chambres sécurisées comme chambre d'isolement pour des patients non détenus.

b) L'équipement des chambres d'isolement

Un cahier des prescriptions techniques des CI[38] est en cours de validation à la date de la visite. Il actualise une première version et prescrit notamment : « *un sas d'entrée (3 personnes) isolant la chambre de la circulation de l'unité ; une chambre de 16 m² avec sanitaire (WC) ; un point d'eau sécurisé et encastré* « accès libre et maîtrisable au patient » *; un espace repas et entretien de 12 m² environ (4 personnes) ; une zone sanitaire comprenant douche et lavabo ; un espace infirmier avec un casier fermant à clé ; un espace extérieur selon les configurations possibles* ». Il propose un schéma de principe et décrit, entre autres éléments, la menuiserie extérieure, l'équipement sanitaire, l'équipement électrique, la vidéosurveillance, l'appel malade, le chauffage et la ventilation, le mobilier, etc.

Concernant les chambres visitées, tant qualifiées de CI que de CS, certains espaces d'isolement sont éloignés du bureau infirmiers (Mont Serein, Envol 2, Chênes verts 2), d'autres en sont proches (Cèdres 2, La Nesque, unité 12/17).

Systématiquement, la porte pleine dans le couloir de circulation des patients, banalisée, dessert un sas, commun à la CI et à la CS quand les deux coexistent. A Cèdres 2, le sas est séparé en deux parties par une paroi vitrée, la première comportant du matériel de bureautique (poste informatique, téléphone, mobilier de bureau), la seconde étant dédiée aux repas. Un placard pour ranger les effets personnels du patient est aménagé dans la plupart des sas ; dans les CS des unités 12/17 et Cèdres 2, le placard, fermé à clé, est dans la chambre. Les repas sont pris à une table fixée dans le sas (Cèdres 2) où dans une pièce dédiée (Mont Serein ; La Nesque ; unité 12/17). Les patients ont une assiette, un bol, un verre en plastique dur et une cuillère en métal (Cèdres 2) ou en plastique (La Nesque, Mont Serein) ; ils sont assis sur une chaise (Cèdres 2, La Nesque) ou un tabouret (Chênes verts 2), fixés au sol. L'unité Mont Serein dispose aussi de mobilier en carton.

[38] Référencé QPR-CI-R-0001-V2

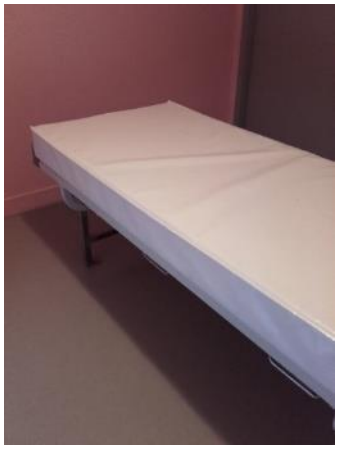
Envol 2, coin repas

Chênes verts 2, coin repas

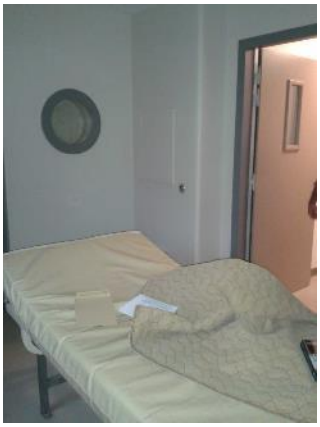
Toutes les chambres ont deux accès.

Le lit, en métal, est fixé au sol, soit au centre de la pièce pour permettre de circuler autour, soit contre un mur ; plusieurs modèles de lits sont installés.

Dans des chambres occupées ou récemment libérées, les contrôleurs ont constaté l'usage d'une couverture sans qu'aucun drap ne soit proposé pour se protéger du matelas recouvert d'une toile en plastique (unité 12/17). Il n'y a pas d'oreiller, sauf consigne médicale l'autorisant expressément. Une table de nuit, fixée, s'ajoute au lit et au placard de certaines CS (unité 12/17).



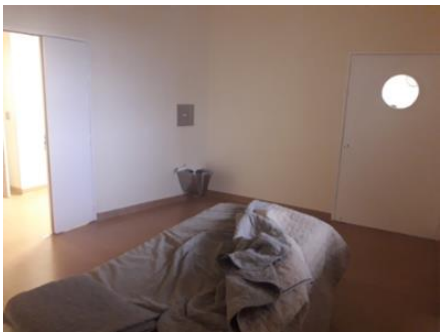
Unité 12/17 : lit et matelas de la CI (à gauche) et de la CS (à droite)



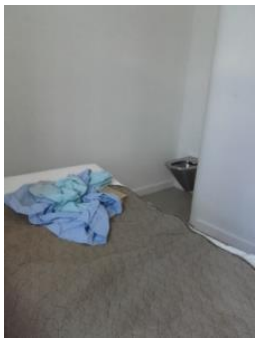
La Nesque, CI

Un WC en inox est installé dans certaines chambres (unité 12/17, CS et CI de Cèdres 2 et Chênes verts 2, CI de La Nesque, CI de Mont Serein, CS et CI d'Envol 2), parfois séparé du lit par

un mur (CS de Cèdres 2 et Chênes verts 2, CS et CI de l'unité 12/17), parfois installé à la tête du lit, parfois visible depuis l'oculus dans la porte et parfois non visible, toujours occulté sur les images de vidéosurveillance ; du papier WC est mis à disposition. Dans d'autres chambres, le WC n'est accessible que dans une salle d'eau attenante. Un seau hygiénique est alors disposé dans la chambre.



Mont Serein, CI avec WC dans angle opposé au lit, non visible par les hublots



Envol 2, CS avec WC à la tête du lit, non visible par les hublots

La Nesque, CI avec WC à la tête du lit

Unité 12/17, CI avec WC séparé de la chambre par un muret, non visible par les hublots

La salle d'eau, attenante à chaque chambre (sauf exception, comme à Chênes verts 2 où le lavabo et la douche sont communs à la CS et à la CI), est fermée par une porte ouverte par les soignants. Les salles d'eau, équipées de la manière la plus complète, offrent une douche avec un pommeau fixe sans flexible, un lavabo, un miroir, une prise électrique, et un WC si ce dernier n'est pas installé dans la chambre elle-même ; la plupart offre un lavabo et une douche.

Pour boire, une bouteille d'eau en plastique est mise à disposition du patient, les chambres étant dépourvues de point d'eau potable.

Envol 2, salle d'eau complète

Unité 12/17, salle d'eau complète de la CS

Unité 12/17, salle d'eau de la CI, pas de miroir (douche hors champ)

La Nesque, salle d'eau de la CS, pas de miroir

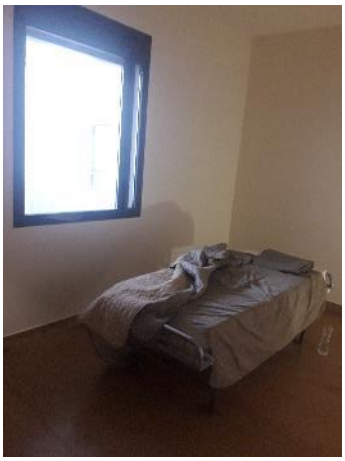
La Nesque, salle d'eau de la CI, pas de miroir, pas de prise, revêtement du mur de la douche abîmé

La lumière naturelle est diffusée par une large fenêtre, dont l'ouverture partielle ne peut être réalisée que par le personnel soignant pour aération. Un barreaudage ou un grillage équipe certaines fenêtres (Envol 2, Chênes verts 2). Un volet roulant à commande électrique a été constaté en bon état de fonctionnement partout.

La lumière artificielle provient d'un plafonnier et d'une veilleuse ; les interrupteurs se trouvent hors la chambre, commandés en général par les seuls soignant (dans la CS de Cèdres 2, ils sont actionnables par le patient).

Le rafraîchissement de la température de la pièce et son chauffage sont des dispositifs identifiés, qui ne font pas l'objet de réclamations.

Fenêtre CS, Envol 2, fenêtre de la CS



Mont Serein, fenêtre et lit de la CI

Sauf à La Nesque, Mont Serein et dans l'unité 12/17, aucun bouton d'appel ou système permettant d'entrer en communication avec le personnel n'équipe les chambres. Les patients qui souhaitent faire appel au personnel tapent dans la porte ou crient, au risque de se blesser et de ne pas se faire entendre. A Chênes verts 2, les soignants relient la chambre et leur bureau par un « babyphone ». La réalité de la surveillance infirmière limite les inconvénients de l'absence de bouton d'appel, sans y remédier.

Des horloges de modèles différents équipent les espaces d'isolement à des endroits divers mais elles sont rarement visibles depuis le lit. Lorsqu'elles n'indiquent pas le jour et la date, il a été observé dans certaines unités l'affichage d'un calendrier au-dessus de la table sur laquelle sont pris les repas (Cèdres 2) ou un tableau blanc mentionnant le jour, la date, le mois, l'année (unité 12/17). L'horloge était en panne dans l'unité 12/17 lors de la visite

Cèdres 2 : horloge analogique sans date, complétée par un calendrier dans le coin repas

Envol 2 : horloge à aiguilles posée sur le rebord extérieur de la fenêtre de la CS

Unité 12/17 : horloge et tableau blanc, vue depuis la CS

La vidéosurveillance équipe les chambres de La Nesque (seulement la CI), d'Envol 2 (CI et CS), de l'unité 12/17 (CI et CS). Le WC n'est pas visible sur les écrans de report des images. Dans l'unité 12/17, l'occultation résulte de l'initiative du personnel soignant, qui a collé des morceaux de papier sur l'écran ; si on sélectionne différemment les caméras, il faut bouger les papiers.

Unité 12/17, écran de report de la vidéosurveillance dans le bureau infirmier, papier collé pour occulter les WC (WC de la CI non occulté à gauche ; collage efficient à droite).

Un espace extérieur dédié est accessible aux patients dans les unités 12/17, Cèdres 2, Envol 2, La Nesque, Mont Serein.

Cèdres 2, espace extérieur dédié

La Nesque,espace extérieur dédié

Envol 2, espace extérieur dédié

RECOMMANDATION 17

Les aménagements des espaces utilisés pour l'isolement (chambres d'isolement et chambres sécurisées) qui portent atteinte à la dignité du patient (non-accessibilité permanente du WC et d'un point d'eau potable, état des salles d'eau, des horloges et de la vidéosurveillance, absence de dispositif de communication avec le personnel soignant, absence d'espace extérieur, etc.) doivent être corrigés.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM considère que « *les chambres d'isolement et les chambres sécurisées 'officielles' répondent au cahier des prescriptions techniques* ». Il confirme cependant que « *la saturation des unités d'hospitalisation tout au long de l'année 2019 et dans les deux premiers mois de 2020 a conduit à utiliser une chambre de l'unité Les Chênes Verts II comme chambre d'isolement, inadaptée, alors qu'elle n'a pas de cabinet de toilette. Cette chambre ne peut être continuée à être utilisée à cette fin tant que des travaux ne sont pas réalisés. Un WC sanibroyeur sera prochainement installé* » (dans l'attente de la relocalisation de l'unité).

