



---

## Rapport de visite :

3-7 septembre 2018

Unité hospitalière  
spécialement aménagée  
de Marseille

*Bouches-du-Rhône*

## SYNTHESE

La Contrôleur générale des lieux de privation de liberté, accompagnée de trois contrôleurs, a effectué une visite annoncée de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Marseille du 3 au 7 septembre 2018.

Un rapport provisoire a été adressé le 15 janvier 2019 au directeur de l'assistance publique hôpitaux de Marseille (AP-HM), à la délégation territoriale de l'agence régionale de santé, au directeur du centre pénitentiaire les Baumettes ainsi qu'au président et au procureur du tribunal de grande instance de Marseille. Seule la directrice adjointe de l'AP-HM a fait connaître des observations en retour, le 27 février, prises en compte dans le présent rapport.

L'UHSA de Marseille constitue le dernier établissement de la première tranche de construction de neuf UHSA (440 places au total). Elle relève de l'assistance publique hôpitaux de Marseille (AP-HM) et du centre pénitentiaire des Baumettes.

L'établissement est destiné à l'accueil et la prise en charge en hospitalisation complète, en soins libres ou sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), de personnes détenues souffrant de troubles mentaux, majeures ou mineures, hommes ou femmes, incarcérées dans les seize établissements pénitentiaires des régions PACA et Corse qui totalisent 6 649 places théoriques et hébergeaient, au premier jour de la mission, 7 554 personnes.

Il offrira à terme soixante lits mais, à la date de la visite, seules deux unités étaient ouvertes (soit quarante lits), depuis respectivement les mois de février et avril 2018. La date d'ouverture de la dernière tranche n'était pas arrêtée, notamment en raison des difficultés à recruter des médecins psychiatres. Le taux d'activité moyen depuis l'ouverture de la deuxième unité s'élevait à une trentaine de patients pour des séjours de l'ordre d'un mois, durée correspondant au projet médical. 57 % des patients avaient été admis en SDRE.

Les supports écrits de fonctionnement de la structure : règlement intérieur, convention et annexes, projet médical et de soin, préparés depuis 2008 et réactualisés en 2017, n'étaient pas encore validés par les instances.

L'UHSA est implantée dans un bâtiment neuf de deux étages, édifié à 500 m de l'hôpital Nord qui assure notamment les urgences somatiques et psychiatriques et du CHS Edouard Toulouse.

Les chambres (seize individuelles et deux doubles par unité) et les espaces de soins sont répartis autour d'un patio à ciel ouvert. L'ensemble est sécurisé mais ne comporte ni concertina ni barreaux, de sorte qu'il constitue un cadre de soin apaisant. Les locaux sont adaptés aux besoins des patients et des professionnels, cependant quelques aménagements apparaissent nécessaires : horloges dans les chambres, verrous dans les salles d'eau, amélioration de l'intimité et de la confidentialité dans les chambres d'isolement (deux par unité).

L'établissement est correctement doté en personnel hospitalier.

Outre le médecin coordonnateur, deux médecins psychiatres interviennent dans chaque unité. Cependant, ils exerçaient au moment de la visite sous un statut contractuel quoiqu'ayant été admis au concours de praticien hospitalier de psychiatrie. Ce cadre d'emploi fragilisait la stabilité de cette jeune structure et la Contrôleur générale a alerté le directeur général de l'AP-HM sur ce point, ce dernier s'étant engagé au terme du courrier du 27 février à titulariser ces médecins d'ici janvier 2020. Par ailleurs, la permanence des soins n'était pas stabilisée. La garde de nuit

repose sur les internes de l'hôpital Nord dont il a été constaté qu'ils ne se déplaçaient pas toujours (40 % des appels traités à distance, parfois avec prescription sans examen du patient).

Le personnel soignant exerce en nombre adapté : quatre infirmiers et un aide-soignant en journée dans chaque unité. Des professionnels spécialisés : psychologue, ergothérapeute, psychothérapeute, assistante sociale sont étroitement associés à la prise en charge. **Cependant, et malgré une formation à la prise de poste de quatre semaines, l'équipe soignante, très majoritairement issue de services de MCO<sup>1</sup>, est globalement peu familiarisée à la prise en charge de la maladie mentale, exprimant une appréhension où se mêlent dangerosité sociale et psychiatrique qu'aucun incident objectif ne venait étayer.** Ces craintes conduisent à des sollicitations trop fréquentes du personnel pénitentiaire au sein des unités de soins. Médecins et cadres, conscients de la nécessité de professionnaliser les équipes soignantes, se sont engagés à développer les stages en immersion dans des services de psychiatrie de secteur.

Le personnel pénitentiaire est apparu bien préparé, investi et encadré. Cependant, outre quelques postes vacants (un major, deux gradés et deux surveillants), la constitution d'une seule escorte pénitentiaire est insuffisante, conduisant à retarder des admissions et des sorties. Une deuxième équipe d'escorte est indispensable lors de l'ouverture de la troisième unité.

Les conditions d'accueil et de prise en charge sont respectueuses de la dignité des patients et de l'effectivité de leurs droits. Cependant l'information des personnes admises sans leur consentement devra être améliorée par la remise et l'affichage de documents récapitulatifs des droits et par la sensibilisation et la formation du personnel à ces questions. Par ailleurs il n'est pas admissible que les patients détenus soient systématiquement fouillés après un parloir.

Pour 106 admissions, les médecins ont prescrit 41 décisions d'isolement (concernant 37 patients), majoritairement lors de l'admission (27 décisions). La durée médiane des séjours est de 3,9 jours mais certains patients sont demeurés plus de deux semaines en chambre d'isolement. L'exploitation de ces données devra être réalisée avec les équipes soignantes, de sorte que toutes les catégories de professionnels déploient les compétences nécessaires pour réduire ces mesures. En revanche il n'avait jamais été fait usage de la contention depuis l'ouverture.

**A l'issue de leur séjour, les patients réintègrent majoritairement leur établissement pénitentiaire d'origine où la poursuite des soins, quoiqu'anticipée et préparée, s'exerce dans des conditions parfois difficiles et inadaptées en raison de la surpopulation carcérale et de l'offre de soins variable selon les établissements, mettant parfois rapidement à néant les bienfaits du séjour et suscitant très globalement l'appréhension des patients.**

Cette visite du CGLPL, intervenant à quelques mois seulement de l'ouverture et alors que le fonctionnement de la structure était encore en cours d'évolution, s'est déroulée dans un excellent climat auprès de toutes les catégories de personnel. Les observations de la directrice adjointe après lecture du rapport provisoire font état de la prise en compte d'un certain nombre de recommandations : sécurisation du statut d'emploi des médecins, recrutement d'une seconde assistante sociale, poursuite de la formation de l'ensemble du personnel, amélioration des supports d'information des patients, aménagement de certains locaux, réflexion sur les pratiques d'isolement, etc. **Il est toutefois regrettable que l'administration pénitentiaire n'ait pas fait**

---

<sup>1</sup> MCO : médecine-chirurgie-obstétrique

**connaitre sa position sur un certain nombre de difficultés identifiées lors de la visite et notamment la faiblesse du personnel d'escorte.**

## OBSERVATIONS

### BONNES PRATIQUES

- 1. BONNE PRATIQUE ..... 18**

De nombreux temps d'échange sont animés par les médecins. Ils contribuent au développement des compétences du personnel soignant et à la cohésion des équipes.
- 2. BONNE PRATIQUE ..... 19**

Les cadres de proximité exercent une fois par mois en soirée et les équipes de nuit sont conviées à certaines réunions de service afin de renforcer la cohésion entre les équipes de jour et de nuit.
- 3. BONNE PRATIQUE ..... 21**

Les administrations pénitentiaire et hospitalière collaborent efficacement, notamment grâce à une politique de recrutement et de formation rigoureuse du personnel de surveillance et des échanges constants, informels et institutionnels, entre les différentes catégories de personnel.

### RECOMMANDATIONS

- 1. RECOMMANDATION ..... 13**

Les documents cadres fondateurs de l'UHSA doivent être finalisés dans les meilleurs délais et l'UHSA doit se doter d'objectifs annuels et pluriannuels à évaluer périodiquement.
- 2. RECOMMANDATION ..... 17**

La publication des six postes de praticiens hospitaliers de l'UHSA, par ailleurs financés, est une urgence considérant le caractère novateur de cette structure de soins, la nécessité de titulariser les médecins déjà en fonction et de rendre attractifs les recrutements nécessaires pour l'ouverture de la troisième unité.
- 3. RECOMMANDATION ..... 18**

Il convient de mettre en place, pour le personnel soignant, des stages en immersion dans des unités de psychiatrie de secteur afin qu'ils appréhendent mieux les spécificités des soins en santé mentale hors toute dimension pénitentiaire.
- 4. RECOMMANDATION ..... 20**

Il convient de constituer une deuxième équipe d'escorte afin de répondre aux besoins en accompagnements médicaux, judiciaires et pénitentiaires qui augmenteront à proportion de l'activité de l'UHSA.
- 5. RECOMMANDATION ..... 21**

La réunion du personnel pénitentiaire et hospitalier doit se tenir à rythme fixe et donner lieu à procès-verbal.
- 6. RECOMMANDATION ..... 22**

Les modalités de recueil des données doivent être consolidées et simplifiées au sein d'un seul outil, évitant le suivi de plusieurs tableaux parfois contradictoires entre eux. L'UHSA devrait mettre en place dès à présent un suivi d'indicateurs mensuels qui pourraient être communiqués à ses partenaires.

**7. RECOMMANDATION ..... 25**

Le linge de toilette et les produits d'hygiène doivent être fournis au patient, comme mentionné dans l'annexe « paquetage du patient détenu hospitalisé à l'UHSA » du protocole de fonctionnement de l'établissement.

**8. RECOMMANDATION ..... 28**

Le dossier patient informatisé devrait être unique au sein du même établissement, de manière à permettre aux médecins de disposer de l'ensemble des données, quelle que soit la spécialité concernée.

**9. RECOMMANDATION ..... 29**

La lourdeur des prises en charge médicamenteuses observées justifierait la mise en place, dès 2019, d'une commission des médicaments pour l'UHSA et l'organisation de conciliations thérapeutiques avec certains patients.

**10. RECOMMANDATION ..... 31**

Des travaux d'aménagement des chambres d'isolement doivent être effectués rapidement afin d'assurer le respect de l'intimité des patients, des conditions d'hospitalisation décentes et le respect de la confidentialité des soins.

**11. RECOMMANDATION ..... 31**

L'organisation des repas des patients placés en chambre d'isolement doit être revue pour respecter des horaires adaptés.

**12. RECOMMANDATION ..... 32**

Le personnel soignant doit bénéficier d'une formation à la gestion de crise et, au-delà, il importe que des échanges soient organisés spécifiquement sur ce thème afin de permettre d'acquérir une meilleure compréhension des décisions médicales d'isolement.

**13. RECOMMANDATION ..... 33**

Les praticiens de l'UHSA doivent engager très rapidement une réflexion sur les moyens de limiter les placements en isolement.

**14. RECOMMANDATION ..... 33**

Il convient de mettre en place le registre réglementaire portant sur les mesures d'isolement et de contention, support d'une réflexion sur les pratiques et de la production d'un rapport annuel.

**15. RECOMMANDATION ..... 34**

Les modalités d'organisation, de prise en charge et de suivi des soins somatiques au sein de l'UHSA doivent faire l'objet d'un projet de soins spécifique, intégré au projet médical et au projet de soins de l'UHSA. Il doit prévoir la mise en œuvre d'actions d'éducation pour la santé et la rédaction de

fiches de conduite à tenir sur les pathologies les plus fréquentes. Un bilan doit être réalisé annuellement.

---

**16. RECOMMANDATION ..... 36**

Les boîtes aux lettres, détériorées, doivent être changées.  
Le courrier entrant doit être distribué le jour même.  
La mention obligatoire au verso de l'enveloppe de l'identité de l'expéditeur est incompatible avec la confidentialité des échanges avec certaines autorités, protégée par le code de procédure pénale. Il en est de même pour les courriers aux avocats.

---

**17. RECOMMANDATION ..... 37**

Les règles de vie, pour plus de clarté, gagneraient à être affichées dans les deux unités.

---

**18. RECOMMANDATION ..... 38**

Les administrations pénitentiaires et hospitalières doivent disposer d'un vestiaire pour les patients sans vêtements ni chaussures.

---

**19. RECOMMANDATION ..... 38**

Les patients doivent pouvoir emporter leur tabac depuis les établissements pénitentiaires afin de limiter les états de manque durant les premiers jours, sources de tensions.

---

**20. RECOMMANDATION ..... 39**

Comme à l'UHSI ou dans d'autres UHSA, les patients doivent disposer de la gratuité de la réception de toutes les chaînes de télévision dans leur chambre de sorte à pouvoir, notamment en soirée, regarder l'intégralité des programmes.

---

**21. RECOMMANDATION ..... 40**

Les patients doivent pouvoir cantiner des produits alimentaires non sucrés, notamment de l'eau minérale.

---

**22. RECOMMANDATION ..... 40**

Les administrations en charge de l'UHSA doivent constituer une petite bibliothèque, dotée d'ouvrages variés dont certains en langues étrangères et de quelques revues de loisir et d'information.

---

**23. RECOMMANDATION ..... 41**

La personne de confiance doit être associée au projet de soins selon les souhaits des patients.

---

**24. RECOMMANDATION ..... 42**

Les patients dépourvus de ressources suffisantes doivent bénéficier de l'aide mensuelle due par l'administration pénitentiaire au titre de la lutte contre la pauvreté en détention.

---

**25. RECOMMANDATION ..... 43**

L'AP-HM doit procéder au recrutement d'assistants de service social dans un cadre d'emploi pérenne.

---

**26. RECOMMANDATION ..... 44**

L'information du patient admis sans consentement doit être améliorée par la remise d'un document récapitulatif des droits et la traçabilité de la remise d'une copie de la décision comportant les voies de recours.

Les décisions non notifiées immédiatement, en raison de l'état clinique du patient, doivent lui être remises et expliquées dès que son état le permet.

---

**27. RECOMMANDATION ..... 46**

Le hall d'entrée dans lequel attendent les patients convoqués devant le JLD doit être meublé de chaises.

---

**28. RECOMMANDATION ..... 49**

Le détenu patient, lors de son transfert vers l'UHSA, ne doit faire l'objet que d'une seule fouille intégrale.

La mise en œuvre de fouilles intégrales systématiques après un parloir est illégale, il convient d'y mettre fin. Toute fouille doit faire l'objet d'une décision motivée et être tracée.

---

**29. RECOMMANDATION ..... 50**

Le personnel soignant doit analyser ses pratiques et rechercher des solutions internes autres que le recours au personnel pénitentiaire lorsqu'un patient refuse de prendre son traitement.

---

**30. RECOMMANDATION ..... 51**

L'affectation en retour d'hospitalisation et la poursuite des soins doivent constituer un axe de travail majeur avec la direction interrégionale des services pénitentiaires et les unités sanitaires.

---

**31. RECOMMANDATION ..... 52**

Toutes dispositions doivent être prises pour qu'un patient sortant de l'UHSA, et orienté vers un autre établissement pénitentiaire que son établissement d'origine, puisse récupérer son paquetage dans les meilleurs délais.

