



Rapport de visite :

6 au 17 janvier 2020 – Première visite

Assistance publique-Hôpitaux
de Marseille

(Bouches-du-Rhône)



SYNTHESE

Six contrôleurs ont visité en janvier 2020, le pôle de psychiatrie de l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille (AP-HM) qui constitue le 3^{ème} CHU de France avec 3 288 lits et places, dont 418 lits et places de psychiatrie (13 %). Il s'agissait de la première visite de cet établissement.

A l'issue, et dans le cadre d'une procédure contradictoire, un rapport provisoire a été adressé au directeur général de l'AP-HM, au directeur de la délégation de l'ARS des Bouches-du-Rhône ainsi qu'aux autorités judiciaires et administratives du département. Les observations formulées par le directeur général de l'AP-HM et le directeur général de l'agence régionale de santé ont été intégrées dans le présent rapport définitif.

Parallèlement, au regard de la gravité des constats effectués dans une des unités, la ministre des solidarités et de la santé a été saisie par courrier le 3 février 2020.

Depuis 2016, l'AP-HM est l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) des Bouches-du-Rhône qui regroupe les treize établissements publics de santé du département et un établissement du service de santé des Armées. Il comporte ainsi trois centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie : l'AP-HM, le centre hospitalier (CH) de Valvert et le CH Édouard-Toulouse. Ce GHT couvre près de 2 millions d'habitants avec 9 490 lits et places.

Concernant la psychiatrie, l'AP-HM gère trois secteurs de psychiatrie sur le site de Sainte Marguerite (ou « Sud », 239 lits et places), trois secteurs sur le site de La Conception (179 lits et places) et les urgences psychiatriques (CAP 48, 10 lits) sur le site de la Timone.

Il y avait jusqu'en 2015, deux pôles de psychiatrie qui ont fusionné : le pôle dit universitaire à Sud et le « non universitaire » à la Conception. Un autre pôle est spécifique à la médecine et psychiatrie en détention et ne fait pas l'objet du présent contrôle. Le pôle de psychiatrie couvre ainsi les 4^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème}, 7^{ème}, 8^{ème}, 9^{ème} et 10^{ème} arrondissements de Marseille.

Le contrôle a concerné sur les onze unités d'hospitalisation complète du pôle ainsi que sur l'unité des urgences psychiatriques. Le constat des contrôleurs a porté majoritairement sur trois grands points.

1 - Tout d'abord, la notion de patient sujet de droit méritera incontestablement une attention particulière car elle constitue une faiblesse importante de l'établissement.

Le point important du constat des contrôleurs a concerné l'unité Cassiopée dans laquelle la dignité des personnes n'était pas respectée. La qualité des soins psychiatriques par les soignants et les médecins n'est pas en cause et il a été observé le professionnalisme et la bienveillance des soignants. Malheureusement, ceux-ci sont placés dans des conditions d'exercice anormales de leur mission, au sein d'une organisation inadéquate de la filière de soins de psychiatrie sur le site de Sainte-Marguerite.

En effet, cette unité n'est qu'un assemblage de onze chambres d'isolement, qui étaient encore toutes fermées la nuit quatre mois avant le contrôle et encore au moment du contrôle pour les patients détenus, sans que cela ne soit enregistré dans le logiciel Cimaise et même décidé par un médecin. Les chambres, utilisées fermées comme CI, sont impropres à l'apaisement d'une crise : un sas qui empêche l'accès à l'eau et aux toilettes et aux commandes électriques, des fenêtres non occultables, pas d'aération, pas d'action sur la lumière, pas d'horloge. De plus elles sont quasi toutes insalubres avec des sols décollés, des fenêtres qui ne s'ouvrent plus, des fils électriques apparents et interrupteurs cassés. Les chambres sont sans meuble, avec uniquement un lit

métallique au centre de la pièce fixé au sol. Les pratiques d'isolement (porte de chambre fermée) n'y sont pas analysées par les équipes.

Enfin les conditions hôtelières accentuent l'indignité : le service ne dispose pas de serviette pour les patients sans famille ou indigents ; les familles doivent déposer leurs affaires personnelles (sacs, téléphone) avant de rentrer dans l'unité ; cinq caméras se trouvent dans l'unité de soins et filment en permanence les patients, les écrans étant visionnés par des vigiles privés. Un pyjama stigmatisant est obligatoire les vingt-quatre premières heures sans raison médicale. L'accès au patio extérieur n'est possible qu'accompagné. Le tabac est contingenté arbitrairement par les soignants.

L'indignité de cette prise en charge est accentuée par des locaux structurellement inadaptés à l'exercice de la psychiatrie : pas de bureau d'entretien garantissant la confidentialité et la sérénité d'une consultation, pas de salle d'activité, pas d'espaces d'apaisement et d'hypostimulation différenciés, pas de salon famille. Cette indignité n'est, par ailleurs, pas atténuée par les activités (occupationnelles et thérapeutiques) qui sont réduites à peu de chose. Elles ne sont pas organisées et intégrées dans le projet de soins.

Les restrictions de liberté sont systématiques pour tous les patients sans rapport avec la clinique ; retrait du téléphone et de toutes les affaires personnelles à l'exception des vêtements qu'il porte. Ces constats ont fait l'objet d'une lettre au Ministre de la Santé lui demandant de mettre un terme à cette prise en charge indigne. L'établissement a rapidement réagi et s'est engagé à transformer les modalités d'hospitalisation au sein de l'unité Cassiopée dans l'attente d'une fermeture définitive de ce service.

Toujours sur le sujet du patient sujet de droit, **l'information donnée aux patients sur leurs droits est insuffisante, informelle et parfois inexacte** : les livrets d'accueil, non spécifiques à la psychiatrie, sont rarement remis, les règles de vie peu écrites. Par ailleurs, la personne de confiance est globalement peu intégrée dans la prise en charge. La notification des droits des patients en soins sans consentement est faite mais les copies signées ne sont pas partout données ; les certificats médicaux sources des décisions du directeur aux arrêts du préfet ne sont pas joints à la notification. Enfin, les décisions ne sont pas prises en temps réel et sont notifiées avec retard. Tous ces points ont été pris en compte par l'établissement qui les a corrigés.

Enfin, **le registre de la loi** ne permet pas de contrôler le déroulement de la procédure, difficilement consultable, et avec des informations et pièces manquantes. Quant aux audiences du juge des libertés et de la détention, elles devraient se tenir au sein de l'établissement.

Une recommandation a été émise dans le cadre du respect plus global de la dignité et du respect des droits fondamentaux, de faire en sorte qu'un comité d'éthique spécifique à la psychiatrie se mette en place et cette recommandation a été suivie.

2 – Concernant l'organisation de la prise en charge, l'AP-HM dispose d'un projet d'établissement 2017-2021 qui fixe les orientations stratégiques sur la base d'un projet médical se déclinant en cinq axes stratégiques dont la thématisation hospitalo-universitaire des sites, de nouvelles organisations avec les professionnels de ville et le secteur médico-social dans le cadre des parcours de soins, enfin une dimension d'innovation et de recherche avec le développement des neurosciences.

Concernant plus spécifiquement la psychiatrie, plusieurs ébauches de projet médical ou médico-soignant ont été écrites depuis 2016 par les responsables médicaux. Ces projets se sont toutefois

souvent limités à des compilations de plusieurs idées assorties de demandes de financements spécifiques et il n'y avait pas encore eu d'accord sur un projet de pôle unique ni même sur une organisation de la filière de psychiatrie intra et extra hospitalière, entre les différents médecins du pôle. La recommandation du CGLPL d'établir un tel projet de pôle définissant les stratégies et modalités de prise en charge des patients de psychiatrie, y compris les patients en soins sans consentement a accéléré les réflexions en cours et un projet médical 2020-2024 annexé aux observations du directeur général se structure désormais autour de cinq sous filières : les soins de proximité hospitaliers, les soins de proximité ambulatoires, les soins de recours ambulatoires, les soins de recours hospitaliers et les soins non programmés avec l'interface somatique ; ce projet prend en compte les droits des patients dans une refonte de la prise en charge des personnes en soins sans consentement dès les moments de crise à domicile et dans un esprit de filière de soins globale et de restriction minimale des libertés. La direction de l'AP-HM indique cependant qu'il reste aux acteurs du pôle à détailler les propositions d'organisation en fiches thématiques chiffrées et ordonnancées. Ce travail sera achevé sur le second semestre 2020. Il sera soumis à concertation puis validation. Est notamment attendu l'impact des projets en matière immobilière, sociale et financière.

Ainsi au moment du contrôle, l'organisation des soins au quotidien dans les services n'est pas conçue selon les besoins de soins des patients. Les effectifs d'infirmiers et d'aides-soignants ne font pas l'objet d'une définition du besoin intra et extrahospitalier ; il n'y a pas d'effectif de sécurité et parfois plus de soignants auprès des patients la nuit que le jour, sur des considérations sécuritaires peu argumentées.

Les dotations allouées par les tutelles pour le fonctionnement de la psychiatrie, intra comme extra hospitalière, ne sont pas affectées à une prise en charge normale des patients de psychiatrie depuis leur domicile jusqu'à leur retour dans le droit commun. Dans la mesure où la qualité des soins est ce jour dégradée au regard des nombreux points évoqués par le contrôle, il sera demandé la réaffectation aux soins de psychiatrie des crédits non utilisés par la psychiatrie (six millions par an) au profit de sa remise à niveau.

Par ailleurs, **les soignants devront bénéficier de formations** sur les sujets des droits des patients, de l'isolement, et de la prise en charge des violences. La consolidation des savoirs pour les nouveaux infirmiers a le mérite d'exister mais n'est pas systématiquement proposée ; et une période de doublure s'effectue sur quelques jours à un mois sans être réellement un tutorat labellisé. Il n'y a plus de supervision. Sur ces points l'établissement a répondu favorablement aux recommandations du CGLPL.

L'accès au somaticien devra être mis en place sur l'ensemble des trois sites, par la présence régulière d'un médecin généraliste examinant toutes les admissions et les patients en isolement. L'établissement a indiqué être en recherche de candidat sur le poste désormais ouvert.

Concernant les soins psychiatriques à proprement parler, ils sont très bien organisés : il y a toujours un médecin sénior dans les services, les relèves et réunions cliniques et de synthèse, pluridisciplinaires, sont faites régulièrement ; les entretiens médico-infirmiers et infirmiers sont fréquents ; le projet de soins est ainsi analysé et suivi de manière professionnelle. Quelques services développent plus que d'autres les réunions de coordination intra/extra. Il sera demandée une meilleure intégration des activités dans le projet de soin des patients de Sainte-Marguerite. De même, il y a encore peu de réunions soignants – soignés mais le développement de médiateurs santé-pairs apporte une plus-value incontestable.

3 – Enfin, les conditions de prise en charge sont marquées, sauf à l'unité Cassiopée, par un respect de la liberté d'aller et venir et à la limitation des restrictions de liberté. Toutes les unités sont ouvertes, l'accès aux chambres, aux activités, aux espaces extérieurs, est libre.

Les restrictions de liberté sont peu nombreuses que ce soit en lien avec le tabac, les visites de familles, le téléphone. On peut regretter encore quelques usages du pyjama en prévention des fugues.

Concernant les locaux, les chambres sont propices à la prise en charge : lumineuses, spacieuses, individuelles, disposant toutes d'une salle d'eau ; les portes disposent d'un verrou de confort permettant de se protéger, les placards disposent d'un système de fermeture pour y ranger ses affaires. Quelques unités permettent également d'entreposer dans un réfrigérateur spécifique des denrées apportées pour les patients.

En revanche, d'autres conditions de prise en charge sont dégradées : certaines douches n'ont plus d'eau chaude. Les repas sont servis dans des barquettes en plastique, avec des couverts en plastique, même si les patients peuvent avoir des suppléments et manger dans leur chambre. Il n'y a souvent plus de goûter et la tisane du soir n'est plus généralisée.

Concernant l'hygiène et même si les locaux d'hospitalisation sont globalement propres, certains services n'ont plus de machine à laver ; il n'y a pas de flexible de douche pour les patients qui le nécessiteraient. Il n'y a aucun stock de serviettes permettant aux patients démunis ou sans famille, de s'essuyer après la douche.

Concernant l'isolement et la contention, l'établissement n'utilise que rarement la contention. La pratique de l'isolement est modérée mais il est dommage de n'avoir fait aucune analyse des pratiques dans la mesure où l'unité Cassiopée prend en charge une partie de ces isolements. Beaucoup de chambres d'isolement ne sont pas propices à l'apaisement à des degrés divers entre celle de Sud et celles de La Conception.

Suite aux recommandations émises par le CGLPL ainsi que l'alerte faite au ministre de la Santé, les autorités médicales ont pris la mesure de l'impact de l'organisation des soins actuelle vis à vis du respect des droits des patients et ont mis en place un projet médical pertinent que l'établissement devra s'efforcer d'accompagner dans les meilleurs délais, s'appuyant sur le suivi particulier du rapport mis en place par l'agence régionale de santé.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

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

BONNE PRATIQUE 1 27

L'abonnement à un service de traduction téléphonique permet de procéder aux notifications des différents actes relatifs à la prise en charge dans une langue comprise par le patient.

BONNE PRATIQUE 2 76

Les soins dentaires débutés lors de l'hospitalisation peuvent être poursuivis en ambulatoire auprès du praticien œuvrant sur le site de la Conception.

BONNE PRATIQUE 3 87

La contention est très peu utilisée dans les services d'hospitalisation complète.

RECOMMANDATIONS

Ces recommandations justifient un suivi par le ministre qui exerce l'autorité ou la tutelle sur l'établissement visité. Trois ans après la visite, ce ministre sera interrogé par le CGLPL sur les suites données à ces recommandations

RECOMMANDATION 1 17

Les dotations affectées aux soins de psychiatrie doivent prioritairement servir aux besoins de soins de la psychiatrie.

RECOMMANDATION 2 20

L'organisation des soins dans chaque secteur doit définir les besoins de prise en charge en intra et extra hospitalier, prévoir des effectifs adaptés et stables auprès des patients, permettant aux professionnels d'assurer l'accès, la permanence et la qualité des soins.

RECOMMANDATION 3 36

Le droit à l'anonymat doit être porté à la connaissance des patients. Des modalités techniques doivent être mises en place pour garantir l'anonymisation effective et immédiate des patients qui en font la demande.

RECOMMANDATION 4 44

Le collège des professionnels de santé doit se réunir dans tous les cas prévus par la loi et recueillir les observations des patients.

RECOMMANDATION 5 46

Le juge des libertés et de la détention doit statuer dans une salle d'audience spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil ou d'un autre établissement de santé selon les modalités prévues par une convention conclue entre le tribunal judiciaire et l'agence régionale de santé.

RECOMMANDATION 6 51

Les caméras de vidéosurveillance ne doivent pas filmer les patients dans les lieux de soins.

RECOMMANDATION 7 52

L'obligation du port du pyjama en dehors d'une chambre doit être banni : il revêt un caractère de stigmatisation qui porte atteinte à la dignité.

- RECOMMANDATION 8** **58**
 La cafétéria de la Conception doit être ouverte pendant les heures habituelles de visites : week-ends, jours fériés, fin de journée. Une réflexion doit être lancée pour que la cafétéria de Sainte-Marguerite soit animée.
- RECOMMANDATION 9** **64**
 Les repas doivent être servis avec des couverts normaux et une présentation permettant de conserver leur caractère appétissant.
- RECOMMANDATION 10** **81**
 Les chambres d'isolement doivent toutes disposer d'un dispositif d'appel, accessible pendant les phases de contention, de la possibilité d'allumer ou éteindre sa lumière, d'avoir accès à l'eau, aux toilettes et à l'aération de la pièce, disposer d'un siège pour le patient comme pour le soignant.
- RECOMMANDATION 11** **90**
 Les modalités d'hospitalisation des patients détenus doivent donner lieu à un protocole avec l'établissement pénitentiaire. Une fiche de liaison doit accompagner chaque patient détenu précisant les visites et les appels autorisés.
- RECOMMANDATION 12** **90**
 Sauf contre-indication médicale, le patient détenu doit pouvoir disposer de ses vêtements, objets personnels et tabacs.

RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

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

- RECO PRISE EN COMPTE 1** **15**
 Un projet de pôle doit définir les stratégies et modalités de prise en charge des patients de psychiatrie, y compris les patients en soins sans consentement.
- RECO PRISE EN COMPTE 2** **22**
 Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins en péril imminent et les soins à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel.
- RECO PRISE EN COMPTE 3** **24**
 Des supports écrits (livrets, affichage) relatifs aux informations sur l'hospitalisation et aux droits généraux des patients doivent être mis à la disposition de ceux-ci. Ces informations doivent être compréhensibles et actualisées.
- RECO PRISE EN COMPTE 4** **26**
 Les décisions d'hospitalisation en soins sans consentement doivent être prises en temps réel et leur notification doit intervenir sans délai. La date de la notification doit correspondre à la réalité.
- RECO PRISE EN COMPTE 5** **27**
 Les certificats médicaux motivant les décisions de soins sous contrainte doivent être remis aux patients. A défaut, la décision doit, *a minima*, en citer les termes motivant la mesure.
- RECO PRISE EN COMPTE 6** **28**
 Au même titre que la décision initiale, les décisions mensuelles de maintien en soins sans consentement doivent être systématiquement notifiées et remises aux patients, y compris en programme de soins.

RECO PRISE EN COMPTE 7	29
Les faits de violence doivent faire l'objet d'une déclaration sur le portail de l'observatoire national des violences en milieu de santé.	
RECO PRISE EN COMPTE 8	29
Le processus de traitement des fiches d'événements indésirables doit permettre d'avoir une visibilité des incidents afin d'en faciliter la résolution et d'en prévenir la réitération.	
RECO PRISE EN COMPTE 9	30
Les représentants des usagers doivent avoir accès à l'intégralité des plaintes et réclamations.	
RECO PRISE EN COMPTE 10	31
La création d'un comité d'éthique au niveau de l'hôpital paraît être une nécessité afin de permettre de mener des réflexions sur les questions éthiques en lien avec les pratiques professionnelles.	
RECO PRISE EN COMPTE 11	32
La personne de confiance désignée doit systématiquement être contactée afin d'obtenir son assentiment à cette désignation, confirmé par écrit.	
RECO PRISE EN COMPTE 12	32
L'exercice du droit de vote doit être facilité en anticipant davantage l'établissement des procurations avant les scrutins et l'inscription sur les listes électorales. Des permissions de sortie et des accompagnements doivent être mis en œuvre pour permettre le vote direct.	
RECO PRISE EN COMPTE 13	34
Les salles culturelles doivent bénéficier d'une signalétique permettant au patient de les localiser.	
RECO PRISE EN COMPTE 14	35
Les modalités de livraison de produits de première nécessité achetés par les patients doivent être organisées de manière à ne pas impacter les capacités financières des patients de façon excessive.	
RECO PRISE EN COMPTE 15	43
Les registres de la loi doivent être tenus dans une forme permettant un contrôle effectif de l'ensemble des procédures.	
RECO PRISE EN COMPTE 16	51
Les chambres d'isolement occupées ou éventuellement les chambres occupées fermées doivent être signalées aux services de sécurité incendie de chaque site en temps réel.	
RECO PRISE EN COMPTE 17	54
Les patients doivent pouvoir acheter des timbres et poster du courrier au sein du CH sans passer par l'intermédiaire de soignants ou d'autres patients.	
RECO PRISE EN COMPTE 18	56
Les téléviseurs des salles communes dans les unités doivent être en état de marche.	
RECO PRISE EN COMPTE 19	59
Une réflexion doit être conduite sur la sexualité des patients. Leur seul statut ne permettant pas de postuler qu'ils ne sont pas à même d'accorder un consentement éclairé à un acte sexuel, les patients – en soins sans consentement comme en soins libres – doivent conserver leur liberté sexuelle, dans les seules limites du droit commun et du respect de l'intimité de chacun. Les personnes qui le souhaitent doivent avoir accès à des moyens de protection et de contraception.	
RECO PRISE EN COMPTE 20	62
Les patients doivent avoir accès à de l'eau chaude et froide ainsi qu'à des serviettes de toilette.	

RECO PRISE EN COMPTE 21	63
Une copie de l'inventaire des objets déposés doit systématiquement être remise aux patients.	
RECO PRISE EN COMPTE 22	74
Le statut du contrat de réinsertion professionnelle à la cafétéria Conception – espace ergo-sociothérapeutique » doit être clarifié.	
RECO PRISE EN COMPTE 23	75
Les personnes admises en hospitalisation dans un service de psychiatrie doivent bénéficier d'un examen somatique par un médecin généraliste.	
RECO PRISE EN COMPTE 24	77
Les pharmaciens doivent avoir accès à tous les documents médicaux utiles à l'exercice de leur mission.	
RECO PRISE EN COMPTE 25	77
La mise en œuvre de prescription « si besoin », sans le consentement du patient, doit être prohibée. L'administration d'un traitement refusé par le patient impose la recherche du consentement par le médecin prescripteur et la traçabilité sur le dossier des motifs cliniques amenant l'usage de la force pour cette administration.	
RECO PRISE EN COMPTE 26	83
Il doit être mis un terme sans délai à l'indignité et au non-respect des droits fondamentaux des patients en soins sans consentement pris en charge au sein de l'unité Cassiopée de l'AP-HM.	
RECO PRISE EN COMPTE 27	86
Les patients placés en chambre d'isolement doivent bénéficier d'un examen somatique réalisé par un spécialiste en médecine générale.	
RECO PRISE EN COMPTE 28	88
L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants, et doit permettre de limiter ces pratiques à ce qui n'a pu être obtenu par d'autres moyens.	
RECO PRISE EN COMPTE 29	89
Le placement en chambre d'isolement des patients détenus doit être une pratique de dernier recours, motivée par leur état clinique et non par leur statut juridique.	

PROPOSITIONS

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

PROPOSITION 1	56
Pour les téléviseurs des chambres, une réflexion mérite d'être lancée sur le choix des chaînes accessibles gratuitement et sur le coût des chaînes payantes.	
PROPOSITION 2	57
L'accès au site Internet de l'AP-HM doit être rendu possible et gratuit dans toutes les unités, les livrets d'accueil y faisant référence. Il conviendrait de rendre opérant un réseau Wi-Fi à un prix raisonnable et de le mettre en accès libre dans les cafétérias.	

SOMMAIRE

SYNTHÈSE	2
SYNTHÈSE DES OBSERVATIONS	6
SOMMAIRE	10
RAPPORT	12
1. CONDITIONS DE LA VISITE	12
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	13
2.1 L'établissement public n'a pas de projet médico-soignant permettant l'organisation des soins	13
2.2 Le budget de la psychiatrie n'est pas utilisé en totalité pour la psychiatrie	15
2.3 L'organisation et la répartition des ne correspondent pas aux besoins de soins	19
2.4 Le nombre de patients en soins sans consentement diminue mais la proportion des procédures avec un seul certificat médical est anormalement élevée	21
3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	24
3.1 Les informations générales sont lacunaires et les délais de prise et de notification des décisions sont trop longs	24
3.2 Le processus de traitement des événements indésirables donne lieu à un suivi inégal et les représentants des usagers n'en ont qu'une connaissance partielle	28
3.3 Il n'existe pas de comité d'éthique à l'échelle de l'établissement	30
3.4 La personne de confiance est souvent désignée mais rarement contactée	31
3.5 L'exercice du droit de vote n'est facilité qu'à minima	32
3.6 L'accès aux différents cultes est possible	33
3.7 La protection juridique des majeurs remplit sa mission	34
3.8 Le droit à l'anonymat de l'hospitalisation n'est pas porté à la connaissance des patients	36
4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	38
4.1 La commission départementale des soins psychiatriques se réunit chaque année et rencontre de nombreux patients	38
4.2 La place des usagers est reconnue au sein de l'hôpital grâce à la vigilance de leurs représentants	38
4.3 Les registres de la loi ne contiennent pas la totalité des documents attendus et ne permettent pas de suivre la situation juridique de chaque patient	41
4.4 Les sorties de courte durée sont accordées fréquemment avant une prise en charge en programme de soins ou une levée de la mesure	44
4.5 L'audience du juge des libertés et de la détention se tient en dehors de l'hôpital dans une annexe du tribunal	46

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	49
5.1 La liberté de circulation des patients est recherchée, indépendamment de leur statut juridique	49
5.2 La sécurisation des patients des unités de Sainte-Marguerite est assurée par des soignants et par des agents de sécurité trop présents	50
5.3 Les restrictions à la vie quotidienne sont rares, sauf dans l'unité Cassiopée	52
5.4 Les communications vers l'extérieur sont peu facilitées	54
5.5 La sexualité des patients ne fait pas l'objet d'une réflexion collective.....	58
6. LES CONDITIONS DE VIE.....	60
6.1 Les locaux sont adaptés à l'exception de ceux de l'unité Cassiopée	60
6.2 Les conditions d'hygiène sont dégradées.....	61
6.3 Les biens des patients sont protégés	63
6.4 Les repas sont consommés dans des couverts en plastique.....	63
7. L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES	66
7.1 Les urgences psychiatriques font l'objet d'une prise en charge spécialisée principalement hospitalière	66
7.2 L'accès aux soins psychiatriques est assuré mais pas organisé.....	68
7.3 Les activités occupationnelles et thérapeutiques, très insuffisantes à Sainte-Marguerite, sont bien investies à la Conception.....	71
7.4 L'accès aux soins somatiques est partiel.....	75
7.5 L'accès aux autres soins spécialisés est assuré	76
7.6 L'accès aux traitements respecte la confidentialité	76
8. LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION	79
8.1 La conception des chambres d'isolement ne permet pas le respect de la dignité	79
8.2 Une unité, Cassiopée, constituée uniquement de chambres d'isolement, est indigne	81
8.3 Les pratiques d'isolement sont peu analysées ; la contention est très peu utilisée	85
9. UNE PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE	89
9.1 Les patients détenus sont systématiquement placés en chambre d'isolement et se voient privés de certains droits.....	89
9.2 La pédopsychiatrie n'a pas fait l'objet du présent contrôle.....	91
10. CONCLUSION.....	92

Rapport

Contrôleurs :

Luc Chouchkaieff, chef de mission ;

Matthieu Clouzeau, contrôleur ;

Maud Dayet, contrôleur ;

Jacques Martial, contrôleur ;

Danielle Piquion, contrôleur ;

Vianney Sevaistre, contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite du pôle de psychiatrie du CHU de Marseille, assistance publique – hôpitaux de Marseille (Bouches-du-Rhône) **du 6 au 17 janvier 2020.**

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 6 janvier 2020 à 14h30. Ils l'ont quitté le 17 janvier 2020 à 11h.