8.1.2 Le matériel de contention

Deux types de matériel de contention coexistent au sein de l'établissement : l'un, récent, en usage dans de nombreux hôpitaux, est en tissu lavable de couleur blanche avec des attaches en métal aimanté et plastique ; l'autre, dont il a été dit qu'il était fabriqué depuis des temps immémoriaux par un sellier local, est en cuir avec des rivets et des tiges boulonnées en métal.

Matériel de contention récent en tissu

Matériel de contention en cuir et métal

Si les sangles en tissu sont présentes dans toutes les unités visitées par les contrôleurs, celles en cuir le sont aussi. Surtout, seules celles en cuir sont utilisées par les soignants en première intention, qu'il s'agisse de contenir une soudaine agitation ou de conduire une personne détenue de son établissement pénitentiaire jusqu'à son unité d'hospitalisation (*Cf. infra* §. 9.3)

Le rapport annuel rendant compte des pratiques d'isolement et de contention en 2018 décrit les deux types de contention mécanique, mais cite en premier lieu le matériel en tissu et rapporte l'existence du matériel en cuir comme pouvant « *également être utilisé[es] dans certaines situations d'urgence* ». Toutefois, le document sur la prise en charge en isolement et contention de la série « *Les incontournables de la qualité* » de novembre 2018 décrit « *L'utilisation exclusive de matériels adaptés et sécurisés* », sans autre précision. Le protocole de recours à l'isolement et à la contention[39] définit la contention mécanique et impose de la réaliser avec « *les matériels adéquats* ». Plus loin, dans le paragraphe 4.2.2 consacré à la mise en œuvre de la mesure, il est indiqué « *Toute mise en place de dispositif de contention physique doit être réalisée exclusivement avec le matériel prévu à cet effet (entraves tissu, entraves cuir, vêtements de contention).* ».

Malgré la formation à l'utilisation des sangles en tissu dispensée de façon régulière par un professionnel de l'établissement et les discussions engagées dans les unités par la direction à l'occasion de la diffusion du document « *Les incontournables qualité* », le personnel soignant préfère recourir aux sangles en cuir, qu'il qualifie unanimement de plus « *simple* » et plus « *intuitif* ». Les documents de référence dans l'établissement, tels que rapportés ci-dessus, ne permettent pas non plus d'éliminer leur usage.

Or, le matériel en cuir et métal (cuir épais noir, rivets, clous et boulons en métal), non lavable, confère à la pratique de la contention une image moyenâgeuse de soumission, en opposition flagrante au soin. Elle est dégradante pour les personnes qui s'y soumettent.

[39] Référencé OPC-RD-P-0001-V2 de septembre 2019

RECO PRISE EN COMPTE 21
Le matériel de contention en cuir et métal, dégradant et non hygiénique, ne doit plus être utilisé.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique partager cette recommandation, « *d'autant que toutes les unités d'hospitalisation ont été dotées depuis plusieurs années de sangles textiles pour le remplacement des sangles en cuir. Un rappel aux cadres paramédicaux de pôle a été fait par la direction pour que toutes les sangles en cuir soient impérativement retirées sans délai*. »

8.2 LE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION EST UNE REALITE QUOTIDIENNE ACCEPTEE PAR TOUS

Le protocole de recours à l'isolement et à la contention sus évoqué, après avoir cité l'article L 3222-5-1 du code de la santé publique (CSP) qui établit que ces mesures « *sont des pratiques de dernier recours* », énonce notamment :

- *« tout isolement ne peut se faire que dans un lieu fermé, dédié, adapté et aménagé pour cet usage […] » ;*
- *« l'isolement est une mesure limitée dans le temps, sur décision d'un psychiatre, dans le cadre d'une démarche thérapeutique, après concertation professionnelle […] et après échec de toutes les autres alternatives. » ;*
- *« il s'agit de prévenir une violence imminente du patient ou de répondre à une violence immédiate, non maîtrisable, sous-tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui. ».*

Dans les faits, il a été rapporté aux contrôleurs :

- l'isolement de patients d'autres unités dans la chambre d'isolement (CI) qui se révèle disponible, particulièrement à l'unité Cèdres 2 ;
- des mesures d'isolement en chambre ordinaire d'hospitalisation, dans les unités Mont Serein (située à Carpentras), Envol 2 et Chênes verts 2 selon ce qui a été rapporté aux contrôleurs lors de la visite mais aussi à Cèdres 2, La Nesque et dans l'unité 12-17 si l'on se fie au registre d'isolement et de contention qui identifie les isolements réalisés dans un « *espace non dédié* »[40]. Dans l'ensemble de ces unités, au cours de neuf premiers mois de l'année 2019, cinquante-neuf mesures d'isolement ont été mises en œuvre dans un espace non dédié, soit 1,39 % du total des mesures, Chênes verts 2 concentrant vingt mesures soit un tiers d'entre elles. Dans cette unité, la plupart de ces mesures sont prises dans la chambre n°1, qui n'est équipée que d'un lit fixé au sol et d'un seau hygiénique. Cette pratique n'est pas admissible et cette chambre doit être équipée au standard hospitalier.

[40] Concernant l'absence de fiabilité du registre, *Cf. infra* §. 8.3.

Chambre numéro 1 de l'unité Chênes Verts 2

Une chambre ordinaire n'est pas systématiquement conservée pour le patient placé en isolement. Cela est particulièrement vrai dans les unités chargées de l'accueil (Envol 2, Cèdres 2, Chênes verts 2), en lien avec la sur occupation des unités (*Cf. supra* § 2.5).

Si le logiciel Cimaise™ oblige à cocher une des deux cases *Oui* ou *Non* concernant l'existence d'une « *Réflexion bénéfice risque tracée* » préalable à la décision médicale de la mesure, cette traçabilité n'est pas assurée. Il n'est pas possible, en l'état, de garantir qu'il s'agit bien d'une mesure de « *dernier recours* » et qu'il y a eu « *échec de toutes les autres alternatives* » puisque les alternatives préalablement mises en œuvre ne sont pas consignées.

Lors des dernières discussions relatives à l'isolement et à la contention ayant eu lieu dans l'établissement, le personnel soignant a exprimé la crainte de ne plus pouvoir être à l'origine de la mesure. Effectivement, les contrôleurs ont constaté que le personnel soignant a une part prépondérante dans le placement en isolement, exprimé encore comme une mise à l'écart, sans valorisation de la justification clinique, donnant le cas échéant un caractère punitif – ou au moins sécuritaire – à la mesure. Le personnel médical ne se montre pas moteur de changement. Seule une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) relative à la tenue du dossier patient devait prochainement amener à interroger les pratiques médicales. La réflexion en cours sur la création d'espaces d'apaisement dans le groupe de travail sur le respect des libertés individuelles, obligeant à faire une revue de pertinence sur les mesures d'isolement et à mieux tracer les alternatives envisagées, n'est pas investie. Les pratiques sont encore empreintes de l'assurance que l'isolement et la contention sont des pratiques thérapeutiques en soi.

Des mesures d'isolement sont effectuées avec des aménagements séquentiels. C'était le cas lors de la visite, par exemple pour un patient d'Envol 2 (sorti de l'unité lors de la visite des contrôleurs), pour un patient de Cèdres 2 (consigne médicale de sortie quotidienne dans l'unité incluant la cour arborée une heure le matin et une heure l'après-midi le 6 novembre, diminué le lendemain à trente minutes le matin et trente minutes l'après-midi). Cela a également été rapporté pour une patiente mineure de l'unité 12/17, isolée la nuit seulement.

Les données du registre isolement et contention des neuf premiers mois de l'année 2019 rapportées aux données d'activité de l'établissement (incluant l'UMD) permettent de constater que :

- 17,8 % de la file active des patients a été soumis à une mesure d'isolement ;
- 56,02% de la file active des patients en soins sans consentement a été soumis à une mesure d'isolement.

Concernant le recours à la contention et selon les mêmes données, il s'agit respectivement d'un taux de recours de 3,08 % pour la file active totale et 9,69 % pour la file active en SSC. Trois mesures de contention auraient été mises en œuvre pendant six heures chacune à l'unité 12/17 ; une quarantaine de mesures de contention l'auraient été dans les seules cinq unités d'accueil de crise pour adultes, soit 21 % de l'ensemble des mesures décidées au CHM.

Parallèlement, d'autres données du CHM[41] font état, pour l'ensemble de l'établissement et pour la même période, de valeurs différentes, dont seules les proportions sont comparables à celles du registre isolement et contention.

RECOMMANDATION 18

L'isolement et la contention d'un patient ne peuvent être que des mesures de dernier recours, pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour lui-même ou autrui, mises en œuvre dans un espace dédié et en préservant une chambre ordinaire d'hospitalisation pour ce patient. Les pratiques au centre hospitalier de Montfavet doivent évoluer en ce sens.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique que « *les pratiques de l'isolement et de la contention d'un patient font l'objet de protocoles et d'une fiche qualité distribuée à tous les soignants. Des formations internes sur les bonnes pratiques à respecter sont réalisées chaque année pour les personnels des unités de soins.* »

Au CHM, l'isolement s'effectue obligatoirement en pyjama hospitalier. Cela ne souffre d'aucune discussion dans les équipes, quelle que soit l'indication clinique qui a présidé à la mesure. Le protocole de recours à l'isolement et à la contention[42] invite à discuter collectivement les « *déshabillage complet du patient* », « *mise en pyjama ou en sous-vêtements du patient* », « *retrait des affaires et objets personnels, bijoux et prothèses* », « *en fonction de l'état et du comportement du patient, et après évaluation collective, décider de la possibilité pour le patient de disposer de draps, couvertures, oreiller, pot à eau ou bouteille d'eau, couverts adaptés au moment du repas, objet ayant une valeur affective* ».

En cas de risque suicidaire, le patient est doté d'un pyjama en papier et d'une à plusieurs couvertures en tissu indéchirables ; il ne dispose alors d'aucun drap. Si une seule couverture lui a été donnée, il doit s'allonger directement sur le revêtement en plastique du matelas.

Plus généralement, les draps (et les autres effets décrits énumérés dans le protocole) ne sont mis à disposition que si le médecin l'a expressément décidé dans une consigne médicale. Faute de le faire, la plupart des patients sont privés de draps (et de tout autre effet). Une patiente de Mont Serein le 7 novembre 2019 disposait ainsi de trois couvertures indéchirables mais pas de draps. Les lits des CI et CS de l'unité 12/17 ne comportaient aucun drap lorsque des contrôleurs les ont visitées le 12 novembre 2019 (*Cf.* photographies *supra*, § 8.1.1).