---



## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>2</b>
<b>OBSERVATIONS .....</b>	<b>5</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>9</b>
<b>RAPPORT .....</b>	<b>11</b>
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE .....</b>	<b>11</b>
<b>2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT .....</b>	<b>13</b>
2.1 Les documents cadres de la structure ne sont pas encore validés par les instances 13	
2.2 L'architecture du bâtiment procure un cadre de soins apaisant.....	14
2.3 Le personnel soignant et pénitentiaire exerce en harmonie mais les équipes soignantes ont encore peu d'expérience en psychiatrie .....	17
2.4 L'activité demeure modeste sept mois après l'ouverture.....	21
<b>3. L'ADMISSION ET L'ACCUEIL.....</b>	<b>24</b>
3.1 Les modalités d'admission permettent un traitement réactif des demandes en dépit de procédures lourdes.....	24
3.2 Les patients sont accueillis avec attention, tant de la part du personnel pénitentiaire que soignant.....	25
<b>4. LA PRISE EN CHARGE MEDICALE .....</b>	<b>27</b>
4.1 Les soins psychiatriques sont soutenus et fortement articulés avec l'action de l'ensemble des professionnels sanitaires et sociaux .....	27
4.2 Les mesures d'isolement sont nombreuses, en revanche la contention n'a jamais été mise en œuvre jusqu'à présent .....	30
4.3 Les soins somatiques sont insuffisamment intégrés au projet de soins .....	33
<b>5. LA GESTION DE LA VIE QUOTIDIENNE .....</b>	<b>36</b>
5.1 Les proches sont reçus dans de bonnes conditions mais les liens avec l'extérieur ne s'exercent pas toujours dans le respect des droits des patients.....	36
5.2 Les règles de vie permettent une libre circulation au sein de l'unité presque toute la journée .....	37
<b>6. LES DROITS DU PATIENT DETENU.....</b>	<b>41</b>
6.1 Les droits généraux des patients sont exposés clairement dans le livret d'accueil 41	
6.2 L'information sur les droits des patients admis sans leur consentement relève exclusivement des médecins et aucun document ne les récapitule et ni ne les explícite .....	43
<b>7. LE CONTROLE DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT .....</b>	<b>45</b>

7.1	La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) ne s'est pas encore déplacée dans l'établissement .....	45
7.2	Très peu de patients se rendent à l'audience du juge des libertés et de la détention	45
7.3	Le collège des professionnels de santé n'a pas eu l'occasion de se réunir .....	46
7.4	Le registre de la loi est tenu à jour.....	46
<b>8.</b>	<b>LA SECURITE ET LA DISCIPLINE .....</b>	<b>48</b>
8.1	Peu d'événements indésirables sont relatifs au comportement des patients .....	48
8.2	Les fouilles sont quasi systématiques lors d'un contact avec l'extérieur .....	48
8.3	Les moyens de contrainte sont systématiques lors des escortes.....	49
8.4	Le personnel soignant requiert l'assistance du personnel pénitentiaire en cas de refus de prise de traitement .....	49
<b>9.</b>	<b>LA LEVEE DE L'HOSPITALISATION .....</b>	<b>51</b>
9.1	Les médecins mettent fin à l'hospitalisation dès que l'état du patient est stabilisé	51
9.2	La levée d'écrou est préparée conjointement par les deux administrations .....	51
<b>10.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>53</b>

# Rapport

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Adeline HAZAN ; Contrôleure Générale,
- Cécile LEGRAND ; contrôleure, coordonnatrice de la mission,
- Philippe LESCENE ; contrôleur,
- Dominique PETON-KLEIN ; contrôleure,
- Christelle ROULIN ; stagiaire.

En application de la loi du 30 octobre 2007 instituant le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, la Contrôleure Générale accompagnée de trois contrôleurs et d'une stagiaire ont effectué une visite annoncée de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Marseille (Bouches-du-Rhône) du 3 au 7 septembre 2018.

Les directeurs de cabinet des préfets de région et de police, le directeur de l'agence régionale de santé (ARS), le directeur interrégional des services pénitentiaires Marseille-Sud-Est (DISP), le président et le procureur de la République du tribunal de grande instance (TGI) de Marseille, le bâtonnier de l'ordre des avocats de Marseille, le président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et le directeur du centre pénitentiaire (CP) des Baumettes avaient été informés préalablement à la visite.

Au cours de la mission, la Contrôleure générale s'est entretenue par téléphone avec le directeur de l'ARS et a rencontré le directeur général de l'assistance publique-hôpitaux de Marseille (AP-HM).

Les contrôleurs ont été accueillis à leur arrivée à l'UHSA, sise 50 Boulevard Pierre Dramard dans le 15<sup>ème</sup> arrondissement de Marseille, le lundi 3 septembre 2018 à 15h, par la directrice générale adjointe de l'AP-HM. Une réunion de présentation de la mission s'est ensuite tenue en présence de :

- la directrice générale adjointe de l'AP-HM ;
- la médecin cheffe du pôle psychiatrie, médecine, addictologie en détention-médecine légale de l'Hôpital Nord ;
- le directeur du CP des Baumettes ;
- la directrice adjointe de l'hôpital Nord ;
- la médecin coordonnatrice de l'UHSA ;
- trois médecins psychiatres ;
- le médecin généraliste de l'UHSA ;
- la cadre supérieure de santé du pôle, directrice des soins ;

- un cadre de santé, adjoint de la cadre supérieure de santé du pôle ;
- la cadre des services socio-éducatifs ;
- un cadre administratif ;
- un premier surveillant ;
- deux infirmières ;
- un aide-soignant.

A l'issue de la réunion, les contrôleurs ont visité la structure.

Il a été mis à leur disposition un bureau équipé d'un ordinateur permettant d'avoir accès au site intranet de l'hôpital. Tous les documents demandés ont été mis à disposition. Des affichettes signalant la visite de contrôleurs ont été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, en toute confidentialité, tant avec des patients détenus qu'avec le personnel de santé et pénitentiaire. Ils ont rencontré les délégués de deux organisations professionnelles représentatives du personnel.

Les contrôleurs ont visité la salle d'audience, située au centre hospitalisé spécialisé (CHS) Edouard Toulouse et ont échangé à cette occasion avec une greffière, une magistrate et une avocate. Ils se sont par ailleurs entretenus par téléphone avec la magistrate cheffe du service du juge des libertés et de la détention (JLD).

Une réunion de fin de mission a eu lieu vendredi 7 septembre au matin, en présence de la directrice générale adjointe de l'AP-HM, de la médecin cheffe du pôle psychiatrie, du directeur du CP des Baumettes, de la directrice adjointe de l'hôpital Nord, de la médecin coordonnatrice de l'UHSA, de trois médecins psychiatres, de la cadre supérieure de santé et de son adjoint, de la cadre du service socio-éducatif et d'une première surveillante.

Un rapport de constat a été adressé, pour recueil de leurs observations, le 15 janvier 2019 :

- au directeur général de l'AP-HM,
- à la délégation territoriale de l'agence régionale de santé,
- au directeur du centre pénitentiaire les Baumettes,
- au président et au procureur du TGI de Marseille.

La directrice générale adjointe de l'AP-HM a fait connaître ses observations en retour par courrier du 27 février, elles sont prises en compte dans le présent rapport. A la date du 2 avril, aucun des autres destinataires ne se s'était manifesté.

## 2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

### 2.1 LES DOCUMENTS CADRES DE LA STRUCTURE NE SONT PAS ENCORE VALIDES PAR LES INSTANCES

La loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice prévoit dans son article 48 que « *l'hospitalisation avec ou sans son consentement d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée* ». L'arrêté du 20 juillet 2010 a prévu la création d'une première tranche de neuf UHSA (soit 440 places), avec un objectif à terme de dix-sept (soit 705 places).

L'UHSA de Marseille constitue le dernier établissement de la première tranche de construction. **La réalisation du projet a duré dix ans et donné lieu à polémique, notamment sur son lieu d'implantation. Il est regrettable qu'elle n'ait finalement pas été créée à proximité de l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI), comme souvent observé pour les autres établissements de ce type.**

Elle a ouvert une première unité de vingt lits en février 2018 et une deuxième en avril (soit quarante lits), pour soixante prévus au total dans l'année. La dernière tranche, semble-t-il en raison de la difficulté à recruter des praticiens, ne devrait ouvrir qu'en 2019. L'UHSA est destinée à l'accueil et la prise en charge en hospitalisation complète, en soins libres ou sur décision du représentant de l'Etat, de personnes détenues souffrants de troubles mentaux, majeures ou mineures, hommes ou femmes, incarcérées dans les seize établissements pénitentiaires des régions PACA et Corse qui totalisent 6 649 places théoriques (dont 230 pour les femmes et un établissement pour mineurs) et hébergeaient, au premier jour de la mission, 7 554 personnes.

L'UHSA est rattachée au pôle médical psychiatrie, médecine, addictologie en détention-médecine légale (pôle 11), dont relève également l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) et le service médico-psychologique régional (SMPR) de Marseille. Elle est située à 500 m de l'hôpital Nord, qui assure notamment les urgences somatiques et psychiatriques, et du CHS Edouard Toulouse. Elle est placée sous l'autorité de l'hôpital Nord de Marseille pour l'organisation des soins et du CP des Baumettes pour toutes les missions liées à la sécurité.

L'UHSA a bénéficié pour sa construction et son aménagement d'un budget de 17,5 millions. Elle a perçu pour l'année 2018 l'intégralité de sa dotation de fonctionnement, soit 6,844 millions, quoique deux unités seulement soient en fonctionnement.

Les supports écrits de fonctionnement : règlement intérieur, convention et annexes, projet médical et de soin, préparés depuis 2008 et réactualisés en 2017, n'étaient pas validés par les instances au moment de la visite des contrôleurs. Ils devaient être finalisés dans les semaines suivant la visite. Le comité de pilotage continue de se réunir tous les mois et la date d'ouverture de la dernière tranche n'était pas arrêtée, notamment en raison des difficultés à recruter des médecins psychiatres.

#### **Recommandation**

*Les documents cadres fondateurs de l'UHSA doivent être finalisés dans les meilleurs délais et l'UHSA doit se doter d'objectifs annuels et pluriannuels à évaluer périodiquement.*

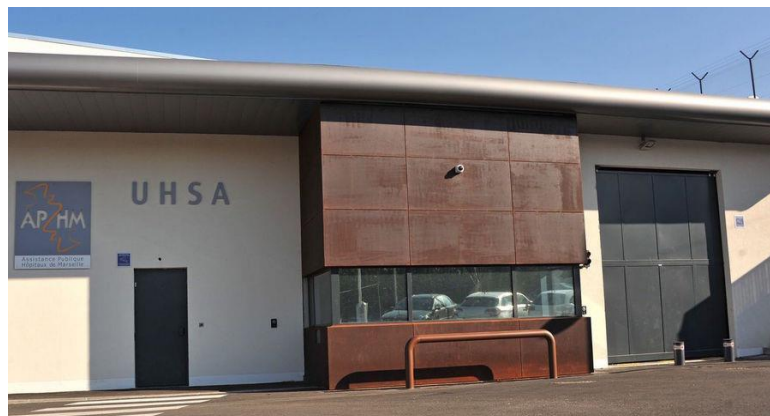
Le projet médical et de soins en cours de validation prévoit que les prises en charge des patients (admission, séjour, etc.) et les modes de fonctionnement soient identiques pour les trois unités de soins, contrairement à d'autres UHSA qui ont spécialisé une unité pour l'accueil. Ainsi les deux unités en fonctionnement accueillent le même type de patients.

Dans ses observations du 27 février, l'établissement signale que les documents cadres (convention et annexes) sont en cours de validation institutionnelle.

## 2.2 L'ARCHITECTURE DU BATIMENT PROCURE UN CADRE DE SOINS APAISANT

### 2.2.1 L'accès à l'établissement

L'établissement est situé au Nord de Marseille, à une dizaine de km du centre-ville. Il est aisément accessible par l'autoroute et desservi par une ligne de bus. Il dispose d'un parking pour les professionnels et les visiteurs. L'accès est contrôlé selon les mêmes modalités que dans tout établissement pénitentiaire (EP) ; les contrôles se sont déroulés rapidement durant la visite des contrôleurs.



*L'UHSA de Marseille*

### 2.2.2 Les zones pénitentiaires et administratives

Une fois passés la porte d'entrée principale et le portique de contrôle, un couloir dessert la zone pénitentiaire (comportant notamment le greffe et les parloirs), la zone administrative hospitalière (comprenant notamment les bureaux des secrétaires, médecins et cadres ainsi qu'une salle de réunion) et l'escalier qui donne accès aux zones de soins.

### 2.2.3 Les unités de soins et d'hébergement

Les unités de soins 1 et 2 sont situées au premier étage, l'unité 3 (non encore ouverte) et les espaces mutualisés au deuxième. Les portes sécurisées entre les unités rendent complexe la circulation des professionnels, notamment en situation d'urgence. **Les médecins réclament la possibilité de se déplacer de manière autonome au moyen de badges, système physiquement installé mais pour lequel l'administration pénitentiaire (AP) n'a pas pour l'instant donné son accord.**

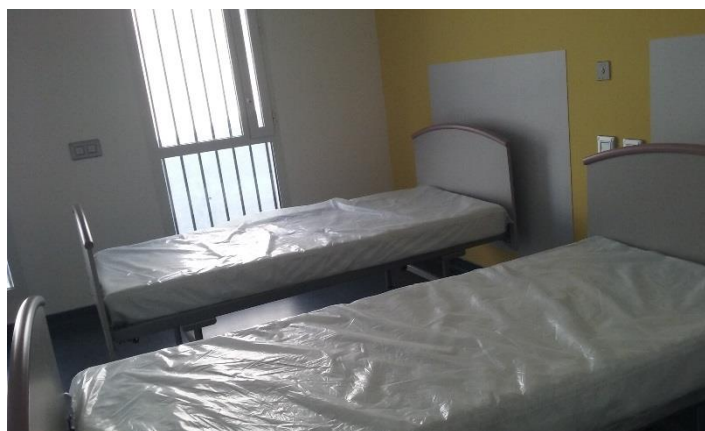
Les unités 1 et 2 sont conçues de manière semblable. Les chambres et espaces de soins sont répartis autour d'un patio à ciel ouvert, sécurisé par des murs en corniche sans concertina. Tous les espaces professionnels donnent vue sur le patio, leurs baies vitrées ne sont pas barreaudées

et l'ensemble offre aux patients un cadre apaisant. Il est possible à tout moment de bénéficier d'ombre dans les patios, grâce aux murs des bâtiments, mais ils ne sont pas équipés en point d'eau et il n'est pas distribué de bouteilles, de plus celui de l'unité 2 n'offre pas d'abri en cas de pluie.



*Patio de l'unité 1*

Chaque unité dispose de seize chambres individuelles, dont une adaptée pour les personnes à mobilité réduite, et de deux chambres doubles. Elles sont toutes dotées d'une salle d'eau avec douche et WC, d'un bouton d'appel et chaque patient dispose d'un placard fermable à clé. Il conviendrait d'installer une horloge dans chaque chambre et un verrou intérieur dans la salle d'eau des chambres doubles pour garantir l'intimité.



*Une chambre double*

Les espaces collectifs sont constitués d'une salle à manger, une salle de détente avec téléviseur, une salle d'activités et une salle d'ergothérapie.





*Salle à manger, salle de détente, salle d'activités*

Les professionnels disposent de bureaux pour les médecins, les infirmiers, la psychomotricienne, l'ergothérapeute, l'assistante sociale et la cadre de santé. Les salles de soins, divisées en trois parties (salle de préparation, salle de soins, bureau infirmier) apparaissent peu fonctionnelles et exiguës. Chacune des unités dispose d'une salle d'activité d'ergothérapie et d'une salle de psychomotricité. Les espaces professionnels, très largement vitrés, sont clairs et facilitent la surveillance. Cependant ils n'assurent pas toujours une confidentialité suffisante. Pour cette raison, les vitres des salles utilisées par la psychomotricienne et l'ergothérapeute ont été occultées.

Le deuxième étage comporte divers espaces destinés à des activités mutualisées : un terrain de sport, une salle de sport, une buanderie, une cuisine et une salle de gymnastique. Ces deux dernières pièces ne sont pas encore totalement aménagées et n'étaient pas en service lors de la visite des contrôleurs.



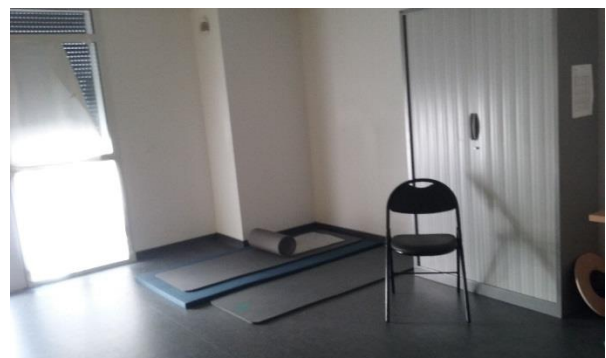
*Terrain de sport*



*Salle de sport*



*Cuisine*



*Salle de gymnastique*



L'ensemble est lumineux et totalement neuf. Un ouvrier professionnel à temps plein assure les travaux de petite maintenance. Certains dysfonctionnements n'avaient pas été résolus six mois après l'ouverture, notamment le réglage de la température de l'air (système de climatisation-chauffage) et de l'eau (non réglable individuellement) dans l'ensemble du bâtiment.