Ils ont été accueillis par la directrice générale adjointe, la directrice du pôle de psychiatrie et la mission a pu se présenter devant les médecins chefs de pôle et de service, un représentant de la commission médicale d'établissement (CME), des cadres supérieurs de santé, et les membres de la direction.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet des Bouches-du-Rhône, la présidente et la procureure du tribunal judiciaire de Marseille, l'agence régionale de santé (ARS). Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et l'une d'entre elles a souhaité avoir un entretien.

Une salle de travail a été mise à disposition des contrôleurs et tous les documents demandés par l'équipe ont été remis et regroupés dans un dossier électronique.

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

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

La réunion de restitution s'est tenue le 17 janvier 2020 avec les mêmes participants que pour la réunion de présentation, élargie aux internes, médecins et cadres des différents services visités.

Au regard de la gravité des constats effectués sur une des unités, détaillés dans le présent rapport, la ministre des solidarités et de la santé a été saisie par courrier le 3 février 2020.

Un rapport provisoire a été adressé le 30 avril 2020 au directeur général de l'AP-HM, au préfet du département des Bouches-du-Rhône, au directeur de la délégation de l'ARS des Bouches-du-Rhône et à la présidente et au procureur du tribunal judiciaire de Marseille. Le directeur général de l'AP-HM a répondu le 26 juin 2020 et le directeur général de l'agence régionale de santé le 28 juillet. Leurs observations sont intégrées dans le présent rapport.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'ETABLISSEMENT PUBLIC N'A PAS DE PROJET MEDICO-SOIGNANT PERMETTANT L'ORGANISATION DES SOINS

Depuis 2016, l'AP-HM est l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) des Bouches-du-Rhône qui regroupe les treize établissements publics de santé du département et un établissement du service de santé des Armées. Il comporte ainsi trois centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie : outre l'AP-HM, le centre hospitalier (CH) de Valvert et le CH Edouard-Toulouse. Ce GHT couvre près de 2 millions d'habitants avec 9 490 lits et places.

L'AP-HM constitue le 3^{ème} plus grand CHU de France ; il totalise 3 288 lits et places dans toutes les spécialités, répartis sur quatre sites, dont 418 lits et places de psychiatrie (13 %).

La psychiatrie se situe sur le site des hôpitaux Sud (239 lits et places) et de la Conception (179 lits et places), avec également les urgences psychiatriques désormais sur le site de la Timone (10 lits).

Au total l'AP-HM a réalisé 127 890 entrées de patients en hospitalisation complète avec un taux d'occupation global de 86,43 % en 2018, stable durant les dernières années.

Concernant les urgences, 141 227 passages sont recensés sur les deux sites adultes et 74 653 passages sur les deux sites d'urgences pour enfants. Enfin, 1 001 021 consultations externes ont été réalisées en 2018.

Cette activité s'est exercée en 2018, par 12 700 agents non médicaux (personnel non médical PNM) dont 8 328 soignants et 1 824 agents médicaux (personnel médical PM). L'enseignement concerne 2 954 étudiants médicaux dont 1 373 internes, 1 094 étudiants en médecine, 167 étudiants en pharmacie, 248 étudiants en odontologie, et 1 065 étudiants paramédicaux dont 557 étudiants en soins infirmiers.

Concernant la psychiatrie, l'AP-HM gère trois secteurs de psychiatrie sur le site de Sainte Marguerite, trois secteurs sur le site de Conception et les urgences psychiatriques (CAP 48) sur le site de la Timone. Le pôle de psychiatrie couvre ainsi les 4^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème}, 7^{ème}, 8^{ème}, 9^{ème} et 10^{ème} arrondissements de Marseille.

Il y avait jusqu'en 2015, deux pôles de psychiatrie qui ont fusionné en un seul : le pôle dit universitaire à Sud et le « non universitaire » à la Conception. Un autre pôle est spécifique à la médecine et psychiatrie en détention (SMPR, UHSA¹) et ne fait pas l'objet du présent contrôle.

Le pôle de psychiatrie comprend ainsi en hospitalisation complète onze unités. L'offre ambulatoire est hétérogène selon les secteurs. Sur le site de la Conception, chacun des trois secteurs (2, 3 et 4) dispose d'un centre médico-psychologique (CMP) et en intersectoriel, d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), d'un hôpital de jour (HDJ) de cinquante

¹SMPR : service médico-psychologique régional ; UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée

places, d'une ergo sociothérapie, d'une psychiatrie de liaison. Sur le site de Sainte-Marguerite, le secteur 1 dispose d'une équipe mobile de rue et d'une équipe de crise, d'une équipe LEAF (*leisure and activité first*); le secteur 5 dispose d'un HDJ pour personnes bipolaires et d'un CMP ; le secteur 6 dispose d'un HDJ et d'un CMP. Ce site bénéficie aussi d'une équipe de liaison intersectorielle.

La psychiatrie pour enfants et adolescents de l'AP-HM ne prend pas en charge d'enfants en hospitalisation contrainte ; elle dispose principalement de places d'hôpitaux de jour, de lits pour adolescents, de CMP.

Le projet d'établissement de l'AP-HM a été instauré sur la période 2017-2021. Il fixe les orientations stratégiques sur la base d'un projet médical global et est construit autour de quatre axes : « *renforcer le positionnement de l'AP-HM, optimiser la performance, développer l'esprit de service et mobiliser les femmes et les hommes.* » Un projet usagers spécifique est consacré à « *l'association des usagers à la vie de l'établissement* », visant en priorité à développer la contribution des usagers au sein des comités locaux d'usagers (CLU), à faire de la satisfaction des patients un outil de mesure de la performance, à améliorer l'accès à l'information des patients et de leurs proches. Le projet de soin institutionnel fixe parmi ses priorités des actions concourant à « *une démarche de bientraitance au bénéfice de la personne soignée* ».

Le projet médical de l'AP-HM 2017-2021 se décline en cinq axes stratégiques : la thématization hospitalo-universitaire des sites, un parcours de soins intra hospitalier axé sur un virage ambulatoire fort, le développement des programmes de réhabilitation accélérée et une hospitalisation de courte durée, de nouvelles organisations avec les professionnels de ville, le secteur médico-social et les structures d'aval dans le cadre des parcours de soins, enfin une dimension d'innovation et de recherche affichée.

La déclinaison territoriale du projet médical dans le cadre du GHT a ambitionné de développer les coopérations déjà menées, l'AP-HM étant associée en tant que CHU de recours.

Durant la période 2014-2018 les axes de recherche clinique ont, pour ce qui concerne la psychiatrie, développé les neurosciences parmi les huit axes.

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) a été signé entre l'établissement et l'agence régionale de santé (ARS) pour la période 2019-2024. La structuration du parcours de santé mentale y est inscrite comme un des sept parcours prioritaires. Ce contrat, à l'échelle de l'établissement, est général et ne détaille pas les objectifs assignés à la psychiatrie.

Concernant plus spécifiquement la psychiatrie, plusieurs ébauches de projet médical ou médico-soignant ont été écrites depuis quatre ans par les responsables médicaux. Ces projets se sont toutefois souvent limités à des compilations de plusieurs idées assorties de demandes de financements spécifiques. En revanche il n'y a pas encore eu d'accord sur un projet de pôle unique ni même sur une organisation de la filière de psychiatrie intra et extra hospitalière, entre les différents médecins du pôle.

Le contrôle a porté sur onze unités de psychiatrie adulte, six sur le site de la Conception et cinq sur le site de Sainte-Marguerite, **et sur le service des urgences psychiatriques** de la Timone.

Deux bâtiments de psychiatrie ont été récemment construits, l'un sur le site de la Conception en octobre 2006 et l'un sur le site des hôpitaux Sud en janvier 2007.

RECO PRISE EN COMPTE 1

Un projet de pôle doit définir les stratégies et modalités de prise en charge des patients de psychiatrie, y compris les patients en soins sans consentement.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« Accompagnant la mise en place du nouveau bureau de pôle (2018), l'initiation de la reprise du projet médical (PM) était antérieure à la visite du CGLPL en janvier 2020. Ce travail portait du constat de l'absence de projet médical validé collectivement, de la multiplicité d'activités compartimentées du fait de clivages nombreux (historiques, géographiques, théoriques, financiers), et de la nécessité de retrouver un esprit de cohésion, permettant l'intégration des dispositifs et la mutualisation de compétences. Un état des lieux des ressources tant en structures qu'en moyens humains a été réalisé. Ce travail trouve ses sources tout à la fois dans le parcours santé mentale du schéma régional de santé mais aussi dans les innovations organisationnelles déjà présentes sur l'institution et qui doivent être confortées. Ainsi, les orientations proposées se fondent en grande partie sur une gouvernance rénovée et une approche en filières fonctionnant plus harmonieusement. Au stade des réflexions, si les grandes lignes ont été posées, il reste aux acteurs du pôle, aidés par l'institution, à détailler les propositions d'organisation en fiches thématiques chiffrées et ordonnancées. Ce travail sera achevé sur le second semestre 2020. Il sera soumis à concertation puis validation. Est notamment attendu l'impact des projets en matière immobilière, sociale et financière. »

Le projet médical annexé à ses observations (2020-2024), daté du 1^{er} juin 2020, est structuré autour de cinq sous filières : les soins de proximité hospitaliers, les soins de proximité ambulatoires, les soins de recours ambulatoires, les soins de recours hospitaliers et les soins non programmés avec l'interface somatique ; **ce projet prend en compte les droits des patients dans une refonte de la prise en charge des personnes en soins sans consentement dès les moments de crise à domicile et dans un esprit de filière de soins globale et de restriction minimale des libertés. Les contrôleurs prennent acte de ce projet en l'état et ne peuvent que recommander sa mise en œuvre rapide.**

Dans ses observations du 28 juillet 2020 répondant au rapport provisoire, le directeur général de l'agence régionale de santé indique que la nomination de trois médecins pour piloter le pôle devrait être un facteur positif pour impulser une nouvelle dynamique et faire émerger une vision partagée de la psychiatrie locale.

2.2 LE BUDGET DE LA PSYCHIATRIE N'EST PAS UTILISE EN TOTALITE POUR LA PSYCHIATRIE

Le budget de l'AP-HM est de 1,367 milliard d'euros dont 790,6 millions d'euros consacrés à la masse salariale. L'établissement est en « contrat de retour à l'équilibre financier » depuis 2016, avec des efforts budgétaires portés sur les achats et les fonctions techniques et administratives. Il a connu de 2014 à 2017 un déficit d'exploitation de 20 à 40 millions par an, avec un premier excédent de 7 millions en 2018.

La capacité d'autofinancement, négative en 2015, était positive à hauteur de 38,6 millions d'euros en 2018. La dette reste élevée (980 millions d'euros) mais les emprunts dits toxiques ne représentent que 10 millions sur ce montant.

Le budget consacré à la psychiatrie est principalement issu de la dotation annuelle de fonctionnement (DAF), avec une partie annexe provenant de la tarification à l'activité (sismothérapie, etc.). La comptabilité analytique réalisée par l'établissement intègre les deux ressources. Une autre partie de la DAF concerne les crédits dévolus aux unités d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA), unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI), unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) et n'est donc pas intégrée dans ce budget.

Les produits 2017 du pôle de psychiatrie se sont élevés à 65 629 984 euros (66 465 373 euros en 2016). Ces produits comprenaient une partie de la DAF à hauteur de 50 994 806 euros (49 376 260 en 2016) augmentés d'une péréquation en crédits pérennes de 1 157 627 euros).

Le reste des produits de 2017 provient essentiellement des actes externes (1 924 686 euros ; 1 746 956 en 2016), des forfaits journaliers, de l'aide médicale d'Etat (AME), de la tarification à l'activité pour 7 473 849 euros (9 967 105 en 2016) et des missions d'intérêt général (MIG MERRI) à hauteur de 4 944 348 euros (4 993 655 euros en 2016).

Les urgences psychiatriques bénéficient par ailleurs de 591 338 euros en 2019, l'addictologie de 217 161 euros et la sismothérapie de 1 506 303 euros. 150 000 euros sont attribués sur le fonds d'intervention régional (FIR) en 2019 pour le projet ULICE (cf. § 3).

Les charges du pôle de psychiatrie s'élevaient en 2017 à 59 038 869 euros (59 277 185 euros en 2016). Elles comprennent, au titre 1, le personnel à hauteur de 40 813 903 euros (40 629 920 en 2016). Les charges à caractères hôtelier et général s'élèvent à 624 551 euros (711 589 euros en 2016) ; les prestations médicales consommées dans les autres pôles s'élèvent à 1 534 321 euros (1 539 261 en 2016) ; la restauration est chiffrée à 1 733 285 euros et la blanchisserie à 667 988 euros. Enfin les charges de logistique et de structure sont évaluées à 13 110 123 euros (13 200 679 en 2016).

Le pôle de psychiatrie dégage ainsi un excédent de 6 591 115 euros en 2017 (et 7 188 188 euros en 2016). La comptabilité des exercices 2018 et 2019 n'est pas disponible mais la DAF 2018 y était de 53 241 546 euros et celle de 2019 de 53 619 742 euros, **des crédits supplémentaires pérennes de péréquation à hauteur de 1 189 607 euros étant venus s'ajouter en 2018 sur la DAF globale**.

Depuis 2016 (jusqu'en 2019 inclus), les dotations affectées à la psychiatrie ont ainsi compensé le déficit des spécialités financées en tarification à l'activité à hauteur de plus de 25 millions d'euros en montant cumulé, soit à hauteur d'au minimum 20 % du déficit annuel de l'AP-HM alors que ces dotations n'y représentent que moins de 3,8 % des recettes globales (2018 : 53 762 401 sur 1 414 337 956 euros ; 2017 : 53 241 546 sur 1 367 380 768 euros).

Ces crédits n'ont pas été employés à la mise en œuvre des différents projets médicaux proposés par les chefs de service depuis 2016 alors même que la prise en charge des patients se dégradait et que le développement de l'ambulatoire est resté embryonnaire là où il aurait dû bénéficier d'un investissement humain et logistique fort.

RECOMMANDATION 1

Les dotations affectées aux soins de psychiatrie doivent prioritairement servir aux besoins de soins de la psychiatrie.

Concernant les crédits supplémentaires de péréquation octroyés en 2015 (577 911 euros), 2016 (1 157 627 euros), et 2017 (1 189 607 euros), **les projets déposés par les services n'ont été financés qu'à hauteur globalement de 723 633 euros** : 446 257 euros pour les urgences psychiatriques à la Timone, 85 329 pour les publics sourds, 166 234 pour les dépressions résistantes et 25 813 pour les premiers épisodes psychotiques. **Or La DAF a été abondée à partir de l'exercice 2017, de 2 925 000 euros chaque année**

Un projet daté de janvier 2020 propose le déploiement de l'équipe ULICE pour la prise en charge des situations d'urgence et de crise pour toute la population du territoire marseillais avec un financement supplémentaire de 140 768 euros correspondant à un équivalent temps plein (ETP) de psychologue, un ETP de médiateur pair et un ETP d'infirmier diplômé d'Etat (IDE), ce qui est minimaliste par rapport aux besoins de ce territoire.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« Une fois le projet médical du pôle stabilisé et validé, l'établissement s'engage à accompagner sa mise en œuvre en concertation avec les responsables du pôle, sous réserve d'un accord de l'ARS quant au desserrement du tableau des emplois et dans le respect des grands équilibres financiers de l'AP-HM. Parallèlement, l'établissement s'engage à examiner sans délai, conjointement avec les responsables du pôle, l'utilisation détaillée de la DAF (recettes, dépenses, moyens humains déployés dans les unités).

Sur les crédits issus de la péréquation :

Concernant les montants issus de la péréquation, l'établissement s'est engagé depuis 2017, en l'absence de projet médical formalisé du pôle de psychiatrie, dans l'examen conjoint avec les responsables du pôle de projets financés sur les crédits de péréquation.

La péréquation 2016 de 1,2 M euros est aujourd'hui mise en œuvre à hauteur de 0,85 M euros et sera complétée d'ici la fin 2020 par le recrutement d'un PH psychiatre pour 107 000 euros et d'un médecin généraliste qui reste à recruter pour 107 000 euros. Pour certains projets, l'établissement et le pôle se retrouvent en effet confrontés à des délais liés aux difficultés de recrutement de praticiens hospitaliers.

La péréquation 2017 de 1,085 M euros a de son côté fait l'objet d'un accord avec les responsables du pôle pour une mise en œuvre à hauteur de 0,5 M euros en 2019 et à nouveau 0,5 M euros supplémentaires en 2020. La première tranche est en cours de mise en œuvre et concerne le renforcement des effectifs du CAP 48, l'unité ambulatoire surdité et santé mentale, le centre expert dépressions résistantes et l'équipe mobile premiers épisodes psychotiques. La deuxième tranche sera débloquée dès la validation des projets afférents, projets dont la présentation a été retardée par la crise du covid19.

Concernant la mise en œuvre de crédits de péréquation, il faut également souligner à ce sujet la difficulté politique d'ouvrir de nouvelles dépenses alors que l'établissement est engagé dans un contrat de retour à l'équilibre financier qui entraîne une nécessaire et délicate négociation avec l'ARS pour toute création de postes.

Concernant l'utilisation de la DAF :

L'AP-HM consacre en réalité des moyens importants aux services de psychiatrie. En 2017, les charges du seul personnel soignant directement affecté aux services de psychiatrie s'élevaient à plus de 40,8 M euros, soit 80% de la dotation annuelle de financement du pôle de psychiatrie (DAF 2017 : 51 M euros). A ces charges directes de personnel s'ajoutent les dépenses pharmaceutiques, le recours aux plateaux techniques, les dépenses hôtelières, de logistique et de gestion générale pour 18 M euros. Le total des charges s'élève donc à 59 M euros. Pour assumer l'ensemble de ces charges, la DAF de 51 M euros est complétée par la facturation des forfaits journaliers et des tickets modérateurs (5,8 M euros) et par des recettes d'activités (addictologie, sismothérapie) pour 1,7 M euros.

Sur les résultats de la comptabilité analytique CREA :

Le rapport du CGLPL fait état d'un excédent de 6,5 M euros du pôle de psychiatrie en 2017 (et 7,1 M euros en 2016) et conclut que depuis 2016, ces excédents ont servi à compenser le déficit de l'AP-HM. A cet égard, l'établissement souhaite rappeler que l'excédent mentionné est en réalité un résultat issu de la comptabilité analytique et qu'il invite traditionnellement à une lecture prudente de ces résultats qui sont influencés par les inévitables choix méthodologiques opérés par la comptabilité analytique. Ainsi, au sein des produits du pôle de psychiatrie figurent, en sus de la DAF, les recettes liées à la facturation des forfaits journaliers et des tickets modérateurs, c'est-à-dire du reste à charge pour les usagers ou les mutuelles, pour un montant de 5,8 M euros en 2017. Or ces recettes sont marquées par leur variabilité dans le temps et le caractère incertain de leur recouvrement effectif ; considérant la typologie des patients pris en charge dans les secteurs de psychiatrie (problématique des créances irrécouvrables).

De la même façon, les produits du pôle psychiatrie comprennent des crédits affectés au titre des missions d'enseignement, de recherche et d'innovation du pôle (crédits MERRI), et donc des financements au titre des missions hospitalo-universitaires des équipes de psychiatrie, à hauteur de 3,7 M euros en 2017. L'ensemble de ces recettes contribuent au résultat analytique du pôle mais présentent dans les faits un caractère incertain ou non pérenne. Par ailleurs, les bâtiments abritant les unités de psychiatrie de la Conception et de l'hôpital Sud ont été récemment reconstruits à neuf pour un montant total d'investissement de 64 M d'euros, générant encore aujourd'hui un amortissement annuel supérieur à 3,2 M euros, ce montant étant lui aussi mal appréhendé par les règles de la comptabilité analytique qui mutualise les dépenses d'investissement à l'échelle de l'établissement. »

Les contrôleurs prennent acte que l'analyse financière telle qu'exposée dans le rapport provisoire ne présente pas d'erreur vis-à-vis de l'excédent du pôle de psychiatrie mais que certaines ressources et dépenses présentent un caractère incertain dans le montant annuel, comme c'est le cas pour tous les établissements de santé français.

Au regard de ce constat et sans méconnaître les difficultés liées à la mise en place d'un contrat de retour à l'équilibre financier, **les contrôleurs rappellent que les grands équilibres financiers de l'AP-HM ne peuvent justifier que les dotations de la psychiatrie, qui n'intègrent pas la tarification à l'activité (T2A), soient utilisées pour combler un déficit sur les soins financés en T2A, dans la mesure où des besoins ont été exprimés et non satisfaits pour le développement d'une psychiatrie de qualité respectueuse des droits des patients.**

Dans ses observations du 28 juillet 2020, le directeur général de l'agence régionale de santé indique que le mécanisme de péréquation régional mis en place était très favorable à l'AP-HM qui prend en charge une file active importante de patients. Depuis trois ans, les re-dotations qui devraient être opérées dans ce cadre ne sont plus attribuées à l'AP-HM dans l'attente d'une feuille

de route permettant d'identifier de façon claire les projets sur lesquels l'établissement souhaite mobiliser ses crédits, en cohérence avec son projet de pôle et le programme régional de santé.

2.3 L'ORGANISATION ET LA REPARTITION DES NE CORRESPONDENT PAS AUX BESOINS DE SOINS

2.3.1 Les effectifs

a) Effectifs non médicaux

Les effectifs non médicaux de la psychiatrie s'établissent en 2019 à **622,4 ETP** dont 528,8 ETP de personnel des services de soins (521,8 en 2018).

En 2011, ces chiffres étaient de 611,9 ETP de personnel non médical dont 537,7 de personnel des services de soins. Les effectifs ont évolué : -16 ETP d'agents des services hospitaliers (ASH), -15 ETP d'aides-soignants (AS), +15 ETP d'IDE, +12 ETP de psychologues. Le nombre des autres professionnels est resté stable : ergothérapeutes (3,9 ETP), psychomotriciens (2,9 ETP), auxiliaires de puériculture (2,5), orthophonistes (2,3), puéricultrices (6 ETP).

Les dépenses liées au personnel non médical sont stables : 31 390 375 euros en 2016, 31 395 825 euros en 2017 et 31 193 646 euros en 2018.

L'absentéisme est élevé à l'échelle de l'AP-HM, à **10,23 % concernant tous les PNM** en 2018 ; 11,19 % pour le personnel des services de soins (11,1 % en 2017, 10,6 % depuis 2014). L'établissement a recours aux heures supplémentaires pour combler les absences ; en 2019, dix-sept vacations de jour et vingt-deux vacations de nuit ont été évaluées à 0,086 ETP de jour et 0,15 ETP de nuit sur les hôpitaux Sud et 40 vacations de jour et 110 vacations de nuit, pour 0,2 ETP de jour et 0,8 ETP de nuit pour le site de Conception. Un pool de trois IDE de psychiatrie permet de compenser certaines absences sur le site Sud.

Le service dans les unités s'organise avec des soignants du matin, d'autres de l'après-midi, rarement de journée ; l'équipe de nuit, spécifique, est sous la seule autorité des cadres de nuit. **L'effectif de fonctionnement « cible » serait de trois soignants (IDE et AS) par unité et par demi-journée de semaine.**

L'examen des plannings des unités d'hospitalisation complète pour le mois de décembre 2019 fait apparaître des **disparités d'effectifs présents, pour des nombres de patients équivalents.**

Au sein de l'unité 2 du secteur 2 (site Conception) qui compte quatorze lits, trois soignants sont présents par demi-journée entre 6h et 20h30 mais trois aussi la nuit de 20h15 à 6h15. Au sein d'autres unités de vingt lits, les effectifs de journée sont les mêmes (trois à quatre soignants sur les plannings) et il y a donc autant de soignants auprès des patients pour vingt lits que pour quatorze, sur la seule considération de l'existence de chambres sécurisées.

La fluctuation du nombre de soignants dans une même unité dans la semaine ne permet pas une organisation pérenne des accompagnements et des soins personnalisés, elle peut également renforcer le sentiment d'insécurité et les pratiques de fermeture de l'unité, voire d'isolement et de contention dans les moments durant lesquels ils sont moins nombreux.

Les soignants de nuit sont des équipes dédiées ; les plannings montrent là aussi des disparités fortes d'effectifs dans la semaine passant **de deux à sept soignants présents la nuit pour vingt lits ; les soignants sont ainsi parfois plus nombreux la nuit que le jour auprès des patients ce qui témoigne d'une déconnexion complète entre le besoin de soin et l'organisation des soins.**

L'organisation des soins au quotidien dans les services n'est ainsi pas faite selon les besoins de soins des patients. Les effectifs d'IDE et AS ne font pas l'objet d'une définition du besoin et le

projet médico-soignant devra définir les modalités de prise en soin des patients quels qu'ils soient, en soins libres comme en soins sans consentement, à tout moment de la filière de soins, extra comme intra hospitalières, et en déduire les besoins de soins pertinents aux différents temps de la prise en charge.

RECOMMANDATION 2

L'organisation des soins dans chaque secteur doit définir les besoins de prise en charge en intra et extra hospitalier, prévoir des effectifs adaptés et stables auprès des patients, permettant aux professionnels d'assurer l'accès, la permanence et la qualité des soins.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« Le travail sur les maquettes organisationnelles des effectifs paramédicaux a été organisé de la manière suivante :

Un état des lieux des ressources humaines paramédicales tel que le définit le tableau des emplois institutionnel de l'AP-HM de chaque site.