[41] Répartition de l'activité du temps plein par mode de soins, département d'information médicale (DIM)

[42] Référencé OPC-RD-P-0001-V2 de septembre 2019

RECO PRISE EN COMPTE 22

La pratique de l'isolement ne doit pas inclure *a priori* la mise en pyjama de l'hôpital et l'absence de draps. La rédaction du protocole de recours à l'isolement et à la contention doit être clarifiée, et les pratiques évoluer, pour que le retrait des draps et du pyjama personnel soit exceptionnel et justifié et que leur remise devienne un principe.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique « *très rapidement revoir cette procédure, pour inverser le principe, afin que le retrait des draps et du pyjama personnel soit l'exception (sur prescription médicale) et non plus la règle.* »

Les CI (ou CS) étant accolées à un sas équipé de mobilier, les patients sortent de la chambre pour y prendre leur repas.

La sédation n'est pas systématique, en isolement comme sous contention. Si elle est prescrite, elle l'est sous forme orale prioritairement.

La surveillance infirmière est fréquente et régulière (le logiciel Cimaise™ propose « *En continu* », « *30 minutes* », « *60 minutes* ») même si aucune consigne médicale n'a été donnée comme c'est parfois le cas. Les observations des soignants en attestent, qui sont reportées dans l'onglet « *Isolement et contention – Surveillance* » ou plus généralement « *Observations infirmières* » du dossier patient informatisé.

Les médecins somaticiens voient les patients isolés ou soumis à contention, à la fréquence *ad hoc* qui est rappelée dans Cimaise™. Les psychiatres les rencontrent au moins quotidiennement, ainsi qu'en attestent l'inscription d'observations médicales auxquelles les contrôleurs se sont intéressés faute de trouver par ailleurs la décision de renouvellement d'isolement dans un certain nombre de situations.

8.3 LE REGISTRE D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION EXISTE ET UN RAPPORT ANNUEL EST REDIGE, SANS IMPACT SUR LES PRATIQUES

Un registre informatisé est tenu depuis le 1er janvier 2016, à la demande de la direction de l'établissement, par extraction des données de Cimaise™.

Le département d'information médicale (DIM) en a la supervision depuis juin 2018 et procède encore, au fur et à mesure, à l'identification d'erreurs liées à la conception du logiciel ainsi qu'à des erreurs dues à son utilisation par les professionnels, médicaux et non médicaux.

Il est, par exemple, établi que des mesures d'isolement ne sont pas renouvelées dans le délai de 12 heures ou de 24 heures, que certaines ne sont pas renouvelées et que d'autres ne sont pas clôturées. Les notions d'espace dédié et d'espace non dédié ne sont pas maîtrisées (*Cf. supra* § 8.1.1 sur distinction CS et CI et *infra* § 9.3 sur les personnes détenues). Ainsi, à en croire le registre, trois mesures d'isolement auraient été mises en œuvre en 2019 depuis les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (pendant 498 heures et 36 heures au Pontet et pendant 1 298 heures à Tarascon) en « espace dédié », alors que les médecins hospitaliers n'y disposent ni de chambres d'hospitalisation ni de chambres d'isolement. De même, un patient aurait été soumis à de la contention depuis l'une de ces deux USMP pendant six heures.

Les constats réalisés par les contrôleurs dans les unités d'hospitalisation à temps plein du CHM et dans le logiciel attestent de ces difficultés tant informatiques qu'humaines.

Le registre comporte douze colonnes (numéro Finess[43], numéro IPP[44], numéro de mesure, type d'isolement ou de contention, date de début, heure de début, date de fin, heure de fin, durée en heures, unité fonctionnelle d'hébergement initiale, décideur initial, soignants chargés de la surveillance), dans une volonté de pouvoir procéder à son analyse.

Parallèlement, l'établissement dispose de données relatives à la répartition de l'activité du temps plein par mode de soins établies par le DIM. Ces données sont elles aussi entachées par plusieurs sources d'erreurs, que le personnel du DIM reconnaît et tente de corriger manuellement.

Un « *rapport annuel rendant compte des pratiques d'isolement et de contention, de la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre* » est rédigé depuis 2016. Les versions 2016, 2017 et 2018 ont été communiquées aux contrôleurs.

Le rapport de 2018 fait référence à l'existence d'une équipe-projet chargée de réfléchir au respect des libertés individuelles et des droits fondamentaux, instance pluridisciplinaire chargée d'harmoniser les dispositifs de contention dans les unités de soin et ayant élaboré le protocole en matière d'isolement et de contention ainsi que la fiche « *Les incontournables qualité* ».

Le rapport énumère également les formations en lien, de près ou de loin, avec les questions d'isolement. Eu égard aux pratiques constatées par les contrôleurs dans les unités, ces derniers s'étonnent de ne rien voir apparaître en ce qui concerne la prévention et la prise en charge du risque suicidaire.

Il présente ensuite les données de recours à l'isolement et à la contention telles qu'extraites de Cimaise™ de janvier à mai 2018 et extrapolées, comparées à celles de 2017. Les contrôleurs précisent que ces données ne paraissent pas plus fiables que les données actuelles, mais leur reconnaissent le mérite d'exister. Pouvaient être retenues pour 2018 les données suivantes, en précisant que « *les données relatives aux mesures de contention ne concernent que les mesures prises en dehors d'un espace dédié*[45] » alors que « *les décisions d'isolement en dehors d'un espace dédié* » n'étaient pas disponibles[46] :

- un nombre de mesures d'isolement stable (427 mesures en 2018, contre 425 en 2017) ;
- un nombre de mesures de contention en baisse de 36 % (31 mesures contre 49) ;
- un nombre de patients distincts ayant été soumis à une mesure d'isolement en augmentation de 15 % (300 patients, contre 261) ;
- un nombre de patients distincts ayant été soumis à une mesure de contention en baisse de 32 % (19 patients, contre 28) ;
- un nombre moyen de mesures d'isolement par patient en baisse (1,42 mesure contre 1,63) ;
- un nombre moyen de mesures de contention par patient en baisse (1,63 mesure contre 1,75) ;
- un nombre d'heures d'isolement en baisse de 4 % (55 886 heures contre 58 400) ;
- un nombre d'heures de contention en hausse de 3 % (593 heures contre 574) ;

[43] FINESS : fichier national des établissements sanitaires et sociaux

[44] IPP : identifiant permanent du patient

[45] Espace non dédié : hors chambre d'isolement.

[46] Rapport annuel isolement et contention, 2018, page 7.

- une durée moyenne des mesures d'isolement en baisse (130,82 heures contre 137,41) ;
- une durée moyenne des mesures de contention en hausse (41,17 heures, contre 30,21)
- une durée minimale des mesures d'isolement en hausse (60 minutes contre 45) ;
- une durée minimale des mesures de contention en hausse (180 minutes contre 58) ;
- une durée maximale des mesures d'isolement en baisse (916 heures contre 1 484) ;
- une durée maximale des mesures de contention en baisse (98 heures contre 288) ;
- une durée médiane des mesures d'isolement de 91 heures ;
- une durée médiane des mesures de contention de 34 heures.

Le rapport évoque ensuite d'éventuels événements indésirables en lien avec les pratiques d'isolement et de contention sans en constater, puis analyse la répartition des mesures d'isolement ou de contention selon les horaires de la journée (la survenance est plus importante de 14h à 22h) et selon les jours de la semaine (la survenance est plus importante le lundi pour l'isolement, le mardi pour la contention). Il se conclut par des objectifs pour l'année 2019.

Ce rapport a été présenté et discuté en CME le 20 mars 2019.

Si le registre comme le rapport annuel existent depuis 2016, leur fiabilité n'est pas confirmée. Il est nécessaire de fiabiliser l'enregistrement des mesures pour favoriser ensuite l'analyse chiffrée du recours à l'isolement et à la contention propre à chaque unité d'hospitalisation, en lien avec ses caractéristiques, seule de nature à faire évoluer les pratiques professionnelles au bénéfice des patients.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LE POLE INFANTO-JUVENILE EST CONSTITUE DE DEUX UNITES DISTINCTES : L'UNE, LE GALOUBET, EST EN SOUFFRANCE ET SE TROUVE DANS UNE SITUATION DE BLOCAGE ; L'AUTRE, 12/17 ANS, EST DYNAMIQUE MAIS N'EST PAS EN MESURE D'ACCUEILLIR TOUS LES MINEURS

Le pôle de psychiatrie infanto-juvénile a été créé le 1er janvier 2018 après plusieurs mois de restructuration. Il est composé de vingt-sept structures parmi lesquelles on trouve :

- des centres médico-psychologiques infantiles (CMPI) ;
- l'unité parents-bébés ;
- l'accueil familial thérapeutique (AFT) ;
- l'équipe de référence pour l'évaluation de l'autisme(EREA) ;
- des hôpitaux de jour (HDJ) ;
- l'unité d'hospitalisation « Le Galoubet » pour les enfants de 6/13 ans ;
- la filière adolescents avec l'unité d'hospitalisation « 12/17 », l'équipe mobile de liaison et de soins ELISEA, la Maison des Adolescents à Avignon et l'hôpital de jour « l'adosphère ».

Les contrôleurs se sont attachés à visiter les deux unités d'hospitalisation à temps plein : le Galoubet et l'unité 12/17 toutes les deux installées au sein du site de Montfavet (comme « l'adosphère ») dans le bâtiment dit « le Hameau ».

Ce sont deux unités dites « *protégées* », donc fermées.

Unités d'hospitalisation du pôle infanto juvénile au Hameau

9.1.1 Le Galoubet

Cette unité d'hospitalisation à temps plein n'accueille pas de patients en soins sans consentement au sens juridique du terme et ne comprend pas de chambre d'isolement. La contention (sauf physique en cas de crise) n'y est pas pratiquée.

Mais la situation bloquée depuis des semaines au niveau de l'hébergement et l'épuisement des équipes ont paru suffisamment graves aux contrôleurs pour qu'ils décident d'exposer la situation de cette unité.

Le Galoubet accueille, soit de façon programmée, soit en urgence, des enfants de 6 à 13 ans qui présentent de gros troubles psychiques avec des comportement auto-agressifs et hétéro-agressifs très violents, ainsi que parfois des troubles autistiques. L'unité, à vocation inter-régionale, dispose de cinq places ; les listes d'attente sont longues.

Durant l'année 2019, trente-quatre enfants ont été hébergés au Galoubet, parfois pour des séjours de courtes durées (8, 10 ou 15 jours) ; près de la moitié sont restés 3 semaines et cinq enfants ont dépassé la durée d'un mois.