## 2.3 LE PERSONNEL SOIGNANT ET PENITENTIAIRE EXERCE EN HARMONIE MAIS LES EQUIPES SOIGNANTES ONT ENCORE PEU D'EXPERIENCE EN PSYCHIATRIE

### 2.3.1 Le personnel médical

Une praticienne hospitalière (PH) psychiatre est responsable de l'UHSA, en coordination avec un capitaine de l'AP. Ses missions incluent la coordination avec les services de soins de l'AP-HM et les partenaires nationaux et régionaux.

Chaque unité est dotée de deux psychiatres à temps plein. Ces effectifs sont conformes à ce qui est mentionné dans l'annexe I du projet de convention en cours de signature. Outre leurs fonctions au sein de l'UHSA, ces praticiens assurent à tour de rôle des consultations de psychiatrie pour les patients hospitalisés à l'UHSA. Aucune convention ne formalise toutefois ce partenariat. Pour le moment, l'UHSA ne dispose d'aucun poste d'interne en psychiatrie.

Les quatre praticiens ont un statut contractuel bien qu'ayant été admis au concours de PH de psychiatrie en 2017 pour deux d'entre eux et 2018 pour les deux autres. Tout médecin ayant réussi ce concours bénéficie d'une période de trois ans pour effectuer un choix, période au terme de laquelle il perd le bénéfice du concours. La politique de l'AP-HM, pour des raisons de coût, est d'attendre l'échéance de cette période pour la publication des postes. Il convient de souligner les risques inhérents d'une telle pratique pouvant conduire, au regard des besoins importants dans cette spécialité, y compris en région PACA, au départ de ces jeunes praticiens au demeurant très investis dans leurs fonctions. La Contrôleure générale a alerté le directeur général de l'AP-HP de cette situation. De même, cette politique sera source de difficultés pour recruter les deux psychiatres nécessaires à l'ouverture de la troisième unité.

Un emploi à mi-temps de médecin généraliste était prévu jusqu'au mois de septembre 2018 (Cf. § 4.3).

#### **Recommandation**

*La publication des six postes de praticiens hospitaliers de l'UHSA, par ailleurs financés, est une urgence considérant le caractère novateur de cette structure de soins, la nécessité de titulariser les médecins déjà en fonction et de rendre attractifs les recrutements nécessaires pour l'ouverture de la troisième unité.*

Dans ses observations du 27 février, l'établissement signale que la direction générale de l'AP-HM s'est engagée à publier les quatre postes occupés par les praticiens contractuels de l'UHSA au journal officiel en 2019 pour une nomination effective au plus tard en janvier 2020.

### 2.3.2 Le personnel paramédical

Le personnel soignant a été recruté prioritairement en interne à l'AP-HM, sur la base du volontariat. Très peu de candidatures ont émergé des services de psychiatrie de secteur, les professionnels viennent principalement des services de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO),

du SMPR, de l'UHSI ou bien constituant de nouveaux recrutements. Après entretien de sélection, les professionnels de santé, toutes catégories confondues, ont bénéficié d'une formation de quatre semaines (six pour l'unité 2) constituée d'enseignements théoriques (sur la psychiatrie, les soins en détention, les droits du patient, etc.), de stages en unité sanitaire, au SMPR et à l'UHSI ainsi que de « marches à blanc », exercices de mises en situations diverses en commun avec les professionnels de l'AP. Quelques agents ont renoncé, en cours de formation ou après quelques temps d'exercice. Un certain nombre ont exprimé aux contrôleurs leur insatisfaction, évoquant la difficulté à se positionner en service de psychiatrie, le manque de cohésion et de confiance entre les équipes, un sentiment d'insécurité. Certains souhaiteraient, comme en SMPR ou en UHSI où ils ont effectué leurs stages préparatoires, la présence de surveillants pénitentiaires au sein des unités de soins. Les nouveaux agents s'intègrent au sein des équipes sans formation particulière ni tutorat. Des fiches réflexes et de procédures sont disponibles dans chaque unité, que les nouveaux soignants sont tenus de signer après en avoir pris connaissance. En sus du calendrier de formation de l'AP-HM, le personnel est invité à suivre une formation de cinq journées sur la gestion de l'agressivité et de la violence (formation Omega). Il semblerait intéressant, pour les professionnels en fonction et les recrutements à venir, d'organiser des stages d'immersion en unité de psychiatrie de secteur afin d'envisager les questions de sécurité hors le recours au personnel pénitentiaire.

Le taux d'absentéisme pour congé de maladie est inférieur à celui de l'AP-HM et même du pôle. Le service a enregistré huit accidents du travail dont quelques-uns ont donné lieu à arrêt de travail.

Les médecins animent de fréquents temps d'échange avec les équipes : « *staff* » quotidien de 9h à 9h30, « conversation » quotidienne en début d'après-midi et réunion clinique hebdomadaire. Ces réunions visent à contribuer au développement des compétences et de la cohésion des équipes. Les contrôleurs ont assisté à certaines d'entre elles et relevé la très grande implication des médecins et la richesse des échanges. Le *turn-over* important du personnel soignant et, pour une grande partie d'entre eux, leur manque d'expérience dans le domaine de la psychiatrie, conduit à une implication des psychiatres importante dans des domaines qui pourraient relever de la fonction de soignant, telle la notification des décisions (Cf. § 6.2.3). Les médecins sont apparus submergés par des tâches administratives et d'animation, nonobstant un taux d'occupation qui devrait permettre un certain confort de travail.

Le personnel soignant (y compris les équipes de nuit) et médical bénéficie des mêmes séances de supervision d'équipe une fois par mois. Une réunion de fonctionnement se tient également mensuellement, commune une fois par trimestre aux deux unités.

### **Bonne pratique**

*De nombreux temps d'échange sont animés par les médecins. Ils contribuent au développement des compétences du personnel soignant et à la cohésion des équipes.*

### **Recommandation**

*Il convient de mettre en place, pour le personnel soignant, des stages en immersion dans des unités de psychiatrie de secteur afin qu'ils appréhendent mieux les spécificités des soins en santé mentale hors toute dimension pénitentiaire.*

Dans ses observations du 27 février, l'établissement signale que des stages d'immersion en psychiatrie générale seront inclus dans la formation du personnel recruté pour l'ouverture de la 3<sup>ème</sup> unité et que la faisabilité pour le personnel des unités 1 et 2 est en cours d'analyse.

Les infirmiers et aides-soignants exercent en service de douze heures. Le roulement de planning a fait l'objet d'un vote à l'ouverture de la première unité, il est toutefois remis en cause par un certain nombre qui l'estiment très fatigant. Dans chaque unité exercent trois équipes soignantes : deux de jour et une de nuit. Cette organisation permet aux professionnels de bien se connaître au sein de chaque équipe mais certains estiment trop peu développés les liens entre les différentes équipes, malgré un temps de transmission de trente minutes et des réunions communes. Les autres catégories de personnel ont des horaires classiques de jour.

En journée sont présents dans chaque unité :

- un cadre de proximité ;
- quatre infirmiers et un aide-soignant ;
- une assistante sociale (un poste vacant depuis le 1<sup>er</sup> septembre) ;
- un psychologue (chacun intervenant dans les deux unités, un contrat était en cours de régularisation depuis l'été) ;
- un agent de la société *Onet*, auprès de qui les tâches de ménage sont sous-traitées.

S'y ajoutent une ergothérapeute et une psychomotricienne, qui interviennent dans les deux unités et le binôme tournant infirmier/aide-soignant dédié aux escortes lorsque ne sont pas planifiés des accompagnements à l'extérieur.

De nuit sont présents dans chaque unité deux infirmiers et deux aides-soignants. Les cadres animent une réunion mensuelle avec les équipes de nuit et exercent chacun une fois par mois de 15h à 23h afin de rencontrer ces équipes, par ailleurs conviées aux séances de supervision et à certaines réunions de fonctionnement. Il était initialement prévu que les équipes de jour et de nuit permutent leur service quelques jours par an afin de mieux appréhender leurs spécificités respectives, cependant cette organisation n'a pas encore été mise en place. La visite de nuit effectuée au cours de la mission a mis en exergue le sentiment d'insécurité de ces équipes, surtout depuis la suppression d'une garde de médecin sur place fin juin (Cf. § 4.1.3).

En équipe de jour comme de nuit, un infirmier régulateur est désigné chaque jour par roulement. Référent de l'unité, il est chargé de suivre le planning de chaque patient afin de savoir où il se trouve et de coordonner les différents actes le concernant.

### **Bonne pratique**

*Les cadres de proximité exercent une fois par mois en soirée et les équipes de nuit sont conviées à certaines réunions de service afin de renforcer la cohésion entre les équipes de jour et de nuit.*

Les professionnels spécialisés : ergothérapeute, psychomotricienne, psychologues, assistantes sociales sont conviés à toutes les réunions d'unité et de service. Les médecins les rencontrent en outre spécifiquement une fois par mois.

### 2.3.3 Le personnel pénitentiaire

Le personnel pénitentiaire relève du CP des Baumettes. Les agents ont été sélectionnés parmi une liste de candidats et ont bénéficié d'une formation spécifique comportant des temps d'échange avec les équipes médicale et soignante. Plusieurs avaient auparavant exercé à l'UHSA. Le CP dispose d'un « vivier » d'une vingtaine de fonctionnaires, sélectionnés et prêts à être affectés à l'UHSA en fonction des besoins, cependant il n'y a pas eu, depuis l'ouverture, de défection et l'absentéisme est très faible. Chaque année, les agents en poste et en attente d'affectation à l'UHSA sont soumis à une obligation de validation portant sur l'usage des armes, les situations à risques et l'organisation des escortes qui conditionne le maintien dans le poste.

L'effectif actuellement affecté se compose de six gradés et de vingt-sept agents, placés sous l'autorité d'un capitaine. La vacance de postes est d'un major, adjoint à l'officier, deux gradés et deux surveillants. L'équipe ne comporte que trois femmes, ce qui parfois contraint les possibilités de fouilles des patientes à l'occasion d'une extraction ou d'un parloir.

Le personnel pénitentiaire exerce en service de douze heures. Il assure, par roulement, la sécurité périmétrique (rondes, surveillance des écrans et détecteurs de présence), le contrôle des accès, effectue les formalités d'écrou et toutes les missions propres à l'administration pénitentiaire : parloirs, cantines, courrier, téléphone. Il n'intervient au sein des unités de soins que dans le cadre des procédures dites de « prêt de main forte » (Cf. § 8.4).

Une équipe assure les escortes lors des extractions. Elle effectue des déplacements souvent éloignés (Nice, Toulon, Draguignan etc.), de sorte que des choix doivent être faits, conduisant parfois à l'annulation de transports sanitaires. Une seule escorte pénitentiaire apparaît d'ores et déjà insuffisante alors qu'une trentaine de patients seulement sont pris en charge ; ceci conduit à retarder des admissions et des sorties et prive de la possibilité d'hospitalisations en urgence. Une seconde escorte apparaît indispensable avec l'augmentation programmée de l'activité lors de l'ouverture de la troisième unité. De même, le personnel soignant d'accompagnement devra être renforcé.

En semaine sont présents huit agents, un ou deux premiers surveillants et le capitaine. Les nuits, week-ends et jours fériés, l'équipe est réduite et il n'est pas prévu d'escorte. Cet effectif réduit est de nature à poser des difficultés en cas d'urgence nécessitant un accompagnement sanitaire et un prêt de main forte. Dans cette hypothèse, il pourrait être fait appel aux agents de l'UHSA, cependant cette situation ne s'est pas encore présentée.

#### **Recommandation**

*Il convient de constituer une deuxième équipe d'escorte afin de répondre aux besoins en accompagnements médicaux, judiciaires et pénitentiaires qui augmenteront à proportion de l'activité de l'UHSA.*

### 2.3.4 Les échanges entre le personnel pénitentiaire et hospitalier

Les échanges informels sont qualifiés de fluides, constants et constructifs. Il est prévu chaque semaine une réunion institutionnelle entre les deux catégories de personnel. En réalité, ces rencontres sont très épisodiques et ne donnent lieu à aucun procès-verbal. Cette réunion a été mise en place durant la visite des contrôleurs, qui y ont assisté. Le médecin coordonnateur, un médecin psychiatre, un premier surveillant et un surveillant ont évoqué diverses questions

individuelles (organisation d'une extraction, d'une sortie proche, interdiction de communiquer entre deux patients), comme d'organisation générale (difficulté pour les arrivants à obtenir l'ouverture des lignes téléphoniques, remplacement de boîtes aux lettres, usage des moyens de contrainte, etc.). Tous les participants ont convenu de l'intérêt de ces échanges et de la nécessité de les organiser à rythme régulier et de les ouvrir le plus largement possible au personnel de soin et de surveillance.

### **Recommandation**

*La réunion du personnel pénitentiaire et hospitalier doit se tenir à rythme fixe et donner lieu à procès-verbal.*

Dans ses observations du 27 février, l'établissement signale que la réunion d'articulation personnel pénitentiaire-personnel soignant se tient désormais tous les quinze jours et fait l'objet d'un compte-rendu transmis à l'ensemble du personnel.

Tous les agents pénitentiaires rencontrés ont déclaré travailler dans d'excellentes conditions matérielles et en bonne entente avec le milieu hospitalier. Les contrôleurs ont observé une réelle attention portée aux personnes accueillies, considérées pleinement dans leur statut de patient. De la même manière, les médecins et cadres soulignent le professionnalisme et la qualité des échanges avec le personnel pénitentiaire.

### **Bonne pratique**

*Les administrations pénitentiaire et hospitalière collaborent efficacement, notamment grâce à une politique de recrutement et de formation rigoureuse du personnel de surveillance et des échanges constants, informels et institutionnels, entre les différentes catégories de personnel.*

## **2.4 L'ACTIVITE DEMEURE MODESTE SEPT MOIS APRES L'OUVERTURE**

Les unités sont polyvalentes et mixtes. Depuis la mise en service des deux unités, le taux d'occupation s'élève en moyenne à une trentaine de patients, avec un maximum de trente-huit, soit un taux d'occupation de 67 %. L'UHSA a procédé depuis son ouverture à 106 admissions (99 hommes, 8 femmes et 1 mineur), représentant une moyenne de 3,7 admissions par semaine.

Au premier jour de la visite, douze patients étaient hospitalisés dans l'unité 1, dont une femme. L'hospitalisation la plus ancienne datait du 26 avril (soins libres), la dernière admission du 30 août (soins libres). Seize patients étaient hospitalisés dans l'unité 2, dont deux femmes. L'hospitalisation la plus ancienne datait du 25 mai (SDRE<sup>2</sup>), la dernière admission du 31 août (SDRE).

La consultation des tableaux de suivi permet de constater que 30 % des patients sont orientés depuis des hôpitaux de proximité (services d'urgence ou unités de psychiatrie). Concernant les orientations depuis les établissements pénitentiaires, 36 % des demandes émanent du CP des Baumettes – dont le SMPR qui a une vocation régionale – et 20 % du CP d'Aix-Luynes, situé à proximité de Marseille. Les EP d'Arles (Bouches-du-Rhône), Toulon (Var) et Salon-de-Provence (Bouches-du-Rhône) suivent, représentant chacun 9 % des demandes. Des établissements

<sup>2</sup> SDRE : soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

pénitentiaires pourtant de capacités importantes, comme Avignon (Vaucluse), Tarascon (Bouches-du-Rhône), Nice (Alpes-Maritimes), formulent peu de demandes. Aucune admission n'est intervenue depuis les prisons corses. Il serait important que l'UHSA tire un premier bilan de ces orientations et rencontre l'ensemble des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP). Il est en effet surprenant que si peu de demandes émanent des seize établissements du ressort qui hébergent plus de 7 000 personnes.

