



Rapport de visite :

8 au 17 janvier 2018 – 1^{ère} visite

Centre Hospitalier Valvert
Marseille

(Bouches-du-Rhône)

SYNTHESE

Cinq contrôleurs ont effectué un contrôle du centre hospitalier Valvert à Marseille (Bouches-du-Rhône), du 8 au 17 janvier 2018. Par la suite, un rapport de constat a été adressé le 3 juillet 2018 à la cheffe d'établissement, à l'agence régionale de santé (ARS) Provence-Alpes-Côte d'Azur, au préfet des Bouches-du-Rhône et aux chefs de juridiction du tribunal de grande instance de Marseille (présidente du TGI et procureur de la République), leur demandant de faire connaître leurs observations dans un délai de six semaines.

La direction a transmis, le 13 août 2018, des observations au rapport de constat et indiqué qu'elle avait pris en compte la totalité de ses vingt et une recommandations en élaborant un programme d'actions en vue de leur mise en œuvre.

Valvert constitue l'un des trois hôpitaux publics de santé mentale qui couvre le Sud-Est de l'agglomération marseillaise, aux côtés du centre hospitalier Edouard-Toulouse et de l'assistance publique-hôpitaux de Marseille (APHM). L'établissement dessert un bassin de population de 350 000 personnes (11^{ème} et 12^{ème} arrondissements de Marseille, Aubagne, La Ciotat) et dispose de 149 lits d'hospitalisation complète répartis en huit unités. Au moment du contrôle, 112 patients étaient hospitalisés, dont 35 en soins sans consentement).

1/ Le centre hospitalier Valvert tranche très positivement sur plusieurs points majeurs dans le paysage français de la psychiatrie publique.

L'hôpital est resté fidèle à l'esprit du secteur prévalant à l'époque où il a été construit (début des années 1970). Le passage par l'hôpital doit être une étape, plutôt courte, dans un parcours qui commence et se poursuit à l'extérieur. La répartition des ressources humaines est significative à cet égard : plus de la moitié de l'effectif est affecté dans les structures extrahospitalières. L'ouverture de l'hôpital est manifeste : la sociothérapie joue un rôle important dans la prise en charge thérapeutique, de nombreuses manifestations culturelles impliquent les patients, les soignants mais aussi les résidents du quartier.

Le ton est donné par un projet de service fondé sur l'affirmation de « valeurs fondamentales », centré sur le respect des droits et libertés du patient, que chaque service décline effectivement dans ses règles de fonctionnement. Parmi ces principes : l'ouverture en journée de toutes les unités, la proscription de la contention physique et un dispositif « éthique » de vigilance et de réflexion autour des restrictions de liberté, relevées par les soignants et les patients eux-mêmes. Ces valeurs doivent se retrouver dans le projet de service partagé du futur groupement hospitalier de territoire (GHT) en cours de constitution pour la filière psychiatrie.

Le personnel se caractérise par sa compétence et sa bienveillance, le parti pris par la direction d'un recrutement exclusif d'infirmiers au sein du personnel soignant y contribue sans doute. Chaque patient voit fréquemment son médecin. Les différentes unités sont animées par un esprit facilitant la réflexion entre toutes les catégories du personnel. Révélatrice est l'absence de difficulté de recrutement de l'hôpital : Valvert est attractif pour des professionnels qui adhèrent à son projet. Il existe une culture d'établissement à laquelle le personnel est attaché.

2/ Des améliorations peuvent cependant être apportées sur les trois points suivants.

Le premier point porte sur le peu d'informations dont disposent les patients en soins sans consentement quant à leurs droits et à leurs voies de recours. Peu d'informations à ce propos figurent dans le livret d'accueil ou dans les règles de fonctionnement des unités, les seuls éléments qui leur soient disponibles sont ceux écrits (en tout petit) dans les documents notifiés.

En outre, les agents qui notifient les décisions de placement (les cadres en général) ne maîtrisent pas tous parfaitement le sujet, faute de formations. Le rapport recommande d'impliquer davantage les assistantes sociales dans les procédures de notifications non sans leur avoir, au préalable, dispensé une solide formation.

Le deuxième point est relatif au traitement des allégations de faits graves (agressions sexuelles, attouchements), qui ne sont pas signalées au-delà de la direction de l'établissement dès lors qu'aucune plainte n'est déposée. C'est ainsi faire peu de cas de la fragilité et de la vulnérabilité des victimes pour qui porter plainte ne va pas de soi. La direction a indiqué, lors de la réunion de restitution, son intention de se rapprocher du parquet.

Le troisième point concerne l'isolement. Toutes les chambres ont deux défauts majeurs : l'absence d'espace extérieur pour accéder à l'air libre et le manque de perspective visuelle à l'intérieur de la chambre (verres opacifiants qui limite aussi la luminosité). En outre, s'il existe un registre d'isolement, certaines données sont manquantes, ce qui ne permet pas de connaître la durée de tous les placements ni de disposer d'indications s'agissant de la surveillance du personnel soignant. Enfin, et surtout, il apparaît au premier décompte effectué sur le nombre de placements en isolement qu'une proportion non négligeable (autour de 15 %) de ces placements se prolongeraient au-delà de 8 jours et qu'une proportion encore moins négligeable d'entre eux (20 %) auraient comme indication un « risque de fugue », ce dernier point n'étant peut-être pas sans corrélation avec le fait que les unités sont ouvertes.

3/ Enfin, la situation doit évoluer rapidement sur deux points négatifs majeurs, le mauvais état des locaux dans deux unités et le sort réservé aux patients détenus.

Les pavillons de deux unités, dénommées respectivement « Les Lavandes » et « Les Lilas, ont des locaux vétustes et insalubres dans lesquels la dignité des patients est mise à mal : des chambres doubles avec un seul lavabo, des salles de bains partagées et dépourvues de porte, des douches exiguës, des équipements sanitaires basiques (patères, porte-serviettes) non remplacés. L'entretien courant est difficile pour les agents des services hospitaliers (ASH) pour un résultat insatisfaisant. Le stade de décrépitude des bâtiments est tel que leur maintenance corrective est devenue illusoire. Une réhabilitation complète doit être envisagée, ce que ne garantit pas la situation financière de l'établissement, sans délai alors que les perspectives de travaux aux Lavandes (2019-2020) apparaissent tardives. L'ARS doit être mobilisée sur cette opération.

La situation dans laquelle les personnes détenues (une trentaine d'hospitalisations par an) sont placées tranche avec le contexte de bienveillance généralisée à l'égard des patients. Depuis une évasion survenue il y a quelques années, ces patients, cantonnés dans leur « statut » de détenus, sont systématiquement placés en chambre d'isolement et maintenus durant la totalité de leur séjour, sans visite, téléphone, tabac, accès à l'air libre, etc. Les contrôleurs ont rappelé les termes de la circulaire interministérielle Santé/Justice afin de sensibiliser le personnel aux atteintes aux droits résultant de la situation actuelle. Leur mise en œuvre implique également une meilleure collaboration avec l'administration pénitentiaire, en particulier avec la direction du centre pénitentiaire de Marseille (« Les Baumettes ») où sont écrouées la plupart des personnes détenues.

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

1. BONNE PRATIQUE 17

L'hôpital privilégie une politique fondée sur la bienveillance, les libertés individuelles et les droits des patients. Définie dans le projet d'établissement, cette politique constitue un socle de valeurs partagées par l'ensemble de la communauté hospitalière.

2. BONNE PRATIQUE 18

Le mode de fonctionnement ouvert du groupe de réflexion éthique conduit à fournir des travaux dont le personnel s'empare. En outre, la conduite d'autres travaux de réflexion à caractère éthique, tels que l'analyse des restrictions des libertés à l'hôpital sont de facto encouragés.

3. BONNE PRATIQUE 36

Les règles d'ouverture des unités de soins et leur respect par le personnel garantissent la liberté d'aller et venir des personnes hospitalisées, notamment celles en soins libres.

4. BONNE PRATIQUE 43

La sociothérapie participe d'une prise en charge thérapeutique globale des personnes hospitalisées en reconnaissant les risques d'isolement social dont elles font l'objet et en retissant tous liens d'appartenance à la communauté intra et extra-hospitalière.

5. BONNE PRATIQUE 43

L'engagement institutionnel, dans le soutien à l'innovation et à la vie associative au sein de l'établissement, concourt à une meilleure prise en charge des patients.

6. BONNE PRATIQUE 45

L'absence totale de contention physique se traduit par l'absence de matériel de contention physique.

7. BONNE PRATIQUE 49

Les échanges fréquents entre le pharmacien et les médecins prescripteurs à partir des informations fournies par le logiciel de compatibilité des médicaments du CH garantissent la qualité de la prise en charge médicamenteuse des patients et donc de leur dignité.

RECOMMANDATIONS

1. RECOMMANDATION 15

La forte proportion des admissions en procédure d'urgence doit être examinée pour justifier qu'une procédure de soins sans consentement classique, avec la double garantie médicale qu'elle comporte, ne puisse pas plus souvent être mise en œuvre.

2. RECOMMANDATION 20

Le livret d'accueil doit comporter un chapitre spécial sur les droits des patients hospitalisés sans leur consentement afin que la personne puisse relire quand elle le souhaite les informations précises sur

les voies de recours qui lui sont offertes. Un document récapitulatif des droits des patients devrait être affiché dans les chambres ou les espaces communs.

3. RECOMMANDATION 22

Un complément de formation doit être programmé chaque année pour que l'ensemble du personnel de l'hôpital, y compris les assistantes sociales, soit à même d'informer le patient admis en soins sans consentement sur ses droits ou de lui rappeler l'existence de l'ensemble de ses droits et voies de recours, tout au long de son hospitalisation.

4. RECOMMANDATION 24

Les courriers dénonçant des faits graves commis au préjudice de patients par d'autres patients doivent être signalés systématiquement aux autorités compétentes selon le protocole qui a été établi.

5. RECOMMANDATION 24

La possibilité de désigner une personne de confiance doit être expliquée aux patients durant leur séjour lorsque leur état de santé leur permet d'en saisir le sens. La procédure doit comporter l'information de la personne désignée et la confirmation de son accord.

6. RECOMMANDATION 25

Les dispositions retenues pour les élections présidentielles de 2017 doivent être reconduites pour l'ensemble des élections. Leur formalisation dans un protocole permettrait à tous les patients qui le souhaitent, quelle que soit l'unité d'affectation, d'exercer leur droit de vote.

7. RECOMMANDATION 25

Le livret d'accueil doit être plus précis sur les différents cultes qui peuvent être proposés aux patients.

8. RECOMMANDATION 27

Le service hospitalier de protection des majeurs doit, d'une part, être informé systématiquement de toutes les décisions administratives ou médicales qui concernent les patients en soins sans consentement qui lui sont confiés par décision de justice, d'autre part, être associé à la préparation du projet de sortie.

9. RECOMMANDATION 30

Les autorités administratives (le préfet et le maire) ainsi que l'autorité judiciaire (le président du tribunal de grande instance) doivent visiter le centre hospitalier régulièrement, afin de vérifier la conformité des registres et y porter leur visa.

10. RECOMMANDATION 31

Des mesures doivent être prises pour améliorer l'accompagnement des patients dans la phase judiciaire de l'hospitalisation sous contrainte.

11. RECOMMANDATION 33

Le règlement intérieur doit être complété sur le sujet de l'hospitalisation des personnes détenues et faire l'objet d'une meilleure diffusion auprès des patients.

12. RECOMMANDATION 34

Le livret d'accueil doit être complété d'une fiche d'informations relatives à l'hospitalisation en soins sans consentement, incluant une mention des voies de recours et des autorités de contrôle ainsi que les coordonnées de ces dernières.

13. RECOMMANDATION 38

Les conditions dans lesquelles les patients et leurs proches communiquent doivent être améliorées : espaces de visite plus accueillants, postes téléphoniques plus confidentiels, installation d'un réseau wifi pour les patients.

14. RECOMMANDATION 39

Les unités « Les Lavandes » et « Les Lilas » doivent, sans délai, faire l'objet d'une réhabilitation complète afin d'être en mesure d'offrir des conditions d'hébergement dignes et respectueuses des personnes.

15. RECOMMANDATION 44

La vie sexuelle et affective des patients est une liberté fondamentale. Une réflexion institutionnelle doit permettre la mise en place d'une organisation respectueuse de la vie privée tout en garantissant la qualité du soin et la sécurité des personnes.

16. RECOMMANDATION 47

Les chambres d'isolement devraient comporter une possibilité de sortie vers l'extérieur afin que le patient puisse se promener. Les fenêtres devraient permettre de regarder dehors. Les boutons d'appel doivent être accessibles à un patient alité, les horloges doivent être visibles de la même façon. La mise en place d'un siège dans la CI devrait permettre au patient de s'asseoir ailleurs que sur son lit ou à un visiteur d'échanger avec le patient alité en étant assis. Des patères doivent être installées dans les sanitaires.

17. RECOMMANDATION 48

Les passages des infirmiers pour surveiller les patients placés dans les chambres d'isolement doivent être enregistrés, et donc apparaître dans le registre d'isolement, de façon à vérifier que leur surveillance est effective et à évaluer les pratiques professionnelles.

18. RECOMMANDATION 49

L'application Cariatides doit être tenue avec rigueur par le personnel médical et par le personnel soignant afin que les pratiques professionnelles puissent être évaluées, comme lors de l'audit de 2014, et sur d'autres sujets tels que les heures de prises de décisions médicales et la surveillance infirmière. La réflexion sur les durées longues (8 jours ou plus) de placement en isolement est à renforcer pour les patients ordinaires comme pour les patients détenus.

19. RECOMMANDATION 50

La confidentialité de la dispensation des médicaments à l'heure des repas doit être mieux assurée. Le but est de préserver quelques instants de tête à tête entre chaque patient et un infirmier à plusieurs temps de la journée.

20. RECOMMANDATION 52

La procédure de retour d'expérience sur les événements indésirables doit être connue du personnel. Elle mérite d'être étendue à d'autres événements que les événements indésirables graves associés aux soins.

21. RECOMMANDATION55

Conformément à la réglementation en vigueur, le patient détenu doit être hospitalisé dans les mêmes conditions que tout autre patient. Le placement systématique en chambre d'isolement doit être proscrit. Les dispositions concernant le droit au maintien des liens familiaux et le droit de pouvoir bénéficier chaque jour d'une promenade d'au moins une heure à l'air libre, comme le droit de « cantiner », doivent être connus et mis en œuvre.

Un protocole doit être conclu entre le CH et l'administration pénitentiaire afin d'organiser la transmission d'informations utiles pendant le séjour d'un patient détenu.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	8
RAPPORT	10
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	10
2. LA PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	12
2.1 Une psychiatrie publique organisée entre six établissements des Bouches-du-Rhône rassemblés dans un groupement hospitalier de territoire	12
2.2 Un établissement organisé en référence à la psychiatrie de secteur et confronté à des contraintes financières	12
2.3 Une proportion de patients en soins sans consentement inférieure à 40 % des hospitalisations mais une part importante d'admissions décidées en urgence ...	14
2.4 Un personnel expérimenté et qualifié	16
2.5 Une politique attentive au respect des droits fondamentaux et aux libertés individuelles des personnes hospitalisées	16
3. LES DROITS DES PATIENTS	20
3.1 Une information sur les droits donnée oralement mais des écrits insuffisants....	20
3.2 Un personnel insuffisamment formé sur les droits des patients admis en soins sans consentement	22
3.3 Des plaintes traitées en interne au sein des services, sans prise en compte suffisante de la gravité des faits dénoncés	23
3.4 Une personne de confiance très peu souvent désignée.....	24
3.5 Une procédure à améliorer pour un meilleur exercice du droit de vote	25
3.6 Une information trop limitée sur les possibilités d'accès aux différents cultes....	25
3.7 Une attention particulière du personnel soignant et des travailleurs sociaux pour la mise en place des mesures de protection juridique	26
4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEUR CONTROLE	28
4.1 Des documents juridiques remis régulièrement aux patients mais conservés dans leur dossier administratif	28
4.2 Une seule visite annuelle mais un contrôle réel effectué par la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)	28
4.3 Des registres de la loi correctement tenus dans l'ensemble.....	29
4.4 Une audience du juge des libertés et de la détention se tenant en dehors de l'hôpital dans une annexe du tribunal	30
4.5 Un recours facilité au collège des professionnels de sante	32
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	33

5.1	Un règlement intérieur globalement complet et précis mais peu connu par les patients et peu disponible au sein des unités	33
5.2	Un livret d'accueil incomplet pour les patients en soins sans consentement.....	34
5.3	Une ouverture en journée de toutes les unités d'hospitalisation permettant aux patients une libre circulation au sein de l'établissement	35
5.4	Des contraintes dans la vie quotidienne propres à chaque unité mais appliquées sans dogmatisme	36
5.5	Une attention à la communication des patients avec leurs proches mais des modalités pouvant être améliorées.....	36
6.	LES CONDITIONS DE VIE.....	39
6.1	Une architecture des bâtiments adaptée au projet hospitalier mais un état de dégradation des locaux impactant gravement la qualité d'accueil	39
6.2	Une restauration de qualité	41
6.3	Une gestion des biens des patients assurée par des agents disponibles	41
6.4	Des activités accueillant patients, soignants et habitants.....	42
6.5	Une absence de prise en compte de la vie sexuelle des patients dans une réflexion institutionnelle	44
7.	LE RESPECT DE L'INTEGRITE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE.....	45
7.1	De bonnes conditions d'admission sauf pour les patients détenus	45
7.2	Une contention jamais utilisée mais un recours à l'isolement au delà du caractère exceptionnel fixé par la loi	45
7.3	Des traitements médicamenteux contrôlés par le pharmacien	49
7.4	Des médicaments dispensés sans toujours une parfaite confidentialité	49
7.5	La possibilité pour les patients de connaître leur pathologie et leur traitement..	50
7.6	Une procédure de traitement des évènements indésirables graves méconnue dans les unités	51
8.	LA PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE DES PATIENTS DETENUS.....	53
8.1	Des patients détenus admis majoritairement en provenance du centre pénitentiaire des Baumettes.....	53
8.2	Des patients détenus systématiquement placés en chambre d'isolement et soumis à des conditions d'hospitalisation particulières et maltraitantes	54
9.	AMBIANCE GENERALE	56

Rapport

Contrôleurs :

- Thierry LANDAIS, chef de mission ;
- Gérard LAURENCIN ; contrôleur,
- Dominique LODWICK ; contrôleur,
- Danielle PIQUION ; contrôleur,
- Vianney SEVAISTRE ; contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), cinq contrôleurs ont effectué un contrôle du centre hospitalier de Valvert à Marseille (Bouches-du-Rhône), du 8 au 17 janvier 2018.