La projection est centrée sur une harmonisation des pratiques professionnelles, comme l'engage le projet de soins du pôle et le nouveau capacitaire de Solaris (fermeture de l'unité fermée Cassiopée, répartition des chambres d'isolement thérapeutique (CIT) dans chaque unité de soins, soit 8 CIT pour Sud et 6 CIT pour Conception). Concernant Sud, deux hypothèses ont été proposées (avec ou sans aide-soignant). Les maquettes permettent une prise en charge du patient homogène des deux sites. De fait les unités comprenant des CIT visent à être armées selon les mêmes maquettes organisationnelles.

L'extrahospitalier prend en compte le virage ambulatoire de la psychiatrie adulte.

Les nouveaux projets proposés dans le cadre du projet médical, actés par la gouvernance de l'institution, intégreront les maquettes organisationnelles des paramédicaux. »

Le projet de soins joint aux observations liste l'ensemble des organisations à réaliser par fiches actions. Des hypothèses de travail sont établies pour les maquettes organisationnelles des personnels paramédicaux, soit de trois infirmiers (IDE) par demi-journée auprès des dix-huit patients, soit quatre en y intégrant une aide-soignante de jour. Les effectifs de nuit sont proposés à trois. Les tâches quotidiennes dévolues aux différents soignants ne sont pas encore formellement stabilisées et le projet n'indique pas encore le renforcement extra. Les contrôleurs maintiennent ainsi leur recommandation.

b) Effectifs médicaux

L'effectif médical comprend 82,85 ETP budgétés et est actuellement pourvu à hauteur de 73,35 ETPR (équivalents temps plein rémunérés) dont un médecin associé (à diplôme étranger) sans plénitude d'exercice. Il y a 60 ETPR d'internes. 9,5 ETP de médecins ne sont pas pourvus (11,4 %), répartis dans les différents secteurs.

Les dépenses liées au personnel médical sont stables voire en très légère hausse (en 2017 : 9 114 946 euros et 303 000 de gardes et astreintes.)

L'absentéisme des médecins a été important en 2019 avec seize médecins ayant totalisé 705 jours d'arrêt maladie, dont douze avec des arrêts de plus de quinze jours.

Cinq praticiens avaient une activité libérale en 2019 et un seul psychiatre réalise une activité d'intérêt général.

L'établissement ne fait pas appel à des intérimaires. Les postes vacants n'amènent pas d'absence de médecin dans les services. Par ailleurs dans certains services, il y a davantage d'internes que de praticiens seniors (unité Centaure par exemple).

2.3.2 Le tutorat et la formation

Les nouveaux soignants ne disposent pas d'un véritable tutorat, mais uniquement d'un doublage sur quelques jours ou semaines par un IDE expérimenté auquel il est possible de demander conseil. Un service (secteur 2) semble réussir à organiser un entretien par mois entre le tuteur et le tuteur. En 2017, un seul agent a été formé au tutorat des étudiants et dix-sept ont été formés en 2018 à la relation tuteur / tuteur.

Une formation spécifique à la psychiatrie lors de la prise de poste de nouveaux infirmiers venant d'autres spécialités ou sortant d'école est proposée. Cette « consolidation des savoirs » est réalisée sur un an (parfois six mois selon les unités) pour un total de huit jours mais avec un nombre limité de participants. Cette formation a concerné plus de soixante agents en 2017, trente et un en 2018 et cinquante et un en 2019. Par ailleurs, les jeunes diplômés sont invités à effectuer des formations en approfondissement des connaissances parmi le catalogue des formations proposées en formation continue.

Concernant la formation continue en général, les soignants rencontrés n'ont majoritairement pas exprimé de refus de formation demandée pour des problèmes d'effectifs, de coût ou d'organisation des services. La gestion des violences est peu investie avec une formation de sept agents en 2017, vingt et un en 2018 et trois en 2019. La formation à l'entretien infirmier a été suivie par onze agents en 2017. Dix agents ont suivi, en 2019, une formation à l'accueil de patients psychotiques aux urgences psychiatriques.

Il n'y a pas de réelles formations sur les droits des patients, l'isolement et la contention.

Enfin, sept évaluations des pratiques professionnelles (EPP) depuis 2015 ont été réalisées par les médecins du pôle ; aucune ne concernait l'isolement et la contention.

2.3.3 La supervision

La supervision est rapportée comme ayant été abandonnée. Une supervision collective reste encore organisée une fois par mois par un psychologue à CAP 48.

Aux unités du secteur 2, un médecin extérieur réunit chaque semaine d'autres médecins et des IDE autour de l'analyse d'un cas proposé par les soignants.

2.4 LE NOMBRE DE PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT DIMINUE MAIS LA PROPORTION DES PROCEDURES AVEC UN SEUL CERTIFICAT MEDICAL EST ANORMALEMENT ELEVEE

Les patients en soins sans consentement représentaient en moyenne près d'un cinquième (19,7 %) des patients hospitalisés en psychiatrie en 2019 (17,8 % en 2018) sur les hôpitaux de la Conception et Sainte-Marguerite, la proportion étant légèrement plus importante sur la Conception que sur Sainte-Marguerite (21,6 % contre 18 %).

En valeur absolue, le nombre de patients en soins sans consentement a toutefois fortement diminué en 2019 par rapport à 2018 (- 26,5 %, soit 576 patients contre 784 l'année précédente),

cette baisse étant particulièrement marquée à l'hôpital de la Conception (- 41,8 %) alors que Sainte-Marguerite demeurait stable.

Au sein des soins sans consentement, les décisions du directeur représentent près de 77 % des hospitalisations (80 % en 2018). Cette proportion est un peu plus marquée à Sainte-Marguerite (79,2 %) qu'à la Conception (74,4 %).

Parmi les décisions prises par le chef d'établissement, à peine 6 % sont des soins à la demande d'un tiers (SDT) ordinaire, alors que les SDT en urgence (SDTU) représentent près de 70 % des situations (67 % à la Conception, 72 % à Sainte-Marguerite). La procédure dite de péril imminent (PI) est utilisée dans 25 % des cas (22 % à Sainte-Marguerite, 28 % à la Conception). Le recours à cette procédure est toutefois en baisse puisqu'il constituait plus de 31 % des décisions du directeur en 2018.

Au total, **les décisions du directeur ne reposant que sur un seul certificat médical (SDTU ou PI) constituent plus de 94 % des hospitalisations sur décision du chef d'établissement.** Cette forte proportion de procédures dérogatoires s'expliquerait, selon les informations communiquées aux contrôleurs, par la difficulté rencontrée à trouver un tiers acceptant d'endosser la responsabilité de l'hospitalisation (PI) ou un médecin extérieur à l'établissement pour établir un deuxième certificat médical (SDTU).

RECO PRISE EN COMPTE 2

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

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« La mise en place d'un comité de suivi des soins sans consentement à l'échelle du pôle de psychiatrie, pédopsychiatrie et addictologie est indispensable. Cette mise en place sera concomitante de la mise en place de la nouvelle gouvernance de la filière des soins hospitaliers de proximité, gouvernance par un binôme d'acteurs de terrain, dans le contexte du projet médical 2020-2024. Le comité de suivi des soins sans consentement devra être en lien direct et étroit avec ce binôme pilote, avec le comité d'éthique qu'il pourra solliciter directement, et avec le DIM pour le suivi des indicateurs. L'objectif vise le suivi et l'analyse des pratiques en matière de soins sans consentement, pour permettre une diminution globale de leur nombre et le déploiement des mesures et dispositifs d'alternative aux hospitalisations. » Ce comité est envisagé en septembre 2020.

« En ce qui concerne le recours à un médecin extérieur, dans le cas des SDTU et péril imminent, il sera fait appel à SOS médecin par l'intermédiaire de la PCI psy Centre qui prendra contact avec le centre 15. Une note d'information a été communiquée en ce sens aux chefs de pôle, aux chefs de service, à la permanence des soins infirmiers, aux cadres supérieurs de santé et aux cadres de santé du pôle. La convention liant l'hôpital de la conception et SOS médecin sera révisée en étendant son périmètre à l'ensemble de l'AP-HM. »

S'agissant des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état (SPDRE), le préfet est signataire originel dans 39 % des cas et le maire dans 32 %. Les patients détenus représentent 22 % des décisions et les patients hospitalisés sur décision judiciaire en moyenne 6 % (3 % à Sainte-Marguerite mais 9 % à la Conception).

La durée moyenne d'hospitalisation (DMH) est plus importante pour les patients hospitalisés sans consentement que pour les patients en soins libres : 39,2 jours en moyenne pour les patients sur décision du directeur ; 58,8 jours pour les patients sur décision d'un représentant de l'Etat ; 23,6 jours pour les patients en soins libres. La DMH des patients en SDRE doit toutefois être modulée par le fait que quelques malades placés sur décision de justice restent très longtemps (DMH de 171 jours).

Enfin, de façon globale et non expliquée, la DMH des patients en soins sans consentement a eu tendance à augmenter fortement entre 2018 et 2019 (+ 10 jours pour les patients sur décision du directeur ; + 16 jours pour les SDRE), et ce notamment sur l'hôpital de la Conception (respectivement + 13,7 et + 19,6 jours contre +5,6 et + 13,8 jours à Sainte-Marguerite). La DMH des patients en soins libres augmentait également entre 2018 et 2019 (+ 3,4 jours en moyenne mais + 10,1 jours à la Conception et – 3,3 jours à Sainte-Marguerite).

Malgré cette augmentation de la durée d'hospitalisation, **ces hôpitaux ne rencontrent pas de problématique de sur occupation en psychiatrie**. Le nombre total de patients (libres et sans consentement confondus) a fortement diminué entre 2018 et 2019, passant de 4 398 à 2 927 (- 33 %), cette baisse étant surtout marquée à la Conception (- 46,7 % contre – 15,8 % à Sainte-Marguerite). Cette baisse de fréquentation est peut-être à mettre en perspective des fermetures de lits opérées mais mériterait une analyse par la CDSP.

Dès lors, les situations de tension sont rares et il n'est que très exceptionnellement nécessaire de recourir à des lits d'appoint ou des changements d'unité ; les chambres d'hospitalisation des patients placés en isolement peuvent être conservées. La fermeture administrative de huit lits à l'unité Chabannes 2 depuis décembre 2019 (du fait de la vacance d'un poste de psychiatre) a également pu être absorbée sans sur occupation rapportée.

3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS

3.1 LES INFORMATIONS GENERALES SONT LACUNAIRES ET LES DELAIS DE PRISE ET DE NOTIFICATION DES DECISIONS SONT TROP LONGS

3.1.1 Les informations générales

L'information générale donnée aux patients est insuffisante, informelle et parfois inexacte : le règlement intérieur de l'hôpital est inconnu ; les livrets d'accueil – par ailleurs non spécifiques à la psychiatrie – sont rarement remis et, quand ils le sont, parfois obsolètes ; les règles de vie des unités sont peu écrites ; les affichages dans les unités sont le plus souvent désordonnés, peu lisibles et rarement actualisés ; les tableaux des activités proposées n'existent que dans certaines unités.

Si l'oralité est évidemment une nécessité pour la transmission de ces informations générales, elle ne doit pas faire abstraction de supports écrits que les patients doivent pouvoir consulter à tout moment.

RECO PRISE EN COMPTE 3

Des supports écrits (livrets, affichage) relatifs aux informations sur l'hospitalisation et aux droits généraux des patients doivent être mis à la disposition de ceux-ci. Ces informations doivent être compréhensibles et actualisées.

Dans ses observations du 26 juin 2020 en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

*« L'ensemble des supports écrits (affiches) relatifs aux informations sur l'hospitalisation a été mis à jour dans chaque unité de soins, sur les deux sites. La liste des affichages obligatoires est institutionnelle et disponible dans la base de données documentaire Norméa. Le livret d'accueil institutionnel de l'AP-HM comprend les informations générales nécessaires à l'usager pour préparer son arrivée, organiser son séjour au sein de l'hôpital et sa sortie. Il détaille les droits de tout patient. Pour que l'usager puisse s'organiser au mieux, en fonction de l'établissement où se dérouleront les soins, un « suivez le guide » est également disponible, par établissement. Ils réunissent les informations pratiques : accès, parcours, vie à l'hôpital, services proposés, formalités administratives, services culturels, exercice des cultes. Ils sont remis à chaque patient sur la table de nuit dans la chambre et dès que le patient hospitalisé sous contrainte est apte à la communication. Pour améliorer la communication des informations sur l'hospitalisation au sein du pôle psychiatrie, pédopsychiatrie et addictologie, l'ensemble des documents a été revu. **Deux livrets ont été rédigés pour l'accueil au sein du pôle psychiatrie adulte et les soins sans consentement (pièces fournies).** Ils seront testés auprès de patients et soumis à une validation finale par la commission des usagers. »*

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

3.1.2 Les droits spécifiques des patients en soins sans consentement

Le médecin explique au patient le cadre juridique de son hospitalisation sans consentement et recueille ses observations, tracées dans son dossier médical.

Un formulaire, dénommé « *notifications aux patients admis en soins psychiatriques sans leur consentement* » est ensuite remis au patient.

A l'hôpital de la Conception, cette notification est systématiquement effectuée par le cadre de l'unité ou, en son absence, par le cadre de l'autre unité du secteur. A défaut et le week-end ou la nuit, c'est un cadre assurant la permanence de cadres infirmiers (PCI) qui se déplace dans l'unité pour effectuer cette notification. Tous les cadres rencontrés ont affirmé être suffisamment formés pour être en mesure d'expliquer au patient les voies et délais de recours et, notamment, le rôle du juge des libertés et de la détention.

A l'hôpital Sainte-Marguerite, la notification de ces droits incombe, selon les unités, soit au cadre soit aux infirmiers ; ces derniers ont parfois indiqué aux contrôleurs estimer ne pas avoir bénéficié d'une formation suffisante, celle prodiguée lors de la consolidation des savoirs en psychiatrie étant considérée comme « *incompréhensible* » sur ce point.

Le formulaire de notification est très complet. Il mentionne :

- l'autorité ayant pris la décision (représentant de l'Etat ou directeur de l'établissement) et le cadre (péril imminent ou à la demande d'un tiers) ;
- le type de soins (hospitalisation complète, à temps partiel, en soins ambulatoires) ;
- la possibilité de saisir à tout moment le juge des libertés et de la détention (JLD), avec indication de l'adresse ;
- la possibilité de se faire assister d'un avocat choisi ou commis d'office ;
- le contrôle systématique de la légalité de la mesure par le JLD si l'hospitalisation est prolongée au-delà de douze jours.

Il mentionne également la possibilité pour le patient, « *lors de chaque décision modifiant ou renouvelant la prise en charge* » :

- 1° de « *porter réclamation* » auprès de la commission départementale des soins psychiatriques, du préfet, du président du tribunal de grande instance, du procureur de la République, du maire et de la commission des usagers ;
- 2° de « *prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat de votre choix* » ;
- 3° de « *porter à la connaissance du CGLPL des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence* » ;
- 4° « *d'émettre ou recevoir des courriers* » ;
- 5° « *de consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent* » ;
- 6° « *d'exercer [son] droit de vote* » ;
- 7° « *de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de [son] choix* ».

Le patient est invité à reconnaître avoir été informé des conditions de son admission en soins, à dater et à signer. Il est également prévu de faire signer le tuteur si le patient est majeur protégé. Enfin, en cas de « *refus ou impossibilité* » de signer la notification, il est prévu que deux professionnels (dont « *le cadre de santé ou son représentant* ») signent pour attester que le patient a été informé de la décision le concernant.

Si ce document nécessiterait d'être actualisé (dénomination du tribunal judiciaire et de la commission des usagers, adresse du CGLPL, emplacement de droits sans lien avec les décisions

de prise en charge), il a le mérite d'être exhaustif, compréhensible et notifié dès le début de la prise en charge sans consentement.

Ce n'est pas le cas des décisions prises par le chef d'établissement qui, elles, ne sont pas formellement rédigées et, *a fortiori*, notifiées en temps réel. En effet, si le directeur de permanence signe bien un bulletin d'entrée dès l'établissement du certificat médical – et ce y compris le week-end ou la nuit –, en revanche la décision en elle-même, n'est préparée par le bureau des entrées que le premier jour ouvré suivant, puis soumise à la signature du chef d'établissement dans la pile de parapheurs.

Le bureau des entrées n'étant ouvert que du lundi au vendredi aux horaires administratifs, un patient hospitalisé un vendredi soir ne se verra ainsi notifier la décision que le lundi, voire le mardi, soit trois ou quatre jours après son admission. Ceci est d'autant moins admissible que **la décision est antidatée à la date de l'admission et que la notification est également automatiquement préremplie à la date de l'admission**. Il a été indiqué que le patient qui le souhaite peut toutefois corriger manuscritement cette date pour y porter celle correspondant au jour réel de notification.

RECO PRISE EN COMPTE 4

Les décisions d'hospitalisation en soins sans consentement doivent être prises en temps réel et leur notification doit intervenir sans délai. La date de la notification doit correspondre à la réalité.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« Jusqu'ici la décision d'hospitalisation en soins sans consentement était préparée par le bureau des entrées ; ce dernier est ouvert du lundi au vendredi de 8h à 17h ; en conséquence, elle pouvait souffrir d'un décalage lors de la signature du directeur d'établissement de trois à quatre jours, alors même que ladite décision portait la date d'admission du patient. Une demande de modification informatique a été faite auprès de la direction des services numériques afin de supprimer la génération automatique de la date, lors de l'édition des notifications des décisions. Le directeur de l'établissement, comme le patient, devront renseigner la date de signature manuellement. Une communication a été faite auprès de l'encadrement du pôle.

En dehors des heures d'ouverture des bureaux des entrées, les agents de la PCI Psy Centre prendront en charge le traitement des documents de décisions pour une transmission au plus tôt au directeur de garde, en lien avec les équipes des deux sites. La nouvelle organisation a fait l'objet d'une procédure « traitement des documents relatifs aux soins sans consentement ». Elle rappelle à l'ensemble des acteurs la notion de priorisation des circuits de diffusion dans le respect des délais fixés par la loi. Une formation est organisée par le cadre du bureau des entrées de la conception auprès des agents de la PCI. »

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

La décision du chef d'établissement précise le cadre juridique de la prise en charge, le nom du demandeur (pour les soins à la demande d'un tiers ; le courrier en lui-même n'est jamais remis au patient), le(s) nom(s) du ou des médecins ayant établi le(s) certificat(s) médical(aux) et la ou les date(s) de celui(ceux)-ci.

Le contenu du certificat médical n'est pas porté à la connaissance du patient et il ne lui en est pas non plus remis de copie, alors même que la décision mentionne « *considérant qu'il résulte du contenu du certificat médical joint...* ». La décision n'en cite pas plus les termes motivant la mesure, se contentant de la formule « *dont je m'approprie les termes...* ».

RECO PRISE EN COMPTE 5

Les certificats médicaux motivant les décisions de soins sous contrainte doivent être remis aux patients. A défaut, la décision doit, *a minima*, en citer les termes motivant la mesure.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« *Les certificats médicaux sont désormais remis aux patients en SSC au même titre que les décisions. Une note de rappel a été communiquée à l'ensemble des praticiens et aux cadres de santé.* »

Enfin, la décision mentionne les voies de recours possible dans les termes suivants : « *concernant LA REGULARITE FORMELLE (pour en demander l'annulation) et/ou LE BIEN-FONDE DE LA MESURE (pour demander qu'il y soit mis fin), un recours peut être exercé devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de Marseille, 6 rue Joseph Autran, 13281 Marseille. La commission départementale des soins psychiatriques peut être saisie par courrier adressé à son président (CDSP des Bouches du Rhône, 132 bd de Paris, 13003 Marseille), pour demander la levée de la mesure de soins psychiatriques au directeur de l'établissement de santé.* »

La notification de la décision est réalisée par les mêmes agents que ceux ayant préalablement notifié le formulaire des droits.

Les modèles de décisions prévoient l'hypothèse où le patient refuse de signer la notification. Dans ce cas, deux agents certifient « *avoir remis ce jour, un exemplaire de la décision visée ci-dessus à la personne sus-indiquée qui a refusé de signer* ».

Il a été indiqué qu'il pouvait être fait appel à un service de traduction par téléphone dans l'éventualité où le patient ne comprendrait pas le français.

BONNE PRATIQUE 1

L'abonnement à un service de traduction téléphonique permet de procéder aux notifications des différents actes relatifs à la prise en charge dans une langue comprise par le patient.

Le bureau des entrées est attentif à ce que les actes lui soient retournés dûment signés. Il veille également, en lien avec les secrétariats des unités, à ce que les délais soient respectés pour les actes subséquents (saisine du JLD, renouvellements, etc.).

A la lecture par sondage de plusieurs dossiers, il a été constaté que les décisions mensuelles de renouvellement n'étaient pas formellement notifiées aux patients placés en programme de soins. Selon les informations recueillies, cette notification devrait être effectuée par le médecin lors de l'entretien afin d'éviter aux patients non hospitalisés de devoir revenir pour signer la décision. Or certains médecins négligeraient de procéder à la notification.

RECO PRISE EN COMPTE 6

Au même titre que la décision initiale, les décisions mensuelles de maintien en soins sans consentement doivent être systématiquement notifiées et remises aux patients, y compris en programme de soins.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« Les décisions d'hospitalisation en SSC y compris les programmes de soins sont notifiés et remises aux patients. Un rappel aux cadres de santé a été fait afin que ces actions soient inscrites dans Cimaise. »

3.2 LE PROCESSUS DE TRAITEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES DONNE LIEU A UN SUIVI INEGAL ET LES REPRESENTANTS DES USAGERS N'EN ONT QU'UNE CONNAISSANCE PARTIELLE

3.2.1 La gestion des événements indésirables

Les professionnels sont encouragés à signaler les événements indésirables (EI) et une « charte de confiance », conclue en 2014, pose le principe de l'absence de sanction. Tous les professionnels ayant un compte informatique peuvent signaler un EI en remplissant une fiche d'événement indésirable (FEI).

Le déclarant peut choisir de conserver l'anonymat. Cette possibilité est utilisée dans plus de 80 % des signalements ayant traités aux soins alors que la proportion est inversée pour les événements liés à des problèmes logistiques.

Les signalements sont classés selon la nature de l'événement. Quatre grandes rubriques sont distinguées : EI associé aux soins (EIAS) ; EI organisation, logistique et environnemental (EIOLE) ; risques professionnels ; actes de malveillance.

Le déclarant évalue également la gravité de l'événement et sa fréquence.

Sur chacun des sites de l'AP-HM, des modérateurs ont été désignés (un par type de risque par site). Ces modérateurs, destinataires des FEI les concernant, peuvent procéder à leur requalification ou réévaluer leur gravité et s'assurer de la suppression des éléments nominatifs mentionnés par erreur dans la fiche (comme le nom d'un patient par exemple).

Le logiciel utilisé (BlueMedi™) pour le traitement des signalements oriente automatiquement les fiches vers le ou les services concerné(s) par son traitement et génère des messages de suivi.

Selon la nature des incidents, des instances de suivi ont plus ou moins été mises en place. Les EIAS sont examinés plusieurs fois par mois par une cellule qualité ; les plus graves donnent lieu à des revues de mortalité et de morbidité (RMM), voire à des comités de retour d'expérience (CREX).

L'hôpital a multiplié les instances et acteurs intervenants dans le processus : coordination de la gestion des risques associés aux soins (ViGeRis), pôle qualité (POLQUA), commission qualité et sécurité des soins des sites (CQ3S), référents qualité de chaque pôle, cellule opérationnelle qualité (COQ), cellule opérationnelle de gestion des risques (COGR), etc. Le nombre de ces instances rend le dispositif illisible pour les professionnels. Ces derniers ont d'ailleurs assez unanimement fait part d'un ressenti dubitatif quant à l'efficacité des signalements réalisés. L'absence de suites – ou, tout au moins, le manque d'information quant aux suites données –, a été très largement critiqué.

Le traitement très cloisonné des EI selon leur nature induit une absence d'analyse réellement exploitable par les responsables d'unité.

Par ailleurs, il a été constaté que la complexité du processus de décision entraînait une sous-déclaration à l'agence régionale de santé (ARS) des EIAS graves.

Enfin, « *faute de temps* » les actes de violence ne sont jamais déclarés sur le portail de l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS).

RECO PRISE EN COMPTE 7

Les faits de violence doivent faire l'objet d'une déclaration sur le portail de l'observatoire national des violences en milieu de santé.

Dans ses observations du 26 juin 2020 en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« *Le cadre responsable de la gestion des faits de violence est destinataire des emails automatiques des déclarations de faits de violence pour les sites de Conception et Sud ; il transmettra les informations nécessaires à l'attaché d'administration des sites Conception et Sud pour un enregistrement sur le portail de l'ONVS.* »

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

Quantitativement, il ressort des éléments communiqués que le nombre de signalements effectués dans les services de psychiatrie pour les trois principales rubriques (EIOLE, EIAS et malveillance) a très fortement diminué entre 2018 et 2019, passant de 816 FEI à 643 (- 21 %). Cette baisse confirme l'essoufflement constaté dans la dynamique du signalement.

En 2019, la moitié de ces événements portait sur des questions logistiques, notamment liées à la restauration et à la maintenance des équipements non médicaux. Un quart des événements signalés concernaient des actes de malveillance, essentiellement à l'encontre des personnes (menaces, insultes, violences légères). Le dernier quart des signalements était lié aux soins, la moitié d'entre eux étant des chutes de patients.

S'agissant des actes à l'encontre des personnes, il a été indiqué que les personnels victimes étaient systématiquement accompagnés par le responsable de la sûreté dans leurs démarches pour déposer plainte. Lorsque la victime est un patient, cet accompagnement incombe aux soignants de son unité d'hospitalisation.