Les taux d'occupation sont moindres que ce qui était attendu, sans pouvoir apporter d'explications. L'analyse conduite à partir des demandes d'admission de février à fin août montre que sur 163 demandes, 106 ont donné lieu à une hospitalisation. 35 % des demandes ont été refusées comme étant considérées non justifiées. Il serait utile de rechercher si elles concernent plus spécifiquement certains établissements pénitentiaires, pouvant traduire un manque d'information ou de compréhension sur le type de patients pouvant être admis à l'UHSA. Selon la cheffe de pôle, il arriverait également que le profil lourd de certains patients, placés en quartier d'isolement depuis plusieurs mois, ne permette pas leur intégration immédiate dans une vie collective et nécessite un placement en chambre d'isolement alors que toutes ces chambres sont occupées, conduisant dès lors à des délais d'admission plus longs. Les médecins envisagent par ailleurs une réflexion sur l'ouverture d'une ou plusieurs chambres d'apaisement pour des patients.

Le projet de soins prévoit de privilégier les soins libres (SL). Cet objectif n'est pas encore atteint puisque 57 % des patients ont été admis en SDRE et que l'analyse sur les quelques mois d'ouverture ne montre pas d'inversion de ce ratio, sensiblement équivalent dans les deux unités. Selon un tableau de suivi fourni par l'établissement, six hospitalisations en SL ont été transformées en SDRE et vingt et une SDRE ont été transformées en SL.

La politique souhaitée par les responsables médicaux de l'UHSA est de privilégier des séjours courts de moins de 30 jours et de programmer des hospitalisations séquentielles si nécessaire. La durée moyenne d'hospitalisation, calculée sur sept mois, est de 36 jours selon les données du tableau des admissions. Le département d'information médicale (DIM) affiche des durées quelque peu différentes, de 40 jours pour l'unité 1 et 43 pour l'unité 2 pour la période de février à fin juin (cinq mois). La note de synthèse remise aux contrôleurs mentionne une durée moyenne de séjour de 28,2 jours calculée sur la période de février à fin juillet (six mois). Une dizaine de patients ont fait l'objet d'au moins deux séjours.

Pour les séjours terminés, vingt-huit ont duré moins d'un mois, vingt-deux entre un et deux mois, quatorze entre deux et six mois et aucun au-delà.

Les différents outils de recueils de données, quoique parfois non renseignés pour certains items, ont le grand mérite d'être en place mais gagneraient à être regroupés, évitant certaines erreurs de calcul. L'UHSA devrait dès à présent prévoir des analyses mensuelles qui pourraient être adressées aux établissements pénitentiaires et de santé concernés des deux régions.

### **Recommandation**

*Les modalités de recueil des données doivent être consolidées et simplifiées au sein d'un seul outil, évitant le suivi de plusieurs tableaux parfois contradictoires entre eux. L'UHSA devrait mettre en place dès à présent un suivi d'indicateurs mensuels qui pourraient être communiqués à ses partenaires.*

Dans ses observations du 27 février, l'établissement signale qu'un recueil standardisé des données et indicateurs mensuels est désormais en place, en cours de validation par le département d'information médicale (DIM).



### 3. L'ADMISSION ET L'ACCUEIL

#### 3.1 LES MODALITES D'ADMISSION PERMETTENT UN TRAITEMENT REACTIF DES DEMANDES EN DEPIT DE PROCEDURES LOURDES

Les articles 3.1 et 3.2 de la convention en cours de signature et les annexes E et F correspondantes, se référant aux dispositions inscrites au 2.2.1 et au 5.2 de la circulaire interministérielle relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA<sup>3</sup>, listent les documents administratifs devant constituer les dossiers et leur circuit. Les procédures d'hospitalisation avec et sans consentement s'effectuent selon les modalités prévues par les articles L. 3212-1 à L. 3214-5 du code de la santé publique (CSP) et la circulaire du 18 mars 2011. Elles sont décrites dans l'annexe E. Les modalités de transport et d'escorte sont prévues dans l'annexe P. L'ensemble de ces procédures est respecté.

Les modalités d'admission et le dossier administratif à compléter par l'EP et l'établissement de santé concernés ont été exposés lors d'une réunion de présentation de l'UHSA à l'ensemble de ses partenaires en 2017. Ce dossier est perçu par beaucoup d'interlocuteurs extérieurs comme très lourd et assez long à renseigner, les difficultés étant en partie liées aux délais d'obtention des signatures nécessaires des autorités, notamment pour les patients faisant l'objet d'une demande de soins sans consentement.

Toute demande d'admission arrive au secrétariat, qui la transmet au médecin de permanence, lequel rappelle le médecin demandeur le jour même. L'UHSA a mis en place une réunion d'admission quotidienne qui associe le secrétariat, les cadres, les psychiatres des deux unités et le médecin coordonnateur lorsqu'il peut être présent. Ces réunions permettent d'examiner les demandes en cours et leur état d'avancement, de préparer les sorties et d'actualiser la programmation des escortes. Un tableau *Excel* est renseigné quotidiennement, la planification des escortes fait l'objet d'un tableau de suivi partagé avec l'administration pénitentiaire. Les contrôleurs ont assisté à l'une de ces réunions au cours de laquelle ils ont pu mesurer les difficultés auxquelles sont confrontés le secrétariat et les médecins, à la fois liées à l'obtention de certains documents administratifs dans les délais impartis et, pour les psychiatres, à l'obtention de données cliniques suffisantes pour décider d'une admission. Les secrétaires ont souligné les nombreuses relances auxquelles elles doivent procéder pour finaliser une admission. **Nombre d'entre elles sont différées faute d'escorte pour aller chercher des patients, surtout depuis le mois de juin.** Les admissions sont programmées sur des critères d'urgence de prise en charge et non selon la date de dépôt des demandes.

L'administration pénitentiaire délivre une décision d'affectation et un ordre de transfert lorsque l'admission est validée sur le plan médical. Dans les jours précédents l'admission, le greffe décentralisé de l'UHSA adresse à l'établissement d'origine une « *fiche de liaison EP/UHSA Marseille* » sollicitant des informations relatives à la situation pénale, aux autorisations de parloir et de téléphone, au comportement et risques éventuels. Les contrôleurs ont examiné certaines de ces fiches, conservées dans les dossiers du greffe. Elles étaient, sauf exception, complètement renseignées.

---

<sup>3</sup> Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées.



**Cette organisation, déjà complexe pour deux unités de soins, conduit à s'interroger sur son fonctionnement lorsque la troisième unité sera ouverte.** Néanmoins, une vingtaine de patients ont pu être admis dans les 48 h du premier contact entre médecins ; le délai moyen est compris entre trois et quatre jours.

### **3.2 LES PATIENTS SONT ACCUEILLIS AVEC ATTENTION, TANT DE LA PART DU PERSONNEL PENITENTIAIRE QUE SOIGNANT**

Pour les personnes en soins libres, l'escorte pénitentiaire de l'UHSA procède au transfert dans un véhicule léger. Pour les personnes en SDRE, l'équipe soignante prend en charge le patient en véhicule sanitaire, suivi de l'escorte pénitentiaire. La pose de contention est prescrite dans 45 % des cas. Certains soignants regrettent qu'à l'instar de ce qui est pratiqué pour les transports à destination de l'UHSA les agents pénitentiaires ne soient pas présents à leurs côtés dans le véhicule sanitaire.

La personne hospitalisée est autorisée à prendre quelques effets, compatibles avec ceux autorisés à l'UHSA et communiqués préalablement à l'établissement d'origine. Il est précisé dans le document de liaison que « *durant le séjour hospitalier, les produits d'hygiène et le linge de toilette sont fournis par l'unité hospitalière* ». Or, les serviettes de toilette ne sont pas fournies par l'hôpital, de sorte que des draps sont donnés en guise de serviette à des patients démunis. De même, si un kit hygiène est bien remis à l'arrivée, il n'est ensuite pas renouvelé et les produits d'hygiène doivent être cantinés.

Pour la durée de leur hospitalisation, les patients sont enregistrés sous un numéro d'écrou dépendant du CP des Baumettes. L'UHSA dispose d'un service de greffe décentralisé où un premier surveillant procède aux formalités d'écrou classiques. Le paquetage, sauf état clinique incompatible, est vérifié par un agent pénitentiaire et deux soignants, en présence du patient sans que celui-ci soit invité à en signer l'inventaire. Les objets retenus (produits de toilette ouverts, rasoirs, coupe-ongles, etc.) sont conservés dans une pièce destinée à cet effet, dans un bac en plastique transparent marqué au nom du patient.

Pour les deux patients arrivés en présence de contrôleurs, ces formalités ont été rapides et réalisées dans une ambiance accueillante.

#### **Recommandation**

*Le linge de toilette et les produits d'hygiène doivent être fournis au patient, comme mentionné dans l'annexe « paquetage du patient détenu hospitalisé à l'UHSA » du protocole de fonctionnement de l'établissement.*

Les patients sont orientés vers l'une ou l'autre des unités en fonction du taux d'occupation et de leur profil, indifféremment de leur statut d'hospitalisation. Le personnel soignant installe le patient dans sa chambre et renseigne avec lui un certain nombre de documents : fiche de renseignement à l'admission, autorisation de soins, désignation d'une personne de confiance. Il est remis à cette occasion le livret d'accueil, dont certains disposent déjà, remis par le service médical de la prison lors de la préparation de l'hospitalisation. Le patient est accompagné pour une visite de l'unité et présenté aux autres occupants. Les contrôleurs ont observé un accueil ouvert et solidaire des autres patients, qui ont serré la main au nouveau venu et lui ont spontanément proposé de le dépanner en tabac. Si l'état du patient ne permet pas d'assurer

l'ensemble de ces formalités d'accueil, à défaut de *check-list*, il est possible que certaines soient omises (remise du livret d'accueil, renseignement sur la personne de confiance, etc.).

Le patient est rapidement reçu par un médecin pour une première consultation, à laquelle assiste un infirmier. Aucune restriction de principe n'est imposée durant la phase d'accueil et d'observation, le patient est invité à s'intégrer à son rythme à la vie collective.

Lorsque le patient est placé d'emblée en chambre d'isolement, il est accueilli par trois voire cinq soignants alors même que ces derniers reconnaissent qu'il est toujours calme à ce stade car sédaté depuis l'établissement de départ. L'accueil est allégé sur le plan administratif et le patient est mis en pyjama.

## 4. LA PRISE EN CHARGE MEDICALE

### 4.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT SOUTENUS ET FORTEMENT ARTICULES AVEC L'ACTION DE L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS SANITAIRES ET SOCIAUX

#### 4.1.1 Le projet médical et de soins

La médecin cheffe de pôle a exposé aux contrôleurs que la structure vise l'accueil à court et moyen séjour de personnes en décompensation psychiatrique ou pour lesquelles il convient d'approfondir le diagnostic et le traitement ou encore d'organiser un parcours de soins en fin de peine ou avant un transfert. Le projet médical et de soins vise, notamment, à recréer du lien pour rompre l'isolement lié à la maladie et à la détention, à créer une alliance thérapeutique, à inscrire le patient dans un parcours de soins coordonné.

Le principe retenu dans le projet médical initial était d'accueillir des patients 24h/24 et 7J/7. La réalité est très différente, d'une part en raison des délais de constitution des dossiers, d'autre part en l'absence d'escorte pénitentiaire les week-ends et les jours fériés.

Une présence médicale est assurée dans les unités aux heures ouvrées en semaine ainsi que le samedi matin. En dehors des consultations programmées, les patients peuvent aisément s'adresser directement aux médecins. Comme mentionné *supra*, ces derniers sont également très disponibles pour les équipes soignantes.

Chaque patient fait l'objet d'un projet de soins individualisé élaboré avec son psychiatre référent qui s'articule avec la vie collective de l'unité. Il n'est pas désigné d'infirmier référent pour l'instant mais ceci est envisagé lorsque les équipes seront plus aguerries. Les patients sont régulièrement informés de l'évolution de leur hospitalisation, notamment ceux faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement. Leur adhésion est systématiquement recherchée, quelles que soient les situations cliniques et administratives. L'équipe médicale et soignante anime chaque semaine, avec un patient volontaire, une réunion soignants-soignés au cours de laquelle sont abordées des questions collectives de toutes natures.

Les activités thérapeutiques font partie intégrante du projet de soin. La plupart sont prescrites, après concertation d'équipe, mais certaines sont ouvertes à tous (Cf. § 4.1.5). Les psychologues en animent quelques-unes et assurent le suivi individuel de certains patients.

La situation de chaque patient est évoquée lors du *staff* clinique du matin, permettant de prendre en considération les événements de la veille mais également ceux survenus la nuit et de réajuster si nécessaire la prise en charge. L'ensemble des professionnels, y compris les assistantes sociales, est convié aux réunions cliniques hebdomadaires.

La gestion des questions relatives à la sexualité n'a pour le moment pas fait l'objet d'échanges ni de réflexions sur les modalités de prise en charge. Il n'y a pas de préservatifs disponibles dans la structure. Les situations sont traitées au cas par cas lorsqu'elles se présentent.

Le comité d'éthique n'a pour le moment jamais été sollicité.

#### 4.1.2 Le dossier patient informatisé

L'UHSA bénéficie d'un dossier patient informatisé (DPI) identique à celui installé dans les deux hôpitaux de psychiatrie de l'AP-HM (Hôpital Sainte-Marguerite et de la Conception) et au SMPR. Ceci facilite le suivi par l'ensemble des médecins des dossiers médicaux et de leur historique. Le logiciel support du DPI concernant la psychiatrie (CIMAISE) est différent de celui des disciplines

de court séjour (AXiGATE). Ces deux DPI ne communiquent pas, impliquant que, lorsqu'un patient est hospitalisé en soins MCO, les médecins n'ont pas accès à son dossier et réciproquement.

### **Recommandation**

*Le dossier patient informatisé devrait être unique au sein du même établissement, de manière à permettre aux médecins de disposer de l'ensemble des données, quelle que soit la spécialité concernée.*

Dans ses observations du 27 février, l'établissement signale qu'il est prévu que le dossier patient informatisé (DPI) actuellement déployé dans les services de soins somatiques de l'AP-HM (AXIGATE) intègre le DPI psychiatrique (CIMAISE) dès que possible.

#### **4.1.3 La permanence des soins**

Le projet de convention précise dans l'annexe J : « *La prise en charge des urgences psychiatriques est assurée par les psychiatres de l'UHSA aux heures ouvrables et par le dispositif de garde et d'astreinte en dehors des heures ouvrables* ». Cette simple phrase ne permet pas de connaître précisément à quel dispositif il est fait référence.

Dans les faits, ce sujet fait débat depuis l'ouverture. Il était prévu dans le projet que le service accueille un interne de psychiatrie, présent en dehors des heures ouvrées, les week-ends et jours fériés. Cette organisation n'a pu être maintenue au regard des revendications exprimées par les internes et il a été mis en place une garde sur place, assurée par les psychiatres seniors des pôles 1 et 11 de l'AP-HM, dans l'attente des conclusions de la commission spécifiquement mise en place sur ce sujet, pilotée par L'ARS. Ces conclusions ont été rendues en juin 2018 et une procédure expérimentale a été mise en place depuis le 1<sup>er</sup> juillet pour une durée de trois mois. Elle a donné lieu à la rédaction de fiches de procédures concernant la prise en charge des urgences vitales et non vitales, applicables au 1<sup>er</sup> juillet 2018.

- La procédure retenue concernant les urgences non vitales prévoit que l'interne de psychiatrie de l'hôpital Nord intervienne à l'UHSA sur appel de l'équipe soignante, que cet appel soit traité de façon prioritaire avec déplacement immédiat, que l'interne puisse être « seniorisé » lors de ces interventions par un médecin du pôle 11.  
Le relevé des appels et des suites données sur deux mois montre que sur cinquante-neuf appels, trente-cinq seulement ont été suivis d'un déplacement, soit 40 % des appels traités à distance dont près d'un quart ont donné lieu à une prescription téléphonique confirmée sur le logiciel de prescription. Cependant, certaines prescriptions sont mentionnées avec envoi d'un simple fax, modalité non réglementaire.  
L'évaluation tirera les enseignements de ces relevés. Il sera opportun de s'interroger sur ce mode de prescription, notamment certaines prescriptions de neuroleptiques sans voir les patients, non connus de l'interne et parfois déjà très médiqués. Par ailleurs cette organisation sera à reconsidérer lorsque l'UHSA fonctionnera dans sa totalité.
- Une seconde procédure concerne les urgences vitales, avec appel au SAMU. Cette situation ne s'est pas présentée.