A la suite du contrôle, un rapport de constat a été adressé le 3 juillet 2018 à la cheffe d'établissement, à l'agence régionale de santé (ARS) Provence Alpes Côte d'Azur, au préfet des Bouches-du-Rhône et aux chefs de juridiction du tribunal de grande instance de Marseille (présidente du TGI et procureur de la République), leur donnant six semaines pour faire connaître leurs observations.

La direction du centre hospitalier Valvert a transmis, le 13 août 2018, des observations ainsi qu'un tableau de présentation d'un programme d'actions consécutif aux vingt et une recommandations comprises dans le rapport de constat.

L'ensemble a été intégré dans le présent rapport.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 8 janvier à 15h. Ils l'ont quitté le 17 janvier à 12h.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par la directrice du centre hospitalier. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une trentaine d'auditeurs dont le président de la commission spéciale de l'établissement (CME), les directeurs adjoints, la chef du pôle de psychiatrie générale, les chefs de secteur et des cadres de santé.

Préalablement à la visite, des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet des Bouches-du-Rhône et la présidente du tribunal de grande instance (TGI) de Marseille.

Sur place, les contrôleurs ont rencontré la présidente du conseil de surveillance de l'établissement, le président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), une représentante des usagers etc.

Par ailleurs, ils ont réalisé une visite de nuit le soir du 11 janvier et assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD) le 16 janvier.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site ont été avisées de la présence des contrôleurs. Aucune n'a sollicité une rencontre.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un téléphone et d'un ordinateur pour chaque contrôleur permettant d'avoir accès au site intranet. Tous les documents demandés par l'équipe ont été mis à leur disposition.

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

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

Une réunion de restitution a eu lieu, le 17 janvier, avec les mêmes personnes qui avaient participé à la réunion de présentation.

La qualité de l'accueil et la disponibilité de l'ensemble du personnel méritent d'être soulignées.

2. LA PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

Le centre hospitalier Valvert est né au milieu des années 70, son inauguration date de 1975. Il est situé en périphérie de Marseille en direction d'Aubagne. Installé dans un parc vallonné, l'hôpital se caractérise par une architecture modulaire aux dimensions humaines, souvent présenté comme « un village », avec des chemins reliant une dizaine de pavillons qui permettent une circulation et des rencontres entre patients, soignants et visiteurs.

2.1 UNE PSYCHIATRIE PUBLIQUE ORGANISEE ENTRE SIX ETABLISSEMENTS DES BOUCHES-DU-RHONE RASSEMBLES DANS UN GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Dans les Bouches-du Rhône, la prise en charge en hospitalisation des personnes souffrant de troubles psychiatriques est partagée entre établissements de santé publics et cliniques privées. Plusieurs établissements publics de santé proposent des soins psychiatriques au service de la population de leurs secteurs respectifs :

- en dehors de l'agglomération marseillaise, le centre hospitalier Montperrin à Aix-en-Provence, le centre hospitalier général de Martigues et le centre hospitalier général d'Arles ;
- dans l'agglomération marseillaise, l'assistance publique-hôpitaux de Marseille (AP-HM)¹, le centre hospitalier Edouard Toulouse (CHET)² et le centre hospitalier Valvert.

Dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé³, le centre hospitalier Valvert est un des treize établissements qui ont été intégrés, en juillet 2016, dans le groupement hospitalier de territoire (GHT) des Bouches-du-Rhône. Un « projet médical partagé » avec les centres hospitaliers Montperrin et Edouard-Toulouse est en cours d'élaboration au sein d'une filière psychiatrique qui a été constituée au sein du GHT.

2.2 UN ETABLISSEMENT ORGANISE EN REFERENCE A LA PSYCHIATRIE DE SECTEUR ET CONFRONTE A DES CONTRAINTES FINANCIERES

Les idées fortes régissant l'établissement peuvent être résumées par deux phrases :

- « *au CH Valvert, où la référence à la psychiatrie de secteur est forte* » (projet d'établissement 2016-2020, page 13), dont le centre médico-psychologique (CMP) constitue le pivot, le premier objectif affiché est d' « *éviter d'éloigner le malade de son milieu naturel [ce qui] implique de la part des équipes soignantes, une volonté d'intégration, de maintien ou de réintégration du patient dans son milieu familial et social* » ;
- autre principe relevant de la logique du secteur : « *la continuité des soins, la responsabilité en continu de la même équipe soignante pour toutes les phases de l'itinéraire thérapeutique du patient* » (livret d'accueil des internes, version 2015).

Le centre hospitalier (CH) Valvert est structuré en cinq pôles, dont un pôle de psychiatrie générale, un pôle de psychiatrie infanto-juvénile et un pôle de psychiatrie de la personne âgée.

Le pôle de psychiatrie générale regroupe quatre secteurs de psychiatrie :

¹ Pour la psychiatrie générale, l'hôpital de la Conception et les hôpitaux Sud (six arrondissements de Marseille) ainsi que les hôpitaux Sud et l'hôpital Salvator pour la psychiatrie infanto-juvénile.

² Le CHET dessert les populations de huit arrondissements de Marseille (1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème}, 13^{ème}, 14^{ème}, 15^{ème} et 16^{ème}).

³ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

- le secteur 13 G 07, qui dessert le 11^{ème} arrondissement de Marseille et la commune de La Penne-sur-Huveaune ;
- le secteur 13 G 08, qui dessert le 12^{ème} arrondissement, Allauch et Plan-de-Cuques ;
- le secteur 13 G 09, qui dessert douze communes dont Aubagne, Cuges-les-Pins et Gémenos ;
- le secteur 13 G 10, qui dessert cinq communes, dont La Ciotat, Cassis et Roquevaire, et auquel est rattaché un centre d'accueil de crise et de consultations (CACC), compétent pour l'agglomération marseillaise.

Le CH couvre également le 10^{ème} arrondissement de Marseille pour la pédopsychiatrie. Il assure aussi les urgences psychiatriques au sein des hôpitaux d'Aubagne et de La Ciotat.

Au sein de chacun des quatre secteurs, la prise en charge s'effectue selon différentes modalités : en hospitalisation à temps complet, en alternatives à l'hospitalisation (hôpital de jour, hôpital de semaine), en consultations – *intra-muros*, CMP, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) –, en psychiatrie de liaison, en appartements thérapeutiques et en placements familiaux thérapeutiques.

Le centre hospitalier Valvert dessert une population de 350 000 habitants, dont 91 000 âgés de moins de 18 ans.

Il dispose d'une capacité théorique de 317 lits et places (162 lits et 155 places) et d'une capacité d'accueil de 159 lits, dont 10 en appartements thérapeutiques, soit 149 lits en hospitalisation complète.

L'activité de psychiatrie générale et infanto-juvénile a été mesurée en 2016 à 40 167 journées d'hospitalisation complète et à 26 642 journées d'hospitalisation partielle (et 4 770 demi-journées).

La mission s'est essentiellement concentrée sur les sept unités d'hospitalisation à temps complet accueillant des patients en soins sans consentement, soit six unités du pôle de psychiatrie générale et une unité du pôle de psychiatrie de la personne âgée (« L'Etoile »), ainsi que sur les activités de l'unité intersectorielle de sociothérapie (et la cafétéria).

Les six unités de psychiatrie générale sont ainsi dénommées :

- « Les Cèdres » (vingt-quatre lits) pour le secteur 13 G 07 ;
- « Les Tilleuls » (vingt-quatre lits) et « La Calanque » (seize lits) pour le secteur 13 G 08, auquel est rattachée l'unité d'hospitalisation de semaine « Les Bougainvillées » (neuf lits) ;
- « Les Lilas » (vingt-trois lits) pour le secteur 13 G 09 ;
- « Les Lavandes » (vingt-quatre lits) et le CACC (huit lits) pour le secteur 13 G 10.

Depuis une dizaine d'années, le CH connaît des difficultés financières importantes. Un premier contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) a été engagé en 2013, puis un second en 2016 à la suite d'une nouvelle dégradation de la situation financière. Des postes ont été supprimés, essentiellement en optimisant les moyens sur les fonctions logistiques, par le biais de mutualisation (par exemple, en regroupant deux hôpitaux de jour) et par des départs volontaires.

Le rapport financier pour l'année 2016 indique une clôture de l'exercice avec « *un excédent d'exploitation concourant significativement à l'amélioration de la capacité d'autofinancement de l'établissement [qui] a permis de couvrir le remboursement de la dette et les investissements de l'année. A l'issue de cet exercice, la situation financière s'est améliorée* ».

2.3 UNE PROPORTION DE PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT INFÉRIEURE A 40 % DES HOSPITALISATIONS MAIS UNE PART IMPORTANTE D'ADMISSIONS DÉCIDÉES EN URGENCE

2.3.1 L'activité des unités d'admission

Le nombre de journées d'hospitalisation à temps plein a été de 34 653 journées en 2016 et de 36 622 journées en 2017, l'augmentation s'expliquant par la réouverture de l'unité « Les Tilleuls » au terme des travaux de réfection réalisés à la suite d'un important incendie. Le nombre de séjours d'hospitalisation à temps plein est passé de 1 180 en 2016 à 1 307 en 2017.

La file active pour l'hospitalisation à temps plein était de 745 patients en 2016 et de 794 patients en 2017.

La durée moyenne de séjour a été de 29,3 jours en 2016 et de 28 jours en 2017. La durée moyenne d'hospitalisation est restée stable (46,5 jours en 2016, 46,1 jours en 2017).

Le 10 janvier 2018, les 149 lits étaient occupés à hauteur de 112 hospitalisations complètes, réparties dans les unités suivantes :

- secteur 13 G 07 : 19 patients à l'unité « Les Cèdres » (vingt-quatre lits) ;
- secteur 13 G 08 :
 - 16 patients à l'unité « Les Tilleuls » (vingt-quatre lits) ;
 - 13 patients à l'unité « La Calanque » (seize lits) ;
 - 3 patients à l'unité d'hospitalisation de semaine « Les Bougainvillées » (neuf lits) ;
- secteur 13 G 09 : 23 patients à l'unité « Les Lilas » (vingt-trois lits) ;
- secteur 13 G 10 :
 - 17 patients à l'unité « Les Lavandes » (24 lits) ;
 - 4 patients au CACC (8 lits) ;
- pôle de psychiatrie de la personne âgée : 17 patients à l'unité « L'Etoile » (vingt et un lits).

Le taux d'occupation des lits d'hospitalisation a été de 80,1 % en 2016 et de 72,4 % en 2017.

2.3.2 L'activité par statut d'hospitalisation

La proportion de patients en soins sans consentement (SSC) se situe, en moyenne, à moins d'un tiers de l'ensemble des hospitalisations. Elle est, notamment, beaucoup moins élevée que celle du centre hospitalier Edouard Toulouse (CHET), qui était de l'ordre de 60 % au moment du contrôle réalisé en octobre 2016, alors que la population des secteurs pris en charge présente les mêmes caractéristiques sur le plan des difficultés sociales, d'accès au logement ou de précarité. Cette particularité contribue à ce que le CH Valvert ne soit pas confronté à des tensions sur sa capacité d'accueil.

a) Les soins sur décision du directeur de l'établissement

Le tableau suivant retrace, pour les années 2016 et 2017, l'activité des unités d'admission des patients en soins sur décision du directeur de l'établissement (SDDE), soit :

- les soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) ;
- les soins psychiatriques à la demande d'un tiers-urgence (SPDTU) ;
- les soins psychiatriques à la demande d'un tiers-péril imminent (SPDT-PI).

	Nombre de patients		Nombre de journées		Nombre de séjours		Durée moyenne de séjour	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
SPDT	45	59	742	1 286	45	62	16,4	20,7
SPDTU	108	111	2 660	3 890	118	144	22,5	27
SPDT-PI	107	78	3 485	2 249	135	91	25,8	24,7

La proportion d'admissions en procédure d'urgence ou en procédure de péril imminent est élevée. Alors que la procédure de SPDT donne la garantie d'un double avis médical pour imposer à une personne des soins sans consentement sur décision du directeur, on note, pour l'année 2016, que 69 % des personnes admises (79 % en 2016) l'ont été sur le fondement d'un seul certificat médical.

La proportion des patients admis en procédure d'urgence est tout aussi importante (44 % des SDDE en 2016, 46 % en 2017) alors qu'elle est pourtant prévue pour des cas exceptionnels.

Recommandation

La forte proportion des admissions en procédure d'urgence doit être examinée pour justifier qu'une procédure de soins sans consentement classique, avec la double garantie médicale qu'elle comporte, ne puisse pas plus souvent être mise en œuvre.

En réponse à cette recommandation, le plan d'actions mis en œuvre par la direction du CH annonce son intention de « réaliser un audit des dossiers médicaux sur la pertinence des admissions en procédure d'urgence. »

b) Les soins sur décision du représentant de l'Etat

Le tableau suivant retrace, pour les années 2016 et 2017, l'activité des unités d'admission des patients en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) :

	Nombre de patients		Nombre de journées		Nombre de séjours		Durée moyenne de séjour	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
<i>Demande du maire</i>	30	30	2 032	2 096	52	36	39	58,2
<i>Personnes détenues</i>	13	20	285	144	18	21	15,8	6,8
<i>Décision judiciaire</i>	4	3	440	375	9	4	48,8	93,7

2.3.3 Les patients en soins sans consentement au moment du contrôle

Au moment du contrôle, une majorité des patients hospitalisés (77 sur 112, soit 69 %) étaient en soins libres. Concernant les 35 patients en soins sans consentement, 25 se trouvaient en SDDE et 10 en SDRE.

Leur répartition par unité était la suivante :

	SDDE (25)	SDRE (10)
« Les Cèdres »	3	1
« Les Tilleuls »	2	3
« La Calanque »	0	1
« Les Bougainvillées »	1	0
« Les Lilas »	11	4
« Les Lavandes »	6	1
« L'Etoile »	2	0

Les dates d'entrée en SDRE s'échelonnent entre mars 2016, pour l'hospitalisation la plus ancienne, et janvier 2018, pour la plus récente, trois patients étant présents depuis plus de quatre mois.

Concernant les vingt-cinq SDDE, sept admissions datent de janvier 2018, dix-sept du dernier trimestre 2017 (dix en décembre, quatre en novembre et trois en octobre) et une de juin 2016, soit depuis 19 mois.

2.4 UN PERSONNEL EXPERIMENTE ET QUALIFIE

Le bilan social 2016 du CH fait état de 582,14 postes en équivalents temps plein rémunérés (ETPR), dont 40,31 médecins, marquant une légère hausse (+0,66 %) par rapport à l'année précédente. La moyenne d'âge est relativement élevée : 47 ans pour le personnel médical, 46 ans pour le personnel non médical.

L'établissement dispose d'une image de marque attractive qui lui évite de ne pas connaître de difficultés particulières de recrutement. Les effectifs du personnel sont renouvelés sans difficulté majeure, malgré un *turn-over* important du personnel médical en 2016 (34 %), en raison notamment de départs en retraite. Le taux d'absentéisme se situe en dessous de la moyenne nationale pour les établissements similaires : 3,4 % pour le personnel médical avec une moyenne de 6,94 jours d'absence pour congé de maladie ordinaire ; 6,9 % pour le personnel non médical avec une moyenne de 14,7 jours d'absence pour congé de maladie ordinaire.

Le personnel soignant des unités est constitué presque exclusivement d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE), à l'exception du pôle de gériatrie-psychiatrie, ce qui contribue à maintenir à un haut niveau la qualité des soins.

En fin d'année 2017, le financement des emplois aidés a dû, pour des raisons économiques, être interrompu, entraînant le départ de seize agents contractuels qui assuraient jusqu'alors la surveillance intérieure et extérieure de l'hôpital (cf. *infra* § 5.3).

2.5 UNE POLITIQUE ATTENTIVE AU RESPECT DES DROITS FONDAMENTAUX ET AUX LIBERTES INDIVIDUELLES DES PERSONNES HOSPITALISEES

2.5.1 Le projet d'établissement

L'établissement s'est doté d'un premier projet pour la période 1998-2002, périodiquement actualisé. Le projet d'établissement en cours a été élaboré pour la période 2016-2020 et est

formalisé dans un document de 85 pages, comprenant un « *projet médical* », un « *projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques* » et un « *projet managérial* ».