RECO PRISE EN COMPTE 8

Le processus de traitement des fiches d'événements indésirables doit permettre d'avoir une visibilité des incidents afin d'en faciliter la résolution et d'en prévenir la réitération.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« *Les réunions périodiques avec les référents qualité et sécurité de pôle permettaient de faire une revue des déclarations émanant du pôle et d'avoir une vue synthétique. Le calendrier de réunions du pôle psychiatrie n'a pas pu se tenir en 2019 comme prévu. Le calendrier des rencontres 2020 reprendra à compter de septembre 2020, compte tenu des mesures spécifiques Covid mises en place.* »

3.2.2 Les requêtes et les plaintes

Les patients sont peu informés de la possibilité d'adresser une requête auprès du directeur. Ce droit n'est indiqué dans aucun livret d'accueil. Le livret « *bienvenue à l'AP-HM* » invite les usagers à saisir la commission des usagers (CDU) de leurs plaintes et réclamations, les « *demandes de réparation (perte d'objet, dommages corporels)* » devant être adressées à la direction des affaires juridiques.

Toutes les réclamations adressées à la direction sont enregistrées – quelle que soit leur forme : courrier, email, appel téléphonique (ces derniers étant retranscrits par la cadre chargée de mission « relation aux usagers ») – et portées à la connaissance de la directrice. Le nombre de doléances ainsi comptabilisées demeure néanmoins très faible pour un hôpital d'une telle taille. En effet, en 2019, 123 doléances ont été reçues pour le site de la Conception (99 en 2018) et 26 pour le site de Sainte-Marguerite (32 en 2018). Et le nombre de plaintes relatives à des patients hospitalisés en psychiatrie est encore plus faible : 15 en 2019 (9 à la Conception et 6 à Sainte-Marguerite) ; 11 en 2018 (respectivement 9 et 2). Il conviendrait toutefois d'y ajouter les demandes de réparations qui sont directement orientées vers le service du contentieux.

Un accusé de réception est systématiquement adressé au requérant dès réception de son courrier. La plainte est attribuée par la directrice au service compétent pour éléments de réponse dans un délai d'un mois au maximum. La réponse est rédigée au niveau de la direction. Si l'utilisateur n'est pas satisfait de cette réponse et écrit à nouveau, il lui est proposé de saisir le médiateur.²

Les données chiffrées sont présentées au comité local des usagers (CLU) ; les représentants des usagers n'ont toutefois pas accès au fond des dossiers.

Les réclamations reçues au niveau du siège de l'AP-HM sont examinées tous les trois mois dans une commission centrale des plaintes et réclamations, à laquelle participent les responsables du traitement des plaintes de chaque hôpital et les représentants des usagers en CDU centrale. Les plaintes reçues localement ayant un intérêt transversal peuvent y être mises à l'ordre du jour.

RECO PRISE EN COMPTE 9

Les représentants des usagers doivent avoir accès à l'intégralité des plaintes et réclamations.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« *En sus des actions déjà réalisées sur chacun des sites, il est proposé d'organiser des réunions mensuelles entre un représentant des usagers du site et la responsable en charge du suivi des plaintes et réclamations, pour une revue du traitement des plaintes reçues par le site, plus particulièrement sur le secteur de psychiatrie.* »

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

3.3 IL N'EXISTE PAS DE COMITE D'ETHIQUE A L'ECHELLE DE L'ETABLISSEMENT

Il n'existe pas de comité d'éthique au niveau de l'établissement. Les réflexions en la matière sont menées au sein de l'« *espace éthique méditerranéen* » qui couvre la région Provence-Alpes-Côte

² Selon les données communiquées, aucune médiation médicale comme non médicale n'a été sollicitée en psychiatrie en 2018 et 2019.

d'Azur (PACA) et la Corse, et qui se veut un « *espace d'enseignement, de formation, de recherche et de réflexion sur les questions éthiques* ».

Un médecin psychiatre de l'hôpital de la Conception est un membre actif de l'espace éthique méditerranéen, au sein duquel a été mis en place, en 2007, une commission « *éthique et psychiatrie* » regroupant, outre des soignants, un avocat, un anthropologue et un philosophe. Cette commission organise, tous les deux ans, un colloque³ auxquels de nombreux soignants assistent, dans le cadre de la formation continue. Les actes – payants – de ces colloques ne sont pas diffusés au sein de l'hôpital.

Même si des questions casuistiques peuvent y être évoquées, cet espace – qui ne traite pas que des questions liées à la psychiatrie – paraît très éloigné des préoccupations quotidiennes des professionnels au sein des unités. Il est d'ailleurs peu ou pas connu des professionnels rencontrés, qui ne savent pas comment le saisir d'une question éthique qu'ils pourraient se poser.

RECO PRISE EN COMPTE 10

La création d'un comité d'éthique au niveau de l'hôpital paraît être une nécessité afin de permettre de mener des réflexions sur les questions éthiques en lien avec les pratiques professionnelles.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« *La création d'un comité d'éthique spécifique au niveau du pôle de psychiatrie pédopsychiatrie et addictologie paraît une nécessité afin de permettre de mener des réflexions spécifiquement sur les questions éthiques en lien avec les pratiques psychiatriques. Il s'agira de dégager les problématiques éthiques rencontrées par les professionnels sur le plan de la clinique individualisée (consentement, refus de soin, équité épistémique) et institutionnelle (accueil, mesures d'isolement, liberté de circulation et libre circulation de la parole) et organiser une réflexion autour de ces thématiques ; l'objectif sera aussi de mettre en place des actions pour accompagner au mieux les professionnels en cas de décision éthiquement problématique. »*

La création de cet espace éthique est prévue en octobre 2020.

3.4 LA PERSONNE DE CONFIANCE EST SOUVENT DESIGNEE MAIS RAREMENT CONTACTEE

La possibilité de désigner une personne de confiance est mentionnée sur le livret d'accueil général de l'AP-HM.

La question de la désignation d'une personne de confiance est, dans la plupart des unités, posée au patient lors de son admission. Elle est toutefois parfois confondue avec le tiers à prévenir.

En tout état de cause, lorsqu'elle est désignée, la personne de confiance n'est – à l'exception notable des unités 1 et 2 du secteur 3 –, que très rarement contactée pour confirmer son acceptation. Et cette acceptation, quand elle a lieu, n'est jamais confirmée par écrit, sauf lorsque la personne de confiance est physiquement présente lors de l'admission.

³ En janvier 2018 le thème était : « *Anticiper, prévoir, prédire en psychiatrie : enjeux éthique* ».

Il a été indiqué aux contrôleurs que la personne de confiance désignée pouvait être appelée par le médecin, avec l'accord du patient, pour participer à certains entretiens.

RECO PRISE EN COMPTE 11

La personne de confiance désignée doit systématiquement être contactée afin d'obtenir son assentiment à cette désignation, confirmé par écrit.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« Les cadres supérieurs de santé de chacun des deux sites ont organisé une communication auprès des équipes. Le fait de contacter par téléphone la personne de confiance pour obtenir son assentiment a été ajoutée à la procédure d'accueil du patient, modifiée en ce sens, ainsi qu'à la check-list d'entrée. »

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

3.5 L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE N'EST FACILITE QU'A MINIMA

Sans qu'il ne soit nullement fait obstacle à l'exercice du droit de vote, celui n'est pas facilité.

A l'approche des élections, la direction adresse dans les unités une note invitant à recenser les patients désireux de recourir à une procuration pour exercer leur droit de vote.

Toutefois, cette démarche est tardive et, selon les informations recueillies, peu relayée au sein des services. Ainsi, lors des élections européennes de 2019, la note de la direction était datée du 13 mai et invitait à effectuer ce recensement avant le jeudi 23 mai, pour un scrutin prévu le dimanche 26 mai. Un tel préavis ne permettait pas de réaliser et d'acheminer dans les temps les procurations pour ce scrutin (à un seul tour). D'autant que la note ne précisait pas les conditions légales de désignation d'un mandataire⁴.

C'est donc sans surprise qu'aucune demande de procuration n'a été recensée en psychiatrie (comme dans l'ensemble des services de médecine, chirurgie et obstétrique d'ailleurs) sur les hôpitaux de la Conception et Sud en 2019.

Par ailleurs, aucune instruction n'est donnée par la direction pour faciliter le vote direct en autorisant des sorties le jour du scrutin ou en organisant des accompagnements jusqu'aux bureaux de vote. Les inscriptions sur les listes électorales avant l'échéance en année électorale ne sont pas non plus anticipées.

RECO PRISE EN COMPTE 12

L'exercice du droit de vote doit être facilité en anticipant davantage l'établissement des procurations avant les scrutins et l'inscription sur les listes électorales. Des permissions de sortie et des accompagnements doivent être mis en œuvre pour permettre le vote direct.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

⁴ Le mandataire doit être inscrit sur les listes électorales de la même commune que le mandant et ne pas disposer de plus de deux procurations dont une seule établie en France.

« Une note de service est envoyée par la direction au moins dix jours avant le déroulement de cette élection, à l'ensemble de l'encadrement, demandant un recensement des patients désirant se faire représenter par un mandataire pour exercer leur droit de vote. La date limite de réponse est fixée au jeudi 16h pour l'élection du dimanche suivant. Dès réception des réponses, la liste des patients est communiquée à l'agent de police désigné qui vérifie, directement auprès des patients, si les conditions légales de désignation d'un mandataire sont remplies, récupère, complète les demandes de procuration des patients et les transmet directement aux bureaux de votes concernés. Cette organisation a été décrite dans la procédure « organisation du droit de vote » applicable pour tout patient hospitalisé et rappelé à l'ensemble des cadres du pôle. Elle prévoit également l'anticipation de l'établissement de certificats médicaux de sortie et d'accompagnement des patients en SSC lorsque possible. »

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

3.6 L'ACCES AUX DIFFERENTS CULTES EST POSSIBLE

Les cultes catholique, protestant, orthodoxe, israélite, musulman et bouddhiste sont représentés au sein des hôpitaux de la Conception et Sainte-Marguerite. Les aumôniers sont très sollicités par les autres services du CHU (hors psychiatrie). Certains interviennent également dans les autres hôpitaux de l'AP-HM.

Sur le site de la Conception, les aumôniers disposent de bureaux partagés entre les différents cultes, à l'exception du culte catholique qui a son propre bureau.

Les coordonnées des aumôniers sont affichées dans les unités, avec pour certains cultes un numéro de téléphone portable en cas d'urgence. Elles figurent également dans les livrets d'accueil de l'hôpital de la Conception et des hôpitaux Sud.

Les patients – ou leurs proches – peuvent contacter directement les aumôniers ou en sollicitant les soignants qui relaient sans difficulté ces demandes.

Les aumôniers interviennent dans les unités et peuvent rencontrer les patients à leur guise dans leurs chambres – y compris en chambre d'isolement –, dans les salles d'activités ou à l'extérieur de l'unité. Ils sont, pour la plupart d'entre eux, porteurs d'une blouse blanche.

Certains aumôniers rencontrés ont déploré que « la communication est parfois compliquée avec quelques médecins qui considèrent le fait religieux comme interférant dans les soins ». Pour autant, il a également été rapporté que, dans la plupart des unités, les pratiques religieuses sont réellement facilitées : ramadan, possibilité de se faire apporter des repas halal ou kasher et couverts spéciaux, indication des horaires des différentes prières, etc.

Par ailleurs, une « journée éthique de soins et religions » est programmée le 19 mars 2020, au cours de laquelle des représentants des différentes communautés religieuses seront amenés à intervenir pour « mettre en perspective l'inquiétante étrangeté du fou ».



La chapelle catholique de la Conception



Affichage dans les unités

Concernant les lieux de culte, une salle œcuménique est disponible dans le bâtiment du site de Sainte-Marguerite ; elle n'est toutefois pas investie pas les aumôniers qui ne ressentent pas réellement le besoin de disposer d'un lieu et n'ont pas la disponibilité pour le faire vivre, privilégiant la proximité auprès des patients. Sur le site de la Conception, seule une chapelle catholique est disponible. Il a été indiqué que ce lieu était parfois partagé avec les protestants et les musulmans. Située en sous-sol du bâtiment central, cette chapelle n'est pas mentionnée sur les plans de l'hôpital et aucun panneau indicateur ne permet de guider les usagers. Sa localisation n'est précisée que sur le livret d'accueil.

RECO PRISE EN COMPTE 13

Les salles cultuelles doivent bénéficier d'une signalétique permettant au patient de les localiser.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« Le livret « suivez le guide » de la Conception mentionne la présence de la chapelle au niveau -1 de l'hôpital, à disposition des patients et des familles, mais elle n'est pas mentionnée sur les plans de l'hôpital et aucun panneau indicateur de permet de guider les usagers. »

La signalétique est prévue pour être mise à jour en juin 2020.

3.7 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS REMPLIT SA MISSION

Un poste de travailleur social est prévu dans chaque unité – à l'exception de Cassiopée où le sujet est jugé comme moins prégnant, les patients n'y étant en principe que « *de passage* » – , soit onze ETP pour les unités d'adultes. Tous ces postes étaient pourvus au moment du contrôle, avec un temps de présence en intra hospitalier compris entre 50 % et 80 %.

Les assistantes sociales sont parfaitement intégrées dans le fonctionnement des unités. Elles participent régulièrement – voire quotidiennement – aux transmissions du matin et systématiquement aux « *staffs* » hebdomadaires. La nécessité de mettre en place une protection juridique est donc discutée en équipe lors de ces réunions.

Les assistantes sociales préparent les dossiers ou, le cas échéant, aident les familles à le faire et font le lien avec le juge des tutelles. La désignation d'un médecin pour réaliser l'expertise

obligatoire n'est pas problématique, plusieurs experts étant agréés au sein de l'AP-HM. Les frais d'expertise (160 euros) sont à la charge du patient ou de sa famille ; toutefois ils peuvent être assumés par l'aide juridictionnelle en cas de revenus insuffisants.

L'hôpital dispose d'un service des tutelles comptant quatre postes budgétaires (deux mandataires et deux agents, ces derniers n'étant pas habilités à rencontrer les malades), qui gère près de 150 mesures (100 à la Conception et 50 à Sainte-Marguerite) selon les chiffres communiqués. Ce service est très régulièrement désigné comme mandataire par le juge des tutelles pour les patients de psychiatrie, ce qui facilite grandement les relations avec les équipes soignantes.

Quatre mandataires associatifs interviennent également : l'union départementale des associations familiales (UDAF) des Bouches-du-Rhône, l'association tutélaire de protection (ATP), l'association pour le soutien au handicap mental et psychique (SHM) et l'association tutélaire de gestion (ATG). Sans être présentée comme problématique, la réactivité de ces mandataires est parfois jugée insuffisante (« *Il ne faut pas manquer leur jour de permanence téléphonique* ») et personne-dépendante.

Les mandataires, convoqués par le greffe, ne sont qu'exceptionnellement présents aux audiences devant le juge des libertés et de la détention.

Si les pratiques diffèrent selon les unités, les mandataires sont rarement informés de l'évolution de la situation de la personne protégée – fin d'hospitalisation, mise en place d'un programme de soins – sauf si cela à une implication financière (mise en place d'une aide à domicile par exemple).

La réforme intervenue au 1^{er} janvier 2020 – ne permettant plus à la régie de l'hôpital de faire office de « banque des patients » – a entraîné la fermeture des comptes de trésorerie. Pour les majeurs protégés qu'il gère, le service des tutelles de l'hôpital a ouvert des comptes individuels dans des établissements bancaires, avec remise de cartes de retrait. La gestion de ces cartes s'est d'ores et déjà avérée problématique pour de nombreux patients ; les pertes de cartes entraînant des frais bancaires.

Pour la gestion des besoins quotidiens des majeurs protégés, le service des tutelles fait régulièrement appel à un prestataire (en l'occurrence la société « quatre épingles », conciergerie d'entreprise) qui effectue les achats – y compris de tabac – et livre dans les unités. Si cette société est très réactive, ses prestations, réglées par virement, entraînent toutefois un surcoût important (40 euros par livraison ; 25 euros pour les cigarettes).

RECO PRISE EN COMPTE 14

Les modalités de livraison de produits de première nécessité achetés par les patients doivent être organisées de manière à ne pas impacter les capacités financières des patients de façon excessive.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« Les patients se voient possiblement facturer des frais supplémentaires : frais bancaire en cas de perte de la carte, majorés en cas de pertes répétées, et frais pour impossibilité de déplacement : lorsque le patient ne peut quitter le site hospitalier, il est fait appel à un prestataire extérieur (« quatre épingles ») qui facture des frais de trente euros à chaque demande. Les prestations possibles sont la livraison de cigarettes, des éléments de lecture, quelques denrées alimentaires

mais aussi « l'argent de vie ». Sur ce dernier point, la gérance de tutelles a entrepris plusieurs actions :

Auprès de la société quatre épingles, organisation d'une liste à disposition de la prestation à réaliser une seule fois par mois et non en plusieurs fois

Mise en concurrence de plusieurs sociétés de prestations de service avec étude des paniers de prestations proposés

Et plus particulièrement pour l'achat de produits alimentaires et d'hygiène, ouverture d'un compte tutelles-hôpital auprès de l'enseigne SuperU locale. Cela permet de faire livrer les courses au majeur sans frais ou de les lui amener directement si possible par le responsable des tutelles. »

Les contrôleurs prennent acte de cette nouvelle organisation.

3.8 LE DROIT A L'ANONYMAT DE L'HOSPITALISATION N'EST PAS PORTE A LA CONNAISSANCE DES PATIENTS

Le droit à l'anonymat n'est mentionné dans aucun livret d'accueil. Il n'est pas non plus affiché dans les unités, ni expliqué aux patients lors de la procédure d'admission.

Dès lors, les demandes d'anonymisation sont rares. Si toutefois un patient en fait la demande auprès des soignants, sa volonté est mentionnée dans le dossier médical sur le logiciel Cimaise™. Le cadre de l'unité (ou le secrétariat médical selon les unités) doit alors informer téléphoniquement le bureau des entrées pour que l'anonymisation soit effective sur le logiciel Pastel™ utilisé pour la gestion administrative des patients. Ce n'est qu'à ce moment-là que le nom du patient disparaîtra des listes consultables par les agents d'accueil et du standard.

Cette procédure suppose une parfaite circulation de l'information entre soignants et services administratifs qui ne peut être garantie. En outre, en dehors des heures ouvrables et le week-end, l'action sur le logiciel Pastel™ n'est pas possible et l'anonymisation n'est pas effective.

RECOMMANDATION 3

Le droit à l'anonymat doit être porté à la connaissance des patients. Des modalités techniques doivent être mises en place pour garantir l'anonymisation effective et immédiate des patients qui en font la demande.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« Il faut distinguer les situations d'admission où l'identité du patient fait l'objet d'une demande de secret. Selon les situations, l'identité du patient sera confidentielle ou anonyme.

Les admissions à titre confidentiel : en principe, « toute personne hospitalisée peut demander à ce qu'aucune indication ne soit donnée sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé » (article R-1112-45 du code de santé publique). Cette demande ne concerne que la divulgation de l'identité à l'attention des tiers. L'identité du patient est connue de l'établissement de santé où il est hospitalisé ainsi que des organismes d'assurance maladie. La demande de confidentialité est retranscrite dans le dossier d'admission du patient qui est constitué selon la procédure habituelle. Pastel, logiciel de gestion administrative des patients utilisé à l'AP-HM permet de gérer cette situation, 24h sur 24, sept jours sur sept, par tous les agents administratifs d'admission et par tous les professionnels soignants ayant accès à Pastel. La confidentialité peut porter soit sur une venue particulière (cocher « confidentiel » sur la venue dans Pastel), soit sur

l'ensemble des venues (cocher « protégé » sur l'identifiant permanent du patient (IPP) dans Pastel). Cochée, la venue ou toutes les venues, seront signalées de façon très significative, de couleur rouge et en lettres clignotantes, de façon à matérialiser de façon univoque la volonté du patient. De plus en fonction de ce choix, la venue, ou toutes les venues, seront invisibles pour les professionnels du standard et pour les professionnels chargés de l'accueil et du renseignement des familles. Cimaise, dossier médical du patient admis en psychiatrie, dispose de règles d'attribution de droits d'accès très spécifiques strictement liées au profil de l'utilisateur.

Les admissions sous le régime de l'anonymat, communément désignés admissions sous X : l'identité réelle du patient est alors inconnue du système d'information et donc des professionnels. Cette situation s'applique à des cas bien particuliers prévus par la loi : l'accouchement sous X (article L 1112-28 du CSP), l'admission d'un patient toxicomane venu volontairement se soigner (article L 3414-1 et R 1112-38 du CSP), les usagers des centres de dépistages ou de traitements de maladies transmises par voies sexuelles.

La cellule d'identitovigilance de l'AP-HM, qui a en charge la formation des professionnels sur l'identitovigilance, insiste sur la distinction entre confidentialité et anonymat.

Concernant la possibilité de rendre son séjour ou ses séjours confidentiel(s), cette information sera également intégrée dans le livret d'accueil du pôle psychiatrie adulte. »

Les contrôleurs constatent la réelle prise en compte du droit à la confidentialité mais maintiennent leur recommandation d'étendre le droit à l'anonymat à toute personne le souhaitant expressément, même sans faire partie des catégories de patients pour lesquelles ce droit est formellement identifié.

Au-delà de la confidentialité sur l'hospitalisation, les soignants sont attentifs au respect du secret médical. Aucune information n'est communiquée à un tiers sans l'accord du patient.

4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

4.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES SE REUNIT CHAQUE ANNEE ET RENCONTRE DE NOMBREUX PATIENTS

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) se réunit au moins une fois par an et rend compte de son activité régulière au travers de ses comptes-rendus.

Le dernier compte-rendu communiqué aux contrôleurs est daté du 12 juin 2019. Les membres présents de la commission étaient au nombre de quatre : la présidente du tribunal judiciaire de Marseille, la représentante de l'union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), un médecin généraliste, un psychiatre.

La commission a visité les unités Cassiopée (site de la Conception) et du secteur 2 (site de Sainte-Marguerite).

Les membres de la CDSP ont eu une réunion avec la direction de l'hôpital, des médecins, le responsable du pôle psychiatrie, un psychiatre de l'unité Cassiopée, le cadre administratif et des cadres de santé. Des points importants ont été abordés lors de cette réunion : la place de l'unité Cassiopée dans le parcours de soin, l'activité ambulatoire, la dotation budgétaire, le taux d'absentéisme et le manque de personnel, les problèmes de drogue (cocaïne), l'isolement et la contention à Sainte-Marguerite, un projet de jardin rue des Vertus. Le nombre élevé de jours de fermeture de la porte d'entrée de l'unité 1 du secteur 2 a été relevé, au moment de la visite des locaux. Sept patients ont été entendus et la commission a estimé que leur maintien en hospitalisation complète était justifié.

Dans la composition de la CDSP, un psychiatre serait en mesure de consulter les dossiers médicaux des patients qui demandent des entretiens, mais souvent il n'a pas le temps de le faire. Lorsque la CDSP fait ses visites, les patients en sont informés puisqu'il y a chaque fois entre cinq à douze patients qui demandent à rencontrer un de ses membres ; selon les renseignements recueillis, les patients formulent peu de demandes de mainlevée de la mesure, mais ils se plaignent souvent des conditions hôtelières et disent ne pas comprendre toujours les soins qui leur sont délivrés.

A un moment, les membres de la commission ont pu estimer que les certificats médicaux n'étaient pas suffisamment motivés dans un langage accessible et compréhensible pour justifier le maintien de certaines mesures. Mais après un dialogue fructueux, le contenu des certificats est devenu satisfaisant et plus détaillé.

4.2 LA PLACE DES USAGERS EST RECONNUE AU SEIN DE L'HOPITAL GRACE A LA VIGILANCE DE LEURS REPRESENTANTS

4.2.1 La commission des usagers et les comités locaux d'usagers

Au sein de l'hôpital, peu d'associations représentant des usagers assurent des permanences ; les associations comme l'UNAFAM ou l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI) ont leurs bureaux en ville, en dehors de l'hôpital.

Une politique des droits des patients est définie dans le projet d'établissement 2017-2021. A côté de cela, il y a en construction un « projet usagers » spécifique avec une réflexion sur « l'association des usagers à la vie de l'établissement » et la contribution de ces usagers à la politique de gestion des risques au sein notamment des comités locaux d'usagers (CLU). Les

règlements intérieurs de ces comités ont été réactualisés pour permettre la présence des représentants des usagers au sein des commissions locales de soins et de la commission qualité sécurité des soins des sites (CQ3S). De même, les usagers sont représentés et membres titulaires au sein de plusieurs commissions (CLIN, CLUD, CLAN⁵).

Par ailleurs, une démarche autour de patients-traceurs a été initiée, comme pour les autres pôles de l'hôpital.

Dans certaines unités, il faut relever le passage d'un médiateur de santé pair.

La commission des usagers (CDU) a été installée le 2 décembre 2019 et comprend treize membres dont quatre représentants d'associations (France Rein et Recherche sur les tumeurs cérébrales).

Tous les infirmiers ne connaissent pas l'existence de la CDU. Sur un tableau d'affichage, on a pu trouver un document daté de 2014 qui fait référence à l'ancienne CRUQPC⁶. En revanche, figurent une liste de plusieurs associations ou de groupes d'entraide mutuelle (GEM) qui ont passé une convention avec l'hôpital. Des associations tiennent une permanence à l'hôpital quelques jours par mois, comme Bipolaire Provence ou DPAGIR.

Dans le livret d'accueil (non distribué à tous les patients), il est indiqué en page 33 que le patient peut faire valoir ses droits en s'adressant à la commission des usagers (CDU). Et pour cela, il peut soit écrire à son président soit exprimer ses réclamations sur une adresse mail de contact. S'agissant en revanche des demandes de réparation financière (perte d'objets ou dommages corporels), le patient doit s'adresser à la direction des affaires juridiques de l'hôpital (cf. § 3.2.2).