#### 4.1.4 Le circuit du médicament

Le circuit du médicament est informatisé ; il utilise le même logiciel que celui déployé dans les services de court séjour de l'AP-HM, à la seule différence que celui-ci n'est pas intégré à CIMAISE, obligeant les prescripteurs à avoir recours à deux logiciels et à gérer ces prescriptions indépendamment du DPI.

La préparation des traitements n'est pas nominative. Les commandes sont faites une fois par semaine et livrées à l'UHSA. Les IDE de nuit préparent les piluliers des patients pour le lendemain. Chaque unité est dotée d'une salle affectée à la pharmacie, communicante avec le bureau des soignants et la salle de soins. Les toxiques sont centralisés dans une unité. La distribution des traitements est informatisée et se déroule deux fois par jour dans la chambre des patients, permettant ainsi un temps d'échange confidentiel.

Les lignes de prescriptions sont analysées quotidiennement. Le renforcement attendu du temps de pharmacien hospitalier affecté à ce secteur thérapeutique permettrait de compléter le dispositif déjà existant en mettant en place une commission du médicament qui pourrait analyser en interne les prescriptions, leur justification et envisager des conciliations thérapeutiques avec les patients (éducation thérapeutique du patient)<sup>4</sup>. La lourdeur des prises en charge médicamenteuses observée – les patients bénéficiant en moyenne par jour de huit lignes de prescriptions – justifie une mise en place rapide de cette instance et de ce mode de prise en charge.

#### **Recommandation**

*La lourdeur des prises en charge médicamenteuses observées justifierait la mise en place, dès 2019, d'une commission des médicaments pour l'UHSA et l'organisation de conciliations thérapeutiques avec certains patients.*

Dans ses observations du 27 février, l'établissement signale que la pharmacienne référente du pôle a été sollicitée à cet effet et qu'il est prévu une analyse des besoins au cours du 2<sup>ème</sup> semestre 2019.

#### 4.1.5 Les activités thérapeutiques

Elles sont animées par les professionnels spécialisés – ergothérapeute et psychomotricienne – les psychologues, des infirmiers et aides-soignants volontaires. Elles sont discutées en équipe au quotidien pour l'orientation des patients et une fois par semaine dans le cadre d'une réunion spécifique avec les médecins. La plupart sont dispensées en petit groupe de deux à six patients mais il arrive que la psychomotricienne intervienne en chambre d'isolement et, à l'inverse, quelques activités sont ouvertes à tous. Les activités sportives sont communes aux deux unités.

Au moment de la visite, l'unité 1 proposait chaque semaine un atelier d'écriture, une séance d'écoute musicale, une autre de danse et des activités d'esthétique ou coiffure. Il est organisé par quinzaine une revue de presse.

---

<sup>4</sup> Guide HAS : Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins. Février 2018.

Dans l'unité 2 étaient proposés des activités assez proches : participation à la rédaction d'un journal : « *la gazette de l'UHSA* », dont trois numéros avaient déjà été publiés, écoute musicale, esthétique et coiffure, ciné-club le samedi.

Certains soignants proposent, en fonction de leurs compétences et de l'activité du service, des petits travaux de bricolage ou décoration. Ils déplorent ne pas disposer de matériel suffisant pour ce faire, comme dans le cadre des activités d'esthétique. A cet égard, et alors qu'aucun coiffeur n'intervient à l'UHSA, il n'existe qu'une tondeuse à cheveux et un sèche-cheveux pour les deux unités.

D'autres projets étaient en réflexion : relaxation, cuisine (la cuisine n'étant pas encore totalement équipée), conte, jardinage (les patients peuvent d'ores et déjà arroser les plantes du patio).

Chaque unité dispose de jeux de cartes et de société. La fête de la musique, la coupe du monde de football et le 14 juillet ont été l'occasion d'animations spécifiques avec prise du dîner dans le patio.

Les patients, quel que soit leur statut d'hospitalisation, sont encouragés à participer à des activités. Certains se plaignent cependant de l'oisiveté et disent s'ennuyer.

## **4.2 LES MESURES D'ISOLEMENT SONT NOMBREUSES, EN REVANCHE LA CONTENTION N'A JAMAIS ETE MISE EN ŒUVRE JUSQU'A PRESENT**

### **4.2.1 Les chambres d'isolement**

Chaque unité dispose de deux chambres d'isolement (CI), soit quatre opérationnelles au moment de la visite des contrôleurs et six à terme. Leur configuration est identique. Elles sont situées à distance du poste de soins, l'option privilégiée ayant été de le situer en face de la salle à manger et les CI en face du patio afin de pouvoir y faire sortir les patients isolés sans contrainte de circulation dans les couloirs. Chaque secteur sécurisé inclut deux CI donnant toutes les deux sur un espace commun, accessible de l'extérieur, équipé d'une douche à l'italienne, d'une table et de deux chaises. Les CI sont elles-mêmes directement accessibles *via* un sas, elles disposent donc d'une double entrée. Le sas est équipé d'une climatisation et les CI d'un système de réfrigération au sol.

Chaque chambre est équipée d'un lit scellé au sol doté d'un système d'appel fixé à l'un des pieds et d'un matelas ignifugé. La literie inclue un drap, une couverture et un oreiller. Les chambres disposent d'un espace sanitaire incluant des toilettes et un lavabo en inox. Son robinet, scellé au mur, correspond davantage à une douchette qui asperge celui qui l'actionne et conduit à un ruissellement le long du mur, source de dégradations. Elles sont équipées d'interrupteurs pour la commande des éclairages et d'un système d'interphonie. Celui-ci est exceptionnellement utilisé, le personnel soignant intervient physiquement rapidement lors d'un appel.

Toutes les portes d'accès aux chambres sont équipées de fenestrons, lesquels portent atteinte à l'intimité des patients. Celui de la porte donnant sur le sas permet la vue sur une horloge mais aussi sur l'espace sanitaire. Il peut être occulté de l'extérieur. Le second, donnant sur l'espace commun, ne dispose pas de système d'occultation alors qu'il donne vue sur la douche. Le personnel a recours pour l'occulter, lorsque les deux chambres sont occupées et qu'un patient prend sa douche, à des cartons ou à des feuilles de papier. Enfin, la sonorité des locaux ne permet pas d'assurer les entretiens avec toute la confidentialité requise.

### **Recommandation**

*Des travaux d'aménagement des chambres d'isolement doivent être effectués rapidement afin d'assurer le respect de l'intimité des patients, des conditions d'hospitalisation décentes et le respect de la confidentialité des soins.*

Dans ses observations du 27 février, l'établissement signale que l'ensemble des chambres d'isolement nécessite des travaux de rénovation (programmés au 1<sup>er</sup> semestre 2019), qui intégreront le volet confidentialité/intimité.

#### 4.2.2 Les conditions de prise en charge en chambre d'isolement

##### *a) Conditions de vie*

Les patients sont systématiquement mis en pyjama. Les pyjamas en tissu venant à manquer, ils sont remplacés par des pyjamas en fibre.

Les repas sont pris soit dans la chambre, soit dans l'espace commun sur décision médicale. Les contrôleurs ont constaté que le dîner pouvait être servi à 17h et le petit déjeuner jusqu'à 9h30. Il leur a été exposé que l'organisation des repas en isolement est complexe, ces patients devant être servis avant ou après les autres car requérant la présence de deux voire trois soignants durant 30 minutes, auxquelles s'ajoutent éventuellement un temps de sortie dans le patio. Si les deux CI sont occupées, un repas est servi avant et le second après les repas collectifs, le personnel veillant en principe à conserver le même rythme afin de ne pas encore allonger le temps entre les repas. Cependant le temps de jeûne est trop long entre le dîner et le petit déjeuner, d'autant que ces patients ne se voient pas proposés de collation en fin de soirée.

### **Recommandation**

*L'organisation des repas des patients placés en chambre d'isolement doit être revue pour respecter des horaires adaptés.*

Dans ses observations du 27 février, l'établissement signale que, depuis le 15 septembre 2018, une collation est donnée à 22h aux patients en chambre d'isolement.

##### *b) Accueil et suivi sanitaire*

Les médecins voient systématiquement tout patient admis en chambre d'isolement lors de son placement. Ils l'informent des raisons ayant conduit à cette décision et des règles de vie qui en découlent. Le personnel soignant assure une surveillance toutes les heures. Les psychiatres assurent une consultation au moins quotidienne (le week-end par le senior d'astreinte et non pas par l'interne de garde). Le médecin somaticien, outre la visite d'entrée, voit ces patients deux fois par semaine et sur demande.

Ces mesures de placement sont, pour un certain nombre d'entre elles, aménagées, donnant la possibilité aux patients de pouvoir sortir fumer ou s'aérer dans le patio, de prendre leur repas dans l'espace commun, voire d'être réintégrés progressivement aux activités collectives. Les recommandations de la HAS sont pleinement respectées et l'ensemble des documents à compléter est intégré dans le DPI et renseigné directement à ce niveau.



Le personnel soignant a fait part aux contrôleurs de son sentiment d'insécurité vis-à-vis de ces patients et de sa crainte d'un passage à l'acte. Ce personnel, comme indiqué *supra*, n'a pas toujours eu de formation adaptée à cet exercice professionnel et à la prise en charge de ce type de patient, surtout pour les agents ayant pris leur fonction récemment. Certains ont fait part de difficultés à identifier les raisons de certains placements, justifiés selon eux uniquement par la crainte d'épisode agressif et non en lien avec les pathologies. Ils s'interrogent sur des placements parfois très longs et leur justification. Ce sentiment d'insécurité est le même pour les équipes de nuit, exacerbé par le fait qu'elles sont seules. Les interventions en CI mobilisent deux à trois soignants, dans quelques cas il est fait appel aux surveillants pénitentiaires pour leur prêter main-forte. Des professionnelles regrettent que certaines équipes ne soient constituées que de femmes, la présence de soignants hommes pouvant dans ces cas juguler la situation, ce qui est le cas dans les services de psychiatrie.

Dans ses observations du 27 février, l'établissement signale que l'ensemble du personnel a reçu une formation d'adaptation à l'emploi de quatre semaines et que les trois infirmiers et l'aide-soignant recrutés secondairement bénéficieront de la formation qui sera organisée pour l'ouverture de la 3<sup>ème</sup> unité.

#### **Recommandation**

*Le personnel soignant doit bénéficier d'une formation à la gestion de crise et, au-delà, il importe que des échanges soient organisés spécifiquement sur ce thème afin de permettre d'acquérir une meilleure compréhension des décisions médicales d'isolement.*

Dans ses observations du 27 février, l'établissement signale qu'une formation à la gestion de crise (OMEGA) a été mise en œuvre pour l'ensemble du personnel médical et soignant à partir du mois de septembre 2018 et qu'au 11 février 2019, trente personnes avaient été formées avec l'objectif d'en former trente-cinq autres d'ici la fin de l'année.

#### **4.2.3 Les données d'activité**

Le nombre de placements en isolement comptabilisé fin août se chiffre à quarante et un séjours pour trente-sept patients dont vingt-sept à l'unité 1 et quatorze à l'unité 2, ouverte deux mois plus tard. Les chiffres communiqués montrent ensuite une juste répartition entre les deux unités. Deux tiers des patients en SDRE ont fait l'objet d'un placement en chambre d'isolement. Vingt-sept des trente-sept patients concernés ont été placés en CI le jour de leur admission.

La médiane des séjours se situe à 3,9 jours mais elle est de plus de 16 jours pour la seconde moitié et de 25 jours pour le dernier quartile. Un patient est resté 54 jours en isolement, en attente d'une admission en unité pour malades difficiles (UMD). Ces durées ne respectent pas les recommandations de la HAS<sup>5</sup> préconisant notamment de limiter l'isolement à 48 heures, comme

---

<sup>5</sup> Guide HAS Février 2017 Extrait : À l'initiation de la mesure, « il est recommandé que l'indication soit limitée à 12 heures pour l'isolement et 6 heures maximum pour la contention mécanique. Si l'état de santé le nécessite, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées dans les 12 heures pour l'isolement et 6 heures pour la contention mécanique. En cas de prolongation, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées toutes les 24 heures en concertation avec l'équipe soignante. L'équipe soignante réévalue l'état clinique et peut solliciter le psychiatre pour la levée de la mesure à tout moment. La mesure ne doit pas être maintenue plus longtemps que



recommandé par le rapport du CGLPL de 2016. Le contexte particulier de ces patients est bien sûr à prendre en compte, mais il est nécessaire que les médecins réfléchissent sur ces pratiques et les moyens d'y contrevenir.

#### **Recommandation**

*Les praticiens de l'UHSA doivent engager très rapidement une réflexion sur les moyens de limiter les placements en isolement.*

#### 4.2.4 Le registre

Formellement il n'y a pas de registre conforme aux textes. L'UHSA dispose cependant de toutes les données pour le mettre en place<sup>6</sup>.

#### **Recommandation**

*Il convient de mettre en place le registre réglementaire portant sur les mesures d'isolement et de contention, support d'une réflexion sur les pratiques et de la production d'un rapport annuel.*

Dans ses observations du 27 février, l'établissement signale qu'il n'existe pas de registre institutionnel AP-HM portant sur les mesures d'isolement et de contention mais qu'une extraction des données peut être réalisée par le DIM. Que les données relatives au recours à l'isolement (et à la contention) sont recensées dans le dossier médical informatisé (CIMAISE) du patient et qu'un tableau Excel nominatif, rempli quotidiennement pour tracer les décisions et le suivi des mesures, tient lieu, pour l'UHSA, de registre. Que l'analyse rétrospective, quantitative et qualitative de recours à l'isolement fera l'objet d'un travail spécifique au sein de réunions-bilan d'un an de fonctionnement, prévues durant le 2<sup>ème</sup> semestre 2019.

#### 4.2.5 Les mesures de contention

Les unités disposent du matériel nécessaire, cependant aucune mesure de contention n'a été prise en interne depuis l'ouverture de l'établissement. Les responsables de l'UHSA ont mis en place un suivi des modalités de transport des patients faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement intégrant notamment le recours ou non à un moyen de contention physique. Les données communiquées montrent que, sur soixante-deux admissions, les contentions ont été utilisées pour vingt-huit patients, soit dans 45 % des cas. Le recours systématique n'est donc pas de mise.

### 4.3 LES SOINS SOMATIQUES SONT INSUFFISAMMENT INTEGRES AU PROJET DE SOINS

L'organisation des soins somatiques ne fait l'objet d'aucun document, à tout le moins les contrôleurs n'en ont pas eu connaissance. La prise en charge somatique des patients n'est pas abordée dans le projet de soins en cours de finalisation.

---

nécessaire. Les isollements de plus de 48 heures et les contentions mécaniques de plus de 24 heures doivent être exceptionnels ».

<sup>6</sup> Instruction N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement.

#### 4.3.1 La médecine générale interne à l'UHSI

Dans le projet de soins est prévu un poste de praticien à mi-temps, à raison de cinq vacations par semaine. Un praticien hospitalier contractuel a été recruté au cours du 4<sup>ème</sup> trimestre 2017. Il a suivi la formation organisée pour l'ensemble des soignants devant intégrer la première unité. Il dispose d'un bureau médical dans chaque unité. Il a à sa disposition les deux logiciels de soins, Cimaise pour la psychiatrie et AXIGATE pour le court séjour, qu'il renseigne en organisant par ailleurs un suivi personnel des dossiers médicaux. Ces cinq vacations sont complétées par deux vacations assurées par des internes de médecine générale de l'UHSI. Lors de ses congés, les consultations sont assurées par ces internes trois demi-journées par semaine. Cependant, aucune convention ne formalise cette organisation.