Intitulé « *Les principes : valeurs fondamentales* », le paragraphe 3 du projet médical énonce les orientations suivantes :

- « *un hôpital ouvert* » : à ce titre, il est souligné « *une forte implantation de ses unités de soins ambulatoires et à temps partiel sur le territoire* », ce qui se traduit par le fait que « *plus de la moitié de son personnel médical et soignant est affectée à des structures extériorisées* », contribuant « *à la déstigmatisation des troubles psychiques* » et favorisant « *l'accès aux soins* » ;
- « *des unités de soins ouvertes* », cette notion comportant deux aspects : d'une part, permettre une accessibilité aux soins « *se traduisant concrètement par la disponibilité permanente de lits d'hospitalisation temps plein, la brièveté du délai pour un premier accueil en CMP, la présence quotidienne aux urgences des hôpitaux généraux* », d'autre part, maintenir ouvertes les portes des unités d'hospitalisation à temps plein : « *une unité ouverte facilite de fait les relations de confiance entre les patients et les soignants et implique des prises en charge centrées sur la dimension relationnelle du soin.* » ;
- « *le recours à l'isolement fondé sur des arguments cliniques et non sur le type de mesure de soins psychiatriques (à l'exception des détenus hospitalisés au titre de l'article D398 du code de procédure pénale à leur admission).* » A propos de cette exception, cf. *infra* § 8.1.2 ;
- « *l'opposition totale à toute pratique de contention physique* » découlant de la conviction selon laquelle « *une telle pratique, toujours susceptible d'aggraver l'état d'un patient, traduit de plus l'impuissance de l'équipe soignante dans sa fonction contenante, ce qui est quand même problématique dans un lieu de soins psychiatriques* » ;
- « *la collégialité médicale* », qui constitue « *une valeur identitaire pour notre établissement* » ;
- « *la mise en place d'un groupe de réflexion éthique* » (cf. § suivant) ;
- « *l'attachement à la psychiatrie de secteur* », notion « *toujours d'une grande actualité pour permettre à une population d'accéder [aux soins] sans aucune discrimination* » ;
- « *une organisation en pôles cohérente et structurante* », permettant un équilibre entre « *la recherche d'une cohérence et d'une facilitation des décisions stratégiques, tout en respectant l'identité et l'autonomie des secteurs* ».

Tout au long de leur mission, les contrôleurs ont pu constater que ces principes étaient bien connus par toutes les catégories de personnel et qu'ils constituaient réellement des valeurs partagées et des références dans l'établissement, au travers des échanges et des pratiques professionnelles, mais aussi au sein de l'ensemble de la communauté hospitalière et les représentants des usagers et des familles.

Bonne pratique

L'hôpital privilégie une politique fondée sur la bientraitance, les libertés individuelles et les droits des patients. Définie dans le projet d'établissement, cette politique constitue un socle de valeurs partagées par l'ensemble de la communauté hospitalière.

2.5.2 Le groupe de réflexion éthique

Le groupe de réflexion éthique est cité dans le volet médical du projet d'établissement : « *dans une époque où une vigilance permanente doit s'exercer vis-à-vis de tous les dévoiements auxquels la pratique psychiatrique peut être exposée* », il est apparu utile de lui conférer une « *fonction sentinelle* » et de le positionner, en dehors du champ institutionnel classique, « *à une place décalée par rapport aux instances de gouvernance* ». C'est pourquoi, l'hôpital ne s'est pas doté d'un comité d'éthique *stricto sensu*.

Le groupe de réflexion éthique a été mis en place en 2011, avant que l'éthique ne rentre dans le champ de la certification. Sa composition est multicatégorielle (médecin, psychologue, documentaliste, infirmier) et invite tout membre du personnel désireux de s'engager dans une réflexion éthique. Il est porté par un noyau permanent de quatre ou cinq personnes comportant un médecin, praticien hospitalier, un infirmier et la documentaliste, cette dernière assurant en outre le secrétariat, qui sont rejointes, chaque troisième vendredi du mois, par d'autres personnes selon les thèmes abordés. Il est déploré le manque de participation du personnel infirmier, faute de disponibilité suffisante.

Son objectif est de « *proposer des axes de réflexion à la communauté hospitalière, en étant attentive aux attentes des uns et des autres* ». Les thèmes suivants ont été examinés par le passé : la présentation du patient devant le juge des libertés et de la détention (avril 2012), la mise en chambre d'isolement, le comptage d'activité et des actes de soins et ses effets potentiellement facteurs de souffrance institutionnelle dans la fonction soignante (avril 2013), la souffrance dans le soin psychique, souffrance dans l'institution. La dernière question examinée par le groupe de réflexion éthique a été celle de la mise en pyjama ; elle a abouti à la rédaction d'une note de cinq pages, argumentée et exhaustive, dont une synthèse a été publiée en 2017 dans la revue du centre de documentation du CH.

Les prochains thèmes à venir porteront, à la demande de la direction, sur les fugues et, à l'initiative du groupe, sur la sexualité. Les contrôleurs ont invité le comité d'éthique à se pencher sur la situation des patients détenus.

Bonne pratique

Le mode de fonctionnement ouvert du groupe de réflexion éthique conduit à fournir des travaux dont le personnel s'empare. En outre, la conduite d'autres travaux de réflexion à caractère éthique, tels que l'analyse des restrictions des libertés à l'hôpital sont de facto encouragés.

2.5.3 L'action du « service qualité » en matière de respect des droits

Le volet médical du projet d'établissement indique que « *le respect des droits (notamment l'intégrité, la dignité, les libertés individuelles et le confidentialité) reste un axe transversal du projet d'établissement. Une vigilance sera assurée pour les pratiques de restriction des libertés.* » Cette disposition fait référence au groupe de travail mis en place, en 2014, pour réfléchir sur « *la mise en sens* » des restrictions de liberté. Une réévaluation en a été faite en 2017.

Les soignants et les patients ont donc été invités, à deux reprises, à participer à cette réflexion, en répondant à un questionnaire, dont le premier point portait sur le relevé des principales mesures de restriction de liberté appliquées dans les unités.

Les résultats de cette enquête ont été largement diffusés et affichés au sein de l'hôpital.



Résultats de l'enquête sur les restrictions de liberté

Côté soignants, les trois mesures les plus fréquemment indiquées ont été : la mise en chambre d'isolement thérapeutique, la mise en pyjama et les restrictions concernant l'utilisation du téléphone. Les autres points mentionnés ont été : la limitation des sorties (unité/établissement), la limitation des visites, la fermeture des chambres (dans la matinée pour le ménage), les horaires de repas imposés, la limitation des cigarettes et l'interdiction de nourriture extérieure.

Côté patients (soixante réponses au questionnaire en 2014, soixante-quatorze en 2017), les points dénoncés comme étant les plus difficiles à supporter ont été différents selon les unités :

- la mise en pyjama, pour quatre patients sur dix de l'unité « Les Cèdres » ;
- la mise en chambre d'isolement thérapeutique n'est plus mentionnée en 2017 dans l'unité « Les Lilas », alors qu'elle l'était par quatre patients sur six en 2014 ;
- la fermeture des chambres est citée dans l'unité « L'Etoile » par quatre patients sur cinq ;
- les interdictions de sortie et la fermeture des chambres restent les deux principales mesures citées dans l'unité « Les Tilleuls ».

Si plusieurs problématiques restent d'actualité, témoignant que des mesures correctives n'ont pas été apportées entre 2014 et 2017, le résultat de l'enquête conclut que « *la mise en chambre d'isolement thérapeutique n'est plus mentionnée comme la restriction la plus difficile à supporter* », ce qui donne lieu à une interrogation quant à une modification réelle des pratiques ou à un changement de perception conjoncturel.

3. LES DROITS DES PATIENTS

3.1 UNE INFORMATION SUR LES DROITS DONNEE ORALEMENT MAIS DES ECRITS INSUFFISANTS

3.1.1 Le livret d'accueil

Dès qu'il intègre une unité, le patient à son arrivée est pris en charge par un infirmier, sans que celui-ci devienne son interlocuteur privilégié ou référent pendant la durée de l'hospitalisation.

Chaque patient reçoit un livret d'accueil qui contient plusieurs chartes :

- les principes généraux de la charte du patient hospitalisé (soit la circulaire du 2 mars 2006) ;
- la charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance (par la Fondation nationale de gérontologie) ;
- la charte de la laïcité dans les services publics ;
- la charte des droits et libertés de la personne majeure protégée.

Dans ce livret d'accueil figure un chapitre intitulé « *Les droits des patients* » qui définit en quelques lignes les droits (en douze points) portant notamment sur : la confidentialité des informations, la désignation de la personne de confiance, le consentement libre et éclairé aux soins, la protection juridique, l'accès au dossier médical, la rédaction des directives anticipées, l'accès et la rectification des données informatiques, la visite d'un représentant d'un culte choisi, la saisine d'un médiateur de la commission des usagers (CDU), la rencontre avec un représentant de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), la demande du règlement intérieur, la consultation sur site du rapport de certification de l'hôpital.

Il n'y a donc pas de chapitre spécifique qui traite des droits particuliers des patients admis en soins sans consentement. Il est seulement précisé que les voies de recours sont mentionnées sur la décision d'admission et que le patient est invité à signer la notification. Cette absence de précisions implique donc que le cadre de santé, qui notifie la décision, soit en mesure de donner un nombre important d'explications juridiques et qu'il dispose impérativement d'un certain temps pour le faire pour chaque patient. Et ceci en tenant compte évidemment, de l'état de santé et donc des capacités d'écoute et de compréhension de ce patient.

Le livret d'accueil mentionne également que le patient peut rencontrer directement les membres de la CDSP mais uniquement à l'occasion de leurs visites. Il n'est pas précisé que le patient peut écrire à tout moment de son hospitalisation au président de la CDSP pour évoquer d'éventuelles difficultés qu'il rencontrerait dans son suivi médical.

Ni dans les unités, notamment dans le bureau des infirmiers, ni dans les chambres ne sont affichés de documents relatifs aux droits et aux voies de recours offertes aux patients.

Recommandation

Le livret d'accueil doit comporter un chapitre spécial sur les droits des patients hospitalisés sans leur consentement afin que la personne puisse relire quand elle le souhaite les informations précises sur les voies de recours qui lui sont offertes. Un document récapitulant les droits des patients devrait être affiché dans les chambres ou les espaces communs.

En réponse à cette recommandation, le plan d'actions mis en œuvre par la direction du CH annonce son intention de « compléter le livret d'accueil par un chapitre portant sur les droits des patients hospitalisés sans leur consentement. »

La liste nominative des membres de la commission des usagers (CDU) figure dans le livret d'accueil avec les numéros de téléphone et les adresses notamment des associations qui représentent les usagers (UNAFAM⁴, ACLAP, ARGOS). Mais il est indiqué que le patient doit demander à l'équipe soignante les modalités pratiques de saisine d'un médiateur de cette commission, ce qui peut apparaître pour le patient comme une difficulté supplémentaire à surmonter avant de pouvoir exprimer ses problèmes éventuels.

3.1.2 Le recueil des données

C'est également dès l'arrivée du patient qu'un infirmier remplit un document appelé « *Recueil des données à l'admission en hospitalisation temps plein* », qui comprend, d'une part, des informations médicales (antécédents somatiques, traitement médicamenteux, régime alimentaire, port de lunettes, nécessité d'une assistance pour la vie quotidienne), d'autre part, des informations administratives (situation familiale, professionnelle, sociale, juridique). Ce document est signé par le patient dans un encadré qui précise que celui-ci a formulé une demande de confidentialité envers une personne désignée, a reçu le livret d'accueil et a eu un inventaire de ses effets personnels de valeur. La partie médicale est remplie par le médecin qui reçoit le patient dans un second temps.

3.1.3 La notification des décisions

La notification des arrêtés du préfet et des ordonnances du juge des libertés et de la détention est effectuée par le cadre de santé (et plus rarement par l'infirmière) de chaque unité dès que les décisions lui parviennent par courriel du bureau des admissions, au plus tard dans les 24 heures qui suivent la date de signature du document par l'autorité compétente. Une copie de la décision est prête pour être laissée au patient mais, dans la majorité des cas, le patient ne souhaite pas garder le document dans ses affaires personnelles et la copie est donc conservée dans son dossier administratif ou déposée dans sa case personnelle.

La notification est faite dans le bureau du cadre de santé ou en chambre d'isolement (si l'état de santé du patient le permet) donc très rarement dans la chambre du patient.

Exceptionnellement, compte tenu de l'état de santé du patient, la notification peut être faite par le médecin (et différée de quelques jours).

La règle est donc que la notification de la décision d'admission est faite tout de suite après le début de l'hospitalisation ou le lendemain, compte tenu de la date d'arrivée de la décision au bureau des admissions, sauf dans les cas suivants :

- l'arrivée du patient le vendredi ;
- le placement immédiat du patient en chambre d'isolement ;
- l'état clinique du patient.

Si le patient est accueilli dans l'unité le vendredi soir, il n'y aura pas de notification de la décision ni de signature avant le lundi suivant car les pièces ne peuvent pas être récupérées par le bureau

⁴ UNAFAM : union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques ; ACLAP : accueil et aide aux personnes âgées ;

des admissions le samedi et le dimanche. En revanche, l'information juridique sera donnée au patient oralement dès son arrivée.

Le patient est parfois informé en même temps par le cadre de santé qu'il y aura une audience devant le juge des libertés et de la détention si son séjour doit se prolonger au-delà de douze jours et qu'il sera assisté par un avocat commis d'office.

Certains cadres de santé ont indiqué qu'ils n'avaient pas reçu de formation spécifique sur le thème portant sur les conséquences juridiques de la notification des droits au patient.

3.2 UN PERSONNEL INSUFFISAMMENT FORME SUR LES DROITS DES PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

Selon les informations recueillies (rapport de certification 2015), un groupe de travail sur la thématique du respect des droits des patients a été mis en place conformément à ce qui avait été prévu dans le projet de service de soins infirmiers 2011-2015. Ce groupe composé de dix personnes (ASH⁵, infirmières, cadre de santé, ingénieur qualité, assistante sociale) s'est réuni en 2013 et 2014. L'établissement dispose d'un fonds documentaire spécialisé sur la psychiatrie, relativement important, qui est enrichi régulièrement et mis à la disposition des professionnels par une documentaliste expérimentée.

Une formation sur les droits des patients a été dispensée en février 2015 pour un petit nombre de professionnels. Le personnel peut trouver sur le site intranet de l'établissement des fiches-actions qui décrivent avec précision les modalités d'admission de patients sans consentement et le statut juridique qui en découle.

Pour les assistantes sociales, depuis au moins quatre ans, il n'y a pas eu de formation sur le statut juridique des patients en soins sans consentement, alors qu'elles les suivent au quotidien pour une analyse globale de leurs problématiques en matière d'insertion.

Les contrôleurs ont constaté que la documentation mise à la disposition du personnel médical et non médical n'était pas suffisante pour permettre à tous une connaissance approfondie des droits des patients admis en soins sans consentement. Ainsi, un certain nombre de droits et de voies de recours offertes aux patients sont mal connus par les membres des équipes, notamment les droits qui existent pendant tout le temps de l'hospitalisation (possibilité de saisir le juge des libertés et de la détention ou la CDSP à tout moment, droit de communiquer par écrit avec le représentant de l'Etat, le procureur et le maire, droit de contacter un avocat et le Contrôleur général des lieux de privation de liberté).

Recommandation

Un complément de formation doit être programmé chaque année pour que l'ensemble du personnel de l'hôpital, y compris les assistantes sociales, soit à même d'informer le patient admis en soins sans consentement sur ses droits ou de lui rappeler l'existence de l'ensemble de ses droits et voies de recours, tout au long de son hospitalisation.

⁵ ASH : agent des services hospitaliers.

En réponse à cette recommandation, le plan d'actions mis en œuvre par la direction du CH annonce son intention de « mettre en place la formation ANFH⁶ en e-learning portant sur les droits des patients hospitalisés sans consentement. »

3.3 DES PLAINTES TRAITÉES EN INTERNE AU SEIN DES SERVICES, SANS PRISE EN COMPTE SUFFISANTE DE LA GRAVITE DES FAITS DÉNONCÉS

Le traitement des plaintes est assuré par le service du directeur adjoint chargé des affaires générales et de la qualité et des relations aux usagers.

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées dans l'intranet de l'établissement sous la forme d'un guide qui a été réactualisé en 2014.

Dans le livret d'accueil il est indiqué qu'en cas de problème le patient doit d'abord s'adresser au responsable du service mais qu'il peut par la suite adresser une réclamation écrite au directeur et saisir le médiateur de la commission des usagers (CDU).

La CDU se réunit une fois par trimestre. Elle s'est réunie le 7 décembre 2017 et a relevé dans son procès-verbal que, depuis le début de l'année 2017, neuf plaintes et réclamations ont été enregistrées (la moyenne annuelle est de dix). Ces plaintes ont porté sur les points suivants : l'état de vétusté d'une salle de bains et la saleté des abords, les restrictions horaires pour l'usage de la télévision, le manque de variété dans les repas et l'absence d'affichage des menus, l'accès à une terrasse souvent fermé, l'absence d'informations sur les heures de présence du personnel médical, le signalement d'une agression sexuelle par le concubin d'une patiente.

Le service qui est destinataire de la plainte informe le cadre de santé de l'unité concernée en demandant des explications sur les éléments exposés dans la plainte, puis il fait une réponse par écrit au patient. Le patient reçoit donc un accusé de réception de sa plainte dans un délai d'environ cinq jours et le délai moyen de traitement après enquête interne est inférieur à huit jours.

S'agissant en particulier du signalement pour agression sexuelle d'une patiente par un autre patient, il a été indiqué que la victime n'avait pas souhaité déposer plainte au commissariat et qu'elle avait quitté l'unité pour être prise en charge dans l'hôpital de jour du secteur. Dans une autre situation concernant deux patients, dont l'un se plaignait d'attouchements sexuels, le traitement de l'affaire a également été fait en interne. Il apparaît indispensable que les plaintes dans lesquelles des faits graves sont dénoncés, soient portées à la connaissance du commissariat ou du procureur de la République car le droit au respect de l'intégrité physique des patients admis à l'hôpital est un de leurs droits fondamentaux.

Le signalement de ces faits aux autorités compétentes permettrait notamment qu'une enquête, indépendante de l'enquête interne soit conduite, compte tenu de la nécessité de recueillir des preuves notamment matérielles, étant précisé qu'un protocole a déjà été établi, prévoyant la désignation par le commissariat de deux policiers médiateurs.

Selon les informations recueillies, le tribunal a déjà désigné un magistrat référent pour l'hôpital. Par ailleurs le commissariat compétent, soit celui du 11^{ème} arrondissement, est très proche de l'hôpital et a des contacts réguliers avec les services de l'hôpital (signalement de fugues, intrusions dans l'enceinte, vols, dégradations etc.).