La CDU s'est réunie trois fois au cours de l'année 2019. La réunion du 4 juin 2019 a été l'occasion de la présentation du rapport 2018 sur les pratiques de mise en chambre d'isolement et sur la contention. Lors de la réunion du 31 janvier 2019, il a été fait une présentation de la charte relative aux droits des patients.

Depuis 2014, les représentants des usagers se répartissent les tâches sur les quatre sites de l'hôpital (la Timone, les Hôpitaux Nord, les Hôpitaux Sud-Sainte-Marguerite et la Conception) et se réunissent dans le cadre de comités locaux des usagers (CLU) qui sont autonomes ; les CLU se réunissent pratiquement tous les deux mois. Les CLU sont composés d'un membre de la direction, le responsable du comité qualité, un membre de la direction des relations avec les usagers, des représentants d'associations, des médecins et des soignants. Les animateurs des CLU qui sont des représentants des usagers participent aux réunions plénières de la CDU, ainsi qu'à la commission des plaintes et réclamations. Quatre fois par an sont programmées des réunions d'échanges entre les quatre CLU pour rendre compte de ce qui se passe sur chaque site au niveau de la CDU.

La CDU peut porter ses réflexions sur tout sujet qui se rapporte à la politique de qualité et de sécurité des soins élaborée par la CME.

Deux représentants des usagers sont membres du conseil de surveillance et participent régulièrement aux réunions.

⁵ CLIN : comité de lutte contre les infections nosocomiales ; CLUD : comité de lutte contre la douleur ; CLAN : comité de liaison alimentation et nutrition

⁶ CRUQPC : commission de la relation avec les usages et de la qualité de la prise en charge ; a été remplacée par la commission des usagers (CDU)

Les usagers se montrent actifs autant que faire se peut, comme le démontrent les comptes-rendus des réunions des commissions des usagers (CDU) qui ont été communiqués aux contrôleurs. Les réunions sont programmées environ quatre fois par an.

Lors des dernières réunions les usagers ont regretté par exemple que les patients soient tous contraints de manger dans de la vaisselle en plastique.

Des visites de l'établissement peuvent être programmées pour les représentants des usagers, le plus souvent avant les réunions. La dernière visite d'une unité (Chabannes à la Conception) s'est déroulée au mois d'avril 2018. Les représentants des usagers n'ont pas d'autres occasions de rencontrer les patients au sein même des unités.

Il faut noter que lors de la réunion du 19 novembre 2018 du comité local des usagers pour les hôpitaux Sud, les représentants des usagers ont soulevé les points importants suivants : la mise en chambre d'isolement de tous les patients sans prescription médicale dans l'unité Cassiopée (portes des chambres fermées la nuit) et l'existence de chambres de surveillance renforcée à Sainte-Marguerite ; ils ont également indiqué le problème des consultations de psychiatrie pour des enfants à Sainte-Marguerite dans le bâtiment dans lequel il n'y a que des patients adultes.

4.2.2 Les enquêtes de satisfaction

Les enquêtes de satisfaction pour le secteur de la psychiatrie ne sont pas réalisées dans les mêmes conditions que celles prévues pour les patients de tous les autres services de cet hôpital général universitaire. En effet, pour les autres services (MCO⁷ et autres spécialités), c'est le dispositif utilisé au niveau national appelé e-Satis qui est mis en œuvre, pour évaluer la satisfaction et l'expérience des patients hospitalisés plus de quarante-huit heures dans un établissement de santé. Le questionnaire doit être rempli *via* internet par le patient qui, quelques jours après sa sortie de l'hôpital, reçoit un courriel à son domicile.

Le pôle psychiatrie de l'hôpital utilise son propre questionnaire établi sur deux pages avec trente-trois questions, pour suivre les étapes importantes du parcours de soins : l'accueil, la prise en charge, la chambre, les repas, la sortie.

L'enquête de satisfaction est réalisée deux fois par an, pendant une semaine. En 2018, seuls trente-cinq questionnaires ont été renvoyés, contre quatre-vingt-seize en 2017. Le chiffre pour 2019 n'a pas été communiqué. Les patients qui ne sont pas en capacité de répondre par écrit aux questions sont accompagnés par les étudiants en soins infirmiers qui sont en stage au sein des unités. En effet, pour ne pas influencer les réponses des patients, ce ne sont jamais les soignants référents qui les aident.

Une enquête sur la bientraitance a été effectuée auprès de 214 patients accueillis dans tous les services de l'hôpital, mais un seul patient du pôle psychiatrie y a participé.

⁷ MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

4.3 LES REGISTRES DE LA LOI NE CONTIENNENT PAS LA TOTALITE DES DOCUMENTS ATTENDUS ET NE PERMETTENT PAS DE SUIVRE LA SITUATION JURIDIQUE DE CHAQUE PATIENT

4.3.1 Les documents intégrés dans les registres

Sur chacun des deux sites (la Conception et Sainte-Marguerite) se trouve un bureau des entrées (BDE) particulier et les méthodes de travail mises en place par les fonctionnaires diffèrent légèrement sur la forme.

Sur le site de la Conception, le BDE comprend trois postes d'adjoints administratifs qui ont des missions nombreuses : l'accueil, la facturation, les procédures d'admission et l'enregistrement des procédures sur les registres de la loi. Le bureau est ouvert entre 8h et 17h semaine avec toujours impérativement deux agents sur place. Quand un agent est malade, il est remplacé par un agent polyvalent qui n'est cependant pas habilité à mettre à jour le registre de la loi ; en effet, les agents permanents du BDE ont été sélectionnés et formés pendant quinze jours, avant d'être affectés au BDE avec la responsabilité de remplir les registres de la loi. La responsable du service a établi un certain nombre de fiches avec des consignes précises (classeur des procédures mis à jour) pour que les registres soient correctement remplis.

Au-delà de 17h et le week-end, les admissions sont effectuées par la permanence des cadres infirmiers (PCI) qui laissera pour le lendemain tous les documents originaux à intégrer dans le registre de la loi.

Au BDE, on constate pour une année la présence de quatre registres, soit deux remplis par ordre alphabétique (un pour les femmes et un pour les hommes) et deux autres par ordre chronologique ; les deux premiers ne précisent que l'identité complète de chaque patient admis, son numéro de dossier et sa date d'entrée et de sortie, tandis que c'est dans les deux autres que l'on peut retrouver toutes les pièces justificatives qui ont permis l'admission.

Les registres bleus alphabétiques ouverts en 2001 et 2003 sont anciens (on parle encore « d'aliénés ») et sont en mauvais état.

Les autres registres chronologiques sont en bon état, de couleur rouge habituelle et comprennent les documents justificatifs collés dans leur format original (A4). De ce fait, ces livres sont particulièrement épais, très lourds et donc très difficilement maniables pour les agents qui s'en servent tous les jours.

La transmission des pièces justificatives et notamment les arrêtés du préfet se fait par télécopie. Les registres rouges sont à jour, renseignés au fur et à mesure des entrées et dans un délai maximum de quarante-huit heures.

Le bureau des entrées situé sur le site Sainte-Marguerite comprend également trois agents dont un adjoint administratif à 80 % ; il est ouvert à partir de 8h jusqu'à 17h30.

Les agents remplissent chaque jour l'un des deux registres rouges, soit celui qui ne concerne que les personnes admises sur décision du directeur de l'hôpital, soit celui qui enregistre les personnes admises sur décision du représentant de l'Etat.

Ces registres sont très lourds, et se manipulent avec difficultés car les documents sont fixés avec du papier adhésif en format A4, sur les 100 folios disponibles. Sur la première page des livres ne figurent ni de date d'ouverture, ni de signature par une autorité ou un responsable de service.

Sur l'un des registres figure la signature d'un membre de la CDSP qui est venu en visite le 12 juin 2019, et a porté la mention « rien à signaler ». Il n'y a pas de visa des autorités judiciaires ou

administratives qui seraient venues consulter le registre, au moins une fois par an, comme le prévoit l'article L3222-4 du code de la santé publique.

Aux termes de l'article L3212-11 du code de la santé publique, dans chaque établissement mentionné à l'article L3222-1 est tenu un registre sur lequel sont transcrits ou reproduits outre l'identité complète du patient, l'identité complète du tiers demandeur et la date de délivrance des informations relatives aux décisions prises pour l'admission de la personne, à sa situation juridique, à ses droits, aux voies de recours ouvertes et aux garanties offertes.

Outre ces renseignements doivent figurer également la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde, les avis, certificats médicaux et attestations de médecins, le dispositif des décisions du JLD, les mainlevées de mesures, les informations sur les décès.

S'agissant des informations relatives aux tuteurs, les agents du BDE demandent par mail au assistants sociales des unités d'indiquer les coordonnées des tuteurs.

S'agissant de l'ensemble des autres documents visés par le texte, ils figurent pour l'essentiel dans les registres et notamment tous les certificats médicaux y compris les certificats mensuels, mais sur lesquels n'est mentionnée aucune observation particulière du patient ; il est parfois indiqué cependant que « *le patient a été informé du présent certificat, de son contenu et des voies de recours qui sont les siennes* ».

Il y a lieu de constater cependant que certains documents portent l'intitulé « *certificat* » alors qu'en fait ils décrivent les symptômes d'un patient qui n'a pas été vu physiquement par le psychiatre signataire. C'est ainsi le cas de patients considérés comme en « fugue », n'ayant pas réintégré par exemple l'établissement à la suite d'une autorisation de sortie de courte durée, ou n'ayant pas respecté une partie d'un programme de soins qui prévoyait un hébergement de nuit dans l'hôpital ; ces documents devraient donc s'appeler « avis médicaux ».

L'identité des tiers qui ont signé les demandes d'admission est bien renseignée.

Toutes les autorisations de sortie de courte durée (douze ou quarante-huit heures) sont présentes, ainsi que les certificats de sortie sans autorisation, ces derniers étant établis puis envoyés à la préfecture en cas de « fugue » d'un patient. Des certificats de retour sont rédigés de la même manière dès que la personne revient au sein de son unité de sa propre initiative.

S'agissant des personnes admises avec le statut SDRE car reconnues comme irresponsables pénales, leur situation juridique est difficile à appréhender car en effet, dans le dernier registre qui concerne l'année 2020, ne figurent que les derniers certificats médicaux et parfois un arrêté ancien du préfet. C'est le cas pour un patient bénéficiant d'un programme de soins pour lequel l'arrêté du préfet est daté du 20 octobre 2015. Aucun document ne figure dans le registre pour préciser dans quel cadre juridique le patient a été déclaré irresponsable pénal et si la procédure pénale concernait des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans en cas d'atteinte aux biens, comme le prévoit l'article L3213-7 dernier alinéa du code de la santé publique.

Selon les informations recueillies, pour les personnes SDRE en « fugue », le psychiatre continue à envoyer tous les certificats ou avis médicaux au préfet, qui va prendre un nouvel arrêté de maintien de la mesure pour des périodes successives de six mois. Et le préfet (sans doute pour des raisons d'ordre public) n'envisagera de lever la mesure, que lorsque le patient sera retrouvé, ou aura réintégré de lui-même l'hôpital et surtout aura pu être examiné par son psychiatre référent. Il appartient donc au directeur de l'hôpital, de saisir le JLD s'il estime, qu'avec le temps qui passe (exemple d'un patient qui est retourné dans son pays natal il y a plus de six mois), le

maintien de la mesure est encore justifié. La direction de l'hôpital n'a pour l'instant pas ou peu utilisé cette voie de recours.

Les ordonnances des JLD sont intégrées dans leur totalité dans le registre mais la date de la notification des droits et voies de recours n'apparaît pas de façon suffisamment claire et immédiate.

En plus des registres de la loi et de l'enregistrement informatique, l'intégralité du dossier (documents originaux) de chaque patient peut être consulté sous format papier au BDE, et au niveau du secrétariat commun des unités, sous forme de photocopies.

RECO PRISE EN COMPTE 15

Les registres de la loi doivent être tenus dans une forme permettant un contrôle effectif de l'ensemble des procédures.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« Les consignes ont été données aux agents du bureau des entrées de psychiatrie dès le 15 janvier et appliquées sans délai. Les documents suivants : certificats, notifications, avis de réception signés, transformations des mesures et levées des mesures, figurent désormais dans le registre.

Il y avait une distinction homme/femme avec un livre pour les hommes et un pour les femmes. A compter du 1^{er} juin 2020, il n'y a qu'un seul livre hommes-femmes confondus. Seront conservés toutefois un registre par procédure : un livre SDT et un livre SDRE. Le vice-procureur de la république a contrôlé les registres de la Loi tenus au bureau des entrées de la psychiatrie du site Conception le 14 mai et au bureau des entrées de la psychiatrie du site Sud le 25 mai 2020, et n'a noté aucune irrégularité. Un audit a été mené sur les deux sites en juin 2020. Le rapport d'audit mentionne la conformité des dossiers audités. »

Les contrôleurs prennent acte de ces modifications. La distinction par procédure proposée amène cependant la difficulté de suivi d'un patient placé consécutivement sous SDT puis SDRE ou inversement.

4.3.2 Les avis du collège

Le collège prévu par les articles L3211-9 et R3211-2 du code de la santé publique est composé de trois membres appartenant au personnel de l'établissement : un psychiatre participant à la prise en charge du patient, un second psychiatre ne participant pas à cette prise en charge et enfin un représentant de l'équipe pluridisciplinaire.

Les secrétariats des unités n'ont pas de difficulté majeure pour convoquer le collège lorsque cela est nécessaire, compte tenu du nombre de médecins présents chaque jour au sein de l'hôpital. Le représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient est le plus souvent un cadre de santé de l'unité.

Quand le collège se réunit, tous ses membres signent le certificat définitif, après avoir entendu le patient.

Sur les registres de la loi, il apparaît que tous les avis n'y figurent pas, car les collèges ne sont pas convoqués dans tous les cas prévus par la loi. Les agents des secrétariats et des BDE n'ayant pas reçu toutes les informations juridiques, ils n'ont pas demandé la réunion du collège pour tous les patients admis à la demande d'un tiers et en cas de péril imminent, après un an d'hospitalisation

(article L3212-7 du code de la santé publique). De même, pour les patients en soins sans consentement reconnus irresponsables pénaux (SDRE-IP) par la justice, le préfet et le JLD doivent recevoir un avis du collège à plusieurs stades de l'hospitalisation, même lorsqu'un programme de soins est mis en place⁸.

RECOMMANDATION 4

Le collège des professionnels de santé doit se réunir dans tous les cas prévus par la loi et recueillir les observations des patients.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

L'équipe du pôle propose la mise en place d'un comité de suivi des soins sans consentement pour répondre à plusieurs recommandations issues du rapport du CGLPL (4, 6, 7, 8, 19, 20, 41 et 42). La mise en place d'un calendrier de rencontres régulières (au minimum tous les six mois) permettra d'éviter toute disparité et tout retard dans la veille des situations de péril imminent après un an d'hospitalisation et pour les patients reconnus irresponsables pénaux. Elle permettra aussi de garantir que ces situations figurent de façon systématique dans les registres de la Loi. Enfin, des liens privilégiés avec le binôme référent des soins de proximité intra-hospitaliers ainsi qu'avec le DIM et le comité d'éthique (incluant un représentant des usagers) participeront à une évaluation systématique des situations de SSC sur tous les sites.

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements mais rappellent que le collège des professionnels doit être formellement tenu et que les observations du patient doivent être consignées.

4.4 LES SORTIES DE COURTE DUREE SONT ACCORDEES FREQUEMMENT AVANT UNE PRISE EN CHARGE EN PROGRAMME DE SOINS OU UNE LEVEE DE LA MESURE

Au cours de l'année 2019, pour un total de 145 arrêtés pris pour des patients SDRE, le préfet ne s'est pas opposé à 203 demandes de sortie de douze ou quarante-huit heures et a signé 144 arrêtés autorisant la prise en charge de patients avec mise en place d'un programme de soins (PDS). La modification de la prise en charge a pu être refusée pour les motifs suivants :

- hospitalisation trop récente du patient ;
- motifs d'ordre public, compte tenu des faits qui ont conduit à l'hospitalisation ;
- demande de gradation dans la délivrance des soins, en privilégiant des sorties de courte durée à domicile.

Dès que l'état du patient est stabilisé, les modalités de sa réinsertion sociale sont recherchées avec l'aide des assistantes sociales présentes dans les unités, certaines à temps plein (cf. § 3.7).

Les psychiatres organisent dès que cela est possible, des sorties de courte durée, notamment pour maintenir les liens avec la famille, quand elle est encore présente.

Les patients sont accompagnés pour les premières sorties par le tiers ou un membre de leur famille. Dans certains cas, ce sont un ou deux soignants, ou l'assistante sociale elle-même, qui prennent en charge le patient, soit pour participer à des activités thérapeutiques, soit pour faire

⁸ Articles L3211-12 II, L3213-1 III, L3213-3 III, L3211-12-1 II, L3213-8, R3211-1 IV du code de la santé publique

des démarches sociales, soit pour visiter des établissements afin de préparer la levée de la mesure (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, foyers ou maisons d'accueil spécialisées, familles gouvernantes ou d'accueil, etc.).

Aucune sortie programmée n'est annulée, faute de personnel soignant disponible, car sinon il est fait appel à un infirmier de l'unité voisine.

Les refus de permissions de sortir par le directeur de l'établissement ou le préfet sont plutôt exceptionnels.

Les autorisations de sortie sont enregistrées dans le dossier du patient *via* le logiciel Cimaise™ et le tiers est informé par le médecin, lorsque ce dernier programme une sortie pour un patient en SDT.

Les programmes de soins mis en place sont nombreux, car les psychiatres veulent être certains, avant la mainlevée de la mesure que le patient sera assidu dans ses rendez-vous au centre médico-psychologique (CMP), pour ses consultations à l'hôpital de jour, pour aller faire ses injections de neuroleptique d'action prolongée ou pour être suivi pour le traitement de ses addictions.

Mais il faut reconnaître aussi que la mise en place rapide d'un PDS permet au patient de bénéficier de nombreuses sorties à l'extérieur, sans qu'il soit nécessaire de solliciter à chaque fois l'autorisation du directeur de l'établissement ou du préfet.

Selon les informations recueillies, le préfet validerait sans difficulté les programmes de soins, dès lors qu'ils comportent au moins trois demi-journées de sortie à l'extérieur par semaine.

Toutefois, les contrôleurs ont pu constater que dans certains programmes de soins, le nombre de nuits par semaine que le patient devait passer à nouveau à l'hôpital (soit quatre nuits) était supérieur à celui (soit trois) qu'il était autorisé à passer à son domicile. Il apparaît donc que ces dispositifs ne respectent pas l'esprit de la loi même s'ils sont souvent mis en place au bénéfice du patient (absence de domicile fixe, etc.).

En ce qui concerne la levée des mesures prises par le directeur de l'établissement, les décisions sont prises dès que le psychiatre référent atteste que les conditions justifiant l'hospitalisation complète ou le programme de soins ne sont plus réunies ; la principale difficulté résulte dans le fait que même si la mainlevée se justifie, l'absence de solution d'hébergement reste un problème majeur, notamment pour les personnes qui étaient sans domicile fixe avant leur admission au sein de l'hôpital ou qui n'ont plus aucune famille à l'extérieur. Les délais pour intégrer un foyer d'hébergement ou un établissement médico-social spécialisé peuvent être très longs dans le département, soit entre quelques semaines et dix-huit mois. Et le patient est contraint de rester hospitalisé dans l'attente d'une solution pérenne.

Selon les informations recueillies, lorsque le psychiatre transmet son certificat médical au préfet afin d'obtenir la levée de la mesure pour un patient, la demande d'un second certificat médical est peu fréquente. Dans des cas particuliers, et notamment pour les patients reconnus irresponsables pénaux, le préfet peut demander l'avis du collège des professionnels de santé et celui d'un ou deux experts ; dans ces conditions, la transmission de l'arrêté du préfet peut être différée de plusieurs mois.

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

4.5.1 La préparation de l'audience

Les secrétariats communs des unités sont vigilants ; ils tiennent un échéancier sous forme d'agenda papier, en plus des alertes informatiques, afin que les délais soient respectés pour l'envoi par télécopie de tous les documents nécessaires au greffe du JLD qui établit le rôle des audiences.

Les convocations à l'audience sont remises au patient par le cadre de santé qui fait signer l'accusé de réception qui sera renvoyé au greffe. Le cadre de santé, bien formé, donne toutes les informations relatives au déroulement de l'audience et indique la possibilité de choisir un avocat ou d'être assisté par un avocat commis d'office. C'est ce dernier qui sera désigné dans la majorité des cas et qui pourra s'entretenir avec le patient, quelques minutes avant le début de l'audience. La liste des avocats du barreau de Marseille n'est pas affichée dans les unités.

Au barreau de Marseille, les avocats sont spécialisés et ne peuvent intégrer la permanence, qu'après avoir suivi une formation spécifique sur les droits des patients en soins sans consentement.

Pendant le transport en véhicule, les soignants sont, de nouveau, amenés à répondre aux questions des patients qui sont inquiets à l'idée de rencontrer un juge. Le psychiatre qui voit le patient avant l'audience lui explique également la nature des décisions que peut prendre le JLD. Deux audiences par semaine sont tenues au cours desquelles sont examinés à chaque fois entre deux et six dossiers.

Tous les patients en provenance des trois sites hospitaliers de Marseille, soit la Conception, les hôpitaux Sud-Sainte-Marguerite et Valvert sont convoqués devant le JLD qui ne tient pas son audience au sein de l'un de ces établissements, mais **dans une annexe du tribunal judiciaire de Marseille située dans le quartier d'Arenc**. Cette annexe a été construite près d'un centre de rétention administrative, à environ trente minute du CHU de Marseille, près du port de la Joliette, dans une rue difficile à situer puisqu'aucun panneau n'indique que des audiences se tiennent dans ce bâtiment peu visible de la rue.

RECOMMANDATION 5

Le juge des libertés et de la détention doit statuer dans une salle d'audience spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil ou d'un autre établissement de santé selon les modalités prévues par une convention conclue entre le tribunal judiciaire et l'agence régionale de santé.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« Suite à la loi du 27 septembre 2013 qui prévoit la mise en place d'une salle d'audience dédiée et aménagée sur l'établissement de santé, des rencontres ont eu lieu avec le TGI, l'AP-HM ; les établissements de santé à vocation psychiatrique (Valvert, Edouard Toulouse) de Marseille et l'agence régionale de santé (ARS).

Sur Marseille, trois centres hospitaliers (AP-HM, Valvert et Edouard Toulouse) desservent l'ensemble des secteurs de la ville, complexifiant la mise en place de ces salles d'audience. Par

ailleurs ; le juge des libertés et de la détention ne souhaitait pas se déplacer sur trois centres hospitaliers. Il avait ainsi été décidé qu'il y aurait une salle d'audience sur Edouard-Toulouse et une sur l'AP-HM qui accueillerait également Valvert. Les échanges ont duré trois ans.

En 2016, Edouard Toulouse a ouvert une salle d'audience en son sein. En revanche, pour l'AP-HM cela n'a pu être le cas. En effet, il a d'abord été prévu d'installer cette salle sur Conception au départ des urgences psychiatriques vers Timone. Mais le transfert des urgences n'a pu avoir lieu qu'en 2019 et les locaux ont dû être utilisés à d'autres fins (installation du service de l'HAD de l'AP-HM).

Le dossier est actuellement ré-ouvert. Des discussions sont en cours entre le TJ, l'AP-HM, Valvert et l'ARS pour trouver une solution appropriée plutôt sur le site de Valvert. »

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation dans l'attente de l'aboutissement des discussions en cours.

Le transport de chaque patient se fait dans un véhicule de service avec un chauffeur et au moins deux soignants. C'est la permanence des cadres infirmiers (PCI) qui s'occupe de l'organisation pratique.

Le patient vient en tenue de ville et jamais en pyjama ; en revanche les chaussures qu'il porte sont parfois de simples chaussons ou des chaussures de sport sans lacets.

Pour les patients détenus hospitalisés, il peut être fait appel à une escorte (deux à quatre personnes) avec des surveillants, selon les indications données par l'administration pénitentiaire. Et le transport se fait en ambulance, l'escorte en fourgon suivant le premier véhicule.

Dans l'annexe, implantée sur un terrain assez négligé, l'ensemble des locaux est bien entretenu, avec des toilettes propres. Aucune salle d'attente n'est à la disposition des patients et ceux-ci doivent attendre dehors, soit debout, soit assis sur les marches du perron. Il a été indiqué qu'en cas d'intempéries, la salle d'attente du centre de rétention est mise à disposition. Les avocats disposent de deux bureaux pour s'entretenir en toute confidentialité avec les patients.

4.5.2 Le déroulement de l'audience

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

Si le nombre de dossiers examinés à l'audience est important (puisque plusieurs hôpitaux sont concernés), l'attente peut être très longue pour les patients qui sont entendus, parfois seulement en fin d'après-midi. Pour le personnel soignant, cette audience en dehors de l'hôpital, représente donc une contrainte importante, à raison de deux audiences par semaine.

Le tribunal judiciaire comprend trois JLD qui ont une lourde charge de travail et assurent à tour de rôle la présidence des audiences.

Les contrôleurs ont assisté à une audience au cours de laquelle ont été examinés cinq dossiers. Les cinq patients étaient présents et deux d'entre eux ont demandé que le huis clos soit prononcé. La présidente de l'audience et sa greffière ne portaient pas leur robe d'audience.

En raison d'un mouvement de grève national, aucun des patients n'a été assisté par un avocat commis d'office. Le JLD après avoir rappelé le contenu des certificats médicaux, a laissé le temps à chaque patient d'expliquer sa situation, puis a indiqué qu'il rendrait sa décision le lendemain matin ; l'ordonnance est donc faxée le soir au bureau des entrées, et au plus tard le lendemain matin et sera notifiée par le cadre de santé de l'unité. Le patient sera invité à signer la dernière

page du document qui énumère la totalité des voies de recours qu'il peut exercer. Une copie de la décision est remise, sans les certificats médicaux non joints par le greffe.