Le médecin généraliste ou l'interne examine tous les entrants pour un bilan somatique. Un bilan sanguin est systématiquement demandé. Il suit certains patients ayant des pathologies chroniques et reçoit ceux qui lui sont signalés.

Aucun bilan d'activité indiquant le nombre de cas signalés, de consultations réalisées, de consultations spécialisées ou d'hospitalisations demandées n'a été communiqué aux contrôleurs, pas plus qu'un bilan des principales pathologies observées et des actions conduites. Aucune action d'éducation pour la santé portant sur les fléaux les plus fréquemment rencontrés au sein de cette population (tabac, hygiène alimentaire, usage de stupéfiants) n'est pour le moment prévue. Aucune fiche de conduite à tenir sur les pathologies rencontrées le plus fréquemment, comme la constipation, n'est rédigée.

Au moment de la visite des contrôleurs, le médecin somaticien se préparait à quitter ses fonctions. Un nouveau recrutement était en cours.

#### 4.3.2 Les consultations spécialisées à l'extérieur

Préalablement à l'ouverture de l'UHSA, une rencontre a été organisée individuellement avec l'ensemble des responsables des services de soins de l'hôpital Nord, l'objectif étant de leur présenter l'UHSA, ses particularités, ses missions et de les sensibiliser aux demandes de consultations spécialisées pour lesquelles ils pourraient être sollicités. Ces rencontres ont donné lieu à la rédaction de fiches de procédure précisant les modalités d'organisation de celles-ci.

Le bilan des consultations spécialisées, établi par le secrétariat lors de la mission, dénombre quatre-vingt-sept consultations spécialisées dont quarante-sept à l'hôpital Nord, donc à proximité immédiate de l'UHSA, trente-trois à l'hôpital de la Timone pour les consultations dentaires (seul établissement de l'AP-HM doté d'un cabinet dentaire) et deux à l'hôpital de la Conception, ces établissements étant situés au Sud de Marseille. Les consultations demandées à l'hôpital Nord concernaient pour 48 % d'entre elles des actes de radiologie.

Toute consultation nécessite une escorte d'au moins deux surveillants pénitentiaires et deux soignants. Les consultations se déroulent le plus souvent en présence des surveillants pénitentiaires, la plupart du temps à la demande du personnel soignant.

Il serait nécessaire qu'un suivi soit assuré sur le déroulement des consultations et les difficultés éventuellement observées : délai d'attente, présence des escortes pénitentiaires durant les examens etc.

#### **Recommandation**

*Les modalités d'organisation, de prise en charge et de suivi des soins somatiques au sein de l'UHSA doivent faire l'objet d'un projet de soins spécifique, intégré au projet médical et au projet de soins de l'UHSA. Il doit prévoir la mise en œuvre d'actions d'éducation pour la santé et la rédaction de fiches de conduite à tenir sur les pathologies les plus fréquentes. Un bilan doit être réalisé annuellement.*

Dans ses observations du 27 février, l'établissement signale que le volet somatique du projet médical et du projet de soins, y inclus l'éducation pour la santé, sera complété en collaboration avec le médecin généraliste de l'UHSA (poste vacant en cours de recrutement) et les cadres de santé au cours du 2<sup>ème</sup> semestre 2019.

## 5. LA GESTION DE LA VIE QUOTIDIENNE

### 5.1 LES PROCHES SONT REÇUS DANS DE BONNES CONDITIONS MAIS LES LIENS AVEC L'EXTERIEUR NE S'EXERCENT PAS TOUJOURS DANS LE RESPECT DES DROITS DES PATIENTS

#### 5.1.1 Le courrier

Les deux unités sont dotées d'une boîte aux lettres, en partie détériorée, qui nécessitent d'être changées. Une affiche informe que le courrier ne doit pas être cacheté, sauf celui à destination des autorités visées par le code de procédure pénale (CPP), sans autre précision. Le livret d'accueil précise les adresses du directeur de l'hôpital, du comité des usagers, du Défenseur des droits, du CGLPL, du comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), du TGI, du préfet, de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et du maire. Les avocats ne figurent toutefois pas expressément dans la liste des correspondants confidentiels. De plus les enveloppes doivent comporter, au verso, le nom et matricule du patient, de sorte que la confidentialité des échanges avec les autorités susceptibles d'être saisies n'est pas assurée.

Le courrier est relevé en début d'après-midi, au moment où les patients sont enfermés dans leur chambre. Les courriers entrants et sortants sont acheminés entre l'UHSA et le CP des Baumettes, où ils sont enregistrés et lus, du mardi au vendredi uniquement. De plus, si le premier surveillant est accaparé par d'autres tâches, la distribution peut être reportée au lendemain.

#### **Recommandation**

*Les boîtes aux lettres, détériorées, doivent être changées.*

*Le courrier entrant doit être distribué le jour même.*

*La mention obligatoire au verso de l'enveloppe de l'identité de l'expéditeur est incompatible avec la confidentialité des échanges avec certaines autorités, protégée par le code de procédure pénale. Il en est de même pour les courriers aux avocats.*

Dans ses observations du 27 février, l'établissement signale que les boîtes aux lettres ont été réparées.

#### 5.1.2 Le téléphone

Chaque unité est équipée d'un *point-phone* installé dans un couloir, accessible aux heures de libre circulation dans l'unité mais qui ne permet pas des échanges confidentiels.

Le patient se voit remettre à son arrivée une carte téléphonique créditée de 1 euro pour un premier appel, programmée aux numéros autorisés dont la liste a été portée sur la fiche de liaison. Au-delà, les appels sont conditionnés aux transferts des pécules, ce qui peut nécessiter un jour ou deux, voire plus pour une admission un vendredi. Il conviendrait que le transfert du pécule soit anticipé puisque les admissions sont toujours programmées. Par ailleurs, des soignants ont signalé quelques difficultés durables, et sources de beaucoup d'angoisse, pour certains patients, probablement prévenus, qui ne parviendraient pas à obtenir les autorisations nécessaires. Les conversations sont enregistrées et peuvent être écoutées par un premier surveillant.

### 5.1.3 Les visites

Les visites se déroulent au sein de quatre boxes séparés, de 7 m<sup>2</sup> pour trois d'entre eux, la quatrième étant de plus grande dimension. On peut entendre depuis l'extérieur des bruits de voix, sans toutefois saisir le sens des conversations. Une vitre permet la vue au surveillant depuis le couloir.

Organisées selon les règles du CPP, les patients prévenus ont droit à trois visites par semaine et les condamnés à une seule. Les visites ont lieu les après-midi du mardi au samedi, de 13h30 à 16h45, à raison de trois tours de parloir de 45 minutes. Les rendez-vous sont pris par téléphone jusqu'à la veille. Les visiteurs peuvent apporter un sac de linge.

On dénombre 353 parloirs famille de février à fin août, soit en moyenne 58 par mois (avec un pic de 102 visites en juin) et 3 par jour pour une capacité d'accueil de douze parloirs quotidiens. La semaine du contrôle, seules quatre visites étaient programmées. Les contrôleurs ont échangé avec les parents d'un patient, hospitalisé et incarcéré déjà à plusieurs reprises. Ceux-ci ont salué la qualité de l'accueil du personnel pénitentiaire et de l'information donnée tant par les assistantes sociales que les médecins.

Il existe par ailleurs un parloir, spacieux et clair, réservé aux avocats, utilisé à treize reprises depuis l'ouverture de l'UHSA.

Le patient est accompagné par un soignant jusqu'à la zone de parloir où il est pris en charge par un surveillant. Une fouille par palpation ou intégrale est pratiquée. L'analyse des documents internes fait apparaître que les fouilles intégrales sont devenues systématiques au cours de l'été (Cf. § 8.2).

## 5.2 LES REGLES DE VIE PERMETTENT UNE LIBRE CIRCULATION AU SEIN DE L'UNITE PRESQUE TOUTE LA JOURNEE

### 5.2.1 La liberté de circulation au sein de l'unité

Les portes des chambres sont ouvertes entre 7h et 22h, hormis durant les temps de réunion du personnel de 9h à 9h30 puis de 13h30 à 14h15. Le patio est d'accès réglementé, afin de favoriser la disponibilité des patients lors de la remise des traitements, des repas, des activités, etc. Ceci conduit à une organisation complexe, pour les patients comme pour le personnel. Dans l'unité 2, les horaires d'ouverture sont affichés, à savoir : 7h15 à 7h30, 8h30 à 8h50, 10h à 11h30, 13h à 13h20, 14h15 à 14h45, 16h30 à 17h45, 18h45 à 19h, 20h à 21h55. Dans l'unité 1 le rythme est quasiment identique mais non affiché, afin de ne pas perturber les patients en cas de modification. Le personnel place dans sa poche une petite fiche pour se les remémorer.

#### **Recommandation**

*Les règles de vie, pour plus de clarté, gagneraient à être affichées dans les deux unités.*

Dans ses observations du 27 février, l'établissement signale qu'une fiche récapitulative concernant les règles de vie à l'UHSA va être rédigée à partir du livret d'accueil et sera affichée dans les unités (1<sup>er</sup> semestre 2019).

### 5.2.2 Les vêtements

Les patients disposent de leurs effets personnels dès leur arrivée, aucun n'est en pyjama sauf en chambre d'isolement. Cependant, certains arrivent sans vêtements. Les contrôleurs ont rencontré un patient qui ne disposait que de claquettes qui venaient de se casser. Le personnel cherchait de la glue pour une réparation sommaire. Le greffe dispose en principe de quelques vêtements et les unités ont constitué à l'ouverture un petit vestiaire issu de dons. Cependant, lors de la visite des contrôleurs, aucun des deux services ne disposait de sous-vêtements, chaussettes, chaussures, claquettes, vêtements chauds. Il est indispensable que les deux administrations se coordonnent et soient en mesure de fournir aux patients les effets indispensables.

#### **Recommandation**

*Les administrations pénitentiaires et hospitalières doivent disposer d'un vestiaire pour les patients sans vêtements ni chaussures.*

### 5.2.3 L'accès au tabac

Il n'est possible de fumer que dans le patio. Les briquets sont interdits mais les patios sont équipés d'un allume-cigarette en état de fonctionnement. La principale difficulté résulte du délai pour pouvoir cantiner, lui-même contraint par le délai de transmission des comptes nominatifs. Les contrôleurs ont observé une solidarité entre fumeurs, qui se dépannent mutuellement. Des substituts nicotiques sous forme de gommes et de patchs sont proposés et, uniquement en chambre d'isolement, des inhalateurs. Le personnel soignant se demandait toutefois si ces inhalateurs peuvent être utilisés dans la chambre, le sas ou uniquement dans le patio.

#### **Recommandation**

*Les patients doivent pouvoir emporter leur tabac depuis les établissements pénitentiaires afin de limiter les états de manque durant les premiers jours, sources de tensions.*

### 5.2.4 La restauration

Les repas sont servis à 8h, 12h30 et 18h45. Ils sont pris en commun dans les salles à manger, avec la possibilité de boire le café dans le patio. Les patients sont entourés d'un maximum de personnel car ces moments ont vocation à être mis à profit pour des échanges, entre patients et avec les soignants. Les plats sont servis sous forme de barquettes fermées nominatives. Les régimes médicaux et personnels sont pris en compte. Les patients disposent de couverts en métal, identifiés par chambre et comptés par le personnel à la fin de chaque service. Les rations sont calibrées pour tenir compte du surcroît d'appétit généré par les traitements, une collation est servie dans l'après-midi et le personnel est le plus souvent en mesure de donner un morceau de pain complémentaire entre les repas. Une tisane est proposée par l'équipe de nuit.

Dans ses observations du 27 février, l'établissement signale le recrutement d'une diététicienne à mi-temps depuis le 28 décembre 2018.

### 5.2.5 L'hygiène

Les prestations d'entretien sont externalisées auprès de la société *Onet* qui délègue un agent en journée dans chaque unité. Un troisième intervient quelques heures pour l'entretien des sols des espaces communs. Tous bénéficient d'une autorisation spécifique d'accès délivrée par l'administration pénitentiaire. Certains soignants ont indiqué considérer l'agent d'entretien comme un collègue à part entière. Les contrôleurs se sont entretenus avec un employé qui a dit n'avoir reçu aucune formation ni même information sur la conduite à tenir et n'avoir pas été réellement mis en situation d'accepter ou de refuser cette affectation spécifique.

Au moment du contrôle, le service manquait de linge. Faute de taies, des draps étaient pliés autour de l'oreiller. Il a été indiqué que cette situation était exceptionnelle et résultait d'une panne des machines à laver de l'hôpital Nord.

Comme mentionné *supra*, l'hôpital ne dispose pas de serviettes de toilette ni de kits de produits d'hygiène. Les unités avaient toutefois quelques produits : savon, brosses à dents et dentifrice, pour dépanner les patients démunis.

Les draps ne sont pas changés à jour fixe mais en fonction de leur état ; les lits sont faits – ou non faits – par les patients ; le linge personnel est lavé dans la buanderie de l'UHSA lorsque les familles ne peuvent s'en occuper. Il est regrettable qu'aucune action thérapeutique liée à l'hygiène, personnelle et de la chambre, ne soit mise en place.

### 5.2.6 La télévision

Les chambres sont équipées d'un téléviseur, qui doit être éteint à 23h. Il permet d'écouter la radio mais seules trois chaînes de télévision sont d'accès gratuit : Gulli, BFMTV et la chaîne interne de l'AP-HM. La réception des autres programmes est facturée 88 euros par mois, somme que la plupart des patients ne peuvent acquitter. Un collectif de patients a saisi la commission des usagers (CDU) d'une demande d'accès gratuit à toutes les chaînes, comme pratiqué à l'UHSI. Leur requête a été abordée lors de la réunion de la CDU du mois d'avril, sans suite favorable.

Chaque unité dispose d'une salle de détente confortable, équipée d'un téléviseur et d'une télécommande en état de marche. Cependant, la fermeture des portes à 22h ne permet pas de terminer une émission ou en film en cours. Le dimanche soir il est possible, après validation du programme et de la liste des inscrits par l'AP, de regarder un film dans son intégralité.

#### **Recommandation**

*Comme à l'UHSI ou dans d'autres UHSA, les patients doivent disposer de la gratuité de la réception de toutes les chaînes de télévision dans leur chambre de sorte à pouvoir, notamment en soirée, regarder l'intégralité des programmes.*

Dans ses observations du 27 février, l'établissement signale que l'AP-HM assure la gratuité de l'accès aux chaînes de la TNT dans les salles de loisirs.

### 5.2.7 La cantine

Seuls deux types d'achat sont possibles, les produits « arrivants » et ceux de cantine « classique », adaptés à l'UHSA. Les premiers comprennent essentiellement du tabac, quelques produits d'hygiène et du linge de toilette, les seconds des produits consommables, liquides et solides, essentiellement sucrés. Les patients se sont plaints de ne pouvoir acheter, notamment,

d'eau en bouteille, ce d'autant que l'eau du lavabo est souvent tiède. Le médecin coordonnateur a indiqué qu'il était initialement envisagé que l'hôpital fournisse de l'eau minérale, raison pour laquelle ce type de produit n'a pas été prévu lors de la validation des produits cantinables par les deux administrations.

Les bons de cantine sont collectés le dimanche après-midi, dans la boîte aux lettres de l'unité. Les commandes sont préparées au centre pénitentiaire des Baumettes et livrées le jeudi. Par mesure de sécurité, tous les sachets en plastique sont retirés. La cantine « arrivants » est livrée le jeudi qui suit l'arrivée, sous réserve, comme mentionné *supra*, du transfert des comptes nominatifs.

### **Recommandation**

*Les patients doivent pouvoir cantiner des produits alimentaires non sucrés, notamment de l'eau minérale.*

Dans ses observations du 27 février, l'établissement signale que la possibilité de cantiner de l'eau minérale est effective depuis la fin du mois de septembre 2018.

#### 5.2.8 Le sport

L'ergothérapeute et la psychomotricienne, accompagnées de personnel soignant (trois professionnels), organisent tous les mercredis et vendredis une séance de sport pour six patients au maximum, pouvant provenir de l'une des unités, sur le terrain ou dans la salle de sport mutualisés du troisième étage. Une séance est parfois proposée le samedi matin, lorsque les chambres d'isolement ne sont pas occupées.