⁶ ANFH : association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier

Un autre cas particulier a été évoqué : la plainte d'un père qui regrettait de ne pas avoir été informé de la levée de la mesure concernant sa fille. Le service a prévu de répondre à la demande en organisant une rencontre à l'hôpital.

Recommandation

Les courriers dénonçant des faits graves commis au préjudice de patients par d'autres patients doivent être signalés systématiquement aux autorités compétentes selon le protocole qui a été établi.

En réponse à cette recommandation, le plan d'actions mis en œuvre par la direction du CH annonce son intention de « signaler systématiquement au référent du commissariat du 11^{ème} arrondissement tout courrier faisant état de faits graves commis au préjudice de patients par d'autres patients. »

3.4 UNE PERSONNE DE CONFIANCE TRES PEU SOUVENT DESIGNEE

La possibilité de désigner une personne de confiance est mentionnée dans le livret d'accueil donné à chaque patient le jour de son arrivée. Un formulaire est joint et peut être immédiatement rempli par le patient lui-même ou par la personne qui notifie la décision d'admission (le cadre de santé ou l'infirmière). La personne désignée est souvent celle qui accompagne le patient (SDT). Dans les autres cas, cette personne n'est pratiquement jamais appelée par le cadre de santé pour lui demander si elle accepte ou non d'être désignée. Et, si la réponse est positive, le cadre devrait lui expliquer qu'elle peut être informée des décisions qui concernent le patient hospitalisé, qu'elle peut assister à la notification des décisions ou à des consultations avec les médecins. En réalité, certains cadres de santé estiment que le patient lui-même doit faire la démarche de prévenir la personne qu'il a désignée.

Selon les données recueillies, dans l'unité « L'Etoile », sur dix-sept patients hospitalisés seuls trois avaient désigné une personne de confiance. Dans l'unité « Les Cèdres », sur vingt et un patients neuf avaient proposé le nom d'une personne. Au sein de l'unité « Les Lilas », ce sont quatorze personnes (dont l'une au bout de deux mois) qui ont été désignées sur un total de vingt-trois patients.

Le faible nombre de personnes désignées résulterait de la solitude et du grand isolement de nombreux patients, notamment ceux sans domicile fixe.

Recommandation

La possibilité de désigner une personne de confiance doit être expliquée aux patients durant leur séjour lorsque leur état de santé leur permet d'en saisir le sens. La procédure doit comporter l'information de la personne désignée et la confirmation de son accord.

En réponse à cette recommandation, le plan d'actions mis en œuvre par la direction du CH annonce son intention d' « assurer une information adaptée au patient quant à la possibilité de désigner une personne de confiance et assurer sa traçabilité dans son dossier » mais aussi d' « assurer une information adaptée à la personne de confiance désignée et assurer la traçabilité de cette information et de la confirmation de l'accord dans le dossier du patient. »

3.5 UNE PROCEDURE A AMELIORER POUR UN MEILLEUR EXERCICE DU DROIT DE VOTE

La possibilité pour le patient d'exercer son droit de vote n'est pas abordée dans le livret d'accueil. Selon les informations recueillies quelques patients seulement (un ou deux par unité au maximum) ont demandé à exercer leur droit de vote pour les dernières élections présidentielles. Les demandes ont été examinées et les médecins ont délivré des autorisations de sortie.

Certains patients ont pu se rendre seuls dans leur bureau de vote, tandis que d'autres ont bénéficié d'un accompagnement par une ou deux infirmières. Le dispositif n'a pas été mis en place pour les autres élections.

Aucune demande de procuration n'a été établie.

Recommandation

Les dispositions retenues pour les élections présidentielles de 2017 doivent être reconduites pour l'ensemble des élections. Leur formalisation dans un protocole permettrait à tous les patients qui le souhaitent, quelle que soit l'unité d'affectation, d'exercer leur droit de vote.

En réponse à cette recommandation, le plan d'actions mis en œuvre par la direction du CH annonce son intention d' « ajouter au livret d'accueil un paragraphe sur le droit de vote et de formaliser un protocole pour permettre l'exercice du droit de vote des patients hospitalisés. »

3.6 UNE INFORMATION TROP LIMITEE SUR LES POSSIBILITES D'ACCES AUX DIFFERENTS CULTES

Le livret d'accueil indique certes que le patient peut exercer le culte de son choix mais il doit demander à l'équipe soignante de l'informer sur les modalités pratiques d'accès au ministre du culte.

Certains membres du personnel soignant ne connaissent pas l'existence de l'aumônerie catholique.

Pourtant, selon les informations recueillies, le seul numéro de téléphone à la disposition du personnel est celui de l'aumônier catholique. Il a été indiqué aux contrôleurs que la demande pour avoir un représentant d'une autre religion n'avait jamais été formulée par aucun patient.

L'aumônier peut être joint sans difficulté par téléphone et est présent le jeudi pour une messe qui se déroule dans la chapelle située dans l'enceinte même de l'hôpital. Il existe sur le site intranet de l'hôpital une liste des coordonnées des représentants des autres cultes (israélite, musulman, arménien), mais cette liste ne semble pas être connue par tout le personnel. Elle n'est affichée ni dans les espaces communs ni dans les bureaux des infirmiers.

Recommandation

Le livret d'accueil doit être plus précis sur les différents cultes qui peuvent être proposés aux patients.

En réponse à cette recommandation, le plan d'actions mis en œuvre par la direction du CH annonce son intention de « compléter le livret d'accueil du patient par un paragraphe sur les différents cultes pouvant être proposés aux patients. »

3.7 UNE ATTENTION PARTICULIERE DU PERSONNEL SOIGNANT ET DES TRAVAILLEURS SOCIAUX POUR LA MISE EN PLACE DES MESURES DE PROTECTION JURIDIQUE

3.7.1 Les patients bénéficiant d'une protection juridique avant l'hospitalisation

Certains patients bénéficient avant leur arrivée d'une mesure de protection et cette information est communiquée dans les plus brefs délais au bureau des admissions.

En ce qui concerne les organismes de tutelle extérieurs⁷ et les mandataires privés, les relations ont été décrites comme assez complexes, compte tenu notamment d'une grande difficulté à les joindre par téléphone donc à expliquer précisément l'évolution de la situation du majeur protégé. Les assistantes sociales et le personnel administratif regrettent, d'une façon générale, que les tuteurs désignés ne viennent que très rarement rendre visite à leurs protégés à l'hôpital, pour certaines personnes une seule fois par an. Certains médecins convoquent les tuteurs mais peu nombreux sont ceux qui se déplacent à l'hôpital.

Aucun incident particulier n'a été signalé concernant la mise à disposition des majeurs protégés de sommes d'argent après autorisation des tuteurs extérieurs à l'hôpital (une moyenne de 30 à 80 euros par semaine). Les patients ont accès facilement au guichet qui est chargé de leur remettre leur argent et qui est ouvert trois fois par semaine, avec ou sans rendez-vous.

3.7.2 Le service de protection des majeurs au sein de l'hôpital

L'infirmier qui accueille le patient à son arrivée et l'interroge pour pouvoir remplir le « *Recueil de données* » est tout à fait en mesure de détecter un certain nombre de difficultés, ce qui pourrait l'amener à saisir un juge des tutelles.

Ensuite, les assistantes sociales peuvent identifier d'autres problèmes lorsque la situation de chaque patient est examinée, soit systématiquement à son arrivée dans certaines unités, soit sur demande de rendez-vous au cours de l'hospitalisation dans d'autres unités. Une assistante sociale à plein temps travaille dans chaque unité en étroites relations avec ses collègues du secteur qui peuvent communiquer de nombreuses informations. De son côté, le médecin fait des signalements à l'équipe. La nature de la protection juridique à mettre en place est discutée dans des réunions qui comprennent le personnel médical, le personnel soignant et les assistantes sociales.

Quand la décision est prise, un signalement est adressé directement au procureur de la République qui va saisir le juge des tutelles. Trois médecins de l'hôpital sont habilités à faire les certificats médicaux demandés par le juge, ce qui permet un gain de temps appréciable.

Les délais de traitement des dossiers sont variables : un à quatre mois par le tribunal d'instance d'Aubagne, six à onze mois par celui de Marseille.

La maison départementale des personnes handicapées (MDPH) répond dans un délai compris entre trois et six mois.

Le centre hospitalier dispose d'un service de gestion des biens des majeurs protégés qui peut être désigné par le juge des tutelles. Au jour du contrôle, 103 patients étaient suivis par ce service, qui comprend deux mandataires judiciaires à temps plein. Le bureau se trouve à côté du bureau des entrées, ce qui permet une transmission rapide des informations.

⁷ UDAF 13, ATP (association de protection tutélaire), SHMSE (société d'hygiène mentale du Sud-Est).

Les statistiques produites montrent que, pour l'année 2016, 110 patients bénéficiaient d'un régime de protection, soit 31 personnes sous tutelle, 75 personnes sous curatelle et 4 personnes sous sauvegarde de justice. Pour 38 patients, la prise en charge était ancienne de plus de 10 ans ; 52 patients avaient des revenus inférieurs ou égaux au SMIC ; 68 d'entre eux percevaient l'allocation adulte handicapé (AAH).

Bien que le service se situe au sein même de l'hôpital, il apparaît que les relations avec les services administratifs des différentes unités ne sont pas suffisamment développées.

Parfois il existe un dialogue régulier et constructif avec l'ensemble du personnel d'une unité ; mais trop souvent aussi, selon les informations recueillies, dans d'autres unités l'échange d'informations est largement insuffisant et il n'y a pas de travail en commun. Ainsi le mandataire judiciaire n'est pas associé à la notification des décisions, est informé tardivement des changements importants dans le suivi du majeur protégé ou ne participe pas du tout au projet de sortie. Il en résulte que le patient ne bénéficie pas de l'assistance morale et juridique dont il a besoin pendant tout le temps de son hospitalisation.

Le service a par ailleurs regretté que les relations avec l'UDAF du département soient particulièrement difficiles et que les patients ne puissent pas rencontrer cet organisme plus souvent au sein même de l'hôpital.

Recommandation

Le service hospitalier de protection des majeurs doit, d'une part, être informé systématiquement de toutes les décisions administratives ou médicales qui concernent les patients en soins sans consentement qui lui sont confiés par décision de justice, d'autre part, être associé à la préparation du projet de sortie.

En réponse à cette recommandation, le plan d'actions mis en œuvre par la direction du CH annonce son intention d' « informer systématiquement le service de protection des majeurs de toutes les décisions administratives ou médicales qui concernent les patients en soins sans consentement par décision de justice » et d' « associer davantage le service de protection des majeurs à la préparation de la sortie des patients. »

Aucune difficulté particulière n'a, en revanche, été signalée en ce qui concerne la gestion des revenus des majeurs protégés. Les demandes d'argent de poche sont satisfaites rapidement dans un délai de 48 heures (ouverture du bureau trois fois par semaine), dès que l'ordre de dépense est validé. Le guichet qui est situé au rez-de-chaussée est facilement accessible et les patients y sont toujours très bien accueillis même dehors des heures d'ouverture.

4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEUR CONTROLE

4.1 DES DOCUMENTS JURIDIQUES REMIS REGULIEREMENT AUX PATIENTS MAIS CONSERVES DANS LEUR DOSSIER ADMINISTRATIF

Le cadre de santé, qui procède à la notification, demande au patient de prendre connaissance de la décision. Après lui avoir donné des explications sur le sens de la décision, il l'invite à signer le document. Si le patient refuse, le motif du refus n'est pas précisé, sauf si c'est son état clinique qui ne lui permet pas de signer en toute connaissance de cause. Dans ce cas, le cadre de santé diffère la notification et les explications de la décision sont données dans les jours suivants par le psychiatre lui-même ou par le personnel soignant.

Les certificats médicaux sont présentés de manière différente selon les médecins. Certains médecins établissent leur certificat en présence du patient, d'autres non mais, dans ce cas, des explications orales sont données sur le contenu à venir du document.

Sur certains certificats médicaux figure la mention : « *le patient a été informé de ses droits, voies de recours et garanties et ses observations ont pu être recueillies* ».

Selon les informations données aux contrôleurs, ces observations éventuelles sont parfois reprises par le médecin dans le corps même du certificat. Par exemple : le patient a clairement exprimé son accord ou son désaccord pour la poursuite des soins, pour des raisons précises. Parfois, les observations ne sont pas indiquées expressément ou le sont dans une rubrique prévue à cet effet.

Il n'est pas prévu de donner au patient une copie du certificat médical établi par le médecin.

Pour pouvoir exercer les voies de recours, toujours par courrier, le patient doit impérativement s'adresser au cadre de santé, qui doit l'aider pour rédiger le courrier et le faire parvenir au greffe de la cour d'appel d'Aix-en-Provence.

4.2 UNE SEULE VISITE ANNUELLE MAIS UN CONTROLE REEL EFFECTUE PAR LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES (CDSP)

La CDSP était composée en 2016 de sept membres : des psychiatres (en libéral et hospitaliers), des représentants des familles (membres de l'association UNAFAM), un médecin généraliste et un magistrat du tribunal de grande instance de Marseille. Compte tenu des difficultés pour réunir l'ensemble des membres à chaque visite, la commission a décidé d'effectuer les visites dans les hôpitaux avec seulement trois de ses membres, dont un médecin psychiatre.

En 2017, malgré la démission de deux de ces membres, la CDSP se rend au moins une fois par an dans les établissements hospitaliers. La désignation prochaine d'un représentant des usagers était prévue au moment du contrôle. Les membres de la commission se réunissent une fois par trimestre dans les locaux de l'agence régionale de santé (ARS) pour aborder différents thèmes, en 2017 sur la mise en place du registre relatif à l'isolement et à la contention.

La CDSP s'est rendue au CH de Valvert le 13 octobre 2017 et a signé le registre de la loi, qu'elle a trouvé bien tenu, clair et précis. Elle a cependant indiqué en observation qu'elle considérait que les certificats initiaux signés par les médecins urgentistes de proximité n'étaient pas assez circonstanciés, manquant d'éléments cliniques.

Les précédentes visites ont eu lieu le 27 novembre 2015 et le 7 octobre 2016. Après chaque visite, un membre de la CDSP établit un rapport. Dans son dernier rapport pour la visite de 2017, la commission a relevé que les derniers travaux permettant la réouverture de certains pavillons

(« Les Cèdres » et « Les Tilleuls ») ont été terminés. Elle a constaté que dans les trois pavillons visités (« Les Cèdres », « Les Lilas » et « Les Lavandes »), les portes étaient ouvertes et les patients circulaient librement, la disponibilité du personnel, l'ambiance calme et l'hygiène correcte mais déploré la dimension modeste des chambres d'isolement et « un côté obscur ».

La CDSP a estimé que les activités au sein de chaque unité étaient peu importantes. Elle a noté que le nombre de personnes hospitalisées dans le cadre du péril imminent était assez élevé. Par contre, le nombre de celles admises au titre de l'article D398 du code de procédure pénale était plutôt stable depuis 2014 avec cependant une augmentation depuis le premier semestre 2017. La commission a évoqué aussi avec la direction de l'hôpital la question des mesures d'isolement qui concernent la plupart des patients détenus.

Les patients sont avisés du passage de la CDSP par affichage. Ainsi, les trois membres de la commission ont reçu en entretien trois patients et ont estimé que la contrainte des soins était justifiée par leur état clinique. Depuis 2014, la CDSP n'a été saisie d'aucune demande, après un refus de l'établissement, de consultation de dossier médical par un patient ou ancien patient.

La CDSP exerce donc régulièrement ses missions, même si elle reconnaît ne pas avoir le temps de regarder à chaque visite quelques dossiers médicaux. Elle indique n'avoir reçu depuis 2015 aucune plainte de patient dénonçant des faits de maltraitance. Dans leurs courriers, les patients déplorent souvent les mauvaises conditions matérielles de leur hospitalisation.

La CDSP n'est pas membre du comité local de santé mentale.

4.3 DES REGISTRES DE LA LOI CORRECTEMENT TENUS DANS L'ENSEMBLE

Les contrôleurs ont examiné les deux registres ouverts à la date du 27 septembre 2016 sous la signature d'un conseiller régional.

Les deux registres concernant les personnes admises en SDRE et en SDDE/SDT comportent toutes les mentions prévues par la loi. Ils sont propres et renseignés lisiblement. Toutes les décisions prises par les autorités administratives et les certificats médicaux sont miniaturisés et collés dans les registres ; de ce fait, ils sont accessibles et manipulables aisément.

Le déroulement de la procédure et le parcours du patient peuvent être suivis correctement.

Les registres sont remplis le plus régulièrement possible, les dernières admissions inscrites datant de moins de onze jours. L'échéancier général, qui est produit chaque jour, comporte toutefois les informations essentielles sur chaque patient et permet ainsi de faire apparaître les dates-butoir.

En effet, le bureau des entrées a mis au point un échéancier informatisé avec les données suivantes : nom et prénom, date de naissance, date d'entrée, noms des médecins, pavillon d'affectation. L'utilisation de différentes couleurs permet de visualiser des alertes, pour que le secrétariat n'oublie pas de réclamer aux médecins, si nécessaire, les certificats médicaux des 24 heures, 72 heures et mensuels. Ce document permet aussi d'envoyer à la date prévue l'avis au juge des libertés et de la détention (JLD), de vérifier la date de convocation, de noter la décision du juge, d'indiquer les dates de sortie autorisée, les réintégrations après fugues et de relever la nécessité de convoquer le collège des professionnels de santé (expiration du délai de six mois ou d'un an). D'autres mentions importantes précisent si le patient a souhaité ou non assister à l'audience du JLD et s'il a fait appel de la décision.

Certaines rubriques dans les deux registres de la loi ne sont pas renseignées : le nom du tiers qui a demandé l'admission et ses coordonnées, la nature de la protection juridique dont bénéficie le

patient, le nom de la famille (péril imminent), les décisions prises par le juge des libertés et les recours exercés. Le bureau des entrées a fait remarquer aux contrôleurs que la CSDP ne l'avait pas expressément demandé lors de sa dernière visite le 13 octobre 2017.