Les tuteurs sont régulièrement convoqués par la greffière mais se présentent très rarement à l'audience.

La direction de l'hôpital n'est pas représentée à l'audience. Les soignants qui accompagnent le patient peuvent être questionnés par le JLD pour apporter des précisions, en cas de défaillance du patient.

4.5.3 Les décisions rendues

En 2018, 464 patients des deux sites ont été convoqués. 209 ont été effectivement présents à l'audience. 6 levées et 399 maintiens ont été prononcés. 5 appels ont été effectués dont 3 à la demande du patient, 1 de l'établissement et 1 de l'ARS. La cour d'appel d'Aix-en-Provence a prononcé 5 maintiens de la mesure.

Les chiffres communiqués par l'hôpital montrent une augmentation sensible du nombre de dossiers traités entre 2018 et 2019. **Le JLD prononce très peu de mainlevées des mesures, et les appels sont peu nombreux.** Chaque fois qu'il y a eu appel de la décision, elle a été confirmée par la cour d'appel.

Moins de 50 % des patients sont comparants, alors que peu de certificats médicaux d'incompatibilité sont délivrés par les médecins. Il faut donc constater que nombreux sont les patients qui refusent de se rendre à l'audience pour des raisons diverses : peur du juge et mauvaise compréhension de son rôle, éloignement de la salle d'audience ou bien patient qui est déjà passé plusieurs fois devant le juge et n'a jamais obtenu par le passé de levée de la mesure.

La lecture de huit décisions rendues par le JLD en 2018 et 2019 a permis de constater que les levées des mesures étaient motivées sur les points suivants :

- absence au dossier de la notification de l'arrêté du préfet ;
- saisine tardive du juge, en l'absence de circonstance exceptionnelle ;
- notification tardive des droits et voies de recours ;
- absence au dossier du certificat des 72h et d'un certificat mensuel motivé ;
- absence au dossier de la notification des décisions du directeur d'admission et de maintien d'une mesure.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE DE CIRCULATION DES PATIENTS EST RECHERCHEE, INDEPENDAMMENT DE LEUR STATUT JURIDIQUE

Sur le site de la Conception, les unités d'hospitalisation complète sont regroupées dans un seul bâtiment sur deux niveaux.

Au rez-de-chaussée, les unités « 1 » (seules ces unités comportent des chambres d'isolement), le bureau des entrées, le bureau de la PCI, le poste des agents de sécurité, la porte d'accès du public ouvrant sur le boulevard Baille (ouverte de 6h à 21h), une porte latérale donnant sur une rue interne au CH (ouverte de 5h à 20h30). Les unités 1 ont accès directement chacune à une cour intérieure à des horaires qui leur sont propres ; ces cours ne sont pas équipées d'abri contre les intempéries ou le soleil ; elles ne sont pas accessibles la nuit car un « fumoir » (pièce avec fenêtre ouverte) est disponible dans chaque unité.

Au premier étage, les unités « 2 » (au-dessus de l'unité « 1 » du même secteur), la cafétéria et l'espace d'ergo-sociothérapie avec la bibliothèque et la salle informatique. Les unités 2 n'ont pas d'accès direct à une cour intérieure.

Sur le site de Sainte-Marguerite, les unités de psychiatrie sont regroupées dans le bâtiment « Solaris » qui possède un seul accès pour les piétons, en rez-de-chaussée, – où se tient un agent d'accueil (proche du poste de sécurité). Chaque unité dispose d'un jardin clos avec un espace fumeur.

La liberté de circulation est la règle dans les six unités d'hospitalisation de la Conception (unités 1 et 2 des secteurs 2, 3 et 4) avec des restrictions et fermetures ponctuelles. A Sainte-Marguerite, la liberté sans restriction est la règle dans quatre des cinq unités ; la cinquième unité, Cassiopée, est fermée en permanence (cf. § 8.2).

A la Conception, en principe les unités sont ouvertes après le petit-déjeuner (9h) jusqu'au déjeuner (12h), ouvertes à l'issue du déjeuner (13h30 ou 14h) jusqu'au début du dîner (18h). Les patients ont le droit de sortir quand l'unité est ouverte, à l'exception de ceux en chambre d'isolement (CI) ou en sortie séquentielle de CI. Cependant les unités peuvent être ponctuellement fermées quand un patient est agité ou présente des risques de fugue.

Ainsi à titre d'exemple, en 2019, à la Conception, dans le secteur 3, l'unité 1 a été fermée 25 % du temps et l'unité 2, 17 % du temps. Dans le secteur 2, l'unité 1 qui accueille des patients en soins libres (SL), a été fermée 60,7 % du temps pendant la période du 14 avril 2018 au 12 juin 2019 (430 jours), dont 101 journées consécutives. Or le CGLPL rappelle que la liberté de circulation des patients des unités d'hospitalisation doit rester la règle et la fermeture l'exception.

Majoritairement, les patients sortent sans accompagnement des unités selon leur état clinique, quel que soit leur statut juridique (SL ou SSC), à l'exception des patients détenus qui ne sortent jamais des unités.

A Sainte-Marguerite, à l'exception de Cassiopée, les unités sont ouvertes en journée ; elles ne sont pas fermées même si des patients présentent des risques de fugue. Cependant, de tels patients sont rapidement transférés à Cassiopée.

Certains patients ont interdiction de sortir de l'unité – par exemple, lors de la visite des contrôleurs : six sur vingt et un à l'unité Centaure qui comptait neuf patients en SSC – ou de

l'enceinte du centre hospitalier, comme les patients en SL qui n'ont pas signé de décharge de responsabilité ou les patients en SSC sans autorisation de sortir.

Les patients utilisent cette liberté de circulation pour circuler à l'intérieur du site – à la Conception pour prendre l'air, fumer ou participer aux activités organisées ; à Sainte-Marguerite pour prendre l'air et fumer.

Les patients sortent des sites pour faire des achats car à la Conception, les produits en vente à la cafétéria sont peu nombreux (quelques boissons, biscuits et sucreries) et à Sainte-Marguerite, aucun achat n'est possible (les trois distributeurs payants de la « cafétéria » ne délivrent que des boissons et des friandises).

5.2 LA SECURISATION DES PATIENTS DES UNITES DE SAINTE-MARGUERITE EST ASSUREE PAR DES SOIGNANTS ET PAR DES AGENTS DE SECURITE TROP PRESENTS

Les soignants sont équipés de PTI (protection du travailleur isolé) **sauf les médecins, les internes et les externes** qui n'en ont pas. Quand une PTI est déclenchée, l'alerte est diffusée dans les unités de psychiatrie voisines et au poste de sécurité où est toujours présent un agent de sécurité. De jour comme de nuit, des soignants des unités voisines viennent renforcer le personnel de l'unité qui a lancé l'appel.

A la Conception, les agents de sécurité n'interviennent que dans le cas où une personne étrangère à l'unité ou à l'AP-HM vient troubler l'ordre.

A Sainte-Marguerite, les agents interviennent quand une personne étrangère à l'unité ou à l'AP-HM vient troubler l'ordre mais également dans d'autres circonstances citées ci-après.

Le bureau de la permanence de cadre infirmier (PCI) est en liaison directe avec la police nationale (bouton d'appel, système RAMSES).

Les accès du public des bâtiments de psychiatrie des deux sites sont placés sous la surveillance d'agents de sécurité de la société Arcosur.

De jour, les deux entrées de la Conception, habituellement utilisées par les véhicules (celle donnant sur le boulevard Baille et celle du parking public situé de l'autre côté du CH) sont contrôlées. De nuit, seule l'entrée du boulevard Baille est contrôlée. La périphérie du site est partiellement protégée et placée sous vidéosurveillance. A Sainte-Marguerite, les entrées sont contrôlées de jour comme de nuit ; aucun parking public n'est intégré dans le site.

A la Conception, des caméras de vidéosurveillance surveillent les abords extérieurs du site, aucune caméra n'est implantée dans les unités. Un agent de sécurité exploite en temps réel les images des caméras. De jour, trois agents sont présents sur le site, de nuit un agent. A Sainte-Marguerite, des caméras de vidéosurveillance surveillent les abords extérieurs du site et des caméras sont implantées dans le bâtiment de psychiatrie : une caméra est placée dans chaque couloir d'accès aux unités Orion, Centaure, Véga et Andromède, et à la cafétéria. **Cinq caméras assurent la surveillance de l'unité Cassiopée** dont trois dans le couloir central, couvrant notamment la salle à manger. Les images des caméras de vidéosurveillance sont exploitées dans les postes centraux (PC) de sécurité de chaque site par des agents de sécurité.

RECOMMANDATION 6

Les caméras de vidéosurveillance ne doivent pas filmer les patients dans les lieux de soins.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique le retrait de quatre caméras de surveillance situées à l'intérieur de l'unité Cassiopée.

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation dans la mesure où cinq caméras ont été recensés à l'intérieur de l'unité, et plusieurs dans les couloirs de l'établissement.

Le jour, un agent de sécurité surveille en permanence les images des caméras. Un agent ou plusieurs peuvent intervenir dans une unité quand ils perçoivent une violence ou quand les PTI se déclenchent. Ils prennent d'abord contact avec l'unité. Ils se déplacent et sont présents physiquement sur demande. Ils estiment, comme les soignants que leur présence est apaisante.

La nuit, aucun agent de sécurité n'est en poste fixe au PC sécurité. L'agent de sécurité rondier possède une PTI et reçoit ainsi les éventuelles alarmes qui, selon les informations recueillies, demeurent exceptionnelles.

Les images des caméras de vidéosurveillance sont conservées trente jours. Leur accès est restreint à quelques personnes de la direction générale.

Le service de sécurité incendie est assuré de jour comme de nuit en premier lieu par les soignants des unités. A la Conception, un ou des agents spécialisés, assurent une permanence au poste central de sécurité incendie. En cas d'alerte, un agent se rend sur place, intervient et provoque éventuellement l'arrivée des marins pompiers du bataillon de marins pompiers (BMP) ; il participe à l'organisation de l'évacuation des patients et du personnel. L'information sur les éventuelles occupations des CI est donnée par les soignants aux personnes intervenant sur le sinistre. A Sainte-Marguerite, de jour un agent spécialisé est présent ; de nuit, l'agent de la société *Arcosur* assure la première intervention. Dans tous les cas, les marins pompiers sont chargés de l'intervention. L'information sur les éventuelles occupations des CI est donnée par les soignants aux personnes intervenant sur le sinistre mais cette information n'est pas connue en temps réel.

Toutes les chambres sont équipées d'un détecteur de fumée.

RECO PRISE EN COMPTE 16

Les chambres d'isolement occupées ou éventuellement les chambres occupées fermées doivent être signalées aux services de sécurité incendie de chaque site en temps réel.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« La consigne a été donnée et mise en œuvre immédiatement. La procédure de mise en chambre d'isolement thérapeutique en psychiatrie générale a été mise à jour en incluant dans l'item « sécurité du patient et des soignants » la phrase : l'entrée et la sortie du patient sont signalées en temps réel aux services de sécurité incendie de l'établissement. La procédure est mise à jour dans la base de données Norméa. »

5.3 LES RESTRICTIONS A LA VIE QUOTIDIENNE SONT RARES, SAUF DANS L'UNITE CASSIOPEE

5.3.1 L'accès à la chambre et aux espaces extérieurs

Dans toutes les unités, à la Conception et à Sainte-Marguerite, les chambres ne sont pas fermées et sont accessibles à tout moment, même pendant les moments de ménage.

Les chambres, à l'exception de celles de Cassiopée, sont équipées d'un verrou de confort qui permet au patient de fermer la porte. Cependant les patients ne disposent pas de la clé qui leur permettrait de fermer la porte en leur absence.

Dans certaines unités, comme Orion, les soignants ferment la porte de la chambre d'un patient sur sa demande, quand il s'absente pour une durée significative (la demi-journée, par exemple).

A Sainte-Marguerite, les patients sont souvent présents dans leurs chambres car aucune activité n'est organisée.

5.3.2 Le pyjama

Le port du pyjama est systématique pour les patients placés en CI. A Cassiopée, il est également systématique dans les vingt-quatre heures qui suivent l'admission. Il arrive également que les patients dont les affaires sont en cours de lavage, soient revêtus d'un pyjama.

Dans la plupart des unités, à quelques exceptions près (unité 1 du secteur 2, Véga), il est demandé aux patients de porter un pyjama quand le risque de fugue est avéré – cela peut durer de deux à dix jours, voire davantage, avec une réévaluation quotidienne – mais ne revêt pas de caractère systématique : par exemple, à Orion un patient en SSC quittait régulièrement le CH sans autorisation pour aller au cinéma puis revenait, il n'était pas pour autant soumis au port du pyjama.

RECOMMANDATION 7

L'obligation du port du pyjama en dehors d'une chambre doit être banni : il revêt un caractère de stigmatisation qui porte atteinte à la dignité.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique que les recommandations de la HAS mentionnent qu'« un patient en isolement, en fonction de la clinique, doit pouvoir garder ses vêtements et certains objets personnels ayant une signification pour lui, ou être en pyjama pour sa sécurité ». Le directeur conclut donc que « *sauf circonstances exceptionnelles, eu égard aux motifs cliniques motivant l'isolement initialement (danger de violence immédiate impossible à prévenir) puis secondairement (persistance du risque), il est donc indiqué de proposer un pyjama au patient pris en charge en isolement et pour la durée de l'isolement, jusqu'à la fin spécifiquement prescrite de ce dernier. En fonction de l'état clinique du patient, des sorties de courte durée de l'espace d'isolement peuvent être proposées en présence des soignants, sur prescription médicale et selon l'appréciation clinique des équipes soignantes. Le pyjama doit être maintenu sur ces sorties, dès lors que l'isolement reste indiqué car selon le principe de causalité, les motifs de l'isolement restent pendants.* »

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation et précise que le port du pyjama ne peut être la règle mais l'exception motivée par des considérations cliniques, au cas par cas, et qu'une sortie de la chambre doit se faire habillée normalement dans la mesure où, si la clinique permet

une sortie de la chambre d'isolement, elle ne peut parallèlement justifier le port imposé d'un pyjama.

5.3.3 Le tabac

Le règlement intérieur de l'AP-HP prescrit dans son article A.3.3.5 « *Les établissements de santé sont soumis à une interdiction totale de fumer dans l'intégralité de leur enceinte. Les établissements publics ont également l'interdiction d'installer dans leur sein un emplacement pour fumer. Les contrevenants s'exposent à des sanctions pénales (amendes de 135 à 750 euros). Le vapotage (cigarette électronique) est strictement interdit dans les lieux accueillant des mineurs, ainsi que dans les lieux clos et couverts à usage collectif* ».

Bien que cela ne soit pas écrit ailleurs, cette règle ne s'applique pas dans les unités d'hospitalisation de psychiatrie, à la Conception et à Sainte-Marguerite. Ainsi les patients sont autorisés à fumer et à vapoter dans les cours de promenade ou jardins des unités, quand elles en disposent, ou dans les fumeurs des unités de la Conception, chaque unité disposant d'un fumeur (pièce dont la fenêtre reste ouverte à défaut d'extracteur de fumée) – les unités de Sainte-Marguerite n'ont pas de fumeur. Les patients en CI se voient proposer des substituts nicotiques ou fument dans la pièce située entre les deux CI puis ultérieurement dans l'espace fumeur lors des sorties séquentielles.

Les règles de vie des unités, quand elles existent, comme par exemple à l'unité 2 du secteur 3 précisent qu'il est interdit de fumer dans les chambres et parties communes. Il est proposé aux patients de consulter un médecin pour arrêter de fumer.

Dans des unités de la Conception, le fumeur est le plus souvent fermé pendant la journée, quand les patients peuvent circuler librement dans l'établissement ou quand les jardins du rez-de-chaussée sont accessibles.

A Sainte-Marguerite, comme à la Conception, les jardins sont inaccessibles pendant la nuit à des heures qui varient selon les unités, avec une fermeture entre 21h30 à minuit et une ouverture entre 5h et 7h.

A Sainte-Marguerite, les patients qui fument dans leurs chambres sont manifestement nombreux. A la Conception, dans une unité, il est écrit sur un tableau après « *le rappel de la loi Evin et de l'interdiction de fumer dans l'hôpital et dans sa chambre et l'engagement signé par le patient sur le règlement, en cas de transgression, le patient verra sa chambre fermée pendant deux heures* ». Les contrôleurs n'ont pas eu connaissance de la mise en œuvre de cette règle d'isolement punitif.

L'approvisionnement en tabac est assuré. Les patients qui le peuvent achètent leur tabac en dehors du centre hospitalier. Les tuteurs livrent ou font appel à la société *Quatre Epingles* pour de tels achats et livraisons. Parfois, les soignants vont acheter le tabac. Pour les personnes sans ressources financières, de l'argent peut être débloqué du fonds de secours. Concernant les personnes détenues, les unités rencontrent les plus grandes difficultés pour leur acheter du tabac.

Les patients conservent tabac et briquet, sauf décision médicale particulière. Les contrôleurs ont pu ainsi constater qu'un patient conservait son briquet mais ses cigarettes étaient gérées par les soignants, pour une patiente c'était l'inverse.

Cassiopée est la seule unité où le tabac est exclusivement géré par les soignants : les patients peuvent fumer une cigarette toutes les deux heures sous le contrôle des soignants.

Globalement, à l'exception de Cassiopée et de la fermeture d'un lieu pour fumer la nuit dans certaines unités, la gestion du tabac est respectueuse de la liberté des patients.



espace fumeur d'une unité de la Conception

5.4 LES COMMUNICATIONS VERS L'EXTERIEUR SONT PEU FACILITEES

5.4.1 Le courrier, la presse

Le courrier « arrivée » des patients est déposé par le vaguemestre à l'accueil où il est récupéré par les cadres de santé ou les secrétariats d'unité. Les cadres de santé ou les soignants délivrent de la main à la main le courrier, non ouvert, aux patients.

Le courrier « départ » des patients est remis aux soignants de l'unité qui le transmettent au cadre de santé qui le remet au vaguemestre. Ni à la Conception ni à Sainte-Marguerite, les contrôleurs n'ont pas vu de boîte à lettres qui serait relevée par *La Poste* ou le vaguemestre.

En général, quand le courrier n'est pas affranchi, le cadre de santé le fait aux frais de l'AP-HM. Dans quelques unités, seuls les courriers destinés à une autorité administrative ou judiciaire (sécurité sociale, EDF, GDF, magistrat, avocat, CGLPL, etc.) sont affranchis de cette façon.

Les patients, qui ne sont pas autorisés à sortir du centre hospitalier, ne peuvent pas acheter de timbres – les cafétérias n'en vendent pas – ni déposer leur courrier dans une boîte à lettres.

Aucune unité ne reçoit régulièrement de quotidiens ou de revues destinés aux patients.

RECO PRISE EN COMPTE 17

Les patients doivent pouvoir acheter des timbres et poster du courrier au sein du CH sans passer par l'intermédiaire de soignants ou d'autres patients.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« Il a été mis en place une boîte aux lettres à l'entrée de chaque pôle (psy Centre : près de l'accueil et Solaris : près du bureau des entrées). Les patients sont invités à déposer leur courrier dans la boîte aux lettres, celui-ci sera relevé une fois par semaine par le vaguemestre, affranchi et envoyé

par l'AP-HM. Cette information est diffusée par le biais du livret d'accueil du patient en psychiatrie et relayée par les cadres de santé. »

Les contrôleurs soulignent néanmoins que le courrier doit être relevé plus souvent qu'une fois par semaine.

5.4.2 Le téléphone

La fiche H3.12 du règlement intérieur de l'AP-HM prévoit l'interdiction de l'utilisation des téléphones portables. En réalité, dans toutes les unités d'hospitalisation, à la Conception et à Sainte-Marguerite (à l'exception de Cassiopée), les patients disposent librement de leurs téléphones portables et de leurs cordons d'alimentation, sauf décision médicale contraire, comme c'est le cas pour les patients en CI.

A la Conception, au sein des unités, la réception des téléphones portables est mauvaise à l'exception d'un seul opérateur. Les patients, qui peuvent sortir des unités, font usage de leurs téléphones portables. Les patients, dont les portables sont inutilisables ou qui n'en possèdent pas, sollicitent les soignants afin d'utiliser leurs téléphones sans fil (DECT) et, le cas échéant, la cabine murale où sont transmis les appels des DECT.

Par exemple, dans les unités 2 du secteur 3 et 1 du secteur 4, les cabines murales sont hors service ou inexistantes. Les appels – un par jour et par patient – sont passés *via* un DECT depuis le bureau des IDE ou les chambres entre 15h et 18h ou 14h et 18h; le numéro est éventuellement composé par un soignant.

Par exemple, dans les unités 1 et 2 du secteur 2, 1 du secteur 3, les appels *via* les DECT en utilisant les cabines murales, dépourvues d'isolation phonique, ne sont possibles que l'après-midi à partir de 15h ou de 16h à 17h ou encore de 17h à 18h, parfois limités à un seul appel par patient. Dans une unité, les appels sont possibles le matin entre 10h et 11h.

A Sainte-Marguerite, aucune unité n'est équipée de cabine murale. Les patients ne disposant pas de portables utilisent un DECT de soignants. Le numéro est composé par un soignant et le patient téléphone du bureau des IDE ou de sa chambre. Dans certaines unités, ce téléphone n'est utilisable par les patients qu'à partir de 16h jusqu'au dîner, ou entre 14h et 17h.

Le règlement intérieur de l'AP-HM et le livret d'accueil font état de la possibilité d'accéder à un service téléphonique payant avec un combiné en chambre. A Orion, par exemple, un affichage précise que les patients peuvent demander l'ouverture d'une ligne téléphonique gratuitement dans chaque chambre, que le forfait journalier pour appeler un fixe est de 0,50 euro, que les communications vers les mobiles sont facturées 0,15 euro la minute. Les contrôleurs ont constaté que cette faculté n'était pas utilisée par les patients, si elle existe réellement.

Pour les rares personnes ne disposant pas de téléphone portable, la capacité de téléphoner, sans autre restriction que médicale, doit être offerte à tous les patients de l'ensemble des unités. La confidentialité des conversations doit être assurée.

5.4.3 La télévision

Normalement, chaque unité est équipée d'un téléviseur placé dans une salle commune, accessible à tous les patients. En réalité, certaines unités n'ont pas de téléviseur (comme par exemple Orion et Véga). D'autres unités ont un téléviseur hors service depuis un certain temps (plusieurs semaines à plusieurs mois, comme par exemple les unités 1 du secteur 2, 1 du secteur 4), ou encore un seul téléviseur est en état sur les trois, comme à Antarès.

RECO PRISE EN COMPTE 18

Les téléviseurs des salles communes dans les unités doivent être en état de marche.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique qu'une demande d'intervention technique a été faite pour une prise en charge avant le 9 juin 2020 et un changement d'équipement si nécessaire. Les contrôleurs prennent acte de cet engagement.

Toutes les chambres, sauf celles de Cassiopée, sont équipées d'un téléviseur avec télécommande. Ce téléviseur permet de voir gratuitement la chaîne de l'AP-HM et les chaînes BFM TV, Gulli et, pour les informations de fin d'après-midi, FR3. L'accès à d'autres chaînes (vingt-sept de la TNT, vingt chaînes satellitaires, ainsi que vingt-cinq stations radio) est payant selon un des tarifs suivants, affichés dans différents emplacements avec deux tarifications différentes :

- 5,20 € pour 1 jour, 31,20 € pour 7 jours, 57,20 € pour 14 jours, 83,20 € pour 21 jours, 93,60 € pour 28 jours. Le coût d'un casque est de 3,10 € ;
- 4,90 € pour 1 jour, 29,40 € pour 7 jours, 53,90 € pour 14 jours, 78,40 € pour 21 jours, 88,20 € pour 28 jours.

Les contrôleurs ont recueilli de nombreuses doléances sur la seule chaîne d'information en continue disponible, en raison de son caractère anxiogène, ainsi que sur le coût élevé des chaînes payantes.

PROPOSITION 1

Pour les téléviseurs des chambres, une réflexion mérite d'être lancée sur le choix des chaînes accessibles gratuitement et sur le coût des chaînes payantes.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« Cette prestation et les coûts associés sont le résultat d'un appel d'offres signé au 21 mars 2016 pour une durée de sept ans. Le bouquet gratuit concerne la chaîne France 3 régionale, BFM TV et Gulli. Le bouquet payant (47 chaînes Tv et 25 radios) est facturé 4,9 euros par jour (soit 147 euros par mois). Sans attendre le renouvellement du marché en 2023, la direction des services numériques de l'AP-HM a pris attache de la société prestataire afin de solliciter la mise en œuvre d'un second bouquet gratuit de chaînes composé d'une chaîne musicale et d'une chaîne documentaire. »

Les contrôleurs prennent acte de cette demande de modification de chaînes vers des choix plus pertinents mais maintiennent la proposition de garder un prix abordable pour les patients vis-à-vis du bouquet payant.

5.4.4 L'Internet

A la Conception, un réseau Wi-Fi à destination des patients a été installé. Le coût d'accès pour les patients est d'1 euro par jour selon un affichage vu à Orion, et de 5 à 7 euros par jour selon certains interlocuteurs. Ces coûts, qui restent à confirmer, seraient élevés. L'accès est théoriquement possible sous réserve de posséder une carte bancaire et un smartphone. Ce réseau était hors service lors de la visite des contrôleurs ; ils n'ont pas pu déterminer à quand remontait cette indisponibilité. A Sainte-Marguerite, aucun réseau n'a été installé.

Par ailleurs, les patients disposant d'un smartphone ont accès à Internet sous réserve que le réseau passe.

Les patients peuvent conserver leurs ordinateurs et tablettes sauf décision médicale contraire. Les contrôleurs ont constaté que cette faculté était utilisée.