Lors de la visite, seuls deux enfants (8 et 10 ans) étaient hospitalisés, l'un depuis mai 2019 et l'autre depuis septembre car aucune solution de sortie n'a été trouvée. Ces deux enfants requérant une attention de chaque instant, aucun autre patient n'est accueilli par l'équipe épuisée par la situation.

a) Les locaux

Les locaux sont apparus exigus avec un petit hall d'entrée servant de salle d'attente pour les visiteurs, une salle d'activités petite et encombrée, elle-même jouxtant un salon d'apaisement vide et peu accueillant.

Le salon d'apaisement

Sur la porte du salon d'apaisement

La salle d'activité

La salle principale sert aussi de salle à manger. Les trois chambres sont vides et peu décorées : une individuelle, une à deux lits, une de secours.

La salle principale et salle à manger

La chambre double

La chambre individuelle

La salle de bains collective sert également de réserve de matériel

Les locaux professionnels, desservis par un couloir étroit et sombre, sont insuffisants : un seul bureau pour tous les intervenants (cadre, psychiatre, psychomotricienne, psychologue) ; un seul bureau pour le personnel soignant et la secrétaire ; pas de salle de repos pour le personnel ; un local de stockage qui sert de vestiaire au personnel.

La salle de soins est, en revanche, de dimensions correctes et un sas partagé avec l'unité « ados » offre un local de buanderie mais sans sèche-linge.

Un espace extérieur est aménagé ; grillagé, il ouvre sur la colline où il est interdit de se promener.

L'espace extérieur grillagé

Selon les professionnels rencontrés, ces locaux sont inadaptés à une bonne prise en charge : chambres peu conviviales et sans sanitaires individuels, salle d'activité concomitante avec le salon d'apaisement lui-même mal conçu, espace trop restreint, bureaux en nombre insuffisant.

b) Le personnel

Le nombre d'intervenants est important par rapport aux capacités d'accueil (cinq voire, lors du contrôle, deux enfants) : treize infirmiers, deux aides-soignantes, un médecin psychiatre (deux jours par semaine), une psychologue, un cadre de santé (trois jours par semaine), une psychomotricienne (depuis l'été 2019), un médecin somaticien qui passe tous les jours. Deux soignants sont présents le matin, trois l'après-midi et parfois un autre pour la journée.

Ils organisent diverses activités tout au long de la journée (travail sur les pictogrammes pour les enfants non communicants, soutien scolaire, promenades dans le parc, jardinage, cuisine, films, séances de stimulation multisensorielle contrôlée (« Snoezelen »), musique avec déplacement au conservatoire d'Avignon, jeux de société, lectures d'histoires, etc.). L'enfant est également vu de façon régulière par le psychiatre et le somaticien.

Bien que très motivée, bienveillante et solidaire, l'équipe soignante, jeune et peu expérimentée, est apparue épuisée par la situation de blocage rencontrée pour les deux enfants hébergés – qui, lors des crises, mordent, crachent, cassent et injurient – en l'absence de structure à même de les accueillir ou de solution familiale. La multiplication des arrêts maladie est un symptôme de cette souffrance et nécessite un recours très fréquent à des remplacements.

Il est à souligner qu'un seul soignant est présent la nuit ce qui ne donne pas de garantie de sécurité même si les deux soignants de l'unité « ados » toute proche peuvent intervenir relativement vite.

RECOMMANDATION 19

Il est urgent de trouver des solutions pour l'unité Le Galoubet dont le personnel est en souffrance et dans des locaux inadaptés, afin de sortir de la situation bloquée qui ne permet pas d'accueillir d'autres enfants dans la situation actuelle.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM partage le constat dressé par le CGLPL, tout en rappelant que cette situation est indépendante de la volonté du centre hospitalier (absence de solution de sortie pour les deux enfants accueillis). Il indique que les difficultés sont levées avec, notamment, la sortie d'un des enfants et le recrutement d'un éducateur. S'agissant des locaux, il expose que leur inadaptation trouve son origine dans le changement, à la demande de l'ARS, du projet médical initial de cette unité. Un nouveau projet est en cours d'élaboration pour porter les capacités de l'unité à sept lits, en chambres individuelles, ce qui suppose des arbitrages et l'obtention d'une subvention d'investissement de l'ARS.

9.1.2 L'unité ados 12/17 ans

Cette unité de crise, dite « *protégée* » – donc fermée – dispose de dix chambres, d'une chambre d'isolement et d'une chambre sécurisée. Elle accueille des jeunes de 12 à 17 ans présentant des troubles du comportement, des troubles autistiques et des conduites suicidaires. Il n'y a pas de mineurs en SSC mais il peut y en avoir sous ordonnance de placement provisoire (OPP).

Elle a reçu, de janvier à fin octobre 2019, soixante mineurs, en général pour des séjours d'une durée de trois semaines. Mais certains peuvent y séjourner plus longuement (3 voire 6 mois) ou y revenir plusieurs fois (ce qui fut le cas pour huit mineurs entre janvier et novembre 2019).

Prévue pour dix places dont deux en séquentiel, l'unité intersectorielle a accueilli jusqu'à treize jeunes simultanément tant les demandes sont nombreuses. En cas de sur occupation, des mineurs peuvent être placés en unités pour adultes : ceci est arrivé à treize reprises durant les dix premiers mois de l'année 2019.

RECOMMANDATION 20

L'accueil de mineurs en unités pour adultes est à proscrire, même en cas de sur occupation de l'unité pour adolescents.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique connaître la position du CGLPL, qui va au-delà des prescriptions du code de la santé publique. Pour autant, il considère que l'accueil d'un mineur en unité pour adultes est parfois moins préjudiciable qu'une suroccupation en unités pour adolescents ou que la cohabitation d'un jeune patient vulnérable avec « *un mineur de 17 ans à la carrure d'adulte et au parcours social chaotique* ». « *De ce fait, l'accueil de mineurs en période de suroccupation de lits ne peut se faire qu'au cas par cas dans l'unité la mieux adaptée à sa situation.* »

a) Les locaux

Ouverte en 2017, cette unité offre, en rez-de-chaussée, des locaux vastes, modernes, clairs, parfaitement entretenus et répartis en quatre zones :

- la zone de vie avec une salle principale, une salle à manger et une cuisine, quatre salles d'activités, une bureau infirmier, une pharmacie, un bureau pour la cadre, une salle de repos du personnel, une salle de soins, deux salons visiteurs ;
- la zone d'hébergement avec dix chambres et une salle de bains collective ;
- la zone de la chambre d'isolement et de la chambre sécurisée avec un sas pour déjeuner, des sanitaires, une cour grillagée ;
- la zone des bureaux (psychiatres, assistante sociale, psychologue, psychomotricienne).

La salle principale

La salle à manger

La salle de soins

Extérieurs

Les dix chambres sont toutes individuelles. Deux sont réservées pour des retours séquentiels et une autre est destinée aux mineurs à mobilité réduite (PMR). Elles sont équipées d'un lit, d'une table de nuit, d'une chaise, d'un coin bureau en angle (sauf dans la chambre PMR). Le mobilier est coloré et moderne. Les mineurs disposent d'un bouton d'appel, d'une veilleuse, d'une corbeille, d'un placard intégré mais sans clé. La fenêtre n'ouvre pas complètement, le store est déroulant. Elles ne possèdent pas de verrou de confort et ne sont pas décorées.

Lorsqu'il y a sur occupation, les chambres sont doublées. En aucun cas, la chambre d'isolement et la chambre sécurisée ne servent de chambre d'hébergement.

Chambre à l'unité « ados »

Les sanitaires sont tous individuels avec douche, lavabo, WC, miroir. Dans la chambre PMR, la salle de bains est aménagée avec barres et siège.

Une salle de bains collective, avec baignoire, est utilisée dans certains cas pour l'apaisement et la détente de certains jeunes patients.

Salle de bains PMR

Salle de bains collective avec baignoire

La salle à manger est composée de petites tables rondes et colorées. Les jeunes patients ont réalisé un tableau de roulement de tâches par chambres et l'ont affiché au mur. Une cuisine fonctionnelle est située en face avec des casiers pour les denrées personnelles des mineurs (friandises, biscuits). Un réfrigérateur particulier peut conserver leurs sodas au frais.

Panneau de roulement des tâches dans la salle à manger

Les salles d'activité sont au nombre de quatre :

- la salle d'expression : arts manuels, arts plastiques, atelier cuisine ;
- la salle musique et informatique ;
- la salle destinée aux projections de films et aux groupes de parole ;
- la salle de sport avec appareils de musculation, billard, rollers et patins.

Salle d'expression

Salle musique/informatique

Salle du groupe de parole et de projection

Salle de sport

Deux salons « visiteurs » permettent aux familles de rencontrer leur enfant hébergé.

Un des deux salons « visiteurs »

Un espace extérieur grillagé, donnant sur la colline, est équipé de tables sur la terrasse et dispose d'équipements sportifs (panier de basket-ball, punching-ball, vélos achetés grâce à l'opération « pièces jaunes »).

b) Les biens du patient

Les téléphones portables sont interdits dans l'unité ; ils sont remis à la famille ou, comme les autres valeurs, à la banque des patients. Les biens usuels (spray déodorant, rasoir, etc.) sont stockés dans des casiers numérotés.

c) Les repas

Le petit déjeuner est servi dès 8h30 ; le déjeuner entre 12h et 13h ; la collation à 16h et le dîner de 19h30 à 20h30. Il peut y avoir une tisane le soir au coucher. Les menus sont affichés dans la

salle principale. Les jeunes sont, à tour de rôle, en charge du dressage des tables et du rangement. Les soignants déjeunent avec eux. Il n'a pas été fait de remarques sur la qualité des repas.

d) Les règles de vie

Il n'y a pas de règlement intérieur dans l'unité. Seule une affiche portant sur le planning de la journée dans l'unité, comporte un encadré mentionnant ce qui est interdit : toute forme de violence ; tout produit illicite ou jugé dangereux ; une conduite ou une tenue indécente ; des rapports sexuels ou tout rapprochement physique ; le tabac, le téléphone portable, l'argent, les bijoux de valeur ; un appareil prenant des photos ou des vidéos ; le prêt ou le vol d'affaires personnelles ; les décorations accrochées au mur.

Et, en caractères gras, est noté comme interdit : « *le manque de respect de soi, des autres, de l'environnement* ».

Rien n'est écrit en matière de droits sinon un accès au lecteur « MP3 » le matin après le petit-déjeuner puis de 13h à 14h et après 18h.

Les soignants rappellent oralement, de façon régulière, ces consignes et lors d'entretiens. Les familles (ou autorités responsables du mineur) en sont également informées lors des entretiens.

e) Les restrictions aux libertés individuelles

Les restrictions aux libertés individuelles sont nombreuses.