#### 5.2.9 La bibliothèque

Il n'existe pas à proprement parler de bibliothèque. Chaque unité dispose d'un petit stock de livres et bandes dessinées issus de dons, rangés en vrac dans un placard fermé à clé, qui peuvent être prêtés et sont alors enregistrés dans un cahier. Il n'y a aucun ouvrage en langue étrangère. Les patients n'ont accès à aucune revue de loisir ou d'information, hormis si le personnel l'apporte à titre personnel.

### **Recommandation**

*Les administrations en charge de l'UHSA doivent constituer une petite bibliothèque, dotée d'ouvrages variés dont certains en langues étrangères et de quelques revues de loisir et d'information.*

Dans ses observations du 27 février, l'établissement signale que la bibliothèque est en cours de constitution.



## 6. LES DROITS DU PATIENT DETENU

### 6.1 LES DROITS GENERAUX DES PATIENTS SONT EXPOSES CLAIREMENT DANS LE LIVRET D'ACCUEIL

#### 6.1.1 Les supports d'information

Il n'existe ni règlement intérieur ni règles de vie des unités. L'affichage au sein des services est très réduit, celui dans les chambres se limite à la charte du patient. Le livret d'accueil constitue le seul support d'information ; il serait d'autant plus nécessaire de tracer sa remise afin d'éviter toute omission.

Ce livret, constitué de dix-huit pages dont un sommaire, informe d'une façon claire et complète notamment sur l'ensemble des droits des patients si après déclinés. Il présente succinctement les deux statuts d'hospitalisation possibles et mentionne les voies de recours et les adresses des autorités pouvant être saisies. Il précise en page 5 la possibilité de solliciter les services d'un interprète, interne à l'hôpital ou extérieur. Le livret gagnerait, à l'issue des premiers mois de fonctionnement, à être traduit dans les langues étrangères les plus fréquemment rencontrées.

#### 6.1.2 L'accès au dossier médical

Les modalités d'accès sont précisées dans le livret d'accueil, avec les spécificités concernant les personnes mineures ou faisant l'objet d'une mesure de protection juridique. Un seul patient jusqu'à présent l'a demandé et consulté.

#### 6.1.3 Le dépôt d'une réclamation

Les adresses du directeur de l'hôpital et de la commission des usagers figurent dans le livret. Jusqu'à présent une seule réclamation a été formulée, portant sur le coût d'accès aux chaînes de télévision (*Cf. supra*). Les patients rencontrés ont indiqué n'avoir pas eu connaissance de la réponse apportée à cette demande. Les comptes rendus de la commission locale des usagers, lorsque figure à l'ordre du jour une question intéressant l'UHSA, gagneraient à être affichés.

#### 6.1.4 La désignation d'une personne de confiance

Le document de désignation, systématiquement renseigné lors de l'entretien d'accueil avec un infirmier sauf état incompatible, est ensuite classé au dossier du patient. Certains soignants paraissent confondre la personne de confiance avec la personne à prévenir en cas d'urgence et il est probable que cette confusion soit la même pour le patient. La personne de confiance n'est pas contactée, son rôle ne lui est pas explicité, elle n'est pas invitée à signer l'acceptation de sa désignation et n'est pas conviée aux entretiens médicaux. En revanche, les proches sont contactés, avec l'accord du patient, et associés au projet de soins par les médecins et les assistantes sociales.

#### **Recommandation**

*La personne de confiance doit être associée au projet de soins selon les souhaits des patients.*

Dans ses observations du 27 février, l'établissement signale que les cadres de santé ont sensibilisé l'ensemble du personnel à l'importance de la remise du livret d'accueil et de la désignation de la personne de confiance.

#### 6.1.5 L'accès aux cultes

Le livret d'accueil invite à formuler une demande de rencontre avec un aumônier auprès du cadre. Une fiche de procédure « culte » précise que la cadre, après accord d'un médecin, prend attache avec un aumônier hospitalier et en informe l'administration pénitentiaire. Les aumôniers agréés par le CP des Baumettes ou un aumônier qui suivait auparavant le patient dans son établissement d'origine peuvent également s'adresser à un cadre pour organiser une visite. Celle-ci se déroule au parloir ou, à titre exceptionnel si le patient ne peut se déplacer, dans l'unité. Les quelques demandes formulées jusqu'à présent ont été satisfaites.

#### 6.1.6 La possibilité de rencontrer des associations

Aucune disposition du livret d'accueil ne permet d'entrer en contact avec des associations de patients ou de familles de patients usagers de la psychiatrie. En revanche il précise les coordonnées du comité local des usagers.

#### 6.1.7 La possibilité de voter

Le droit de vote figure au livret d'accueil mais n'a pas encore eu l'occasion d'être mis en œuvre.

#### 6.1.8 Les aides aux personnes démunies de ressources

Les personnes éligibles aux aides allouées au titre de la lutte contre la pauvreté en détention relèvent en principe de la commission pluridisciplinaire unique (CPU) « indigents » du CP des Baumettes. En pratique, compte tenu de la brièveté du séjour, leurs dossiers n'y sont pas examinés.

#### **Recommandation**

*Les patients dépourvus de ressources suffisantes doivent bénéficier de l'aide mensuelle due par l'administration pénitentiaire au titre de la lutte contre la pauvreté en détention.*

#### 6.1.9 L'action sociale et l'intervention du service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)

Les assistantes sociales hospitalières disposent d'un bureau dans chaque unité et sont associées à toutes les réunions. Elles rencontrent les patients avec un infirmier dans les premiers jours de l'arrivée et adressent par courriel un compte rendu aux deux conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP) du pôle milieu ouvert de Marseille référents pour l'UHSA. Ceux-ci leur adressent en retour des informations sociales, familiales et pénales. Elles identifient les besoins en documents d'identité, couverture maladie et accès au droit en général. Elles ont constaté qu'un nombre non négligeable de patients n'ont plus de carte nationale d'identité (CNI), ce qui paralyse tout dossier administratif. Elles ont vainement tenté de réaliser les demandes de CNI depuis l'UHSA mais, faute de photographe et de matériel homologué pour la prise d'empreintes, leurs démarches n'ont pas abouti. Avec l'accord du patient et du médecin, elles initient des contacts avec les proches et il est apparu que l'hospitalisation est parfois l'occasion d'une reprise de liens. Les parents d'un patient, rencontrés au parloir, ont souligné que l'assistante sociale avait initié une procédure de mise sous protection juridique pour leur fils alors qu'une telle mesure, pleinement nécessaire, n'avait jamais été engagée aux cours des nombreuses hospitalisations et incarcérations précédentes. De l'avis de tous les interlocuteurs

rencontrés, les assistantes sociales jouent un rôle essentiel dans l'articulation des liens avec l'extérieur. Cependant, leur statut d'emploi précaire (contrat à durée déterminée de trois mois) et le niveau de rémunération subséquent rend difficile le recrutement et la fidélisation, indispensable dans un poste aussi spécifique. L'une d'entre elles a quitté ses fonctions à la fin du mois d'août et son remplacement n'était pas assuré malgré des démarches actives de la responsable du service socio-éducatif.

### **Recommandation**

*L'AP-HM doit procéder au recrutement d'assistants de service social dans un cadre d'emploi pérenne.*

Dans ses observations du 27 février, l'établissement signale que le 2<sup>ème</sup> poste d'assistante sociale a été pourvu (prise de fonction 1<sup>er</sup> mars 2019).

Deux CPIP interviennent deux demi-journées par mois à l'UHSA. Ils disposent pour leurs entretiens de deux bureaux au sein de la zone pénitentiaire où les patients sont accompagnés, un par un, par des soignants. Ils ne pénètrent pas dans les unités de soins. Ils reçoivent uniquement les patients qui les sollicitent *via* les assistantes sociales, ceux orientés d'initiative par ces dernières, ou bien encore à la demande de l'administration ou des magistrats lorsqu'une demande de transfert ou un aménagement de peine sont en cours. Cette organisation apporte satisfaction à l'ensemble des intervenants. Cependant, durant la visite des contrôleurs, certains patients s'interrogeaient sur les moyens de joindre le SPIP alors qu'une assistante sociale venait de quitter ses fonctions et que l'autre était en congés. Si une demande par courrier est théoriquement envisageable, le circuit d'acheminement *via* le CP des Baumettes, le SPIP du milieu fermé puis du milieu ouvert est très long.

Les CPIP reçoivent également des appels des familles. Ils les renseignent sur les modalités de parler, etc. et les orientent vers l'assistante sociale pour avoir des nouvelles plus directes de leur proche. Ils ont accès au moyen de leur logiciel aux coordonnées du CPIP de chaque patient, sauf lorsque l'hospitalisation est intervenue antérieurement à sa désignation, et assurent le lien lorsque des aménagements de peine sont en cours.

Ils reçoivent dans le cadre de leur permanence six à huit patients. Aucune mesure de suspension ou d'aménagement de peine n'a été prononcée en cours d'hospitalisation.

Un seul mineur a été hospitalisé. Il n'a pu être confirmé aux contrôleurs qu'un éducateur de la protection judiciaire de la jeunesse lui a rendu visite.

## **6.2 L'INFORMATION SUR LES DROITS DES PATIENTS ADMIS SANS LEUR CONSENTEMENT RELEVÉ EXCLUSIVEMENT DES MEDECINS ET AUCUN DOCUMENT NE LES RECAPITULE ET NI NE LES EXPLIQUE**

### **6.2.1 Les supports d'information**

Les adresses de toutes les autorités susceptibles d'être saisies figurent dans le livret d'accueil mais leur rôle n'y est pas développé. Il est tout de même précisé que les patients peuvent, à tout moment, prendre attache avec un médecin ou un avocat de leur choix et saisir le JLD.

Il n'existe pas de support d'information détaillé des droits attachés à la mesure de soins sans consentement. L'imprimé de notification que l'ARS adresse à l'UHSA ne comporte aucune information pratique.

### 6.2.2 Le recueil des observations du patient

Les certificats médicaux portent mention de ce que le patient a été mis à même de faire valoir ses observations, conformément à l'article L 3211-3 du code de la santé publique, mais les observations éventuellement formulées ne sont pas tracées. Les médecins ont indiqué toujours informer les patients de leur projet de soins et rechercher leur adhésion. Les observations formulées en retour gagneraient à être reportées sur les certificats médicaux, de sorte à permettre aux autorités, et notamment au JLD, d'exercer leur plein contrôle.

### 6.2.3 La notification des décisions d'hospitalisation et l'exercice des voies de recours

Trois secrétaires gèrent les admissions et le suivi des procédures de soins sans consentement. Elles n'ont pas suivi de formation spécifique formalisée mais peuvent s'adresser autant que de besoin aux cadres du pôle, aux médecins et à l'ARS.

Les médecins, en présence d'un infirmier, notifient les décisions d'admission et de maintien. Il n'a pas été envisagé pour l'instant, comme observé dans un grand nombre d'établissements de santé, de confier cette tâche aux cadres ou aux infirmiers.

Les secrétaires remettent aux médecins un imprimé de notification et une copie de la décision à l'attention du patient. Cependant, l'imprimé de notification est daté par l'ARS du même jour que l'arrêté alors que la notification peut intervenir plusieurs jours plus tard, les admissions étant décidées quelques jours en amont ; les termes de ce document ne permettent pas de s'assurer qu'une copie a effectivement été remise ; lorsqu'une décision n'est pas notifiée en raison de l'état clinique du patient, elle n'est pas représentée plus tard de sorte que le patient n'est pas mis à même de la contester.

#### **Recommandation**

*L'information du patient admis sans consentement doit être améliorée par la remise d'un document récapitulatif des droits et la traçabilité de la remise d'une copie de la décision comportant les voies de recours.*

*Les décisions non notifiées immédiatement, en raison de l'état clinique du patient, doivent lui être remises et expliquées dès que son état le permet.*

Dans ses observations du 27 février, l'établissement signale qu'une fiche récapitulative concernant plus spécifiquement les droits des personnes hospitalisées sans leur consentement va être rédigée à partir du livret d'accueil et sera affichée dans les unités (1<sup>er</sup> trimestre 2019).

## 7. LE CONTROLE DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

### 7.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES (CDSP) NE S'EST PAS ENCORE DEPLACÉE DANS L'ÉTABLISSEMENT

La CDSP des Bouches-du-Rhône est régulièrement constituée. Cependant, malgré des démarches actives de l'ARS, aucun représentant associatif n'y a effectivement participé en 2017. Par ailleurs, la charge de travail dans le département (2 273 mesures dont 396 SDRE) ne permet pas d'étudier l'intégralité des dossiers. En 2017, la commission s'est réunie cinq fois au siège et a procédé à la visite de six établissements où elle a rencontré à chaque fois une dizaine de patients en moyenne. Une visite de l'UHSA est envisagée en 2019, lorsque les trois unités auront ouvert.

### 7.2 TRES PEU DE PATIENTS SE RENDENT A L'AUDIENCE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION

#### 7.2.1 Organisation des audiences

L'ARS saisit directement le greffe du JLD. Les contrôleurs ont observé que la mention relative à une éventuelle mesure de protection juridique n'est renseignée ni sur le registre de la loi ni sur les certificats médicaux, de sorte que cette information n'est pas transmise à l'ARS et, par voie de conséquence, le tuteur ou curateur n'est pas convoqué à l'audience comme l'imposent les articles 468 du Code civil, R. 3211-11 et R. 3211-13 du Code de la santé publique, 117 et 118 du Code de procédure civile. Cette information figure pourtant dans les données transmises par le médecin demandeur de l'hospitalisation.

Une audience se tient à 10h les mardis et vendredis matin, au CHS Edouard Toulouse situé à 300 m. Les patients y sont conduits, un par un, par une escorte pénitentiaire et un soignant. La zone judiciaire est située près de l'entrée de l'hôpital. Elle est constituée d'un hall d'entrée qui ouvre sur le bureau d'avocat et la salle d'audience. Un second accès dessert une salle d'attente qui elle aussi communique avec le bureau d'avocat et la salle d'audience. Les patients détenus entrent par le hall et les autres par la salle d'attente, afin d'éviter tout croisement. Les premiers sont prioritaires pour limiter leur attente. Cette organisation est satisfaisante, hormis l'absence de chaises dans l'entrée qui conduit le patient et l'escorte à se tenir debout, même si l'attente est courte. Les avocats reçoivent leurs clients dans un bureau fermé, en partie vitré. Ils assurent une permanence par roulement et ont accès à des formations spécialisées s'ils le souhaitent. L'escorte pénètre dans la salle d'audience où le patient est démenotté.

Dix-huit patients ont été transférés depuis un établissement hospitalier après l'audience du JLD et cinq mesures ont été levées avant le 12<sup>ème</sup> jour, de sorte que seuls trente-neuf patients ont été convoqués à l'UHSA depuis son ouverture. Parmi eux, onze seulement ont comparu. Il n'a pas été possible de distinguer ceux dont l'état a été déclaré médicalement incompatible de ceux qui n'ont pas souhaité assister à l'audience, néanmoins les certificats d'incompatibilité consultés dans le registre étaient circonstanciés et non systématiques. Les médecins ont indiqué que certains patients ne souhaitent pas se rendre à l'audience car ont déjà eu à comparaître devant un JLD en matière pénale et distinguent mal son rôle en matière civile. Dans cette hypothèse, les avocats ne leur rendent pas visite à l'UHSA quoique rien ne l'empêche.



*La salle d'audience et la salle d'attente pour les patients de l'UHSA*

### **Recommandation**

*Le hall d'entrée dans lequel attendent les patients convoqués devant le JLD doit être meublé de chaises.*

Dans ses observations du 27 février, l'établissement signale qu'une demande d'équipement sera adressée au CH Edouard Toulouse.

### **7.2.2 Décisions**

Quatre magistrats assurent le service du JLD civil et pénal, ils n'ont pas encore visité l'UHSA. La coordonnatrice du service considère qu'il existe une harmonie de jurisprudence entre eux. En cas de doute sur la nécessité d'une mesure, des médecins experts sont en mesure d'intervenir rapidement. Cette mesure n'a pas encore été ordonnée pour les patients de l'UHSA.