Les visas du préfet, du président du tribunal et du maire ne figurent pas dans les deux registres ouverts examinés. La dernière visite du procureur de la République date de juillet 2014.

Recommandation

Les autorités administratives (le préfet et le maire) ainsi que l'autorité judiciaire (le président du tribunal de grande instance) doivent visiter le centre hospitalier régulièrement, afin de vérifier la conformité des registres et y porter leur visa.

En réponse à cette recommandation, le plan d'actions mis en œuvre par la direction du CH annonce son intention de « mettre en place la formation ANFH en e-learning portant sur les droits des patients hospitalisés sans consentement. »

4.4 UNE AUDIENCE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION SE TENANT EN DEHORS DE L'HOPITAL DANS UNE ANNEXE DU TRIBUNAL

4.4.1 La préparation de l'audience

Compte tenu de l'échéancier mis en place par le bureau des admissions, les délais sont respectés pour l'envoi par télécopie des informations au greffe du JLD. Mais le patient est souvent avisé très tardivement de sa date de convocation à l'audience, parfois même seulement la veille. Il lui est demandé de signer le document, dont il peut garder une copie. Dans l'avis de la date d'audience figurent la mention de la possibilité d'être assisté par un avocat et de consulter son dossier. Cette consultation est demandée très rarement mais il y est fait droit sans aucune difficulté au bureau du cadre de santé ou du médecin.

Presqu'aucun patient ne demande à être assisté par un avocat choisi par lui ou sa famille. Les malades sont donc assistés par l'avocat commis d'office de permanence qui peut s'entretenir avec eux quelques minutes avant l'audience. Il n'y a pas de réelle préparation à l'audience par le personnel soignant, des explications étant souvent données pendant le temps de transport en voiture et en attendant dans la salle d'audience. Les assistantes sociales ne transmettent pas de document récapitulatif la situation familiale et sociale, privant ainsi le juge d'éléments importants sur la vie du patient avant son hospitalisation (logement, travail, droits sociaux).

Sur 204 personnes convoquées en 2016, seules 86 ont été présentes à l'audience. Plusieurs explications ont été recueillies : l'état de santé, la mauvaise compréhension de l'importance de l'audience et des enjeux, la volonté de ne contester une décision que le patient estime nécessaire à sa situation.

Le cadre de santé organise le déplacement du malade et rencontre, pour ce faire, le patient et lui donner des explications sur le contenu de l'audience. Ces explications seront renforcées par celles du médecin au moment où ce dernier s'entretient avec le patient pour établir le certificat médical et discuter de sa présence ou non à l'audience.

Recommandation

Des mesures doivent être prises pour améliorer l'accompagnement des patients dans la phase judiciaire de l'hospitalisation sous contrainte.

4.4.2 Les conditions de l'audience

Utilisée par le JLD pour y convoquer tous les patients hospitalisés dans les établissements de l'agglomération marseillaise, la salle d'audience ne se trouve pas au sein du CH mais est située dans une annexe du tribunal dans un bâtiment sécurisé dans le quartier d'Arenc, près du port de la Joliette, soit à environ quarante minutes de l'hôpital, dans une rue très difficile à repérer qui n'est indiquée par aucun panneau. Le patient est transporté dans un véhicule de service de l'hôpital avec une ou deux personnes de l'équipe soignante. Compte tenu de la politique affichée de l'établissement, le port du pyjama est exclu, le patient portant ses vêtements personnels.

Pour les patients détenus hospitalisés, il pourrait être fait appel à une escorte pénitentiaire (si cette possibilité a été prévue par l'administration pénitentiaire avant le transfert à l'hôpital) qui suivrait le patient dans un autre véhicule. Selon les informations recueillies, le patient détenu et placé en chambre d'isolement n'est pratiquement jamais présenté au juge, au motif que son état clinique ne le permet pas.

Les locaux, qui disposent de toilettes, sont propres à l'intérieur, alors que les abords derrière la grille sont plutôt négligés.

La salle d'audience est beaucoup plus petite qu'une salle classique mais sa taille permet au juge d'être assez proche du patient. Celui-ci peut donc s'exprimer et être entendu facilement, même s'il ne parle pas très fort. Les dispositions matérielles respectent donc la dignité des personnes.

Selon le nombre de dossiers examinés par le juge (patients venant de plusieurs hôpitaux), l'attente peut être relativement longue (parfois toute l'après-midi), ce qui constitue une contrainte lourde pour le personnel soignant, à raison de deux audiences par semaine.

Les contrôleurs ont assisté à une audience débutant à 14h, au cours de laquelle deux dossiers étaient inscrits au rôle. Un seul patient était présent, le second ayant refusé de s'y rendre.

Le patient s'est entretenu pendant quelques minutes avant l'audience avec l'avocat commis d'office, dans une pièce assez grande et bien aménagée qui permet d'assurer la confidentialité de la conversation.

Le magistrat qui était présent ce jour-là (quatre JLD assurent à tour de rôle la présidence) portait sa robe d'audience. Les débats se sont tenus publiquement en présence de l'avocat pour les deux dossiers.

Le patient a pu ensuite prendre son temps pour expliquer au juge qu'il n'était pas opposé à son maintien au sein de l'hôpital car il se sentait encore fatigué et que la question d'un domicile fixe à sa sortie n'était pas réglée.

Le juge a indiqué au patient qu'il ne rendait pas sa décision immédiatement et qu'il en serait informé à l'hôpital en fin de journée. La décision parvient au bureau des entrées par télécopie le jour même, le lendemain au plus tard, et est notifiée immédiatement par le cadre de santé au patient contre émargement, après énoncé des voies de recours. La grande majorité des patients acceptent de signer le document qu'ils préfèrent laisser dans leur dossier administratif. Il n'y a aucun affichage sur les voies de recours et l'adresse des autorités pouvant être saisies. Le patient doit donc en faire la demande auprès du cadre de santé.

Certains patients rencontrés par les contrôleurs ont indiqué qu'ils avaient l'impression d'avoir été écoutés à l'audience, d'où leur grande déception, ou leur colère lorsqu'ils reçoivent la décision du juge.

Le juge des libertés et de la détention a indiqué qu'il constatait très rarement la présence de la personne de confiance, du tuteur ou du curateur, bien que les convocations soient envoyées.

A l'audience à laquelle ont assisté les contrôleurs, le juge n'a pas lu l'intégralité du certificat médical mais a expliqué ce qu'il contenait et nommé la maladie. La position des médecins est variable sur ce sujet, certains ayant largement expliqué au patient ce qui est écrit dans le certificat avant l'audience, d'autres estimant préférable de ne pas expliquer les détails de la maladie et de ne pas employer de mots compliqués pour un patient qui est encore dans une situation très difficile après moins de douze jours après l'admission. Certains détails pourraient selon eux générer ou ajouter à l'anxiété du patient ou entraîner une certaine agressivité.

4.4.3 Les décisions rendues

Pour l'année 2016, le nombre de patients sous statut SDRE convoqués a été de vingt-six et seuls neuf d'entre eux se sont présentés à l'audience. Le JLD a ordonné la levée de la mesure pour un seul patient.

Deux patients ont fait appel de l'ordonnance de maintien, la cour d'appel d'Aix-en-Provence a confirmé les deux décisions du juge.

Pour la même année, 178 patients sous statut SDT ont été convoqués et 77 d'entre eux ont assisté à l'audience. Pour un seul patient, une mesure d'expertise a été ordonnée. Un seul patient a formé un recours et la cour d'appel a confirmé la décision de maintien de la mesure ordonnée par le juge.

Pour l'année 2017, le nombre total de patients convoqués a été de 261. Sur la période du 1^{er} janvier au 31 mars 2017, 59 patients ont été convoqués et 18 se sont présentés à l'audience. Le juge a décidé du maintien des mesures pour 51 personnes, une seule d'entre elles ayant fait appel (confirmation par la cour d'appel).

4.5 UN RECOURS FACILITE AU COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Comme il a été indiqué plus haut, le recours au collège des professionnels de santé est programmé le plus tôt possible sur l'échéancier établi par le bureau des entrées pour chaque patient. Celui-ci informe l'unité de la nécessité de composer le collège. Les noms des deux médecins sont proposés, le troisième membre étant souvent un cadre de santé, la composition étant validée par le président de la CME.

Selon les indications données, il n'y a jamais de difficultés pour réunir le collège avant l'audience. Le patient est entendu et ses observations sont mentionnées de façon synthétique dans le corps du certificat. Les tuteurs sont rarement convoqués, sauf demande du patient.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 UN REGLEMENT INTERIEUR GLOBALEMENT COMPLET ET PRECIS MAIS PEU CONNU PAR LES PATIENTS ET PEU DISPONIBLE AU SEIN DES UNITES

Document de vingt-six pages, le règlement intérieur en vigueur date de janvier 2015. Il comprend deux parties, la première relative à l'organisation administrative et la seconde à la prise en charge des patients.

La seconde partie du règlement intérieur est subdivisée en cinq sections, portant notamment sur les « *droits fondamentaux et devoirs des personnes hospitalisées* » (section 1), les « *dispositions particulières relatives aux personnes en soins psychiatriques sans leur consentement* » (section 3), les « *dispositions particulières aux mineurs hospitalisés* » (section 4) et aux « *détenus hospitalisés* ».

Les informations d'ordre juridique, concernant notamment les personnes en soins sans consentement, sont complètes et précises, avec mention des textes de référence.

Il est précisé que les personnes admises en soins libres ne peuvent se voir imposer aucune limite à leurs droits, notamment à leur liberté d'aller et de venir, à la différence des personnes en soins sans consentement qui peuvent être soumises à des restrictions « *adaptées, nécessaires et proportionnées* » de leurs libertés individuelles.

Concernant les personnes détenues hospitalisées, le règlement intérieur fait référence au code de procédure pénale mais indique, sans plus de précision, que « *les mesures restrictives auxquelles le détenu est soumis dans l'établissement pénitentiaire sont maintenues au cours de l'hospitalisation* ». L'instruction interministérielle Justice/Santé⁸, qui définit le guide méthodologique de prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, n'est en revanche pas mentionnée (cf. *infra* § 8.2).

Les contrôleurs ont pu constater que le règlement intérieur était un document inconnu pour la plupart des patients. Les cadres de santé ont indiqué n'être jamais sollicités par un patient demandant à le consulter. Dans plusieurs unités (« Les Cèdres », « Les Tilleuls »), aucun exemplaire n'a été imprimé pour être mis à la disposition en cas de demande de consultation.

Recommandation

Le règlement intérieur doit être complété sur le sujet de l'hospitalisation des personnes détenues et faire l'objet d'une meilleure diffusion auprès des patients.

En réponse à cette recommandation, le plan d'actions mis en œuvre par la direction du CH annonce son intention de « compléter le règlement intérieur de l'établissement (partie "Prise en charge des patients") par un paragraphe portant sur l'hospitalisation des personnes détenues » et d' « inclure dans le livret d'accueil du patient un paragraphe sur les modalités d'accès au règlement intérieur ».

⁸ Référence de l'instruction en vigueur : 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.

5.2 UN LIVRET D'ACCUEIL INCOMPLET POUR LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

Dans son paragraphe relatif aux droits des patients, le volet médical du projet d'établissement indique « *la remise aux patients dans chaque unité d'hospitalisation de supports d'information sur les pratiques de restriction de liberté* ».

5.2.1 Le livret d'accueil du centre hospitalier

Le livret d'accueil remis aux patients est un document, dont la dernière version réactualisée était en cours de diffusion au moment du contrôle. Le document prochainement diffusé comprend vingt pages de présentation générale avec une carte utile pour se rendre au CH et un plan de l'établissement.

Les informations concernant le séjour, les activités et loisirs, les droits des patients, « *quelques règles de vie en commun et de sécurité* » et la sortie donnent lieu à de brèves généralités, contenues chacune dans une seule page. La dernière partie est consacrée aux différentes chartes en vigueur dans les hôpitaux et autres services publics.

Les valeurs affirmées dans le projet d'établissement et dans le règlement intérieur ne sont pas reprises dans le livret d'accueil.

Aucune précision ne figure sur les modes d'admission en soins sans consentement, sauf une invitation à se référer à la décision devant être notifiée. Les voies de recours et les autorités de contrôle ne sont pas non plus mentionnées.

Recommandation

Le livret d'accueil doit être complété d'une fiche d'informations relatives à l'hospitalisation en soins sans consentement, incluant une mention des voies de recours et des autorités de contrôle ainsi que les coordonnées de ces dernières.

En réponse à cette recommandation, le plan d'actions mis en œuvre par la direction du CH rappelle son intention de « compléter le livret d'accueil par un chapitre portant sur les droits des patients hospitalisés sans leur consentement. » (cf. supra § 3.1.1)

Dans la plupart des unités, le livret d'accueil est remis à l'arrivée du patient. Le patient de l'unité « Les Lilas » le trouve dans sa chambre. En revanche, l'unité « La Calanque » ne le remet pas car les patients proviennent le plus souvent d'autres unités.

5.2.2 Les règles de vie en unité

Chacune des unités a élaboré un document en général intitulé « *règles de vie* » d'une seule page pour « Les Lilas », trois pages pour « Les Cèdres » et « Les Lavandes », six pages pour « Les Tilleuls ». Dans cette dernière, les règles de vie ont été travaillées par l'équipe pluridisciplinaire.

La plupart comporte les mêmes rubriques : heures d'ouverture du service, de remise des traitements, des repas ou des visites, effets personnels, entretien du linge, tabac, téléphone, courrier etc.

Tous mentionnent les interdictions : la consommation d'alcool et de produits stupéfiants, le stockage en chambre de denrées alimentaires, l'enregistrement audio-phonique et photographique. Aucune ne fait état de patients détenus.

Les règles de vie de l'unité « Les Cèdres » comportent un développement à la « vie communautaire », un autre sur les « consignes médicales » pouvant donner lieu à des restrictions (pyjama, sorties, appels téléphoniques, visites, accès aux effets personnels) ; celles de l'unité « Les Tilleuls » présente les différentes activités. La question de la sexualité n'est jamais abordée.

Les documents de présentation des règles de vie ne sont pas toujours datés. Il en est ainsi à l'unité « Les Lavandes » où certaines règles devraient être mises à jour ; il est, par exemple, mentionné que les téléphones portables doivent être déposés au bureau infirmier alors que, dans la réalité, les patients en disposent librement.

Dans certaines unités (« Les Cèdres », « Les Lilas », « Les Tilleuls »), le document n'est pas systématiquement remis mais présenté lors de l'entretien infirmier d'accueil.

Les règles de vie sont affichées dans la plupart des unités.

5.3 UNE OUVERTURE EN JOURNEE DE TOUTES LES UNITES D'HOSPITALISATION PERMETTANT AUX PATIENTS UNE LIBRE CIRCULATION AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

Le centre hospitalier occupe un vaste domaine, d'une superficie de 17 hectares, avec une entrée unique, où s'effectue le filtrage des accès, notamment des véhicules qui doivent franchir une barrière. L'enceinte grillagée du parc est abîmée dans plusieurs endroits, ce qui permet des points de passage incontrôlés et des intrusions intempestives. La maîtrise totale, depuis le poste de contrôle situé à l'entrée de l'établissement, des allées et venues au sein du parc, est illusoire, d'autant que l'interruption du financement des emplois aidés en fin d'année 2017 a eu pour conséquence le départ des seize agents contractuels qui formaient le groupe de sécurité.

De fait, comme il a été dit aux contrôleurs qui ont pu le constater par eux-mêmes, le domaine est investi par des personnes extérieures à l'hôpital « *pour y vendre des produits stupéfiants ou pour racketter des personnes vulnérables* ». Les points considérés les plus sensibles se situent aux abords de la cafétéria et du service des majeurs protégés, lorsque les personnes viennent y retirer de l'argent.

Le personnel de nuit a aussi fait part de son inquiétude face à cette insécurité. Afin de se protéger d'éventuelles intrusions à l'intérieur de pavillons qui ne ferment plus, certains construisent de véritables échafaudages par un empilement de tables et de chaises au niveau des accès (cf. *infra* § 6.1.1).

Cette configuration favorise également la déambulation libre des patients qui bénéficient avec ce parc arboré d'un cadre agréable.

Toutes les unités sont ouvertes pendant la journée. Les horaires d'ouverture sont différentes selon les unités : entre 6h à 19h à l'unité « La Calanque », où les portes peuvent aussi être ouvertes sur demande de 19h à 21h, ou jusqu'à 21h (« Les Cèdres », « Les Tilleuls »), entre 6h15 et 18h45 à l'unité « Les Lilas », entre 7h30 et 18h45 à l'unité « Les Lavandes ». Dans certaines unités, la porte est fermée pendant les heures de repas.

Le patio est accessible aux patients jusque tard dans la soirée, aux alentours 23h, voire au dernier coucher d'un patient.

Il est indiqué aux patients en soins sans consentement qu'ils ne doivent pas quitter l'enceinte de l'hôpital. Les règles de vie de l'unité « Les Tilleuls » prévoient que les circulations dans l'unité et dans l'hôpital des patients sont soumises à l'accord du médecin mais qu'il est possible de se rendre seuls à la cafétéria selon leur état clinique : « *s'ils ne sortent pas, ils savent qu'ils peuvent sortir* ».

L'ouverture des unités de soins constitue une des « *valeurs fondamentales* » portées par le projet d'établissement (cf. *supra* § 2.5.1) et est un principe ardemment défendu par le personnel médical et soignant : « *l'ouverture nous oblige à obtenir l'adhésion du patient* ». Si le risque de fugue existe, il est « *assumé* ». Dans un paragraphe relatif aux soins sans consentement, le même document affirme que la prise en charge de patients détenus s'effectue « *sans atteinte au principe fondamental de l'ouverture des unités de soins* ».