Comme indiqué *supra*, l'unité dite « *protégée* » est fermée. Les mineurs sont toujours accompagnés même à l'hôpital de jour situé au premier niveau du Hameau. L'espace extérieur fermé n'est accessible qu'en présence des soignants. Les chambres sont accessibles le matin jusqu'à 10h (10h30 le week-end) puis pour un temps obligatoire de calme entre 13h et 14h et ensuite après le dîner. Les adolescents ne peuvent se rendre ni à la cafétéria, ni aux activités intersectorielles. La plupart des activités se déroulent dans l'une des quatre salles de l'unité ou à l'extérieur du CHM (sport, musique).

Les mineurs n'ont pas le droit de fumer.

Le port du pyjama (indéchirable) est systématique lors d'une mise en chambre d'isolement et un pyjama de l'hôpital est donné en chambre sécurisée aux rares détenus mineurs qui y sont placés.

Le mineur ne peut pas garder son téléphone portable (qui peut, à la limite, lui être redonné le temps de la visite de sa famille ou de son référent). Un seul appel (entrant ou sortant) par jour est autorisé, *via* le téléphone des soignants et en présence de ces derniers, pour une durée maximale de dix minutes entre 18h et 19h15. Le courrier n'est pas contrôlé sauf cas spécifique.

L'unité dispose d'une petite bibliothèque mais on n'y trouve guère de journaux pour jeune public. Deux postes de télévision sont installés dans l'unité : l'un dans la salle principale, l'autre en salle de groupe de parole. Ce sont les soignants qui gèrent la télécommande.

Les mineurs n'ont pas l'autorisation de conserver leur tablette ou ordinateur ; deux postes sont installés dans la salle de musique avec accès à Internet sous le contrôle d'un soignant.

Les visites des familles se déroulent dans les deux salons « visiteurs » de 17h à 19h30 et le week-end de 14h à 19h30 (les soignants se déclarant assez souples sur les horaires). Les visiteurs mineurs de moins de 15 ans ne sont pas autorisés à se rendre dans l'unité.

Si aucune information sur l'accès aux cultes n'est affichée dans l'unité, il a été affirmé que la rencontre d'aumôniers est tout à fait possible si le mineur en fait la demande.

Enfin, les rapprochements amoureux sont interdits entre mineurs. Si le planning familial est intervenu plusieurs fois dans le passé, il n'y a plus de séances d'éducation à la santé. Le sujet de la sexualité est toutefois régulièrement abordé dans les groupes de parole ou avec la psychologue.

f) L'accès aux soins psychiatriques et somatiques

Deux psychiatres sont présents au sein de l'unité du lundi au vendredi (sauf le mercredi matin), à tour de rôle. Le week-end, le psychiatre d'astreinte du pôle infanto-juvénile ou le psychiatre de garde de l'hôpital peut intervenir.

Chaque mineur a un médecin référent qu'il voit au moins une fois par semaine ; les médecins reçoivent les familles le jeudi.

La psychologue, à temps plein sur l'unité, s'occupe du groupe de paroles. Une psychomotricienne reçoit le vendredi les mineurs en séances de relaxation individuelle. Une assistante sociale accompagne les démarches et les projets et cherche des solutions de sortie pour les mineurs stabilisés.

Quinze IDE et deux éducateurs ont en charge les mineurs, à raison de trois soignants présents le matin, quatre l'après-midi et deux dans la journée (trois le matin et deux dans la journée le week-end). La nuit deux soignants sont présents dans l'unité.

Les activités, sur prescription du médecin, sont nombreuses :

- équithérapie le mardi de 10h à 12h pour deux patients à chaque fois ;
- sports pour tous les mineurs avec des étudiants en sciences et techniques des activités physiques et sportives, soit dans la salle de l'unité soit à l'université le mardi après-midi ;
- soutien scolaire le jeudi de 10h à 12h au cas par cas ;
- atelier musique le jeudi après-midi avec quatre patients et des intervenants du conservatoire d'Avignon soit en salle musique, soit au conservatoire ;
- relaxation avec la psychomotricienne le vendredi à l'HDJ « l'adosphère » ;
- groupe de parole le vendredi après-midi avec la psychologue.

Sans nécessairement de prescription médicale, chaque soignant qui a une compétence, une passion ou un don peut aussi proposer une activité : c'est le cas de l'informatique, du vélo, du karaoké, du billard, des arts plastiques ou de l'atelier cuisine.

Des sorties thérapeutiques sont programmées au festival d'Avignon, au cinéma, au restaurant dans des visites de lieux associant gastronomie et culture.

Un médecin somaticien passe tous les jours dans l'unité.

La distribution des médicaments se fait en toute confidentialité dans la salle de soins.

9.2 LES LOCAUX DE L'UNITE DE COURT SEJOUR DE GERONTOPSYCHIATRIE « LES PINS B » SONT INADAPTES

La prise en charge des troubles mentaux de la personne âgée est assurée par la fédération inter pôles de gérontopsychiatrie. Cette fédération est intégrée dans le pôle du Lubéron Val-de-Durance dont elle constitue une structure interne particulière disposant de moyens spécifiques en personnel.

Elle comprend :

- une unité de gérontopsychiatrie de court séjour travaillant en lien et complémentarité avec les équipes de gérontopsychiatrie des pôles sectorisés et les EHPAD, foyers et résidences adaptées ;
- trois unités de long séjour accueillant des patients en soins libres longuement hospitalisés souffrant de troubles psychiatriques et/ou de graves troubles du comportement.

L'unité de court séjour, dénommée Les Pins B, accueille des patients âgés de plus de 65 ans en crise, en soins libres ou en soins sans consentement[47], pour une durée de 20 à 60 jours environ.

La répartition des capacités en lits varie en fonction des pôles : tous n'utilisent pas la totalité des lits dont ils disposent, notamment ceux qui sont éloignés de la ville d'Avignon. L'unité les Pins B ne connaît pas de sur occupation.

9.2.1 Les locaux

Cette unité « *protégée* », dont les portes d'accès sont fermées en permanence, comporte :

- quatorze chambres individuelles ;
- trois chambres de deux lits.

Seules trois chambres disposent d'un local sanitaire avec WC et douche : les autres chambres sont équipées de chaises-pots. En journée, trois WC seulement sont accessibles (pour vingt patients). Les patients doivent partager des sanitaires communs à l'extérieur de leur chambre et dans lesquels ils se repèrent difficilement.

Chaque chambre est équipée d'un lit, d'une table de nuit et d'un placard dont les patients qui sont suffisamment autonomes disposent d'une clef pour le fermer.

Chambre double

Local sanitaire

Les patients ne peuvent fermer la porte de leur chambre de l'intérieur. Ils ne peuvent bénéficier d'un téléviseur dans leur chambre ; l'unité dispose de deux téléviseurs dont un était hors d'usage depuis deux mois lors du contrôle.

L'accès aux chambres est interdit de 9h à 12h et de 16h à 19h, sauf indication médicale.

L'unité ne dispose pas de chambre sécurisée ou de chambre d'apaisement : en cas d'agitation ou de violence, le patient est transféré provisoirement dans une autre unité.

L'unité ne dispose pas de salle d'activité.

[47] Huit patients en SSC y étaient accueillis au moment du contrôle (et onze en soins libres)

La réception des familles a lieu dans deux pièces exiguës et contiguës, obligeant les visiteurs de la seconde à traverser la première et n'assurant aucune confidentialité. Les visites sont autorisées de 14h à 18h30 avec une large extension possible pour les proches dont le domicile est éloigné et pour les patients en fin de vie.

La salle de soins est éloignée de la salle de restauration : il a été indiqué que les médicaments sont dispensés dans cette dernière en attendant un éventuel réaménagement de locaux.

Les locaux de l'unité ne sont pas climatisés : la chaleur est particulièrement difficile à supporter l'été pour les patients âgés qui ne peuvent accéder à une pièce rafraîchie.

RECOMMANDATION 21

Tant au niveau des surfaces que de l'absence de confort, les locaux de l'unité de court séjour les Pins B ne sont pas adaptés à la prise en charge de patients âgés ; ils doivent être transférés ou rénovés.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique partager ce constat. Il confirme qu'un projet de relocalisation est à l'étude mais que « *les locaux d'accueil de cette unité ne sont pas encore déterminés* ». Il précise toutefois que, dans le cadre de la crise sanitaire de la Covid-19, les patients de cette unité ont été provisoirement déménagés dans des locaux qui disposent de la climatisation (les locaux des Pins B étant destinés à accueillir une unité spécifique pour les patients atteints de la Covid). Quelques travaux d'amélioration du confort pourront à cette occasion être réalisés dans le bâtiment Pins B avant la relocalisation définitive de l'unité de gérontopsychiatrie.

9.2.2 Les ressources humaines

La prise en charge somatique est effectuée par deux médecins gériatres qui assurent, à tour de rôle, une présence quotidienne. L'examen somatique a lieu le jour de l'arrivée du patient ou le lendemain. L'examen psychiatrique a lieu au cours de la semaine d'arrivée. Le temps de présence du psychiatre (0,3 ETP) apparaît insuffisant, notamment pour assurer tous les rendez-vous avec les familles. Une neuropsychologue intervient dans l'unité à hauteur de 0,3 ETP : ce temps de présence est insuffisant. Il a été précisé qu'il serait augmenté à hauteur de 0,5 ETP.

La prise en charge infirmière est assurée par huit IDE, deux postes étant actuellement vacants.

L'effectif minimum est de trois (IDE et AS) le matin et trois l'après-midi. Quatre soignants sont nécessaires l'après-midi pour assurer tous les accompagnements à l'extérieur de l'unité : à cette fin, une infirmière du matin accepte souvent de prolonger son temps de travail en restant l'après-midi afin ne pas pénaliser les patients. Les IDE participent aux entretiens médicaux.

Les postes d'aides-soignantes et ceux des agents des services hospitaliers sont tous pourvus. Parmi ces derniers, une personne assure les fonctions de maîtresse de maison dont l'action est particulièrement appréciée par les patients. Elle améliore les repas de ces derniers en ajoutant notamment des aromates et des sauces aux plats pour les rendre plus savoureux et confectionne des pâtisseries pour les goûters et les repas de fêtes.

Le service de nuit est assuré par deux agents (IDE et AS). Les transmissions ont lieu de 6h à 6h15, de 13h20 à 14h avec prolongations en tant que de besoin puis de 20h45 à 21h. Les agents de nuit ne participent pas aux réunions de synthèse concernant les patients. Une seule réunion commune rassemblant tous les agents a été organisée en 2019.

Une assistante sociale intervient au sein de l'unité : son temps de présence est adapté au nombre de patients. Elle repère ceux nécessitant une protection juridique : un médecin expert se déplace rapidement, la mesure de protection intervenant en moyenne dans les quatre à cinq mois suivant la demande adressée au tribunal.