Sur trente-neuf mesures, seules deux ont été levées, pour des motifs de procédure (saisine tardive). Il n'y a eu aucun appel.

Les décisions sont toutes mises en délibéré. Elles sont faxées au secrétariat qui les remet au médecin, avec une copie pour le patient, afin qu'il les notifie.

### **7.3 LE COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE N'A PAS EU L'OCCASION DE SE REUNIR**

Le projet de soin de l'UHSA ne vise pas à accueillir durablement les patients. Aucune hospitalisation n'a nécessité la convocation d'un collège de professionnels de santé tel que prévu par l'article L 3211-9 du code de la santé publique.

### **7.4 LE REGISTRE DE LA LOI EST TENU A JOUR**

Le registre de la loi, disponible dans le bureau des secrétaires situé dans la zone administrative, est intégralement renseigné en temps réel, hormis comme mentionné *supra* la rubrique relative à une mesure de protection juridique.

Les certificats médicaux, avis de saisine, décisions d'admission et de maintien sont réduits en format A 5 et collés.

Les certificats médicaux consultés par les contrôleurs étaient circonstanciés. Cependant, quelques certificats dits des 72 heures étaient établis le lendemain du certificat des 24 heures. Ceci ne permet pas d'apprécier l'évolution du patient, et donc la nécessité du maintien de la mesure, sur une période d'observation suffisamment longue.

Hormis le procureur de la République, quelques jours avant la visite des contrôleurs, aucune des autorités citées à l'article 3222-4 du code de la santé publique n'avait visité l'établissement et visé le registre.



## 8. LA SECURITE ET LA DISCIPLINE

### 8.1 PEU D'ÉVÉNEMENTS INDESIRABLES SONT RELATIFS AU COMPORTEMENT DES PATIENTS

Tout agent peut et est invité par l'encadrement à déclarer les événements indésirables. Trente-sept fiches ont été renseignées depuis l'ouverture de la structure, la grande majorité en lien avec des dysfonctionnements d'ordre matériel ou logistique. L'ensemble des fiches sera analysé lors de la première réunion du comité de retour d'expérience (CREX) programmée en octobre. Les événements perçus par les professionnels comme présentant un certain degré de gravité donnent lieu à un débriefing immédiat avec les cadres et médecins ; une procédure spécifique d'analyse peut être mise en place rapidement si nécessaire, ce qui n'a pas encore été le cas.

Quatre événements entrant dans la catégorie « *actes de malveillance envers les personnes* » ont été déclarés. Ils recouvrent des menaces de mort à l'égard d'un soignant, le bris d'une fenêtre, une situation d'agitation lors d'un raccompagnement en chambre d'isolement et l'interposition d'agents lors d'une altercation entre patients. Ces deux dernières situations ont donné lieu à un contact physique avec les professionnels et à des arrêts de travail. En revanche, une autre situation d'altercation, avec contact physique mais cette fois uniquement entre patients, n'a pas donné lieu à déclaration d'un événement indésirable. Ceci est regrettable dans la mesure où ce type d'incident, aux conséquences préjudiciables pour les patients, échappe ainsi au champ d'analyse du CREX.

### 8.2 LES FOUILLES SONT QUASI SYSTEMATIQUES LORS D'UN CONTACT AVEC L'EXTERIEUR

La zone pénitentiaire dispose de deux boxes de fouille adaptés, l'un au greffe et l'autre dans la zone des parloirs.

Lors de la phase d'admission, un document « *check-list pour admission UHSA* » comporte une rubrique permettant de préciser si la personne a été ou non fouillée. Cependant ce document ne figure pas toujours au dossier et n'est pas toujours totalement renseigné, de sorte que la traçabilité des fouilles intégrales dans la phase de transfert n'est pas assurée. La règle énoncée par un premier surveillant est la suivante : « *il n'est pas fait de fouille à corps en arrivant si le patient a été fouillé à corps à son départ par le personnel de l'escorte ou bien en sa présence. En cas de doute le patient est fouillé à corps à son arrivée* ». Un patient a indiqué aux contrôleurs avoir fait l'objet d'une première fouille dans sa cellule puis d'une seconde par l'équipe d'escorte, au moment de sa prise en charge dans l'EP.

A l'occasion des parloirs, le livret d'accueil mentionne la possibilité, sur décision du premier surveillant ou « *de tout autre personne ayant reçu délégation* » d'une fouille par palpation ou intégrale avant ou à l'issue de la visite. L'examen du tableau des fouilles et des parloirs fait apparaître des fouilles intégrales quasi systématiques depuis l'été : en avril, 52 parloirs et 17 fouilles, en juin, 102 parloirs et 56 fouilles, en juillet, 61 parloirs et 62 fouilles et en août, 45 parloirs et 42 fouilles. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il était procédé ainsi en exécution d'une directive verbale du capitaine demandant une fouille à corps systématique après tout parloir. En l'absence du capitaine durant la visite, cette information n'a pu être confirmée auprès de lui. **Quoiqu'il en soit, le caractère systématique et non motivé qui ressort des tableaux témoigne de pratiques qui ne sont conformes ni aux renseignements fournis dans le livret d'accueil ni à la réglementation.**

Toute extraction sanitaire donne également lieu à une fouille intégrale.



Il est pratiqué la fouille d'une chambre par unité et par semaine et deux fouilles générales ont été diligentées à la suite de la disparition d'une fourchette et d'un téléphone.

### **Recommandation**

*Le détenu patient, lors de son transfert vers l'UHSA, ne doit faire l'objet que d'une seule fouille intégrale.*

*La mise en œuvre de fouilles intégrales systématiques après un parloir est illégale, il convient d'y mettre fin. Toute fouille doit faire l'objet d'une décision motivée et être tracée.*

### **8.3 LES MOYENS DE CONTRAINTE SONT SYSTEMATIQUES LORS DES ESCORTES**

Du lundi au vendredi, une équipe est affectée de 8h à 18h aux escortes : admissions et retours vers les établissements pénitentiaires, consultations médicales à l'extérieur (soixante-dix) et audiences devant le JLD (onze). L'établissement d'origine définit le niveau d'escorte sur une échelle de 1 (risque faible) à 4 (risque majeur). De manière habituelle et afin de renforcer la sécurité de l'escorte, le capitaine responsable de l'UHSA demande, dans la mesure du possible, d'effectuer toutes les escortes de niveau 1 et 2 à trois agents. Pour le niveau 3, des renforts sont demandés aux forces de l'ordre ou aux équipes régionales d'intervention et de sécurité (ERIS). En cas d'impossibilité, un gradé et trois agents sont engagés. Le niveau 4 suppose l'intervention du RAID ou du GIGN, cette situation ne s'est pas présentée.

Les surveillants d'escorte sont armés. Le patient dans leur véhicule est toujours menotté et souvent entravé.

Au sein de l'hôpital, il est préconisé de déplacer les patients en fauteuil roulant afin de dissimuler le port des entraves et menottes. Selon les surveillants, les services auprès de qui les patients sont conduits pour des rendez-vous médicaux demandent souvent que ceux-ci soient entravés et que l'escorte reste présente durant l'examen.

### **8.4 LE PERSONNEL SOIGNANT REQUIERT L'ASSISTANCE DU PERSONNEL PENITENTIAIRE EN CAS DE REFUS DE PRISE DE TRAITEMENT**

Tout professionnel est doté d'un téléphone géolocalisé qui lui permet de demander de l'aide. Beaucoup d'agents rencontrés ne font pas confiance ou s'estiment mal formés à l'utilisation de cet outil, qu'ils estiment d'un maniement difficile en cas d'urgence car il convient de mémoriser plusieurs numéros d'appel à cinq chiffres. Ceci paraît renforcer leur sentiment d'insécurité ; il serait nécessaire d'organiser des exercices à rythme régulier. Il existe trois niveaux d'alerte :

- niveau 1 : un appui long sur un bouton rouge d'appel d'urgence déclenche un appel sur tous les téléphones de l'unité. La zone d'appel s'affiche (quatre zones par unité) ;
- niveau 2 : un agent compose un numéro qui déclenche l'appel du personnel soignant de l'autre unité, puis un autre numéro pour mettre en alerte le personnel pénitentiaire, qui s'équipe en tenue d'intervention ;
- niveau 3 : un agent compose un numéro pour demander l'intervention pénitentiaire au sein de l'unité dans le cadre du dispositif nommé prêt de main-force. Il précise la zone et le type d'événement.

Chaque unité dispose en complément de quatre appareils de radios *Motorola*, utilisés notamment dans les espaces mutualisés du 3<sup>ème</sup> étage.

Le tableau remis aux contrôleurs fait apparaître douze alertes de niveau 2 et trente et une de niveau 3, avec finalement une quinzaine seulement d'interventions effectives dans l'unité, la situation ayant été gérée dans les autres cas par le personnel soignant. Le motif d'appel du personnel pénitentiaire est presque toujours lié à un refus de prise de traitement. Il a été précisé que, très souvent, l'équipe d'intervention n'a pas à intervenir directement au contact du patient, sa seule présence étant suffisante pour des patients réticents à prendre leur traitement. Pour autant il convient de s'interroger sur le recours à la force dans des situations strictement sanitaires. L'équipe pénitentiaire d'intervention n'a pas pour mission de pallier les difficultés rencontrées par les soignants pour administrer leur traitement aux patients.

### **Recommandation**

Le personnel soignant doit analyser ses pratiques et rechercher des solutions internes autres que le recours au personnel pénitentiaire lorsqu'un patient refuse de prendre son traitement.

Jusqu'à présent, aucune situation n'a donné lieu à la rédaction d'un rapport d'incident et à des suites disciplinaires. Les comportements parfois inadaptés des patients, voire menaçants, sont traités en tenant compte du contexte de leur pathologie mentale.

Dans ses observations du 27 février, l'établissement signale que l'inexpérience des équipes soignantes et leur sentiment d'insécurité ont pu être à l'origine de sollicitations inappropriées de l'équipe pénitentiaire, notamment à l'ouverture de la structure. Que l'encadrement médical et soignant reprend et approfondit avec l'équipe soignante chaque situation clinique ayant fait l'objet d'un prêt de main-forte par l'équipe pénitentiaire

## 9. LA LEVEE DE L'HOSPITALISATION

### 9.1 LES MEDECINS METTENT FIN A L'HOSPITALISATION DES QUE L'ETAT DU PATIENT EST STABILISE

Les procédures de sorties d'hospitalisation, avec et sans consentement, s'effectuent selon les modalités prévues par les articles L. 3212-1 à L. 3214-5 du code de la santé Publique et par la circulaire du 18 mars 2011. Elles sont décrites en annexe F. Les pratiques respectent les textes.

Les médecins échangent entre eux et avec les équipes de soins, en cohérence avec le projet de service qui ne vise pas un accueil sur la durée. Dès que l'état du patient est stabilisé, ils prennent attache avec leurs confrères de l'établissement d'origine ou d'orientation pour articuler les soins en aval. Au départ effectif ils rédigent un compte rendu d'hospitalisation.

Les patients réintègrent majoritairement leur établissement pénitentiaire d'origine. Une quinzaine ont été orientés vers l'hôpital de jour du SMPR des Baumettes, un a été transféré en UMD.

L'UHSA a enregistré une quinzaine de levées d'écrou depuis son ouverture. L'établissement hospitalier d'origine ou l'établissement de santé auquel est rattaché l'EP d'origine signent, dans la phase d'admission, un document au terme duquel ils s'engagent à recevoir le patient en cas de levée d'écrou et de nécessité de poursuite de soins. Lorsque la personne dispose d'un domicile, son hôpital de secteur est privilégié et sollicité pour la poursuite des soins, en hospitalisation complète ou en ambulatoire.

Plusieurs patients sur le départ ont fait part de leur malaise à l'idée de retourner dans un EP : « *ici on est bien ; pas de violences ; pas de racket ; on est bien traité* ». C'est là un effet paradoxal de l'UHSA : le patient qui va mieux et doit partir souffre psychologiquement à l'idée de réintégrer la prison. Le personnel soignant a quant à lui parfois le sentiment que la poursuite des soins n'est pas assurée en détention, que les patients retournent en quartier d'isolement, décompensent à nouveau et reviennent en situation de crise.

#### **Recommandation**

*L'affectation en retour d'hospitalisation et la poursuite des soins doivent constituer un axe de travail majeur avec la direction interrégionale des services pénitentiaires et les unités sanitaires.*

Dans ses observations du 27 février, l'établissement signale qu'une importance particulière est accordée au relais à la sortie, qu'il s'agisse d'un retour en détention, d'une orientation vers un SMPR ou d'une libération. Que plusieurs niveaux de réunions de coordination régionale ont été prévus pour identifier, et le cas échéant résoudre, les difficultés rencontrées. Que, cela étant, se pose parfois la question de l'incompatibilité de l'état de santé de certaines personnes détenues, souffrant de graves troubles psychiatriques, avec la détention

### 9.2 LA LEVEE D'ECROU EST PREPAREE CONJOINTEMENT PAR LES DEUX ADMINISTRATIONS

La réunion journalière dite d'admission, commune avec l'AP, est aussi l'occasion de préparer et de planifier les sorties. Une fois la décision médicale arrêtée, l'AP prend un ordre de transfert et programme l'escorte. Il est procédé à toutes les formalités de levée d'écrou, ce qui avait été retiré à l'admission est restitué, le paquetage est vérifié et le patient fouillé.

Lorsqu'il réintègre son établissement d'origine, le patient y retrouve ses effets laissés sur place. Il en va différemment lorsqu'il est orienté vers un autre établissement, notamment le SMPR. Dans cette hypothèse, ses effets personnels sont acheminés plus ou moins rapidement en raison des contraintes qui pèsent sur tous les services d'escorte.

**Recommandation**

*Toutes dispositions doivent être prises pour qu'un patient sortant de l'UHSA, et orienté vers un autre établissement pénitentiaire que son établissement d'origine, puisse récupérer son paquetage dans les meilleurs délais.*

## 10. CONCLUSION

Les documents socles de l'établissement, pourtant préparés de longue date, ne sont pas encore validés par les instances et les données d'activité ne peuvent qu'être partiellement exploitées, à défaut d'éléments de comparaison. L'ouverture très récente et partielle de la structure ne permet pas d'avoir un recul suffisant pour juger d'un fonctionnement « en routine » des prises en charge. L'organisation est encore en phase de rodage et certains sujets comme la permanence des soins ne sont pas finalisés.

Les contrôleurs, malgré ce contexte évolutif, ont été extrêmement bien accueillis par toutes les catégories de personnel.

L'équipe des jeunes praticiens est apparue inquiète pour son avenir dans la structure, en raison de la politique d'emploi très stricte de l'AP-HM, en grande difficulté financière.

Les équipes de soins, malgré un recrutement sélectif et une formation à la prise de poste, sont apparues globalement peu à l'aise dans le soin en santé mentale et ont exprimé un grand nombre de préoccupations liées à la sécurité, quoiqu'aucun événement significatif ne soit survenu depuis l'ouverture. Les soignants font parfois appel aux surveillants pour des motifs ne relevant pas de la sécurité pénitentiaire (refus de prise de traitement).

Les contrôleurs ont pu constater le professionnalisme des surveillants pénitentiaires mais aussi l'humanité dont ils font preuve et tout l'intérêt qu'ils attachent à l'exercice de leur profession dans des conditions très avantageuses au regard de ce qu'ils ont pu connaître en établissement, notamment aux Baumettes. Il n'en reste pas moins que certaines règles de sécurité mises en œuvre portent atteinte à la dignité des patients (caractère systématique des fouilles).

Les patients avec qui les contrôleurs se sont entretenus ont fait part de leur grande satisfaction quant aux règles de vie et aux soins dont ils bénéficient. Leurs doléances portaient sur le coût du téléviseur, les produits cantinables, parfois la quantité des repas. Malgré un livret d'accueil clair et pratique, les contrôleurs estiment que les supports d'information doivent être développés : affichage des règles de vie, remise d'un document pédagogique portant sur les droits des patients en soins sans consentement.

Les participants à la réunion de restitution se sont montrés réceptifs aux observations formulées.