Bonne pratique

Les règles d'ouverture des unités de soins et leur respect par le personnel garantissent la liberté d'aller et venir des personnes hospitalisées, notamment celles en soins libres.

5.4 DES CONTRAINTES DANS LA VIE QUOTIDIENNE PROPRES A CHAQUE UNITE MAIS APPLIQUEES SANS DOGMATISME

Certaines contraintes sont inhérentes à la vie en communauté, telles que la fixité des horaires des repas, l'obligation de les prendre collectivement ou de respecter un plan de table. De même, il est en principe interdit d'aller dans une autre chambre que la sienne.

D'autres résultent de la législation en vigueur : ainsi, l'autorisation de fumer est circonscrite aux espaces extérieurs ou dans le patio de l'unité.

Les patients se plaignent particulièrement de ne pouvoir accéder à leur chambre dans la matinée pendant les heures de nettoyage. Les horaires diffèrent selon les unités : entre 10h et 12h (« Les Tilleuls ») ou 12h30 (« Les Lilas ») ou 12h45 (« Les Cèdres ») ou 13h (« Les Lavandes ») ; entre 9h et 13h sauf le week-end (« La Calanque »). Cette règle ne concerne pas les chambres du rez-de-chaussée dans les unités « Les Cèdres » et « Les Lilas » mais seulement celles situées à l'étage. Lors de la réunion communautaire – appellation des réunions soignants-soignés – à laquelle les contrôleurs ont pu assister au sein de l'unité « Les Cèdres », il a été indiqué aux patients présents que la fermeture des chambres le matin permettait une meilleure disponibilité pour les entretiens médicaux et favorisait leur socialisation.

Toutefois, la position n'est pas dogmatique et l'accès à sa chambre reste possible quand une personne le demande et qu'elle va mal.

En fonction de leur état clinique, des personnes sont soumises au port d'un pyjama. Dans l'unité « Les Cèdres », on parle de patients en « pyjama pavillon » à propos de ceux à qui est signifié qu'ils ne doivent pas sortir de l'unité ; au moment du contrôle, deux patients de l'unité « Les Lilas » et deux autres de l'unité « Les Lavandes » étaient en pyjama et restaient cantonnés dans l'unité ou à ses abords. Le personnel ne se tenant pas à la porte pour surveiller ou filtrer, il arrive que des patients s'éloignent : « *Ils respectent en général ; sinon, on reprend cela avec eux* ».

5.5 UNE ATTENTION A LA COMMUNICATION DES PATIENTS AVEC LEURS PROCHES MAIS DES MODALITES POUVANT ETRE AMELIOREES

5.5.1 Les visites

Les visites sont autorisées l'après-midi, les horaires variant d'une unité à une autres : entre 14h et 18h à « La Calanque », à partir de 15h à « L'Etoile » mais jusqu'à 19h à l'unité « Les Tilleuls », entre 15h et 19h à l'unité « Les Lilas ». L'unité « Les Lavandes » les autorise entre 14h15 et 18h30 mais aussi en matinée (10h-11h30) les dimanches et jours fériés.

Le droit de recevoir peut toutefois être restreint :

- pour les enfants de moins de 14 ans, qui ne sont pas autorisés à entrer dans l'unité « Les Cèdres » (idem à l'unité « Les Lilas » pour ceux de moins de 15 ans dont les visites ont lieu au secrétariat de l'unité « plus neutre ») ;
- pour les patients en chambre d'isolement (« Les Lilas »), alors que les visites familiales y sont possibles aux unités « Les Lilas » et « Les Tilleuls » ;
- pour ceux dont le médecin estime que leur état de santé ne leur permet pas : quatre patients sur les vingt et un présents à l'unité « Les Cèdres » n'étaient pas autorisés à avoir de la visite au moment du contrôle, aucune exception en revanche aux unités « Les Lavandes » et « La Calanque ».

Les visites sont en général possibles dans les locaux collectifs des unités (salle à manger, patio, salle d'activité) et donc pas dans les chambres (à l'exception des chambres du rez-de-chaussée à l'unité « Les Lilas ».

Sauf à l'unité « Les Cèdres », il existe partout une salle de visite correctement équipée. Celle de l'unité « Les Lilas », situé dans un recoin exigü, s'apparente davantage à une salle d'attente. Un contrôleur a vu, le 11 janvier, un cafard dans le salon de visite de l'unité « Les Tilleuls ».

Sauf s'il pleut, les visites se déroulent plutôt à l'extérieur de l'unité (parc, cafétéria).

5.5.2 Le téléphone

Dans toutes les unités, le patient dispose librement de son téléphone portable, sauf prescription médicale contraire et lors d'un séjour en chambre d'isolement. Au moment du contrôle, vingt-deux patients sur les vingt-trois présents à l'unité « Les Lilas » étaient autorisés à conserver leur portable, seize sur dix-sept à l'unité « Les Lavandes », tous l'étaient à l'unité « La Calanque ». Des soignants ont soulevé la difficulté des sollicitations intempestives de portables entre patients, notamment de la part de ceux qui n'en possèdent pas.

Les règles de vie rappellent l'interdiction de photographier et d'enregistrer.

Les patients peuvent recevoir ou transmettre des appels sur une ligne du CH, notamment à l'unité « Les Cèdres » qui n'est pas dotée d'une cabine téléphonique. L'absence de deuxième ligne téléphonique constitue une gêne lorsque les patients attendent un appel ou veulent téléphoner alors que la seule ligne disponible est utilisée par le personnel.

Lorsqu'ils existent au sein des unités, les postes téléphoniques n'offrent pas des conditions d'utilisation confortables et respectueuses de la confidentialité : celui de l'unité « Les Lilas » est fixé au mur au milieu du hall (une demande de pose d'une coque aurait été faite), celui de l'unité « Les Tilleuls » est au bout d'un couloir (avec transit des appels *via* le bureau infirmier), celui de « L'Etoile » se trouve dans la salle à manger. Les contrôleurs ont toutefois noté dans une unité qu'une jeune femme en pleurs avait été installée dans un bureau pour recevoir un appel de sa famille.

5.5.3 Le courrier

Aucune restriction ni contrôle de courrier n'a été relevée.

Le papier à lettres et les enveloppes sont fournis. L'affranchissement est pris en charge par le CH.

Le courrier est déposé au bureau des entrées, s'il n'est pas posté directement par les patients.

5.5.4 L'accès à internet

Dans la plupart des unités, les patients sont en principe autorisés à conserver leur ordinateur, sauf prescription médicale contraire, sous leur responsabilité (« Les Cèdres », « Les Tilleuls ») ; en réalité, peu en ont.

Les médecins de l'unité « Les Lilas » affichent en revanche une Interdiction de principe arguant d'une utilisation compulsive, nuit et jour, et de visionnage de programmes problématiques (jeux de guerre notamment).

Certains patients bénéficient d'une tolérance pour leur tablette.

Le CH n'est pas équipé de wifi pour les patients.

En revanche, les patients peuvent utiliser chaque jour deux ordinateurs équipés d'un accès Internet illimité et à haut débit, avec si besoin l'aide des soignants de la cafétéria.

Recommandation

Les conditions dans lesquelles les patients et leurs proches communiquent doivent être améliorées : espaces de visite plus accueillants, postes téléphoniques plus confidentiels, installation d'un réseau wifi pour les patients.

En réponse à cette recommandation, le plan d'actions mis en œuvre par la direction du CH annonce son intention de « poursuivre l'amélioration des conditions d'accueil et de vie des patients dans les unités de soins. »

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 UNE ARCHITECTURE DES BATIMENTS ADAPTEE AU PROJET HOSPITALIER MAIS UN ETAT DE DEGRADATION DES LOCAUX IMPACTANT GRAVEMENT LA QUALITE D'ACCUEIL

6.1.1 Les unités d'hospitalisation

Chaque secteur est doté d'une unité administrative et d'une unité d'hébergement, conçue dans un pavillon de deux niveaux, l'étage de l'unité « Les Lilas » étant désaffecté au moment du contrôle.

La configuration des locaux est globalement identique dans toutes les unités : le rez-de-chaussée comprend, en général, les chambres d'isolement, celles pour personnes à mobilité réduite, les salles de télévision, la salle à manger avec cuisine attenante, le local de pharmacie, le salon de visite et les locaux pour le personnel (bureaux, salle de soins infirmiers) ; l'étage regroupe la plupart des chambres (individuelles ou doubles comme à l'unité « Les Tilleuls »), les sanitaires (toilettes, salles de bains) mais parfois aussi deux vestiaires et une bagagerie (« Les Lavandes », « Les Cèdres »), un local de reprographie (CACC) ou des locaux pour les ASH (« La Calanque », « Les Lilas »).

Si des travaux importants ont pu être réalisés dans certaines unités (« La Calanque » ou « Les Tilleuls » à la suite d'un incendie) ou plus spécifiquement sur les zones d'isolement, les locaux des unités d'hospitalisation présentent, dans leur ensemble, un état dégradé ; ceux des unités « Les Lavandes » et « Les Lilas » sont vétustes et insalubres : eaux usées stagnant au sol, murs fissurés, plafonds « camouflés » par la pose de faux plafonds, peintures gondolées ou écaillées, fenêtres ne fermant plus, portes et boiseries d'origine fragiles au point de ne pas être un obstacle aux intrusions. Il en résulte des inégalités de traitement pour les patients, ainsi que pour le personnel, selon leurs unités d'affectation.

L'entretien courant est difficile pour les ASH pour un résultat insatisfaisant qui ne peut pas compenser le mauvais état des locaux. La situation des deux unités rend illusoire toute maintenance corrective et nécessite une réhabilitation complète. Selon les indications recueillies, des travaux devraient être entrepris dans l'unité « Les Lavandes » pour 2019-2020, ce qui apparaît trop tardif.

6.1.2 Les chambres et les sanitaires

Les patients des unités « Les Lavandes » et « Les Lilas » sont hébergés dans des conditions indignes : l'étroitesse des chambres impose que une installation des lits face-à-face, les patients n'y disposent pas de sonnettes d'appel, certaines chambres n'ont qu'un seul lavabo, les salles de bains doivent être partagées et sont de surcroît dépourvues de portes, les douches sont si exiguës que des personnes ont du mal à s'y glisser, des équipements basiques n'existent pas ou n'ont pas été remplacés (patères, porte-serviettes).

Recommandation

Les unités « Les Lavandes » et « Les Lilas » doivent, sans délai, faire l'objet d'une réhabilitation complète afin d'être en mesure d'offrir des conditions d'hébergement dignes et respectueuses des personnes.

En réponse à cette recommandation, le plan d'actions mis en œuvre par la direction du CH annonce son intention de « poursuivre le plan de réhabilitation des unités de soins. »

Dans les autres pavillons, la situation est hétérogène.

Dans l'unité « Les Tilleuls », les vingt chambres individuelles et les deux chambres doubles sont dotées de salles d'eau avec douche et toilettes mais ne disposent pas de boutons d'appel. Dans six d'entre elles, les placards sont dépourvus de clé et des meubles manquent. Il a été indiqué qu'il était procédé rapidement au remplacement des ampoules défectueuses mais que les toilettes pouvaient rester bouchées plusieurs jours.

Dans les unités « La Calanque » et « Les Bougainvillées », toutes les chambres sont individuelles et disposent de salles d'eau correctement équipées et de toilettes. Les patients peuvent fermer leur chambre et détiennent la clé de leur placard individuel de chambre. Seules les deux chambres réservées aux patients à mobilité réduite sont équipées d'un bouton d'appel.

Dans l'unité « Les Cèdres », quatre chambres sur les vingt-deux ont été repeintes. Elles disposent toutes de toilettes et de douches mais les salles d'eau sont inégalement loties de patères. Dans les chambres, les placards ne peuvent tous fermer à clefs mais certains sont détériorés. Il n'y a pas de bouton d'appel.

Dans certaines unités (« Les Cèdres », « Les Lilas »), les sanitaires collectifs ne disposent pas de dispositif d'évacuation des eaux usées au sol, ce qui contraint les ASH à faire courir les eaux usées du ménage, de même que les produits détergents, le long d'un couloir sur plusieurs mètres et à traverser un salon pour accéder au point de vidange le plus proche.

Les patients ont en charge l'achat de leurs produits d'hygiène ; ceux qui en ont besoin ont toutefois la possibilité de bénéficier de produits de dépannage (savon, rasoir, gel douche, mousse à raser, shampoing, etc.) gracieusement remis par le CH. Il est possible d'acheter des produits de première nécessité à la cafétéria.

L'entretien du linge plat est confié à la buanderie de l'AP-HM. Si la famille ne peut pas s'en occuper, le linge des patients est lavé et séché dans les unités par les patients aidés des ASH et des infirmiers. Un vestiaire de dépannage est constitué dans chaque unité, qui dispose chacune d'une buanderie, dont les murs et les sols sont plus ou moins dégradés suivant les unités.

6.1.3 Le parc et les équipements collectifs

Chaque unité est dotée d'un patio agréablement aménagé. Les clôtures en fer forgé ont été conçues « en veloutes » ce qui est très esthétique mais certaines d'entre elles usées se cassent régulièrement, suscitant une crainte d'intrusion supplémentaire.

Le parc est entretenu par un ESAT⁹ et une entreprise privée, les patios des unités par les jardiniers de l'hôpital. L'environnement est agréable et doté d'équipements collectifs, dont la cafétéria, qui permettent aux patients d'avoir ou de retrouver une vie sociale.

Des activités de sociothérapie sont organisées au sein de la cafétéria, qui comprend, outre la partie « bar et télévision », deux salles d'activité, une cuisine, un atelier de peinture et un salon de coiffure, où se rendent, le deuxième jeudi du mois, les patients qui se trouvent dans l'incapacité de se déplacer.

⁹ Etablissement et Service d'Aide par le Travail.

Le bâtiment de la documentaliste, qui regroupe une salle de formation et de documentation au rez-de-chaussée et la salle de spectacle à l'étage, reçoit quotidiennement patients et soignants. A proximité, se trouve le gymnase, qui dispose de deux salles, deux vestiaires et deux sanitaires.

6.2 UNE RESTAURATION DE QUALITE

Les repas sont préparés dans les cuisines centrales situées au sein de l'hôpital et sont livrés tous les jours, sauf le dimanche. Il est possible de commander des pique-niques et des extras pour les sorties ou des événements festifs. Leur qualité est globalement appréciée.

A côté d'offices pas tous très fonctionnels, les salles à manger sont agréables et suffisamment spacieuses afin d'avoir la possibilité de préserver un espace spécifique pour un patient. Les repas s'y déroulent, avec quelques variantes selon les unités, autour de 8h, de 11h45 et de 18h45, une collation étant servie vers 16h et une tisane proposée en soirée. L'ambiance y a été décrite comme conviviale.

Dans toutes les unités, les patients peuvent disposer de biscuits ou friandises. La vigilance s'exerce sur ce point autour des questions diététiques et d'hygiène sans interdiction formelle.

Deux difficultés logistiques ont été relevées : d'une part, dans certaines unités (en particulier « Les Cèdres »), l'exiguïté des locaux posent des problèmes de stockage, les produits secs devant être rangés dans la buanderie ; d'autre part, les ASH, qui sont en charge de l'entretien et des repas, ne sont pas en mesure de changer de blouse entre ces deux activités.

6.3 UNE GESTION DES BIENS DES PATIENTS ASSUREE PAR DES AGENTS DISPONIBLES

A leur arrivée, les patients sont invités à déposer leurs espèces et les objets de valeur au coffre du bureau des entrées. Les familles peuvent en permanence y déposer directement de l'argent. La traçabilité des dépôts et retraits est parfaitement assurée.

La régie est ouverte aux patients quatre jours par semaine¹⁰, ce qui est apparu répondre à leurs besoins, d'autant que la réceptivité du personnel aux difficultés rencontrées par les uns et les autres a été relevée par les contrôleurs.

Le service des tutelles de l'hôpital assure directement la gestion des comptes des patients protégés en lien avec la trésorerie de Frais Vallon dans le 13^{ème} arrondissement de Marseille. Les difficultés rencontrées avec l'union départementale des associations familiales (UDAF) des Bouches-du-Rhône ont provoqué l'arrêt de toute collaboration avec cet organisme qui, selon les indications recueillies, « se déchargeait de la gestion des comptes sur l'hôpital ». Un courrier a été adressé en ce sens au préfet en décembre 2017.

Dans les unités, les patients peuvent garder avec eux une petite somme d'argent (en général moins de 30 euros). Toutes les chambres n'étant pas équipées de placard fermant à clé (cf. *supra* § 6.1.2), cet argent est conservé au niveau des bureaux infirmiers, la traçabilité des dépôts étant correctement assurée.

¹⁰ Le lundi et le mardi de 13h à 15h30, le jeudi de 8h30 à 15h30 et le vendredi entre 13h et 15h.

6.4 DES ACTIVITES ACCUEILLANT PATIENTS, SOIGNANTS ET HABITANTS

6.4.1 Les activités organisées au niveau de l'hôpital

a) La sociothérapie

Telle qu'elle se pratique à l'hôpital Valvert depuis une quarantaine d'année, la psychothérapie institutionnelle est organisée au sein d'une unité dite de « sociothérapie », qui favorise le déplacement des patients vers les locaux de la sociothérapie cinq jours par semaine, dont le dimanche.

L'équipe est composée de 4 ETP d'infirmiers, dont certains sont détenteurs du brevet de sport adapté, d'1,8 ETP d'ASH (sur un effectif théorique de 2 ETP) et 0,5 ETP d'art-thérapeute. Avec le soutien d'un médecin et d'un cadre du secteur 7, dont dépend la sociothérapie, l'équipe anime la cafétéria, gère un planning d'activités et d'intervenants, donnant à cet espace un caractère quasi villageois, avec sa petite place très fréquentée, et constitue un lieu de réapprentissage du vivre ensemble.