9.2.3 La prise en charge des patients

L'unité ne connaît pas d'entrée directe de patients ; sauf très rares exceptions les patients sont préalablement accueillis dans les unités d'admission des différents pôles. L'information et les notifications des droits sont faites précédemment dans ces unités.

Les règles de vie sont affichées dans le hall d'entrée : elles sont essentiellement dictées par les nécessités de la vie collective et sont appliquées de manière souple et bienveillante par les agents. A ce sujet, les familles des patients entendues par les contrôleurs se sont déclarées particulièrement satisfaites de la prise en charge des soignants comparativement à ce qu'avait vécu leur proche en EHPAD précédemment.

La majorité des patients ne sont pas autorisés à sortir de l'unité au regard de leur pathologie et de leur désorientation. Ils ne peuvent accéder à la cafétéria et aux ateliers intersectoriels : au moment du contrôle, quatre patients seulement peuvent sortir seuls, trois patients peuvent sortir en étant accompagnés par un soignant.

Les patients sont peu stimulés, les activités se résumant essentiellement à des jeux de société, à l'accès à une petite bibliothèque et à la salle de télévision. Une sortie extérieure est organisée une fois par an. Les patients peuvent accéder à une petite terrasse située à l'arrière de l'unité.

Terrasse de l'unité

RECOMMANDATION 22
Les activités doivent être développées au sein des Pins B afin d'améliorer la prise en charge des patients ; les locaux et le nombre de soignants doivent être adaptés en conséquence.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique que « *le projet de soins de l'établissement a inscrit cet objectif dans ses axes d'amélioration*. »

Le séjour commence par une période d'observation de 21 jours en moyenne. A l'issue de cette phase, le médecin, en collaboration avec les autres professionnels dont les équipes mobiles de psychiatrie générale et de gérontopsychiatrie, décide d'une orientation : maintien dans l'unité, retour à domicile ou affectation dans un établissement spécialisé.

La situation des patients est analysée en réunion clinique chaque jeudi avec la participation de tous les professionnels intervenant dans la prise en charge.

De nombreuses visites et accompagnements au domicile et dans les établissements sont organisés par les infirmières et l'assistante sociale préalablement à la sortie définitive du patient.

Pendant la période du contrôle, cinq patients étaient en attente d'une structure adaptée à leur besoin et à leurs moyens financiers : plusieurs EHPAD leur étaient notamment inaccessibles au regard de leurs revenus.

Les professionnels de l'unité s'engagent auprès des établissements d'accueil à réhospitaliser le patient en cas de crise ou de difficultés majeures sous la forme d'un séjour de rupture. Une visite systématique est assurée par les professionnels de l'unité dans les quinze jours suivant la sortie du patient à son domicile ou dans l'établissement d'accueil.

9.3 LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DETENUS EST MARQUEE PAR SON « *INADEQUATION CLINIQUE, ETHIQUE ET ORGANISATIONNELLE* »[48]

9.3.1 L'activité

Les personnes détenues de trois établissements pénitentiaires du Vaucluse et des Bouches-du-Rhône (centre pénitentiaire d'Avignon-Le Pontet, centre de détention de Tarascon, maison centrale d'Arles) sont admises sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) au CHM dès lors qu'elles ne consentent pas aux soins, en application des articles L 3214-3 du CSP et D 398 du code de procédure pénale (CPP).

Certains patients détenus viennent en outre de plus loin : c'est le cas de certains de ceux admis spécifiquement au sein de l'unité pour malades difficiles (UMD)[49], comme par exemple en 2019 des personnes détenues en provenance des centres pénitentiaires de Draguignan (Var) ou de Remire-Montjoly (Guyane).

En 2018, le CHM de Montfavet a admis quatre-vingt-quatre personnes détenues (dont quinze ayant une orientation spécifique à l'UMD dans l'arrêté préfectoral) et quarante-sept durant les neuf premiers mois de 2019 (dont quatre ayant une orientation spécifique en UMD).

L'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Marseille (Bouches-du-Rhône), ouverte en février 2018, pourtant prévue pour recevoir les patients détenus, ne les admet qu'en soins libres et après programmation de l'admission[50].

En théorie, l'hospitalisation à l'UMD fait suite à un arrêté préfectoral pris sur demande médicale et après accord du médecin de l'UMD, en application des articles L 3214-1, L 3214-3, R 3222-1 et R 3222-2 du CSP. Le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice énonce que « *les médecins de l'unité sanitaire et de l'UHSA, ou de l'établissement autorisé en psychiatrie, fixent ensemble les modalités d'hospitalisation. Puis le*

[48] Dans le cadre de la procédure de certification en septembre 2019, le CH a identifié deux séries de risques concernant la prise en charge des patients détenus : « *inadéquation clinique, éthique et organisationnelle* » et « *insuffisance d'offre de chambres sécurisées* ».

[49] L'UMD n'était pas concernée par le présent contrôle du CGLPL.

[50] Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique qu'en réalité « *l'UHSA n'accueille pas en urgence les détenus de la région pour des considérations tenant à la disponibilité des équipes pénitentiaires affectées aux transports et que son activité est majoritairement orientée vers les détenus des Bouches-du-Rhône.* »

préfet du département où est situé l'établissement pénitentiaire prononce l'hospitalisation au vu du certificat circonstancié. »[51].

Toutefois, par convention entre le CHM et la maison centrale d'Arles[52], les personnes détenues en provenance de cet établissement pénitentiaire sont systématiquement hospitalisées à l'UMD ; six personnes détenues ont été admises ainsi en 2019. Par ailleurs, quatorze personnes détenues – dont une mineure – en provenance d'Avignon-Le Pontet et de Tarascon ont séjourné en 2019 dans l'UMD hors la procédure spécifique d'admission dans cette unité[53].

Le CGLPL s'est prononcé en 2013 sur les séjours injustifiés en UMD : « (…) *le respect des droits fondamentaux ne porte pas seulement sur l'existence ou non d'une mesure d'internement. Il doit s'entendre aussi, lorsque ce dernier est décidé, des moyens mis en œuvre pour prémunir le malade de dangers contre lui-même ou contre autrui : ces moyens doivent être proportionnés au danger identifié. Le respect dû à la dignité de la personne peut être parfaitement méconnu par un recours intempestif à des moyens de contrainte superflus, par exemple, ou à un placement inutile dans un établissement particulier pour un état du patient qui ne le requiert pas. (…) Il n'est pas douteux que le passage d'un patient depuis un établissement spécialisé de droit commun à une unité pour malades difficiles a des effets significatifs sur la situation de cette personne, en ce qu'il aggrave sensiblement les contraintes pesant sur lui. Par conséquent, le maintien injustifié d'un patient dans une unité pour malades difficiles porte atteinte à ses droits fondamentaux.* »[54]

Le 13 novembre 2019, un patient détenu qui avait été imposé à l'UMD attendait dans une chambre sécurisée de La Nesque que le personnel pénitentiaire le reconduise à son établissement d'origine. La décision de levée des soins sous statut de SDRE avait été communiquée en début d'après-midi. Afin de libérer immédiatement son lit à l'UMD où il n'aurait pas dû séjourner, il avait été conduit en attente à La Nesque, sans aucune considération pour sa personne, une condition d'hospitalisation indigne en entraînant d'autres.

RECOMMANDATION 23

L'admission dans une unité pour malades difficiles (UMD) doit répondre à un état clinique précis et respecter une procédure spécifique. En aucun cas une personne mineure ne doit y être admise. Pour les patients détenus la seule prise en charge adaptée est celle se déroulant dans une unité d'hospitalisation complète du centre hospitalier ou à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Marseille, sauf exception médicalement justifiée.

[51] Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de la justice, Instruction interministérielle N° DGS/SP/DGOS/DSS/DGCS/DAP/DPJJ/2017/345 du 19 décembre 2017 relative à la publication du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, page 181.

[52] Protocole cadre entre l'établissement pénitentiaire maison centrale d'Arles et les établissements de santé centre hospitalier d'Arles et centre hospitalier de Montfavet chargés de la prise en charge sanitaire des personnes détenues, daté du 27 janvier 2015.

[53] A la suite de sa visite au centre de détention de Tarascon, le CGLPL avait déjà recommandé : « *L'accès aux soins d'urgence en psychiatrie doit être garanti pour les personnes détenues dans des structures prévues à cet effet.* » CGLPL, rapport de visite du centre de détention de Tarascon, 3 au 11 décembre 2018, pages 66-67.

[54] Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), Avis du 17 janvier 2013 relatif aux séjours injustifiés en unités pour malades difficiles, Journal officiel de la République française (JORF), 5 février 2013.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique partager cette position mais regrette de n'avoir, « *lorsque l'accueil de détenus ne se révèle pas possible en psychiatrie générale et lorsqu'aucun établissement périphérique n'est en capacité de procéder à l'admission, (…) pas d'autre ressource, sauf à différer une hospitalisation et à priver le patient des soins nécessaires, que d'héberger le détenu entrant à l'UMD*. » Il précise que « *dans ces conditions, le patient n'est pas admis à l'UMD mais transitoirement hébergé en l'attente de son transfert à l'UHSA ou lorsque cela se révèle possible en psychiatrie générale*. » Il appelle de ses vœux une montée en puissance de l'UHSA et la création d'une USIP dans le Vaucluse.

Trois personnes détenues mineures ont été admises au CHM au cours des neuf premiers mois de 2019 : outre celle qui a séjourné pendant cinq jours à l'UMD, deux autres ont séjourné dans l'unité pour adolescent du pôle de psychiatrie infanto-juvénile pendant deux jours en juillet et cinq jours en août.

9.3.2 L'admission

Un protocole[55] régit la prise en charge des personnes détenues par le personnel soignant dès l'établissement pénitentiaire. Son actualisation était en cours lors de la visite, sous la direction d'un « *Observatoire de la prise en charge des patients détenus* » mis en place en 2016 dans le cadre d'une réflexion générale sur le parcours du patient.

Deux soignants prennent en charge la personne détenue au greffe de la prison. Elle doit se soumettre à un détecteur manuel de métaux et revêtir un pyjama hospitalier comprenant veste et pantalon en tissu, une paire de pantoufles. Elle est ensuite attachée aux bras, pieds et ventre par des liens en cuir et métal – le personnel hospitalier se munissant exclusivement de ce type de contentions (*Cf. supra* § 8.1.2 concernant ce matériel) – et transportée allongée dans un véhicule sanitaire jusqu'à Montfavet.

En fonction de ce qu'a indiqué le personnel pénitentiaire, une escorte de police peut être présente ; il est prévu qu'elle le soit systématiquement au départ de la maison centrale d'Arles. Cette escorte est également systématique pour les mouvements en dehors de l'unité au sein du CHM, qu'il s'agisse de se rendre à l'audience du JLD ou à un examen médical spécialisé, en contradiction avec l'absence d'escorte souvent constatée au départ de l'établissement pénitentiaire.