La salle informatique de l'espace d'ergo-sociothérapie de la Conception compte quatre postes informatiques avec accès à Internet – le cinquième poste était en attente de remplacement depuis son vol en fin d'année 2017. Elle est ouverte pour faire des recherches sur Internet le mercredi de 14h à 15h30 ; elle n'est pas accessible en dehors de cet horaire.

Enfin, les contrôleurs ont constaté que les livrets d'accueil faisaient des renvois au site Internet de l'AP-HM pour consulter différents documents dont, par exemple, le règlement intérieur. Un tel accès doit être permanent et gratuit.

PROPOSITION 2

L'accès au site Internet de l'AP-HM doit être rendu possible et gratuit dans toutes les unités, les livrets d'accueil y faisant référence. Il conviendrait de rendre opérant un réseau Wi-Fi à un prix raisonnable et de le mettre en accès libre dans les cafétérias.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« Comme pour la précédente recommandation, cette prestation et les coûts associés sont le résultat d'un appel d'offres. Ce point pourra être intégré à la prochaine consultation, sans avoir l'assurance d'une réponse positive sur ce thème en particulier et qu'il faudra intégrer dans l'analyse globale du dossier de réponse des soumissionnaires. Pour autant, la direction générale de l'AP-HM a missionné la direction des services numériques afin de rendre gratuit l'accès wifi pour les services de psychiatrie. »

5.4.5 La visite des familles

La fiche D3.1 du règlement intérieur de l'AP-HM et le livret d'accueil mentionnent que les visites sont autorisées de 12h à 20h dans les chambres.

Ces documents ne déterminent pas de restrictions dans les âges et ne limitent pas les visites des mineurs. Pour ces mineurs, certaines unités imposent néanmoins des limites d'âge, affichées ou non, de 16 ans, 15 ans, 15 ans et 3 mois, et permettent que, pour les mineurs plus jeunes, les visites se déroulent à la cafétéria, parfois dans une salle intérieure à l'unité (salle d'entretien) ou extérieure (salle d'attente du premier étage des bureaux de consultation de la Conception).

Aucune unité ne dispose de salon pour les visiteurs. Les visites sont autorisées tous les jours, dont les week-ends. La cafétéria de la Conception est ouverte en semaine de 8h30 à 12h et de 13h30 à 16h ; elle est fermée pendant les week-ends. La cafétéria de Sainte-Marguerite est ouverte en permanence mais c'est un espace vide, sans animation.

Les contrôleurs ont constaté que les visites dans les unités étaient facilitées. Les visiteurs avaient accès aux salles communes, mêmes si les modalités étaient parfois variées.

Rares étaient les patients interdits de recevoir des visites sur raisons médicales : globalement, seuls les patients en CI ne peuvent pas recevoir de visite.

Pour les horaires, certaines unités autorisent les visites à partir de 14h et jusqu'à 18h, d'autres sont souples sur les heures de fin avec des fins de visite parfois jusqu'à 21h30.

A Cassiopée, les visiteurs doivent prendre rendez-vous. Le nombre de visiteurs est limité à trois par patient, ils doivent déposer leurs sacs et téléphones dans des casiers avant d'entrer dans l'unité. Les visites n'ont pas lieu dans les chambres mais dans une pièce commune ou dans le jardin. En présence de mineurs, la visite est organisée hors de l'unité (cf. § 8.2).

Dans une unité, sont indiqués sur un tableau d'affichage les noms et les coordonnées de plusieurs structures d'hébergement pour les familles.

RECOMMANDATION 8

La cafétéria de la Conception doit être ouverte pendant les heures habituelles de visites : week-ends, jours fériés, fin de journée. Une réflexion doit être lancée pour que la cafétéria de Sainte-Marguerite soit animée.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

Sur la cafétéria de la Conception :

La cafétéria est ouverte actuellement de 8h30 à 12h00 et de 14h00 à 16h18, du lundi au vendredi, hors weekend et jours fériés. Une réflexion est actuellement menée avec la direction des soins afin d'augmenter l'amplitude horaire et d'étendre ces jours d'ouverture aux week-ends et aux jours fériés afin de répondre à la demande d'ouverture aux heures habituelles de visite, dans le cadre du projet médical et de soins du pôle. Ce projet nous demande de revoir nos organisations de travail avec rédaction d'un projet qui devra faire l'objet d'un passage devant les instances (CHSCT, CTE) avec prise en compte de la modification des horaires d'ouverture, et très certainement de la révision des effectifs évaluée à 1ETP. Les visites étant autorisées de 13h30 à 18h00 tous les jours de la semaine.

Sur la cafétéria de Sainte Marquerite :

Dans le cadre de l'accompagnement par la formation sur la démarche appréciative, un groupe travaille à l'ouverture de la cafétéria de Solaris. Cette démarche positive recherche dans l'expérience concrète les forces individuelles et collectives, facteurs de réussite, afin de construire le futur. Dans ce cadre, des groupes de soignants médicaux et paramédicaux se sont réunis pour réfléchir aux améliorations que nous pourrions apporter au sein du Pôle. Un des thèmes retenus a été l'ouverture de la cafétéria sur Solaris, jusque-là fermée par choix médical et ceci afin de favoriser les activités en ambulatoire plutôt que les activités en intra hospitalier. A ce jour le projet est accepté par le chef de service de Solaris et peut donc débuter. Des soignants sont référents. La réflexion commune actuelle est de favoriser la participation des associations afin d'ouvrir cet espace sur la cité. Les trois mois de pandémie ont mis en attente les groupes de rencontre. Les réunions de travail vont reprendre en septembre (une rencontre par mois) ; le calendrier est fixé par les animateurs de la démarche appréciative. »

Les contrôleurs prennent acte que la réflexion est lancée sur ce sujet.

5.5 LA SEXUALITE DES PATIENTS NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION COLLECTIVE

Dans aucune unité, la sexualité des patients n'a fait l'objet d'une réflexion aboutie. L'absence de travail du comité d'éthique (cf. § 3.3) sur ce thème conduit le personnel médical et le personnel soignant à se référer à ses valeurs individuelles.

Dans les unités, les réflexions, quand elles sont conduites au sein des équipes, aboutissent à des conclusions variées parfois contradictoires : il est rappelé aux patients que les relations sexuelles doivent se dérouler hors de l'établissement, que les relations sexuelles ne sont pas autorisées dans les chambres, que les relations sexuelles relèvent de l'intimité personnelle dès lors qu'elles sont consenties, qu'il est interdit d'interdire.

Le sujet est abordé avec un patient si la prise de certains médicaments peut avoir des conséquences sur sa sexualité. Si l'un des patients est vulnérable, un ou des soignants procèdent à une convocation et émet ses réserves.

Le suivi contraceptif ou gynécologique est assuré sur demande ou systématique. La gestion des préservatifs est différenciée selon les unités : dans certaines unités, le stock est nul depuis que la pharmacie n'en fournit plus ou n'est pas réapprovisionnée par le fonds dédié à la vie sociale ; dans d'autres, des préservatifs sont disponibles dans l'armoire de la pharmacie et sont distribués sur demande, si le patient a connaissance de leur existence ; ils ne sont pas en libre-service.

RECO PRISE EN COMPTE 19

Une réflexion doit être conduite sur la sexualité des patients. Leur seul statut ne permettant pas de postuler qu'ils ne sont pas à même d'accorder un consentement éclairé à un acte sexuel, les patients – en soins sans consentement comme en soins libres – doivent conserver leur liberté sexuelle, dans les seules limites du droit commun et du respect de l'intimité de chacun. Les personnes qui le souhaitent doivent avoir accès à des moyens de protection et de contraception.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« Dans le cadre des partenariats déjà effectifs entre la PMI-13 et l'AP-HM, un projet de présence de personnel de la PMI au sein des services du pôle est en cours d'organisation. Le principe serait celui d'une présence régulière sur une base hebdomadaire de personnel de PMI des secteurs correspondant aux secteurs de psychiatrie des services du pôle. L'intervention consisterait en la diffusion d'information utile (par affichage, documents et autres), la proposition de rendez-vous pour prise de contact sur le site avant d'envisager éventuellement une prise en charge à la PMI incluant les problématiques d'accès à la contraception, la santé sexuelle et les projets de grossesse ou grossesse en cours. Cette mission sera complétée par des actions de formation et de sensibilisation des professionnels du pôle sur la santé des femmes et le rôle des PMI. L'accès à des moyens de contraception et de protection sera aussi organisé avec les pharmacies de site afin d'obtenir une dotation utile. De plus, du fait du renfort médical obtenu par un poste d'assistant partagé (début mai 2020), des consultations de psychiatrie périnatale pour les patientes adultes seront proposées pour les femmes prises en charge sur le pôle. Enfin, on rappellera la possibilité de consultations recours spécialisées en sexologie (deux médecins seniors au CHU Conception) déjà effectives et ouvertes à tous les patients. »

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LES LOCAUX SONT ADAPTES A L'EXCEPTION DE CEUX DE L'UNITE CASSIOPEE

Les unités de psychiatrie du CHU de Marseille faisant l'objet du contrôle sont situées dans deux secteurs géographiques éloignés l'un de l'autre.

Six d'entre elles, accueillant des patients en soins sans consentement des secteurs 2, 3 et 4, se trouvent à l'hôpital de la Conception dans le 5^{ème} arrondissement. Chaque secteur y dispose d'une unité dite 1 et 2.

Cinq autres unités sont situées dans le bâtiment Solaris des hôpitaux Sud dans le 9^{ème} arrondissement sur le boulevard Sainte-Marguerite. Ils portent les noms de Centaure, Antares, Vega et Orion. L'unité Cassiopée, située dans ce bâtiment Solaris, présente la particularité de n'être qu'une unité de chambres d'isolement pour les patients des autres unités (cf. § 8.2).

Sur l'hôpital de la Conception, les locaux des unités 1 et 2 du secteur 2 sont récents, vastes et colorés. Les quatorze chambres de l'unité 2, située au 1^{er} étage du bâtiment, sont toutes individuelles et disposent de tous les éléments de confort. La porte est munie d'un verrou qui permet au patient de s'isoler. Le mobilier est en bon état et outre le lit, la chambre est équipée d'une table de chevet, d'une chaise et d'une armoire fermant à clé. Les fenêtres sont munies de volets électriques que le patient peut commander et une petite fenêtre permet l'aération de la chambre. Un cabinet de toilette qui s'intègre à la chambre dispose d'un lavabo avec un miroir, d'un WC et d'une douche. L'unité dispose d'un salon agréable et confortable équipé d'un téléviseur en panne depuis un mois et qui ne serait pas réparé car ayant été changé trois fois l'an passé. Un baby-foot est également à disposition. Dans une salle d'activité commune, on trouve de grandes tables pour faire des dessins, des appareils de musique, des jeux de société et des livres.

L'unité 1 du secteur 2, située au rez-de-chaussée de ce même bâtiment, comporte vingt chambres individuelles dont trois sont fermées en raison de travaux. Les chambres sont grandes et agréables. Outre le même aménagement et équipement que celles de l'unité 2, elles disposent d'une sonnette d'appel, à la tête de lit ainsi que d'une liseuse. L'équipement mobilier est complété d'un fauteuil et d'un téléviseur avec télécommande. La table dispose d'un éclairage. Il existe un local fumeur dans l'unité, une grande salle d'activité avec un baby-foot et une table de ping-pong. Le téléviseur est en état de fonctionnement.

Les quatorze chambres de l'unité 1 et les vingt chambres de l'unité 2 du secteur 3 disposent de ce même équipement ainsi que d'un téléviseur et de sa télécommande. Les deux unités possèdent chacune deux salles pour les activités.

Les unités du secteur 4 comportent douze lits pour celle située au 1^{er} étage et quatorze lits pour celle située au rez-de-chaussée. On retrouve dans ces unités le même agencement et équipement que dans les autres unités de l'hôpital de la Conception. Il convient cependant de relever que le patient n'a pas la possibilité d'ouvrir la fenêtre pour l'aération de sa chambre. La salle de télévision dispose d'un mobilier en mauvais état et d'un téléviseur avec un petit écran qui était en outre hors service. Une salle d'activité a été transformée en salle de convivialité pour les soignants. Il demeure cependant une petite salle d'activité avec une petite bibliothèque et des instruments de musique.

Sur les trois secteurs du bâtiment Solaris de Sainte-Marguerite, toutes les chambres sont disposées de chaque côté d'un grand couloir à l'extrémité duquel se trouvent les bureaux et diverses salles.

Toutes les chambres des unités Antares et Orion sont individuelles. L'unité Centaure comprend dix-sept chambres individuelles et deux chambres doubles. Les chambres disposent du même équipement de confort que dans les unités de l'hôpital de la Conception mais on relève des dégradations, telles que des vitres plexiglas de protection de télévision de la chambre cassées, des fixations des cadenas des armoires arrachées (unité Antares), le sol de chambre fortement dégradé, les stores bloqués (unité Centaure). Toutes les unités disposent d'une salle d'activité avec du matériel, un baby-foot, punching-ball, table de ping-pong, armoire bibliothèque avec quelques livres et jeux de société.

Malgré ces quelques aspects négatifs, l'ensemble des locaux est dans un état correct et offre des conditions de séjour acceptables. Il en est autrement pour l'unité Cassiopée dont l'état est fortement dégradé (cf. § 8.2).



Couloir unité du site la Conception



Buanderie et lave-linge

6.2 LES CONDITIONS D'HYGIENE SONT DEGRADEES

Dans l'ensemble des unités visitées par les contrôleurs, il n'a pas été relevé de problèmes de propreté dans les chambres et locaux communs. La situation est cependant variable d'une unité à l'autre car le nettoyage est soit assuré par une société extérieure soit par des agents des services hospitaliers (ASH) employés par l'hôpital. Dans certaines unités, par exemple l'unité du 1^{er} étage du secteur 4, la société extérieure n'effectue que le nettoyage des bureaux car il y a deux ASH, mais procède à tout le nettoyage au rez-de-chaussée où il n'y a pas d'ASH. Le temps de travail peut être différent ainsi que la motivation des agents qui ne sont pas nécessairement les mêmes d'un jour sur l'autre pour ceux qui sont employés par la société extérieure. Selon les cadres des unités, l'intervention d'une société extérieure a entraîné une perte de la qualité. Les contrôleurs ont pu constater que certaines zones qui échappaient au nettoyage quotidien étaient dans un état moyen de propreté tel que la lingerie de l'unité Antares.

Cette unité comme la plupart de celles contrôlées disposent d'un lave-linge ce qui permet aux patients d'assurer leur entretien personnel lorsqu'ils ne peuvent le faire avec l'aide de leurs proches. A l'entrée de la cour de cette même unité, le cendrier déborde et des mégots traînent par terre. La même constatation a été réalisée dans l'unité 2 du secteur 2. Dans l'unité 1 du secteur 2, il a été relevé une infestation de punaises et il a donc été nécessaire de fermer certaines chambres afin de procéder à des traitements.

Les draps des lits sont changés une fois par semaine ou plus souvent en cas de nécessité et sont lavés par la lingerie commune de l'AP-HM. Les serviettes de toilette ne sont pas fournies, ce qui pose manifestement un problème pour de nombreux patients qui n'en possèdent pas personnellement et qui sont contraints de s'essuyer avec des draps.

Depuis le 1^{er} décembre 2019, les unités Orion et Centaure n'avaient plus d'eau chaude. Lors de la visite, aucune échéance pour le retour à la normale n'était annoncée. Une solution transitoire avait été mise en place : l'eau froide était coupée entre 9h et 12h, l'eau chaude étant à 60° en sortie de chaudière. En dehors de ce créneau, l'eau des robinets était tiède donc impropre à la consommation. Dans ces unités, le linge des patients sans visite est lavé dans l'unité qui dispose d'un lave-linge et d'un sèche-linge. Cependant la laverie est encombrée par les anciennes machines, hors d'état, qui ont été remplacées mais non évacuées.

RECO PRISE EN COMPTE 20

Les patients doivent avoir accès à de l'eau chaude et froide ainsi qu'à des serviettes de toilette.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« Sur l'accès à l'eau chaude et froide sur Solaris :

Depuis le 1^{er} décembre 2019, les unités Orion et Centaure n'avaient plus d'eau chaude. Une solution transitoire avait été mise en place : l'eau froide était coupée entre 9h et 12h, l'eau chaude étant à 60° en sortie de chaudière. En dehors de ce créneau, l'eau des robinets était tiède donc impropre à la consommation. Suite à des problèmes de légionellose récurrents sur le bâtiment, l'AP-HM a fait réaliser un audit en octobre 2019 par une société spécialisée ; la société a transmis son rapport d'audit le 15 décembre avec ses préconisations. Cet audit a montré de nombreux dysfonctionnements et conclu à la nécessité de réaliser des travaux importants de modifications et de réhabilitations des réseaux avec notamment la suppression des bras morts, la reprise de la configuration des boucles de charge, la suppression de boucles secondaires, la modification de la production. S'agissant de travaux nécessitant la rédaction d'un dossier de consultation pour leur achat ainsi que la fermeture d'une partie des unités pour leur mise en œuvre, il n'était pas possible de les réaliser immédiatement.

Dans le cadre des travaux de réhabilitation des unités d'hospitalisation en cours d'études (reco 37 et 38), des travaux de rénovation vont être réalisés sur les réseaux d'eau chaude sanitaire, de boucle et de production, préconisés par l'audit, afin de garantir la pérennité du bon fonctionnement de l'installation. Dans l'attente des travaux de reprise de l'installation, la direction des travaux a engagé début 2020 des « petits travaux » afin d'améliorer la situation dans les services. Dans un premier temps, ont été remplacés des circulateurs hors service. Cela ne suffisant pas, il a été décidé d'installer des clapets anti-retours pour supprimer les mélanges d'eau froide et d'eau chaude identifiés. Ces petits travaux qui ont dû être suspendus pendant la période

de crise sanitaire, sont en cours de finalisation. Ces petits travaux ont été organisés par les équipes d'entretien du site sur les crédits de maintenance.

L'opération de travaux menée dans le cadre d'une opération de maîtrise d'œuvre interne emporte également la réalisation des chambres d'isolement dans les différentes unités et la réhabilitation des unités d'hospitalisation.

Sur la mise à disposition de serviettes de toilette :

Concernant la mise à disposition de serviettes de toilettes, une dotation annuelle est en cours de mise en place dans chaque service d'hospitalisation à raison de deux serviettes par patient. La dotation de 440 articles pour l'ensemble des unités de psychiatrie adulte sera achetée via Uni achat dès juillet 2020. Ces articles seront lavés au sein des unités selon les recommandations du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) détaillées dans une fiche technique destinée aux services de psychiatrie, les unités étant toutes dotées de machine à laver et à sécher le linge. Il est également possible de délivrer aux patients des produits d'hygiène. »

6.3 LES BIENS DES PATIENTS SONT PROTEGES

Lors de l'admission dans les unités, un inventaire contradictoire des biens est réalisé et signé par le patient. Une copie de cet inventaire ne lui est pas remis dans certaines unités (unité 1 du secteur 2 et unités 1 et 2 du secteur 4).

Tous les objets de valeur sont déposés à la régie mais les patients sont libres de conserver avec eux l'argent qu'ils possèdent et de le déposer dans l'armoire de leur chambre qui ferme à clé. Chaque patient dispose, dans le bureau infirmier, d'un casier dans lequel sont entreposés les objets qu'il ne peut conserver dans sa chambre pour des raisons de sécurité. Dans l'unité Centaure, le cadre possède dans son bureau un coffre et accepte de conserver contre reçu, l'argent des patients qui souhaitent le déposer.

RECO PRISE EN COMPTE 21

Une copie de l'inventaire des objets déposés doit systématiquement être remise aux patients.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« La remise de la copie de l'inventaire est ajoutée à la check-list d'entrée du patient en service de psychiatrie. La procédure d'accueil du patient et la check-list d'entrée du patient ont été modifiées en ce sens. Les deux documents sont mis à jour dans la base de données documentaire Norméa. Les cadres supérieures de santé de chacun des deux sites ont organisé une communication auprès des équipes. »

6.4 LES REPAS SONT CONSOMMES DANS DES COUVERTS EN PLASTIQUE

Une enquête de satisfaction a été réalisée en 2018 sur Sainte-Marguerite auprès de quatre-vingt-six patients dont soixante-dix-sept ont renseigné le questionnaire. Il s'agit d'un questionnaire très détaillé portant sur la variété, la texture, la qualité des hors-d'œuvre, des viandes, poissons, œufs, des féculents, des légumes, des laitages et fromages, des fruits, des desserts, du pain, de la température des plats chauds et des préparations froides. En résumé les patients ont répondu à 63 % être satisfaits ou très satisfaits tandis que 37 % ont déclaré être insatisfaits ou très insatisfaits dont 10 % très insatisfaits.

Quelques patients questionnés au moment du repas ont répondu qu'ils ne se plaignaient pas de ce qui leur était servi.

Le repas est servi dans le couloir devant la salle de restaurant à partir du chariot sur un plateau comportant une carte au nom du patient. Le chariot et les plateaux sont séparés par une partie froide et une partie chaude.



Chariot chauffant et réfrigérant des repas



Plateau repas couverts en plastique

Les chariots repas arrivent le matin pour le midi et en début d'après-midi pour le soir. Ils sont branchés sur une prise électrique dans le local situé à côté de la salle de restaurant. La programmation enclenche directement le système de réchauffage quarante-cinq minutes avant le repas.

Un infirmier effectue la distribution des plateaux aux patients qui vont ensuite s'asseoir à une table de la salle de restaurant. Les plats sont servis dans des barquettes en plastique avec également des couverts et des gobelets en plastique ce qui n'est pas particulièrement convivial. Des plats de régime sont préparés et servis à certains patients.

RECOMMANDATION 9

Les repas doivent être servis avec des couverts normaux et une présentation permettant de conserver leur caractère appétissant.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« Actuellement les repas sont confectionnés à la plateforme logistique en plateaux et livrés dans des chariots repas remis en température dans les unités de soins. L'amélioration de la qualité hôtelière est un axe important de la politique de la direction des achats approvisionnements et service logistique mais la restauration en assiette ne peut se faire sans une réflexion approfondie. Dans le cadre de la politique de transformation de l'AP-HM et notamment du chantier 435 « amélioration de la performance logistique », un projet est en cours pour limiter la vaisselle à usage unique. Une expérimentation a ainsi eu lieu début 2020 sur un service de Timone avec la mise en place de couverts en inox. Il va être étudié la faisabilité d'une extension sur les services de psychiatrie à partir de septembre 2020. La faisabilité va dépendre de la possibilité de laver les couverts. Ainsi, la direction de la logistique et la direction des travaux vont mener une étude technique et économique relative à la possibilité d'installer des lave-vaisselles, ou des offices ou

de faire appel à des prestataires extérieurs. Cette réflexion obligera sans aucun doute aussi les services de soins à travailler à une nouvelle organisation. Le temps nécessaire pour mettre à bien cette étude est évaluée à six mois à partir de septembre. Concernant le service à l'assiette, il nécessite des moyens beaucoup plus importants : livraison en plats gastronomiques, installation d'offices alimentaires (avec assiettes couverts machine à laver) au sein des unités elle-même. Ces pièces n'existent pas dans les unités de psychiatrie actuelles. Ceci n'est donc pas envisageable à moyen terme, mais sera étudié sur le long terme. »

Dans l'attente de ces réflexions, les contrôleurs maintiennent leur recommandation.

Les heures des repas respectent les rythmes habituels : 8h, 12h et 18h30. Dans certains services, la collation de 16h a été supprimée. Une tisane est indiquée à 22h mais pas dans tous les services.

7. L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES

7.1 LES URGENCES PSYCHIATRIQUES FONT L'OBJET D'UNE PRISE EN CHARGE SPECIALISEE PRINCIPALEMENT HOSPITALIERE

7.1.1 La prise en charge des crises en amont de l'hospitalisation

La prise en charge des crises en amont de l'hospitalisation est possible dès l'ambulatorio sur le secteur de la Conception *via* le réseau des CMP, CATTP et HDJ.

Elle l'est de manière embryonnaire et récente par les secteurs du site de Sainte-Marguerite à travers **l'unité locale d'intervention de crise et d'évaluation (Ulice)** mais qui ne dispose que de peu de personnel et ne concerne que les journées de semaine. Dans ces secteurs, le réseau ambulatorio est très faiblement développé (car il n'y a plus de CMP ni d'hôpital de jour, les moyens ayant été redéployés pour la création de l'Ulice).

La mise en œuvre de la rédaction des directives anticipées n'a pas été développée et aucune modalité de gestion de la crise n'adapte ces directives anticipées à la crise potentielle d'un patient suivi par la psychiatrie, par exemple à l'aide d'un questionnaire signé par la personne.

7.1.2 L'admission aux urgences hospitalières

L'AP-HM dispose d'une autorisation d'accueil des urgences. Les urgences psychiatriques constituent un service spécifique situé à toute proximité des urgences générales. Elles sont accessibles à travers un accueil aux urgences générales lorsqu'un examen somatique doit être réalisé d'emblée. Un tiers des entrées aux urgences psychiatriques s'effectuent *via* les urgences générales. Deux tiers des arrivées sont directes, spontanées sur volonté du patient ou régulées par le centre 15 ; le médecin régulateur du centre 15 peut appeler le praticien psychiatre de garde 24h/24 et l'interne pour avis téléphonique avant.

Aux urgences psychiatriques du CHU (CAP 48), l'accès au service d'une personne agitée ou amenée par les secours ou les forces de l'ordre s'effectue par une entrée spécifique préservée des regards. Une entrée piétonne permet d'accéder également directement dans la salle d'attente.

Deux bureaux d'entretien situés à proximité de l'entrée du service, permettent une première rencontre avec un infirmier. Un entretien médecin-infirmier est ensuite tenu.



Chambre des urgences psychiatriques

Le service totalise 7 000 passages par an dont 2 000 sont suivis d'une hospitalisation ; les autres bénéficient d'une consultation ou d'une orientation vers d'autres structures (clinique, ambulatorio). Au moment du contrôle, le CAP 48 compte dix chambres individuelles dont une en travaux ainsi qu'une chambre d'isolement. Six patients sont présents, tous autorisés à avoir des visites, utiliser un téléphone portable ou un ordinateur. Sur ces six patients, un est en SDRE, deux en SDTU. Les patients sont admis à partir de 16 ans dans l'unité.