Pour que le travail de restauration du lien social et d'appartenance à un groupe soit engagé, il faut que la communauté hospitalière soit capable d'offrir « *un ensemble de contacts diversifiés* », que la « *liberté de circulation entre des lieux structurés différemment soit effective* » disent les soignants. C'est la raison pour laquelle, il n'est point besoin de recourir à l'hôpital Valvert aux prescriptions médicales de type « activités thérapeutiques ».

Les pratiques partagées d'activités diverses sont thérapeutiques « *grâce à un rapport plus égalitaire entre les soignants et les soignés, une reconnaissance sociale et citoyenne, une socialisation, une liberté de déplacement, et donc de responsabilisation* » (cf. dossier sociothérapie dans le magazine de l'hôpital Valvert « Vagabondages, juin 2017).

Chaque infirmier de la sociothérapie est référent d'une unité et participe à ce titre à la réunion hebdomadaire.

Les bilans d'activité de la sociothérapie font état d'une fréquentation d'environ un tiers des patients par jour. La journée du dimanche, considérée comme particulièrement sensible, fait l'objet d'une vigilance appropriée.

Outre la vie sociale de la cafétéria et de ses abords, qui peut être mesurée par quelques 67 000 « consommations au comptoir » par an, les activités hebdomadaires telles que le vélo (71 séances pour 2016 donnant lieu à 379 prises en charge), la relaxation (125 prises en charge), les ateliers journaliers, qui accueillent à l'année plus de 700 patients, font de l'espace de sociothérapie un support institutionnel d'exception.

Il attire et suscite de l'intérêt bien au-delà de l'enceinte hospitalière : des activités nautiques sont organisées avec la société nautique de Marseille ; l'association « culture du cœur » co-organise des sorties dans les sites culturels marseillais (musée Cantini, MUCEM, théâtre Toursky) ; un abonnement au stade de l'Olympique de Marseille permet aux patients de suivre quelques matchs de football.

De séjours extérieurs et des camps sont organisés trois fois par an. Ils permettent chaque fois de rassembler une cinquantaine de patients de différentes unités, dont des patients en SDRE. Les hôpitaux du secteur où se déroule le séjour sont informés et associés à la gestion des risques induits par ces déplacements.

La salle de spectacle et de cinéma de 300 places, conçue en 1975 avec un projecteur 35mm devenu obsolète, a été rééquipée ; depuis lors, l'objet, « devenu inutile », a été réutilisé en art-thérapie tandis que les séances de cinéma du jeudi se poursuivent depuis plus de 40 ans.

Bonne pratique

La sociothérapie participe d'une prise en charge thérapeutique globale des personnes hospitalisées en reconnaissant les risques d'isolement social dont elles font l'objet et en retissant tous liens d'appartenance à la communauté intra et extra-hospitalière.

b) L'association « Ose l'art »

En 2006, la crainte de voir la communauté hospitalière s'engager dans un mouvement de fermeture des hôpitaux a poussé quelques médecins, soignants et administratifs à créer l'association « Ose l'art ». Une attachée culturelle recrutée par l'association en assure l'organisation.

Des créateurs – musiciens, danseurs, peintres, documentaristes – sont invités pour mettre en place des ateliers, rassemblant des patients, des soignants et des habitants, et qui aboutissent à l'organisation d'événements artistiques, dont certains ont été médiatisés.

Association autonome, espace d'innovation soutenue par l'institution, « Ose l'art » participe à son inscription dans la cité en accueillant, par exemple, les enfants des écoles.

Bonne pratique

L'engagement institutionnel, dans le soutien à l'innovation et à la vie associative au sein de l'établissement, concourt à une meilleure prise en charge des patients.

6.4.2 Les activités au sein des unités

Chaque secteur a la possibilité de participer aux activités développées par la sociothérapie ou l'association « Ose l'art » et intègre dans son propre fonctionnement la mise en œuvre de temps d'animation pour et avec leurs propres patients.

Cette approche est assez classique de la gestion du temps d'hospitalisation : prise en charge médicale individuelle assortie d'une programmation assez souple de propositions d'activités hebdomadaires, voire de camps et séjours à l'extérieur. Il est cependant remarquable de constater qu'elle est tenue dans la durée, quelles que soient les circonstances : absence de personnel, groupe de malades particulièrement difficiles.

On notera toutefois une programmation plus soutenue dans les unités recevant majoritairement des patients chroniques.

Parmi la multitude des activités proposées au sein de chaque secteur, on peut citer les ateliers d'esthétique, la musculation, les séances de piscine, la sophrologie, les jeux de cartes, la marche, l'accès sécurisé à du matériel informatique. Toute compétence interne est mobilisée dans l'accompagnement sur les activités externes ou dans l'aménagement du planning au sein des unités.

La fréquentation est très souple, l'inscription n'est jamais prescrite mais se fait lors des réunions communautaires, comme ont pu le constater les contrôleurs, parfois avec l'incitation de soignants pour certains patients. En s'affranchissant de cette notion de prescription d'activité

thérapeutique, les soignants sont obligés de mobiliser les patients. Selon les propos d'un infirmier, les activités permettent d'effectuer « *le petit pas de côté nécessaire à une meilleure approche clinique* ».

6.5 UNE ABSENCE DE PRISE EN COMPTE DE LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS DANS UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

Les règles de vie dans les unités rappellent l'interdiction de se rendre dans une autre chambre que la sienne. Il ressort des entretiens menés lors de la visite que les équipes s'attachent à vérifier que les patients n'aient pas une attitude qui leur nuise, nuise à leur partenaire ou aux témoins éventuels ; sur ce dernier point, chacun s'accorde à dire que la discrétion est de mise.

La question des mises en danger des deux partenaires est abordée au cas par cas et fait partie de l'approche clinique. « *Lorsqu'on voit une relation s'établir, un entretien est organisé avec le médecin pour questionner le consentement et vérifier l'état éventuel de vulnérabilité des personnes concernées. Cette situation se produit rarement* ». La prévention des grossesses est aussi abordée au cas par cas.

Des préservatifs sont disponibles dans les salles de soins infirmiers, plus ou moins mis en évidence selon les unités.

Il a été indiqué que la vie sexuelle des patients n'était jamais abordée en réunion communautaire ou lors de séances d'informations. De même, elle ne fait l'objet d'aucun travail institutionnel, ce qui laisse chaque secteur apprécier les situations à sa façon.

Recommandation

La vie sexuelle et affective des patients est une liberté fondamentale. Une réflexion institutionnelle doit permettre la mise en place d'une organisation respectueuse de la vie privée tout en garantissant la qualité du soin et la sécurité des personnes.

En réponse à cette recommandation, le plan d'actions mis en œuvre par la direction du CH annonce son intention d' « engager une réflexion institutionnelle permettant une organisation respectueuse de la vie privée des patients ainsi que la qualité du soin et la sécurité des personnes (vie sexuelle et affective notamment). »

7. LE RESPECT DE L'INTEGRITE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

7.1 DE BONNES CONDITIONS D'ADMISSION SAUF POUR LES PATIENTS DETENUS

Les patients en soins sans consentement sont conduits dans les unités d'admission, après leur passage aux urgences des centres hospitaliers de l'agglomération Marseillaise, Aubagnaise et Ciotadenne, le centre d'accueil de crise et de consultations (CACC) ne recevant que les patients susceptibles d'être admis en soins libres. Le personnel infirmier des structures d'urgences psychiatrique des hôpitaux d'Aubagne et de La Ciotat appartient au CH Valvert, ce qui permet de faciliter les admissions.

Les patients en soins sans consentement sont immédiatement pris en charge dans une des unités d'admission du CH Valvert par un ou deux infirmiers, pour un premier entretien infirmier et pour remplir la fiche d'admission. Dans le délai le plus bref, le but étant de le limiter à un quart d'heure d'attente, les patients sont examinés par le médecin psychiatre en présence d'un des infirmiers ou de l'infirmier qui a assuré l'accueil.

Le placement en chambre d'isolement ne revêt pas de caractère systématique, ni la mise en pyjama. Dans les premières heures et les premiers jours, la liberté de circulation des patients dans le patio et aux abords de l'unité est privilégiée. La conservation du téléphone portable est la norme, comme l'autorisation de recevoir des visites, sauf décision médicale contraire.

Ces dispositions minimisent le choc de l'hospitalisation, même si des patients en soins sans consentement ont exprimé leur désir de quitter au plus vite le CH.

En dépit de la bienveillance des soignants, le sort réservé aux patients détenus ne permet pas de diminuer le choc de l'hospitalisation. Ces derniers demandent à rejoindre au plus vite l'établissement pénitentiaire (cf. *infra* § 8).

7.2 UNE CONTENTION JAMAIS UTILISEE MAIS UN RECOURS A L'ISOLEMENT AU DELA DU CARACTERE EXCEPTIONNEL FIXE PAR LA LOI

7.2.1 La contention

Les valeurs fondamentales contenues dans le projet d'établissement 2016-2020 en matière de contention sont ainsi définies : « **L'opposition totale à toute pratique de contention physique. Une éthique rigoureuse des pratiques impose de ne pas utiliser la contention physique. Une telle pratique, toujours susceptible d'aggraver l'état d'un patient, traduit de plus l'impuissance de l'équipe soignante dans sa fonction contenante, ce qui est quand même problématique dans un lieu de soins psychiatriques** ».

Les contrôleurs ont constaté que la réalité est conforme au projet d'établissement : aucun matériel de contention n'existe dans les unités. Les transports des personnes détenues depuis les établissements pénitentiaires vers le CH de Valvert sont assurés sans contention.

Bonne pratique

L'absence totale de contention physique se traduit par l'absence de matériel de contention physique.

7.2.2 Les chambres d'isolement

Les quatre unités d'accueil – « Les Cèdres », « Les Tilleuls », « Les Lilas », « Les Lavandes » – disposent chacune de deux chambres d'isolement (CI) refaites en 2016. Les autres unités d'hospitalisation à temps plein – « L'Etoile », « La Calanque », le CACC – n'en possèdent pas.

Les CI ont été refaites selon le même plan avec de légères variantes. Les deux chambres sont implantées dans une des ailes du rez-de-chaussée et sont isolées du reste de l'unité. Elles ont un double accès : depuis le couloir et depuis l'espace qui sépare les deux CI.

Cet espace comporte une partie destinée aux repas des patients ou à des entretiens, avec une table et deux sièges fixés au sol, et une autre partie avec des sanitaires : un lavabo, deux douches (une préservant l'intimité du patient – la pomme de douche étant encastrée dans le mur –, une autre destinée à permettre aux soignants de laver le patient assis sur un siège – la pomme de douche étant fixée sur un flexible). Aucune patère ni aucun porte-serviettes n'existe. Deux grands placards permettent de ranger les affaires des patients en CI – les patients conservant leurs chambres dans leur unité. La vitre de cette espace, placée au-dessus du lavabo, est également opacifiée.

Les CI comportent un lit fixé au sol, un lavabo et un WC. Ceux-ci ne sont pas visibles depuis les fenestrons des différentes portes. Ces fenestrons comportent des volets mobiles manœuvrables depuis le couloir.

La vitre de la fenêtre est opaque. Le champ de vision du patient est donc limité. Le volet roulant de la fenêtre n'est pas manœuvrable. Une horloge est placée soit derrière une vitre dans la chambre soit dans le couloir, dans ce cas elle est visible si les volets du fenestron de la porte sont ouverts – l'horloge n'est pas visible pour le patient allongé sur le lit.

L'éclairage est assuré par un plafonnier et par une veilleuse. Les interrupteurs sont placés à l'extérieur des CI. Le 11 janvier 2018, la veilleuse des CI des Lavandes ne fonctionnait pas.

Les chambres d'isolement sont équipées d'un bouton d'appel qui n'est pas accessible à un patient alité. Il déclenche une sonnette et une alarme lumineuse dans le local infirmier. A l'unité « Les Lavandes », le bouton était en état de marche le 11 janvier 2018.

Les CI ne comportent aucun autre mobilier. Si un entretien, un examen médical ou des soins doivent se passer dans la CI, le visiteur ne peut pas s'asseoir.

Elles ne sont pas équipées de téléviseur ni de poste de radio. A l'unité « Les Tilleuls », un poste de radio était placé dans l'espace entre les deux CI, les réglages étant assurés par les soignants.

Les CI sont climatisées à 25° C environ. La température peut être changée par les soignants.

Aucun accès vers l'extérieur – patio ou parc du CH – n'est possible. Les patients fumeurs sont autorisés à fumer dans l'espace prévu pour les repas ou, le cas échéant, pour les unités qui pratiquent les sorties séquentielles, dans le patio en présence de soignants.



*Le lit et la fenêtre de la CI à l'unité
« Les Lavandes »*



*Le bloc sanitaire dans la CI de l'unité
« Les Lavandes » avec l'horloge*



*L'espace salle à manger et entretien
de l'unité « Les Tilleuls »*



*L'espace salle à manger et entretien
de l'unité « Les Lavandes »*



Les sanitaires communs aux deux CI



*La douche pour les patients ne
pouvant se laver seul*

Recommandation

Les chambres d'isolement devraient comporter une possibilité de sortie vers l'extérieur afin que le patient puisse se promener. Les fenêtres devraient permettre de regarder dehors. Les boutons d'appel doivent être accessibles à un patient alité, les horloges doivent être visibles de la même façon. La mise en place d'un siège dans la CI devrait permettre au patient de s'asseoir ailleurs que sur son lit ou à un visiteur d'échanger avec le patient alité en étant assis. Des patères doivent être installées dans les sanitaires.

En réponse à cette recommandation, le plan d'actions mis en œuvre par la direction du CH annonce son intention d' « améliorer les conditions de vie en isolement thérapeutique. »

Les contrôleurs n'ont pas vu de cahier d'enregistrement des passages des infirmiers et donc de la surveillance des patients en CI. Ces informations n'apparaissent que dans les dossiers des patients ; elles ne sont pas enregistrées dans l'application Cariatides. Il n'est donc pas possible d'évaluer les pratiques professionnelles.

Dans ses observations en réponse au rapport de constat, la direction indique que les passages et la surveillance infirmière sont inscrits dans le dossier informatisé du patient.

Recommandation

Les passages des infirmiers pour surveiller les patients placés dans les chambres d'isolement doivent être enregistrés, et donc apparaître dans le registre d'isolement, de façon à vérifier que leur surveillance est effective et à évaluer les pratiques professionnelles.

En réponse à cette recommandation, le plan d'actions mis en œuvre par la direction du CH annonce son intention de « tracer le passage des infirmiers dans les chambres d'isolement dans le logiciel Cariatides. »

7.2.3 Le registre d'isolement

Les valeurs fondamentales contenues dans le projet d'établissement 2016-2020 en matière d'isolement sont ainsi définies « **Le recours à l'isolement fondé sur des arguments cliniques, et non sur le type de mesure de soins psychiatriques (à l'exception des détenus hospitalisés au titre de l'article D398 du Code de Procédure Pénale à leur admission) [...] [Une telle pratique] implique une réflexion permanente des équipes pour allier les exigences de sécurité des personnes et de liberté** ».

L'examen des données extraites de l'application Cariatides n'a validé que partiellement le principe définit ci-dessus.

Le choix de ne pas tenir de registre sous forme papier dans les unités n'est pas compensé par la tenue du registre sous forme informatique *via* Cariatides. Les données extraites de cette application n'ont pas permis d'obtenir de données certaines sur les points suivants :

- les créneaux horaires des prises des décisions médicales, afin de connaître les moments où elles sont le plus fréquemment prises, dont en particulier :
 - les créneaux horaires des prises des décisions initiales ;
 - les créneaux horaires des prises des décisions de renouvellement ;
 - les créneaux horaires des prises des décisions d'interruption ;
- la surveillance infirmière, en vue de savoir si elle est effective ou *a contrario* si elle se produit alors que le patient est sorti de la chambre d'isolement.

Les sondages effectués par les contrôleurs ont permis de constater que les patients en soins libres n'étaient pas placés en chambre d'isolement, un tel placement n'intervenant qu'après changement de statut.

Les « résultats de l'audit CI 2014 » montrent que le placement à l'isolement est un sujet de préoccupation pour le CH. L'attention des contrôleurs sur ce document s'est portée sur le nombre d'isolements pour des durées supérieures ou égales à 8 jours ainsi que pour les motifs

de placement. Cet audit fait apparaître que 20,8 % des mesures d'isolement sont prises pour « risque de fugue », motif thérapeutique discutable.

Les statistiques élaborées pour l'année 2017, communiquées aux contrôleurs, font apparaître que la durée moyenne des isolements est de 3,5 jours mais qu'une proportion significative de placements en isolement pour des durées supérieures ou égales à 8 jours – 13 à 14 % – perdure dans deux unités. Ces dernières durées tendent à laisser penser que la mise en isolement ne revêt plus le caractère exceptionnel énoncé par la loi.

Le placement systématique en isolement des patients détenus entre également dans cette problématique.

Recommandation

L'application Cariatides doit être tenue avec rigueur par le personnel médical et par le personnel soignant afin que les pratiques professionnelles puissent être évaluées, comme lors de l'audit de 2014, et sur d'autres sujets tels que les heures de prises de décisions médicales et la surveillance infirmière. La réflexion sur les durées longues (8 jours ou plus) de placement en isolement est à renforcer pour les patients ordinaires comme pour les patients détenus.

En réponse à cette recommandation, le plan d'actions mis en œuvre par la direction du CH annonce son intention de « réaliser un audit portant sur la tenue de l'application Cariatides » et d' « engager une réflexion sur la pertinence des durées de placement à l'isolement supérieures à 8 jours. »

7.3 DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX CONTROLES PAR LE PHARMACIEN

Le logiciel du CH permet au pharmacien de suivre les prescriptions médicales : il génère des alarmes quand les doses dépassent les seuils recommandés ou quand les molécules présentent des incompatibilités.

Les contrôleurs ont constaté que le dialogue entre les médecins prescripteurs était permanent, les médecins n'hésitant pas à appeler le pharmacien. Le pharmacien n'a ainsi relevé aucune contre-indication et n'a pas eu à demander à un médecin une décharge de responsabilité.