Le patient détenu quitte la prison, pour une durée indéterminée, sans bagage, sans effet personnel, sans cigarettes, sans produits d'hygiène, sans sous-vêtements, vêtu seulement des pantoufles et du pyjama de l'hôpital.

Si le projet d'actualisation du protocole mentionne que « *le tabac et une tenue vestimentaire complète (vêtements, sous-vêtements et chaussures) contrôlée par l'administration pénitentiaire seront remis à l'équipe soignante* », en l'état actuel la prise en charge est indigne. Le CGLPL renvoie à son avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux[56].

[55] Référencé OPP-PP-p-0009-V2, créé en octobre 2013 et mis à jour en avril 2017.

[56] CGLPL, Avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, JORF, 22 novembre 2019.

RECOMMANDATION 24

Les conditions indignes de prise en charge des personnes détenues au début de leur hospitalisation doivent cesser : le personnel hospitalier ne doit pas les soumettre à un détecteur manuel de métaux, ne doit pas imposer systématiquement le port d'un pyjama, ne doit pas utiliser un matériel de contention inadapté au soin et y recourir systématiquement.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM rappelle les considérations de sécurité qui imposent que « *le personnel hospitalier [s'assure] que le patient ne fait entrer aucune arme avec lui lors de son transfert* », d'autant que « *les ambulances sont rarement escortées par les forces de l'ordre et jamais par les équipes pénitentiaires*. » Il précise que « *le centre hospitalier doit s'assurer de la sécurité de ses équipes soignantes et cela a été tout particulièrement rappelé au directeur, lors d'un CHSCT, par l'inspection du travail qui engageait le personnel à opposer, en l'absence d'escorte, un droit de retrait qui aurait conduit, de manière inacceptable, à priver de soins un patient*. »

Dans chacune des unités susceptibles d'accueillir un patient-détenu, un accès discret à la chambre est organisé ; il en est de même lorsque le personnel pénitentiaire vient chercher la personne détenue à l'issue de son hospitalisation.

9.3.3 Les conditions d'hospitalisation

a) La chambre sécurisée

En principe, les patients détenus sont répartis dans les chambres sécurisées (CS) des unités au sein de l'établissement, en fonction du dernier chiffre de leur année de naissance, « *comme pour les personnes sans-domicile fixe* ». L'idée qui prévaut est de répartir la charge de ce public sur l'ensemble des pôles. Dans le cadre de l'élaboration du projet-médical 2019-2024, est notamment étudiée la possibilité de spécialiser un ou des pôles pour l'hospitalisation des patients détenus. L'observatoire de la prise en charge des patients détenus a émis une proposition de création d'une dizaine de lits réservés à ce type de prise en charge, dans une unité d'hospitalisation à temps complet fermée de niveau 2 sur le modèle des unités de soins intensifs psychiatriques (USIP).

Lors de la visite du CGLPL, les patients détenus sont dirigés systématiquement vers l'une des cinq chambres sécurisées (CS) des unités Chênes verts 2, Envol 2, Cèdres 2 et La Nesque ou encore, s'agissant d'un mineur, dans l'unité 12/17. L'unité Mont Serein à Carpentras ne dispose pas de CS mais il est projeté, depuis plusieurs années, d'en aménager une. L'indisponibilité d'une CS peut conduire au choix d'une unité d'hospitalisation non conforme à la clé de répartition, à l'affectation dans une chambre d'isolement voire à l'affectation dans l'UMD.

Selon les éléments recueillis, le dispositif des chambres sécurisées a été créé à la demande de l'autorité préfectorale afin de séparer les personnes détenues des autres patients pendant tout le temps de la prise en charge hospitalière, en dehors de toute justification clinique et à seule fin d'éviter l'évasion. Cette séparation conduit à un isolement de fait pendant toute la durée du séjour.

Le dispositif de chambre sécurisée, par son aménagement et son usage et malgré l'élaboration interne d'un cahier des charges[57], n'est pas distinguable du dispositif de chambre d'isolement. L'accessibilité directe du WC ou de la salle d'eau depuis la chambre sécurisée est mis en avant pour distinguer les deux dispositifs ; or, la salle d'eau d'une CS, comme dans une CI, peut être rendue inaccessible en fermant une porte. Il a été exposé que le lit d'une CS est plus haut que celui de la CI et qu'on ne peut pas en faire le tour, la tête de lit étant plaquée contre le mur, ou encore que l'interrupteur qui actionne la lumière électrique est installé dans la chambre elle-même. Une CS offrirait un placard et une table de chevet, ce qui n'est pas le cas dans toutes. Il a également été énoncé aux contrôleurs à Cèdres 2 et Chênes verts 2 qu'un patient en chambre sécurisée n'a pas besoin de consigne médicale pour bénéficier de draps et de livres. Ces nuances ne sont pas identiques dans chacune des quatre chambres sécurisées, dont l'aménagement résulte de phases de travaux successives. De plus, certaines de ces nuances s'appuient sur un principe contestable (l'absence de draps notamment, *Cf. supra* § 8.1).

L'usage même de ces CS ne permet pas de les distinguer des CI : elles sont utilisées pour des patients non détenus comme chambre d'isolement ; elles sont aussi utilisées comme chambre d'isolement pour des patients détenus[58].

L'établissement a mis en place un tableau de suivi de l'occupation des quatre CS de psychiatrie pour adultes : en 2018, la CS de Chênes verts 2 a en moyenne été occupée par un patient détenu à 10 % du temps, celle d'Envol 2 à 22 %, celle de Cèdres 2 à 51 %, celle de La Nesque à 15 %, la majorité du temps d'utilisation étant consacrée à de l'isolement (56 % en moyenne pour ces quatre CS) ; au cours des dix premiers mois de l'année 2019, les données respectives sont de 7 %, 10 %, 47 %, 19 % (67,7 % du temps d'utilisation étant de l'isolement).

Des observations médicales, notamment de médecins somaticiens, mentionnent « *vu en iso* » alors que le patient détenu est « simplement » en chambre sécurisée ou, à l'inverse, « *vu en CS* » alors que le patient détenu est soumis à une mesure d'isolement. Les mesures d'isolement effectuées en CS sont qualifiées dans le logiciel *ad hoc* de « *A – isolement dans un espace dédié* ». La surveillance infirmière s'effectue, selon ce qui a été expliqué aux contrôleurs et vérifié, dans les mêmes conditions qu'en isolement. En lien avec le défaut de traçabilité des mesures d'isolement, il est impossible de retracer le type de prise en charge auquel un patient détenu a été soumis : ainsi que cela a pu être résumé par un professionnel concernant un patient-détenu pris en charge à La Nesque en octobre et novembre 2019, *« il a séjourné entièrement en chambre sécurisée, mais avec des périodes mal identifiables d'isolement ou de contention ».*

Malgré cette parenté très étroite avec les CI, les CS font partie du nombre de lits d'hospitalisation de chaque unité. Le tableau de suivi de l'occupation des CS de psychiatrie pour adultes établit que 14 % de leur temps d'occupation l'a été en tant que chambre normale en 2018 (9,8 % au cours des dix premiers mois de l'année 2019).

[57] Protocole référencé OPC-PP-G-OOO1-V3, en date de septembre 2019, Cahier de prescriptions techniques des chambres sécurisées.

[58] Ainsi la chambre sécurisée à Envol 2 est identifiée « Iso 2 » sur sa porte ; le 5 novembre 2019, elle était occupée par un patient non détenu soumis à une mesure d'isolement.

RECOMMANDATION 25

Les chambres sécurisées ne constituent pas une chambre d'hospitalisation normale et leur utilisation actuelle, sans aucun accès à la vie collective de l'unité, équivaut à un placement en isolement hors le cadre réglementaire idoine.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique avoir rappelé en CME que les détenus « *peuvent, dès lors qu'ils sont accompagnés par du personnel, participer à toutes les activités*. »

b) La vie quotidienne

La vie quotidienne du patient détenu pendant son séjour à l'hôpital est décrite dans le protocole concernant la prise en charge des patients-détenus. L'article D 395 du CPP est cité – dans une version antérieure à sa modification par décret en Conseil d'Etat du 30 avril 2013[59] – et des droits sont listés, parmi lesquels celui de prendre conseil d'un avocat, d'exercer son droit de vote, de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix, etc.

La fiche de liaison qui doit être fournie par l'administration pénitentiaire n'est pas remise au personnel des unités d'hospitalisation. Ce document, s'il est connu en théorie, n'est jamais communiqué. Seuls les éléments médicaux sont transmis à l'équipe, par une fiche expresse ainsi que par la continuité de l'accès au dossier informatisé initié au sein de l'USMP.

Le patient détenu n'est pas autorisé à sortir dans l'unité, même accompagné. Les consultations somatiques et psychiatriques s'effectuent dans la chambre sécurisée, de même que les soins infirmiers, sans considération des besoins médicaux.

La situation particulière d'une personne détenue à un moment de son hospitalisation illustre la complexité du statut de patient-détenu au CHM : en isolement sur décision médicale dans une CS, une consigne médicale énonçait le jour J « *sorties séquentielles dans l'unité 1h matin et 1h après-midi* » et énonçait à J+1 « *sorties séquentielles dans l'unité 15 à 30 mn matin et après-midi* ». La première consigne a pu être mise en œuvre partiellement (le matin le patient détenu a refusé ; l'après-midi il a passé du temps dans le jardin de l'unité en compagnie d'un soignant) mais pas la seconde. Le personnel soignant n'était pas disponible à J et à J+1 pour la mettre en œuvre dans les conditions de durée décrites, mais se montrait aussi très probablement réticent eu égard au statut de détenu, la sortie séquentielle étant naturellement associée à un placement en isolement mais ne l'étant pas à la prise en charge d'un patient détenu, même soumis à une mesure d'isolement.

Il n'est habillé que d'un pyjama hospitalier, renouvelé quotidiennement, et des pantoufles dont il a été doté à l'admission. Aucun sous-vêtement n'est fourni. Un patient détenu admis le 16 septembre 2019 était toujours en pyjama le 8 novembre, soit depuis 53 jours. Pour sortir fumer, le personnel soignant lui prête un blouson, s'il en dispose dans le stock de vêtements de l'unité,

[59] S'applique dorénavant l'article 14 du règlement intérieur type des établissements pénitentiaires codifié à l'article R 57-6-18 du CPP : « *(…) II.- Lorsque la personne détenue est admise dans un établissement de santé, les règlements pénitentiaires demeurent applicables à son égard dans toute la mesure du possible. Il en est ainsi notamment en ce qui concerne ses relations avec l'extérieur*. »

La personne détenue peut être autorisée par le chef d'établissement à détenir une somme d'argent provenant de la part disponible de son compte nominatif pour effectuer, à l'intérieur de l'établissement de santé, des dépenses courantes. »

ce qui était le cas pour le patient de Cèdres 2 lors de la visite. Un autre patient brièvement pris en charge à La Nesque le 13 novembre 2019 était en pyjama et pieds nus, faute de stock de vêtements et chaussures utiles dans l'unité et d'anticipation auprès de la friperie. Il repartait à la prison dans cet état de non-vêture.