Bonne pratique

Les échanges fréquents entre le pharmacien et les médecins prescripteurs à partir des informations fournies par le logiciel de compatibilité des médicaments du CH garantissent la qualité de la prise en charge médicamenteuse des patients et donc de leur dignité.

7.4 DES MEDICAMENTS DISPENSES SANS TOUJOURS UNE PARFAITE CONFIDENTIALITE

La dispensation des médicaments est faite le matin au moment du petit déjeuner le plus souvent dans le bureau infirmier ou la pharmacie, comme dans les unités « Les Lilas » (mais manque de confidentialité), « Les Cèdres », « Les Tilleuls », « La Calanque » mais la porte n'est pas fermée de façon systématique entre chaque patient. Pour les déjeuners et les dîners, la dispensation est assurée soit dans le bureau infirmier ou la pharmacie (« Les Cèdres », « La Calanque ») dans les mêmes conditions que pour le petit déjeuner, soit dans l'entrée de la salle à manger, les patients se succédant devant le pilulier.

Il est donc rare que le patient puisse échanger de façon confidentielle avec un infirmier en ces occasions sur son traitement ou sur un autre sujet.

Recommandation

La confidentialité de la dispensation des médicaments à l'heure des repas doit être mieux assurée. Le but est de préserver quelques instants de tête à tête entre chaque patient et un infirmier à plusieurs temps de la journée.

En réponse à cette recommandation, le plan d'actions mis en œuvre par la direction du CH annonce son intention d' « engager une réflexion pour améliorer la pratique infirmière au moment de la dispensation des médicaments dans les unités de soins. »

7.5 LA POSSIBILITE POUR LES PATIENTS DE CONNAITRE LEUR PATHOLOGIE ET LEUR TRAITEMENT

Les patients reçoivent une information sur leur pathologie lors des entretiens médicaux. La permanence d'un médecin psychiatre dans chaque unité est effective pendant les heures ouvrables et les contacts entre les médecins et les patients sont fréquents. Les patients se font communiquer les certificats médicaux sur leur demande, ces documents sont renseignés des leurs éventuelles observations.

A l'occasion des entretiens médicaux, les médecins peuvent remettre aux patients les fiches descriptives des médicaments, rédigées par le pharmacien du CH. Ces fiches ont été conçues pour être compréhensibles par les patients.

Les contrôleurs n'ont pas vu dans les unités, à la libre disposition des patients, des documents d'information référencés sur les pathologies¹¹.

Le médecin doit informer le patient sur sa pathologie et son traitement, mais son devoir est aussi d'agir au cas par cas en conscience et, tout d'abord, de ne pas nuire.

Les dispositions législatives et réglementaires posent comme principe que toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé, tout en y apportant quelques nuances :

- l'accompagnement par une tierce personne est recommandé pour les patients auxquels la connaissance de certaines informations les concernant pourrait faire courir des risques ;
- une dérogation au principe commun est prévue dans le cadre d'une admission en soins psychiatriques sans consentement en cas de risques d'une gravité particulière ;
- la volonté exprimée par une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves doit être respectée.

Le recours à des brochures d'informations ou à des guides destinés aux patients prend singulièrement toute sa valeur comme support de dialogue entre le médecin, le personnel soignant et le patient, sous réserve que les professionnels de santé soient formés à la gestion de ces situations d'annonce d'un diagnostic ou d'un pronostic grave.

¹¹ Comme en éditent par exemple la Haute Autorité de Santé ou l'association PSYCOM.

7.6 UNE PROCEDURE DE TRAITEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES GRAVES MECONNUE DANS LES UNITES

7.6.1 L'analyse des événements indésirables

La cellule d'analyse des événements indésirables (EI) a fait évoluer le traitement de ces événements depuis 2013 et a augmenté son rythme de travail de six réunions par an en 2013, à dix réunions en 2016 et en 2017.

Le nombre de signalements d'événements indésirables, de toute nature, est passé de 114 en 2013, à 150 en 2014, 237 en 2015, 240 en 2016 et 249 en 2017. L'augmentation est sensible à compter de 2015 et serait, selon le CH, liée à l'informatisation de la déclaration en juillet 2015.

Tous les signalements font l'objet d'un suivi par la cellule d'analyse des événements liés aux activités de soins, composée par un médecin psychiatre, praticien du CH, et la direction de la qualité. Ainsi en 2017 :

- 75 % des 249 EI ont été clôturés et ont donc fait l'objet d'interventions techniques ou d'un avis de la cellule ; 4 EI ont fait l'objet d'un retour d'expérience ou « RETEX » selon la terminologie de la procédure mise en place en avril 2017 ;
- 25 % n'ont pas été clôturés en raison notamment de leur spécificité : dysfonctionnements récurrents, problèmes de vétusté des locaux, etc.

La procédure de retour d'expérience (ou RETEX), selon la fiche de procédure du CH, est mise en œuvre pour la « *survenue d'un événement indésirable grave associé liées aux soins (EIGAS)* ». Des exemples sont donnés pour de tels EI : « *les fausses routes, les chutes graves, les erreurs médicamenteuses, les tentatives de suicide, les suicides, les décès inattendus...* ». La procédure n'est pas mise en œuvre pour les « presque accidents » ou « événements porteurs de risque » mentionnés par la méthode ALARM, ni pour les EI qui sont dissociés des soins.

Dans les unités de soins, les contrôleurs ont constaté que le personnel rédigeait régulièrement des fiches d'événements indésirables (FEI) mais n'avait pas connaissance des limitations apportées par la procédure aux retours d'expérience aux seuls événements graves associés aux soins et qu'il se montrait en attente de retours d'expérience sur des sujets plus larges.

A titre d'exemple, l'impossibilité d'appeler le 115 – hébergement d'urgence – depuis un poste téléphonique du CH a fait l'objet d'une FEI. L'EI a été clôturé. Aucune suite n'a été donnée, car l'EI n'entre pas dans le champ de la procédure. Il demeure impossible d'appeler le 115 depuis le CH et donc de prendre en compte le droit fondamental d'un patient d'être hébergé.

A titre d'exemple encore, on peut s'interroger sur la diminution du nombre de FEI rédigées sur les actes de violence commis par les patients – 171 en 2016 et 94 en 2017. Cette diminution est-elle une réalité ou le fait de l'absence d'analyse par la cellule qualité ? En effet, il est écrit dans le bilan 2016 établi par la cellule qualité : « *la cellule n'a pas émis de préconisation lorsque l'événement a été géré en équipe. Elle n'émet pas de préconisation lorsque l'événement relève de la prise en charge du patient. En revanche lorsque l'événement était récurrent, la cellule d'analyse a proposé de rencontrer l'encadrement soignant* ».

Recommandation

La procédure de retour d'expérience sur les événements indésirables doit être connue du personnel. Elle mérite d'être étendue à d'autres événements que les événements indésirables graves associés aux soins.

Dans ses observations en réponse au rapport de constat, la direction indique que des retours d'expérience sont aussi réalisés à la suite d'autres événements et cite l'exemple de la déclaration d'un incendie dans une chambre d'isolement ayant donné lieu à un plan d'actions déterminé et à une déclaration sur la plate-forme gouvernementale dédiée.

En réponse à cette recommandation, le plan d'actions mis en œuvre par la direction du CH annonce son intention de « modifier la procédure RETEX en élargissant la nature des événements indésirables graves sujets à RETEX aux événements non liés aux soins. »

7.6.2 La gestion des violences

Le système de protection de travailleur isolé (PTI) était hors service lors de la visite des contrôleurs – un nouveau système étant en attente de déploiement. Les éventuelles alarmes devaient être données *via* les téléphones portatifs après composition d'un numéro d'alarme, les renforts en personnel étant fournis par les unités voisines.

L'équipe de sécurité du CH ne comporte en effet plus de vigiles (cf. *supra* § 5.3) ; elle en comportait antérieurement mais ils n'avaient pas accès aux unités, leur mission étant limitée aux interventions anti-intrusion.

Les questions relatives à la sécurité des locaux et des personnes a fait l'objet pendant la visite d'échanges avec les cadres de direction et les personnels soignants. La disparition, fin 2017, des emplois des agents de sécurité en contrats aidés a été souvent évoquée. Ils intervenaient sur le site dans une optique de prévention et de médiation qui était appréciée. La fin de cette intervention est perçue comme dommageable car elle permettait entre autres d'intervenir sur le respect des règles et des usages autour de la cafétéria, de la régie et prévenir ainsi les abus sur des patients vulnérables.

Aucune mesure disciplinaire n'est prise à l'encontre des patients – notamment de mise en chambre d'isolement ; une telle mise en isolement n'intervenant que pour des raisons médicales. Il a été porté à la connaissance des contrôleurs qu'un patient en soins libres, particulièrement désagréable, s'était vu interdire l'accès du CH sur décision médicale. Une telle décision relève de l'autorité du directeur du CH.

Un « *guide d'aide à la lutte contre la maltraitance au CH Valvert* », créé en novembre 2009, et révisé en mars 2014, est disponible sur le site Intranet.

Les contrôleurs ont eu connaissance de deux situations de maltraitance gérées, l'une, en interne à l'unité, l'autre, par une enquête administrative. L'absence de « loi du silence » démontre qu'il n'y a pas de confusion entre délation et témoignage, que les valeurs du projet d'établissement ne sont pas lettres mortes.

8. LA PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE DES PATIENTS DETENUS

8.1 DES PATIENTS DETENUS ADMIS MAJORITAIREMENT EN PROVENANCE DU CENTRE PENITENTIAIRE DES BAUMETTES

Le centre hospitalier procède à l'admission de patients détenus hospitalisés en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) au titre de l'article D398 du code de procédure pénale. L'ouverture de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Marseille est prévue pour le premier semestre de 2018 mais ne modifiera pas sensiblement le flux d'hospitalisation de tels patients.

Dès notification de l'arrêté préfectoral qui désigne l'établissement, le CH est chargé de récupérer sans délai la personne détenue, le plus souvent au centre pénitentiaire de Marseille (« Les Baumettes ») : des infirmiers s'y rendent avec une ambulance et prennent en charge le patient détenu sans moyen de contention et sans fouille préalable. Il a été signalé un problème relatif au type de véhicules utilisé par l'ambulance : certains n'ont pas deux sièges pour les soignants aux côtés du patient, ce qui est problématique lorsque le patient est agité.

La nécessité d'une escorte par des forces de l'ordre (fonctionnaires de police en général) est indiquée par l'ARS en fonction des informations transmises par le greffe pénitentiaire sur le niveau de dangerosité de la personne détenue ; selon les informations recueillies, « *il n'y a jamais d'escorte de police lorsqu'on ramène un patient des Baumettes* ».

Les surveillants pénitentiaires viennent rechercher les personnes détenues au terme de leur hospitalisation. Ils les prennent à l'entrée de la chambre d'isolement. Les moyens de contrainte (menottes toujours, entraves parfois) sont, en général, posés dans le véhicule et non dans l'unité. Aucun retour n'est en principe possible durant le week-end. Selon les indications recueillies, « *il faut parfois appeler plusieurs fois pour que la pénitencière vienne reprendre un sortant* ».

Le nombre d'admissions et de jours d'hospitalisation est marginal par rapport à l'activité générale du CH :

- vingt et une admissions en 2017, 145 jours d'hospitalisation ;
- dix-sept admissions en 2016, 328 jours d'hospitalisation ;
- vingt admissions en 2015, 285 jours d'hospitalisation ;
- vingt-deux admissions en 2014, 242 jours d'hospitalisation.

Ne pouvant être admises au service médico-psychologique régional (SMPR) des Baumettes, les femmes séjourneraient plus longtemps ; aucun mineur n'a jamais été admis en provenance de l'établissement pénitentiaire pour mineurs (EPM) de la Valentine (Marseille).

L'unité « Les Lilas » est celle qui a accueilli le plus de patients détenus en 2017 : quatorze admissions sur vingt et une et 86 jours d'hospitalisation sur un total de 145.

Si le nombre d'admissions est globalement constant, la durée des séjours varie d'une année à l'autre – 6,9 jours de durée par séjour en 2017, 16,8 jours en 2016, 16,4 jours en 2015, 11 jours en 2014 – et la moyenne des durées pondère l'existence de séjours particulièrement prolongés : en 2016, un patient détenu a ainsi cumulé six mois d'hospitalisation (181 jours). Pour l'année 2017, le séjour le plus long d'un patient détenu a été de 14 jours ; neuf séjours sur vingt et un ont duré 7 jours ou plus.

La durée des séjours doit être prise en compte au regard des conditions de vie imposées aux patients détenus.

8.2 DES PATIENTS DETENUS SYSTEMATIQUEMENT PLACES EN CHAMBRE D'ISOLEMENT ET SOUMIS A DES CONDITIONS D'HOSPITALISATION PARTICULIERES ET MALTRAITANTES

Les patients détenus sont systématiquement placés en chambre d'isolement à leur arrivée et y restent quasiment pendant toute la durée de leur séjour. Le port du pyjama est obligatoire.

Cette position, qui fonde le placement en chambre d'isolement sur un critère principal extérieur à l'état clinique d'un patient, est clairement affichée dans le volet médical du projet d'établissement : « *le recours à l'isolement fondé sur des arguments cliniques et non sur le type de mesure de soins psychiatriques (à l'exception des détenus hospitalisés au titre de l'article D398 du code de procédure pénale à leur admission)* » (cf. *supra* § 2.5.1).

Il a été indiqué qu'il en était ainsi « *depuis une quinzaine d'années* » à la suite de l'évasion d'un patient détenu « *violateur récidiviste* » et que le placement en chambre d'isolement était, en général, adapté à l'état de crise de la personne au moment de son admission : « *l'objectif est de stabiliser le patient et de le faire repartir le plus rapidement possible au SMPR* ».

La durée des séjours (cf. *supra*) vient contredire cette affirmation, un bon nombre de placements en chambre d'isolement se prolongeant bien au-delà de l'état de crise d'un patient à son arrivée. De ce fait, contrairement aux dispositions légales¹², le placement en chambre d'isolement des personnes détenues n'est pas une pratique de dernier recours.

Le CH ne reçoit aucune information de la part de l'établissement pénitentiaire, notamment sur le statut pénal de la personne, et ignore donc si elle est condamnée à une courte peine d'emprisonnement ou se trouve en fin de peine ou, au contraire, si elle n'est pas prévenue dans une affaire criminelle sans perspective de sortie proche; « *comme on ne sait pas si ou si elle est impliquée dans une affaire grave, on ne prend pas de risque* ».

Hormis quelques aménagements pratiqués grâce à la bienveillance du personnel, fumer dans le sas des chambres d'isolement (« Les Cèdres », « Les Lavandes ») ou dans le patio aux côtés d'un médecin (unité « Les Lilas »), après discussion en équipe (unité « Les Tilleuls »), le patient détenu, enfermé dans sa chambre d'isolement, ne bénéficie d'aucune distraction : il n'a aucune possibilité de recevoir des visites, de téléphoner, de s'aérer à l'extérieur, de participer à des activités, de regarder la télévision, d'écouter la radio. Selon le personnel rencontré, la plupart des patients détenus demandent à retourner au plus vite en prison.

Cette situation résulte de l'absence d'informations fournies par l'administration pénitentiaire, notamment les permis de visite, les autorisations de téléphone et les consignes, le cas échéant, données par les juges en matière de correspondance.

Par ailleurs, les personnes détenues arrivent le plus souvent sans leur tabac, l'impossibilité de fumer pouvant compromettre la prise en charge d'un patient dès son admission. Des solutions sont alors imaginées au sein des unités : Le médecin de l'unité « Les Tilleuls » autorise des cigarettes qui sont achetées par le CH ; l'unité « Les Lilas » utilise l'argent de la régie d'avance (fonds de secours) pour acheter du tabac.

La méfiance est partout de mise – « *les détenus arrivent avec des briquets et des allumettes dissimulés* » – depuis une série de trois incendies survenus en trois semaines en juillet 2017, notamment un à l'unité « Les Cèdres » à la suite duquel le patient détenu a été transféré dans

¹² Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (article 72).

un service de grands brûlés et trois soignants intoxiqués ont été placés en observation à l'hôpital de La Timone.

Les conditions d'hospitalisation des patients détenus contreviennent aux dispositions du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice (cf. *supra* § 5.1), notamment sa disposition relative au fait que « *le patient détenu doit être hospitalisé dans les mêmes conditions que tout autre patient* ».

Recommandation

Conformément à la réglementation en vigueur, le patient détenu doit être hospitalisé dans les mêmes conditions que tout autre patient. Le placement systématique en chambre d'isolement doit être proscrit. Les dispositions concernant le droit au maintien des liens familiaux et le droit de pouvoir bénéficier chaque jour d'une promenade d'au moins une heure à l'air libre, comme le droit de « cantiner », doivent être connus et mis en œuvre.

Un protocole doit être conclu entre le CH et l'administration pénitentiaire afin d'organiser la transmission d'informations utiles pendant le séjour d'un patient détenu.

En réponse à cette recommandation, le plan d'actions mis en œuvre par la direction du CH annonce son intention de « *poursuivre la réflexion institutionnelle sur la prise en charge des personnes détenues ainsi que les échanges engagés avec l'administration pénitentiaire.* »

9. AMBIANCE GENERALE

Tout au long de leur mission, les contrôleurs ont eu le sentiment que les principes de respect des droits fondamentaux et des libertés individuelles des patients étaient profondément ancrés dans l'état d'esprit d'un personnel fédéré par ce fondement commun. Le choix de l'hôpital de ne recruter son personnel soignant que dans la catégorie des IDE y contribue sans doute pour une large part.

Ces valeurs transparaissent nettement dans les relations avec les malades et leurs proches. Les rapports entre soignants et patients sont apparus en effet empreints de bienveillance. Aucun patient ne s'est plaint auprès des contrôleurs de ne pas voir son médecin.