Lorsqu'il doit être conduit devant le juge des libertés et de la détention, le personnel soignant fournit des vêtements adéquats.

Les repas sont pris dans le sas partagé avec la CI, dans des contenants en plastique et avec une cuiller en métal.

Le patient n'a accès à aucun écran de télévision pendant la durée de son séjour. Il peut disposer d'un livre, choisi par les soignants.

Dans ces conditions de dénuement absolu, le placard parfois aménagé dans la chambre sécurisée est vide, sans motif à utilisation, et fermé à clé en permanence.

En théorie, le patient détenu peut fumer une cigarette après chaque repas, sous la double réserve d'avoir du tabac et de l'existence d'un espace extérieur dédié. Comme il quitte l'établissement pénitentiaire sans aucun objet personnel ni argent, il ne dispose bien souvent pas de cigarettes. Il a été constaté que les soignants achètent sur leurs deniers personnels du tabac à rouler pour que le patient puisse fumer. Dans une situation décrite, le CHM a organisé l'envoi d'un colis de tabac et friandises par un membre de la famille du patient détenu, en prenant la précaution de ne pas mentionner le nom de l'unité d'hospitalisation.

Concernant l'accès au téléphone, la fiche de liaison émanant de l'administration pénitentiaire doit lister les coordonnées des personnes pouvant être contactées par le patient détenu. En réalité, le personnel soignant n'en disposant pas, un infirmier sollicite, le cas échéant, le greffe de la prison pour connaître les numéros autorisés, que le patient pourra joindre si le médecin l'y autorise. Dans ce cas, rare car soumis à une double condition, un téléphone est mis à disposition du patient dans la chambre ou dans le sas.

Quant aux visites, faute de disposer de la fiche de liaison listant les permis de visite, faute de remplir toutes les conditions énumérées dans le protocole de prise en charge des patients détenus[60] et faute de volonté de prendre ce qui est considéré comme une charge de surveillance considérable et un risque important (il a été dit aux contrôleurs : « *un paradoxe* »), aucune n'a lieu.

[60] Sont énumérées les conditions ci-après : « *Si le séjour hospitalier est long ; après contact téléphonique préalable avec l'administration pénitentiaire pour faire valider la demande du visiteur ; après avis médical favorable* » ainsi que « *la visite est organisée sur rendez-vous dans un lieu sécurisé, en présence des soignants dans la chambre sécurisée ou dans le sas en fonction de l'évaluation médicale ; l'identité du visiteur est contrôlée ; tous les éléments en lien avec l'organisation de la visite sont tracés dans le dossier du patient Cimaise* ».

RECOMMANDATION 26

Les conditions de vie du patient détenu doivent être rendues dignes, du moment où il quitte l'établissement pénitentiaire jusqu'à la fin de son séjour en chambre d'hospitalisation. S'il peut pourvoir à ses besoins matériels et en dehors de justifications cliniques imposant des restrictions particulières, il doit notamment pouvoir se vêtir et user de ses effets personnels, dont il doit se munir en quantité et en qualité suffisante avant de quitter l'établissement pénitentiaire.

Seules des justifications liées à l'état clinique peuvent motiver de ne pas faire accéder un patient détenu à certains de ses droits.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHM indique que des mesures d'amélioration ont été mises en place « *mais* [qu'] *elles ne dépendent pas que du seul centre hospitalier* ». Il précise que « *dans le cadre de la révision des protocoles santé-justice, la question de la préparation d'une tenue civile destinée au séjour de la personne détenue transférée au CHM a été actée notamment avec le CD de Tarascon. Cette disposition doit s'appliquer aux deux autres établissements pénitentiaires dont les protocoles internes doivent être revus.* »

10. CONCLUSION

Le CHM est apparu, au moment du contrôle, comme traversant une phase de ruptures.

Rupture dans son organisation tout d'abord, avec un récent regroupement de pôles qui n'était pas encore totalement intégré, provoquant parfois un fonctionnement en tuyaux d'orgues et de fortes disparités dans la prise en charge des patients. Rupture dans sa situation financière ensuite, les difficultés nouvelles étant de nature à compromettre les ambitieux et nécessaires projets de l'établissement, à commencer par les restructurations immobilières, débutées mais non achevées. Rupture dans ses ressources humaines, enfin, avec une problématique inédite d'attractivité, notamment chez les psychiatres, source de tensions et de dégradation du suivi des patients dans certains pôles.

Pour autant, le CHM présente des atouts, notamment l'importance des structures extra hospitalières, la richesse de la prise en charge somatique et l'offre assez remarquable d'activités thérapeutiques intersectorielles. Toutefois l'accessibilité de ces activités aux personnes en soins sans consentement est très variable selon les unités ; ceci est d'autant plus problématique pour ces patients qu'ils sont, le plus souvent, dans des unités fermées où les activités thérapeutiques ou occupationnelles sont rares, les laissant dans une réelle situation d'ennui.

Le suivi formel du statut juridique des patients en soins sans consentement et de la notification des droits et actes de procédure les concernant est bien assuré par le bureau des entrées et relayé dans les unités par les cadres et secrétariats.

Mais la prise en charge des patients privés de liberté est entachée par les conditions d'hébergement dans certaines unités : l'immobilier mais aussi le mobilier (avec notamment l'absence de sanitaires dans les chambres, des chambres doubles, l'absence de verrou de confort, de placard fermant à clé, etc.) sont, dans certaines unités, indignes.

La sur occupation chronique dont souffre l'établissement dégrade davantage encore les conditions d'accueil (lit d'appoint, accueil de patients en soins libres dans des unités fermées, utilisation des chambres d'isolements ou des chambres « sécurisées » comme chambre d'hospitalisation, liste d'attente chez les mineurs obligeant à différer des admissions, accueil de mineurs dans des unités pour adultes, etc.). La situation de blocage, constatée au Galoubet, empêche tout accueil d'enfants.

Les règles de vie dans les unités fermées, caractérisées par un principe d'interdiction, sont un élément supplémentaire d'impact défavorable sur les conditions de séjour. Infantilisantes, ces règles de vie sont attentatoires aux droits des patients, les plaçant dans une situation de dépendance permanente par rapport aux soignants. D'autant qu'il est à déplorer un manque criant d'information des patients sur leurs conditions de vie et leurs droits ou une information parfois inexacte par rapport aux réalités.

Les pratiques en matière d'isolement et de contention sont très contrastées. Le statut pour le moins équivoque des chambres « sécurisées » doit être clarifié (ainsi que celui de la chambre n°1 aux Chênes Verts 2) ; le niveau d'équipement des chambres servant à l'isolement et le matériel de contention doivent être normalisés ; le recensement de ces mesures doit être fiabilisé.

Par ailleurs, la prise en charge des patients détenus doit être totalement revue, l'impératif de sécurité ne pouvant porter atteinte à la dignité et au respect dus aux personnes.

Enfin, plusieurs situations individuelles de patients en soins sans consentement sont apparues comme étant juridiquement très incertaines, pour ne pas dire illégales, du fait du refus de l'autorité préfectorale de lever ou d'aménager la mesure de soins sans consentement, malgré

des avis médicaux réitérés et confirmés, dans certains cas, par le collège des professionnels de santé et par expertise.

L'implication de la direction – qui indique avoir présenté le rapport provisoire à la commission médicale d'établissement, au conseil de surveillance, au comité technique d'établissement et à l'ensemble des cadres de santé des unités concernés – toute comme la position ouverte des équipes médicales et paramédicales, laissent à penser que les recommandations du présent sont ou seront prises en compte, comme en témoigne la réponse détaillée et argumentée transmise suite à l'envoi du rapport provisoire.

11. ANNEXE : SIGLES UTILISES

ADVSEA : association départementale du Vaucluse pour la sauvegarde de l'enfance à l'adulte
AFT : accueil familial thérapeutique
ARS : agence régionale de santé
AS : aide-soignant
ASH : agent des services hospitaliers
ATG : association tutélaire de gestion du Gard
CAP : centre d'accueil psychiatrique
CASIR : cellule d'analyse et de suivi des incidents et risques
CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CDU : commission des usagers
CE : commission d'éthique
CHA : centre hospitalier d'Avignon
CHC : centre hospitalier de Carpentras
CHM : centre hospitalier de Montfavet
CHO : centre hospitalier d'Orange
CI : chambre d'isolement
CME : commission médicale d'établissement
CMP : centre médico-psychologique
CMPI : centre médico-psychologique infantile
COMEDIMS : commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles
CPP : code de procédure pénale
CREX : comité de retour d'expérience
CS : chambre sécurisée
CSIRMT : commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CSP : code de la santé publique
CTE : comité technique d'établissement
DAF : dotation annuelle de fonctionnement
DATI : dispositif d'appel du travailleur isolé
DDD : Défenseur des droits
DIM : département d'information médicale
ECG : électrocardiogramme
EEG : électroencéphalographe
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EI : événement indésirable
EPP : évaluation des pratiques professionnelles
EREA : équipe de référence pour l'évaluation de l'autisme
ETP(R) : équivalent temps plein (rémunéré)

FEI : fiche d'événement indésirable
FINESS : fichier national des établissements sanitaires et sociaux
HAS : haute autorité de santé
HDJ : hôpital de jour
IDE : infirmier diplômé d'Etat
IOA : infirmière d'orientation et d'accueil
IPA : infirmier en pratique avancée
IPP : identifiant permanent du patient
JLD : juge des libertés et de la détention
MAS : maison d'accueil spécialisée
ONVS : observatoire national des violences en milieu de santé
OPP : ordonnance de placement provisoire
PAISMT : pôle d'activités intersectorielles et médico-techniques
PAV : pôle des Aigues et du Ventoux
PGAA : pôle grand Avignon-Alpilles
PH : praticien hospitalier
PLVD : pôle Lubéron-Val-de-Durance
PMR : personne à mobilité réduite
RI : règlement intérieur
SDDE : soins à la demande du directeur d'établissement
SDRE : soins sur décision du représentant de l'Etat
SDT : soins à la demande d'un tiers
SDTU : soins à la demande d'un tiers en urgence
SPI : soins en péril imminent
SSC : soins sans consentement
TGI : tribunal de grande instance
UDAF : union départementale des associations familiales
UF : unité fonctionnelle
UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée
UMD : unité pour malades difficiles
UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
USIP : unité de soins intensifs psychiatriques
USMP : unité sanitaire en milieu pénitentiaire

16/18 quai de la Loire
CS 70048
75921 PARIS CEDEX 19
www.cglpl.fr