Il n'y a pas d'examen somatique (pour les entrées directes sans passage par les urgences générales) mais les médecins des urgences générales toutes proches sont appelés si besoin et les internes de spécialités viennent également rapidement voir les patients lorsqu'appelés.

Les médecins et infirmiers du service effectuent également des consultations post-urgences pour éviter les rechutes et assurer une prise en charge ambulatoire de crise.

Les effectifs comprennent 23,8 ETP d'IDE, une assistante sociale, une psychologue, 3,66 ETP d'ASH mais pas d'aide-soignant. La présence de six IDE programmée le matin et six l'après-midi, plus parfois une autre en journée ; les plannings montrent qu'elles sont a minima cinq ou six tous les jours. Les soignants se répartissent moitié sur l'équipe hospitalisation et moitié sur l'équipe consultation. Un médecin senior est toujours présent ainsi qu'un interne.

De nombreux moments cliniques pluridisciplinaires sont organisés ; une réunion a lieu chaque jour à 8h30 au moment de la relève avec le médecin de garde et le médecin de jour prenant le service, suivie d'une réunion clinique abordant les situations des patients présents. Une analyse de situation clinique est également organisée une fois par mois depuis 2013, de même qu'une analyse de pratique professionnelle collective avec un psychiatre extérieur.

Les soignants ont bénéficié d'une consolidation des savoirs en psychiatrie de sept jours sur un an, et de formations à la prévention du suicide, à la prise en charge de patients psychotiques.

Les chambres d'hospitalisation offrent un confort hôtelier complet, avec salle d'eau privative et lit d'hospitalisation. Aucune activité n'est proposée même si les durées de séjour sont très courtes. Il n'y a aucun poste de télévision et pas de réseau wifi. Une petite cour extérieure permet de prendre l'air et de fumer mais malheureusement cette cour a un aspect de cage et une partie de la grille extérieure est non occultée, donnant sur le passage du public.

Les patients en soins sans consentement ont un inventaire complet de leurs effets, qu'ils signent.



Entrée des urgences psychiatriques



Cour extérieure des urgences psychiatriques

Si une mesure d'isolement ou de contention est décidée par le psychiatre, elle est tracée dans le dossier médical du patient (logiciel Cimaise™) et les infirmiers de psychiatrie effectuent la surveillance du patient dans le respect des protocoles existant. Malgré cette traçabilité, il n'y a pas de registre et par là, pas d'analyse des mesures prises. Aucune durée n'est connue (cf. §.8).

7.1.3 L'admission au sein des unités

L'hospitalisation dans une des unités de l'établissement est régie à l'échelle de l'établissement par **deux permanences de cadre infirmier (PCI)**, l'un sur le site de la Conception et le second sur le site de Sainte-Marguerite. Les personnes sans domicile fixe sont affectées à un secteur en fonction des premières lettres de leur nom de famille.

Ces permanences 24h/24 effectuent chaque jour le récapitulatif des lits disponibles et sécurisent par ailleurs le processus d'admission des personnes en SSC du point de vue juridique avec une liaison permanente avec les autres services (ARS, prisons, mairie, préfecture, BDE, direction, etc.). Après 17h, la PCI gère également les demandes de visites et appels téléphoniques.

Les admissions dans les services se font partout très majoritairement par les urgences, plus rarement en admission directe depuis le domicile ou un CMP ; les patients sont, dans ce cas, souvent amenés par les sapeurs-pompiers ou la police.

Une fois admis au sein du service, le patient bénéficie, dans toutes les unités et dans les heures qui suivent, d'un entretien avec l'infirmier et un psychiatre, qui expliquent oralement les règles de vie et dans presque toutes les unités, font visiter le service.).

Chaque praticien enregistre ses observations médicales dans le logiciel Cimaise™ ainsi que ses prescriptions. Les restrictions de liberté sont alors décidées par le praticien individuellement en fonction de la clinique mais aussi parfois du statut (par exemple à Cassiopée avec le pyjama pour tous pendant les vingt-quatre premières heures).

Les patients ne sont jamais examinés par un spécialiste en médecine générale à l'admission (cf.§7.3).

7.2 L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES EST ASSURE MAIS PAS ORGANISE

7.2.1 Les dispositifs ambulatoires

Tous les secteurs n'ont pas développé de la même manière la prise en charge ambulatoire, que ce soit au moment de la crise, des soins ou de la prévention des rechutes.

Les secteurs dont les services d'hospitalisation sont sur le site de la Conception disposent d'une offre ambulatoire classique avec CMP, CATTP et hôpital de jour ainsi que familles gouvernantes.

Les secteurs Sud ont, en revanche, transformé une partie de l'offre CMP et CATTP en un dispositif innovant mais de faible capacité de prise en charge comme l'équipe mobile de crise. Par exemple, les consultations de CMP sont, pour les patients suivis par le secteur de l'unité Centaure, effectuées au sein même des bureaux du service pour les patients venant en ambulatoire. Il n'y a ainsi aucune structure ambulatoire de prise en charge pour le 10^{ème} arrondissement. En revanche une équipe mobile précarité permet un suivi de certains patients désocialisés.

Toutes ces structures et dispositifs devraient permettre d'apporter une réponse graduée aux besoins de soins des patients avec un recours minimum à l'hospitalisation complète mais ce n'est pas encore le cas.

7.2.2 Le projet de soin

Au moment du contrôle, il n'y a plus de projet de service dans les unités et plus de projet de pôle de psychiatrie. La réflexion médicale partagée à l'échelle de l'établissement sur les prises en charge peine à trouver un accord entre les différents spécialistes. Le nouveau chef de pôle a mis en place des réunions institutionnelles à l'échelle du pôle.

Un projet élaboré par deux professeurs de psychiatrie adulte (« *dénommé vie sociale et rétablissement* ») propose des actions pour 2020. L'inclusion sociale y est développée à travers le souci de mettre en place des activités pendant l'hospitalisation, en mutualisant les compétences des soignants. Ces activités peuvent concerner l'accès aux activités physiques, à l'expression corporelle, l'esthétique, le jardinage, la musique. Ce projet est budgété à hauteur de 18 000 euros ; il ne s'inscrit cependant pas dans une organisation des soins globale et pérenne au sein des services.

Le projet y développe la prise en charge des personnes à domicile sur un moment aigu de la maladie en alternative à l'hospitalisation, grâce à l'équipe mobile Ulice. Cette modalité de soins ne se traduit néanmoins que par une demande de 2 000 euros pour frais de parking et achats de tickets de bus. Une action souhaitant développer l'offre de sport est annexée au projet.

A travers ces documents, il est évident que **les soignants ont le souhait de moderniser les pratiques actuelles mais ne parviennent pas à structurer un projet médico-soignant global et cohérent** à l'échelle du pôle, voire d'un secteur.

Au moment du contrôle, l'offre ambulatoire a ainsi été réorganisée sur les secteurs Sud. **L'unité locale d'intervention de crise et d'évaluation (Ulice)** a été orientée sur la prise en charge des situations d'urgence et de crise pour la population du territoire de Marseille Sud. Cette équipe permet l'intervention rapide d'un binôme (parmi psychiatre, psychologue, infirmier, assistante sociale) et le suivi ambulatoire intensif au domicile si nécessaire. L'appel téléphonique est possible de 9h à 19h. L'objectif est de diminuer les hospitalisations, les refus de soins ou violences associés aux hospitalisations sans consentement. La durée moyenne de prise en charge en 2018 est de quarante-neuf jours. Vingt-quatre places sont disponibles en suivis simultanés ; actuellement une quinzaine de patients sont vus tous les jours dont un à trois en SSC. La file active 2019 comptait 137 patients.

Par ailleurs, **une équipe ambulatoire de réhabilitation psychosociale** a été créée pour les usagers du territoire Marseille Sud ayant des besoins médico-sociaux élevés. L'objectif est ici de réduire les hospitalisations pour motifs sociaux et sans consentement, en réduisant les perdus de vue, favoriser l'accès aux soins psychiques et somatiques, favoriser l'inclusion sociale, l'accès au logement autonome, l'insertion professionnelle. Un suivi intensif pluridisciplinaire (trois contacts par semaine) est assuré dans le milieu de vie et la durée d'accompagnement est d'environ cinq ans.

Une équipe LEAF (*leisure and activity first*) s'est constituée par réorientation de l'hôpital de jour d'ergo-sociothérapie vers une équipe ambulatoire d'accompagnement aux loisirs en milieu ordinaire pour la population du territoire Sud. Cette équipe pluridisciplinaire propose des évaluations et un suivi médical infirmier psychothérapeutique, social et de pair aidance pour les patients présentant un épisode aigu d'un trouble psychique sévère et qui seraient habituellement hospitalisés en l'absence de l'équipe mobile de crise Ulice. La fréquence des contacts avec les usagers varie de deux fois par jour à trois fois par semaine durant un mois en moyenne. Une présence en journée est prévue sept jours sur sept entre 9h et 20h et une réponse personnalisée par téléphone sera assurée entre 20h et 9h.

Enfin une expérimentation est en cours sur **un lieu de répit à Marseille d'une dizaine de places** pour moins de six jours d'hospitalisation, pour les adultes présentant un diagnostic de schizophrénie, bipolarité ou trouble schizo-affectif et en situation de crise psychique ou de post crise immédiate. Cet hébergement est ouvert sans contrainte 24h/24, les usagers disposant d'une chambre privative et d'espaces collectifs (salon cuisine salle de bains).

Cette réorientation de la prise en charge vers l'ambulatoire constitue indéniablement un outil d'une meilleure prise en charge des personnes en soins sans consentement dès leur lieu de vie ; les équipes affectées à cette activité sont néanmoins encore quantitativement trop petites pour répondre aux besoins d'une ville comme Marseille.

7.2.3 Les pratiques

Les contrôleurs ont pu observer que les patients bénéficiaient partout, régulièrement et plusieurs fois par semaine d'entretiens avec un médecin psychiatre senior et un interne, voire tous les jours. Les entretiens se tiennent avec les infirmiers. Les traitements sont régulièrement revus et ajustés. Dans les services, un médecin senior au moins est toujours présent la matin et l'après-midi. Les entretiens, infirmiers et médico-infirmiers sont formalisés et inscrits dans le dossier médical.

Les certificats médicaux des 24h et 72h sont établis par des médecins différents après entretien médical spécifique.

La permanence des soins est assurée, en premier niveau, par un interne de garde sur chacun des sites. Cette garde est placée sous la responsabilité d'un senior d'astreinte. Les temps de transmission entre équipes, sont prévus sur le temps de travail, quinze minutes le matin et soir avec une heure de tuilage le midi.

Des réunions cliniques, staffs et synthèses ont lieu très régulièrement dans toutes les unités. Les réunions cliniques associent l'ensemble des acteurs du projet de soins : psychiatres, internes, assistantes sociales, psychologues, infirmiers, et régulièrement, les équipes extra hospitalières. Des visites de type tour des chambres sont faites également dans quelques services, associant tous les soignants. Un kinésithérapeute est régulièrement présent sur les sites Sud.

Les soignants bénéficient ainsi d'une réflexion en équipe pluridisciplinaire étayée par des références médicales pour être rassurés et accéder à l'expression des potentiels thérapeutiques et de la connaissance clinique. Les projets de soins individualisés sont discutés lors de ces réunions collégiales et les décisions sont prises après écoute des différents professionnels.

Dans certaines unités comme Orion, les patients n'ont pas d'accès au psychologue ni à un ergothérapeute.

Depuis une semaine au moment du contrôle, des réunions de synthèse clinique se tiennent à l'échelle des six unités de Sud et permettent une présentation d'un cas clinique avec tous les soignants qui le souhaitent, participant également de la formation des internes.

Les soins infirmiers ne font pas l'objet d'une organisation précise quant aux différentes tâches à réaliser auprès des patients (tâches administratives, entretiens médico-infirmiers, soins infirmiers, examens et délivrance des traitements, animation d'activité, accompagnements extérieurs ou aux activités). La surveillance des patients n'est pas non plus organisée en niveaux tracés (visuelle, régulières). Le dispositif d'infirmier référent n'est pas non plus choisi.

Des réunions soignants-soignés sont organisées à la Conception au secteur 3 et au secteur 4 toutes les semaines avec la psychologue, une IDE et plusieurs patients qui expriment leur préoccupation voire les activités développées en socio-ergothérapie. Ces réunions ne sont pas mises en place dans les autres unités.

Les familles et proches de la personne hospitalisée qui le souhaitent peuvent être reçus par le médecin psychiatre et l'assistante sociale. Les familles sont associées au projet de soin dans

toutes les unités et sont orientées vers les groupes d'entraide mutuelle (GEM) pour le relais après la sortie ; à l'unité Vega, les entretiens familiaux sont réalisés une fois par semaine.

Une association, DEP'AGIR, organise un groupe de parole sur la dépression au sein de l'hôpital.

Des intervenants du centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie et d'accueil (CSAPA) viennent faire le lien avec les patients pour les prises en charge addictologiques après la sortie.

Très peu de patients sont hospitalisés au long cours au sein des unités visitées. Au moment du contrôle, vingt-six patients étaient hospitalisés depuis plus de 180 jours. Quatre étaient en attente d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), six étaient en attente d'un foyer ; les autres étaient principalement confrontés à des problèmes de logement et d'insuffisance de structures sociales.

Dans ses observations du 28 juillet 2020 répondant au rapport provisoire, le directeur général de l'agence régionale de santé indique que le CHU joue un rôle de recours et d'expertise pour la psychiatrie régionale et que les constats effectués sur l'unité Cassiopée occultent de nombreuses innovations comme les thérapies virtuelles, le programme housing first, les pratiques qui accompagnent l'insertion du patient dans la cité dans une bonne articulation avec le milieu associatif.

Les contrôleurs confirment que les constats ne concernent que le respect des droits fondamentaux sans bien sûr mettre en cause la qualité médicale des soins donnés et les innovations mises en place en psychiatrie générale.

7.3 LES ACTIVITES OCCUPATIONNELLES ET THERAPEUTIQUES, TRES INSUFFISANTES A SAINTE-MARGUERITE, SONT BIEN INVESTIES A LA CONCEPTION

Il existe, dans le domaine des activités, un fort contraste entre les unités situées à l'hôpital de la Conception et celles situées à Sainte-Marguerite. En effet, dans les unités Antares, Orion et Centaure (Sainte-Marguerite), aucune activité ou animation ne fait l'objet d'une organisation avec un planning ou par les infirmiers du service. A l'unité Antares, dans la salle de télévision, une commode comporte quelques jeux de société et une autre quelques livres ou revues. D'autres livres, donnés par une association, sont déposés dans le local infirmier et n'ont pas rejoint l'armoire bibliothèque. L'ensemble ne paraît pas très utilisé.



Jeux de société d'une unité



Gymnase inutilisé site Sainte-Marguerite

Un baby-foot neuf a été donné par une association et une table de ping-pong, pliée qu'il faut déplacer, se situe dans le couloir. Les contrôleurs n'ont vu aucune de ces activités pratiquées.

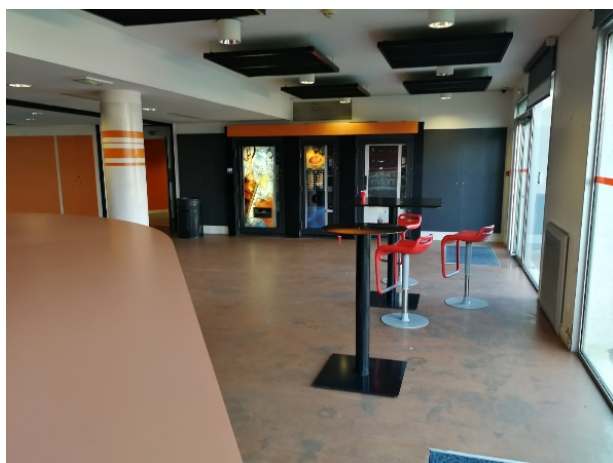
Un atelier cuisine est organisé une fois par mois environ. La dernière fois, il y a plus d'un mois, deux patients d'Antares y ont participé.

Un soignant a indiqué qu'elle animait tous les quinze jours un atelier jardinage avec deux ou trois patients. Ils disposeraient d'une tondeuse électrique. L'état du jardin constaté par les contrôleurs ne témoigne pas d'une activité récemment réalisée.

Un constat sensiblement identique est effectué dans l'unité Orion qui ne propose que peu d'activités. Une affichette collée sur le bureau des soignants indique « sport le lundi de 14h30 à 16h à Centaure et le mercredi de 10h à 11h30 à Antares ». L'été, des activités extérieures telles que randonnées, piscine, sorties à la mer ou culturelles seraient cependant organisées. Une activité jardinage est réalisée à l'initiative d'une infirmière. L'unité ne dispose pas de salle d'activités. Le mercredi, des sorties cinéma sont prévues. Pour le besoin des sorties extérieures, un des trois soignants est libéré. Le nombre de soignants présents dans l'unité n'explique pas l'absence d'activités.

Dans l'unité Centaure, la salle d'activités est ouverte tous les après-midi et une aide-soignante y est présente mais là aussi sans programmation. Ces activités ont donc lieu au jour le jour, selon les demandes des patients et la disponibilité de soignants. Les contrôleurs ont constaté le jour du contrôle, l'organisation d'un karaoké pour quatre ou cinq patients. Une infirmière anime parfois un atelier coiffure et esthétique. Un autre infirmier propose de temps en temps un atelier de musique électronique. En période de Noël, un effort particulier est réalisé avec des sorties au marché de Noël et préparation d'un repas amélioré au cours de l'atelier cuisine.

Cette insuffisance d'activités sur les secteurs de Sainte-Marguerite serait liée au transfert des postes d'animateurs sur l'extra hospitalier. Il existe pourtant au rez-de-chaussée, de superbes locaux d'activités : une grande salle de sport équipée d'un important matériel, une salle de musique insonorisée et équipée d'un piano, une salle d'ergo-sociothérapie, un salon de coiffure. Certaines de ces salles sont louées ou prêtées à des associations pour y exercer leurs activités. L'ancienne salle de cafétéria n'est plus qu'un espace de passage, déserté de toute vie et d'animation dans lequel on ne trouve plus que des distributeurs de boissons et de confiseries.



Cafétéria et salle de musculation ; site Sainte-Marguerite

En revanche, à l'hôpital de la Conception, beaucoup d'activités sont proposées du lundi au vendredi par un espace d'ergo-sociothérapie animé par cinq professionnels (deux

ergothérapeutes et trois IDE). Les activités proposées sont nombreuses comme le montre le programme affiché tant dans la cafétéria et les unités de la Conception que sur les murs de salle d'informatique/bibliothèque : sport en salle, « fabricole », pétanque, bibliothèque, jardin, tennis, chants polyphoniques, textes, *curriculum vitae* (ordinateurs), traces d'erre, étirements, radio-là, recherche sur Internet, « toutanfil », esthétique, rythmes et percussions, tai-chi Chuan, « mille et une idées ».

Le responsable de cet espace fait appel à des animateurs professionnels sous contrat annuel, pour animer les activités telles que tennis, voix polyphoniques, art-thérapie, tai-chi chuan, voile, jeux en langue des signes, radio grenouille. Les patients ne peuvent malheureusement pas bénéficier de cette activité pendant deux mois chaque année pour des difficultés de gestion des contrats des animateurs.

La fréquentation est comprise entre quatre à huit patients par activité, la moitié des patients venant de l'extra hospitalier, l'autre de l'intra. En outre le même patient participe en général à deux activités. L'estimation faite sur cette base donne de l'ordre de cinq patients de chaque unité participant toutes les semaines à des activités de la socio ergothérapie.

Un coiffeur extérieur vient le mardi et peut couper les cheveux de six patients, hommes ou femmes. La coupe est gratuite. Les patients doivent s'inscrire sur une liste d'attente. Les coupes sont réservées aux patients hospitalisés en intra et aux patients de l'extra souffrant de surdité. Les soins esthétiques, prodigués par une IDE, sont gratuits. Ils ont lieu le jeudi après-midi pour neuf personnes. Deux fois par mois, une initiation à la magie est proposée sur inscription préalable. L'unité dispose d'un budget d'activité non négligeable mais qui nécessite une procédure un peu lourde pour obtenir le déblocage des fonds.

A l'unité 2 du secteur 3, les soignants organisent des sorties à caractère thérapeutiques telles qu'une visite de l'île de Porquerolles en janvier 2020 pour dix patients encadrés par trois soignants. Une fois par mois, pendant le week-end, les patients et les soignants confectionnent ensemble des pizzas pour le déjeuner.

Le bilan annuel de l'unité 2 fait apparaître pour un budget de 3 000 euros : deux sorties culturelles par mois pour cinq patients encadrés par deux IDE, deux repas thérapeutiques par mois pour cinq patients encadrés par deux IDE, un atelier cuisine une à deux fois par mois pour quatre à cinq patients et un atelier de création une à deux fois par mois pour quatre à cinq patients également.

Des difficultés sont rencontrées dans les unités pour acheter par, une chaîne Hi-Fi, des consoles de jeux, considérés par l'administration comme des équipements, indépendamment du coût. Pour le matériel courant, les fonds sont débloqués en l'espace d'une semaine.

L'espace de socio-ergothérapie occupe une grande pièce avec une partie réservée à l'informatique et une autre à la bibliothèque. La partie informatique comporte cinq tables avec quatre postes informatiques reliés à Internet et à une imprimante en noir et blanc. Un poste informatique a été volé fin 2017 et n'a pas été remplacé. La partie bibliothèque comporte plusieurs centaines de livres et de documents, classés et répertoriés, deux tables permettant de conduire des activités ou de lire, des fauteuils. Les prêts sont tenus sur des fiches.

La cafétéria, ouverte comme cela est indiquée *supra* au § 5.4.5 est placée sous l'autorité d'un référent. Sont présents pendant les heures d'ouverture un des membres de l'espace d'ergo-sociothérapie et un patient assurant le service dans le cadre d'une activité à caractère thérapeutique. Ce patient, suivi en extra hospitalier et orienté selon son projet de soin, vers une

prise en charge en établissement et service d'aide par le travail (ESAT) ou à servir à la cafétéria, a signé un « *contrat de réinsertion professionnelle à la cafétéria Conception – espace ergo-sociothérapique* ». Ce contrat prévoit la nature des tâches, la durée de la période d'essai, les congés, le montant du pécule par demi-journée travaillée et les modalités de sa rupture. Ce document est signé par l'intéressé, l'équipe de soin référent, le référent cafétéria et le médecin référent. Dix patients, chacun présent deux demi-journées par semaine, sont ainsi défrayés pour les tâches accomplies. Le cadre légal de ce contrat lié au pécule doit être clarifié.

RECO PRISE EN COMPTE 22

Le statut du contrat de réinsertion professionnelle à la cafétéria Conception – espace ergo-sociothérapique » doit être clarifié.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« A ce jour, dix patients bénéficient d'un contrat de réinsertion professionnelle à la cafétéria de la Conception – espace ergo-sociothérapie, qui prévoit la nature des tâches, la durée de la période d'essais, les congés, le montant du pécule par demi-journée travaillée et les modalités de sa rupture. La direction des affaires juridiques de l'AP-HM a été saisie afin de vérifier le cadre légal de ce contrat lié au pécule.

Sur la légalité du versement du pécule aux patients inscrits à des programmes de socio-ergothérapie : effectivement un arrêté et une circulaire des 4 et 5 février 1958, ainsi qu'une circulaire du 18 novembre 1963, prévoyaient le principe de ce pécule et indexaient son taux minimum sur l'affranchissement ordinaire d'une lettre. Ces textes n'ont pas été abrogés. Dans la pratique de nombreux CH continuent d'utiliser ce principe de pécule. On peut citer les extraits de rapports d'une CRC du Jura et du CGLPL concernant un CH du Finistère plus récents concernant cette pratique. Il semble donc que même si juridiquement la question du pécule semble être discutable au regard de l'absence de réglementation postérieure à 1963 en la matière, en pratique certains établissements psychiatriques continuent à utiliser ce système. Néanmoins ce principe de pécule n'exclut pas qu'à des fins de sécurité juridique et de respect des droits et obligations des patients et de l'AP-HM, il soit tout de même conseillé de revoir le projet de contrat en se basant sur le régime juridique de l'acte d'engagement entre détenus et établissements pénitentiaires (cf article 33 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 n° 2009-1436). Le conseil constitutionnel a validé cet article dans sa décision du 25 septembre 2015, n°2015-485 QPC et a affirmé sa volonté de ne pas qualifier de contrat de travail, la relation de travail liant l'administration pénitentiaire et le détenu. Suite à ces considérations, il apparaît que s'il n'existe pas de cadre réglementaire relatif au travail des patients au sein de l'hôpital à des fins de réinsertion professionnelle, le régime juridique de l'acte d'engagement conclu entre un détenu et un établissement pénitentiaire à cette fin semble, en raisonnant par analogie, apparaître comme adapté au dispositif envisagé par l'AP-HM. Il permet en effet de cadrer juridiquement la relation entre le patient et l'AP-HM dans l'optique de cette activité de réinsertion, et assure au CGLPL le respect des droits du patient en question.

Aussi, il conviendra de modifier le contrat actuellement en cours entre le patient, le médecin et le cadre de santé au regard des dispositions précitées et notamment en y ajoutant :

- la signature du directeur général en plus de celle du patient (et non de l'équipe de soins qui pourrait tout au plus viser le contrat sans que cela ne lui confère une valeur juridique quelconque) ;
- une description précise du poste en plus des missions que comporte celui-ci ;
- le régime de travail ;
- les éventuels risques liés au poste ;

Il la base horaire de la rémunération et les cotisations sociales afférentes.

En annexe une charte signée par le patient et le directeur général détaillant l'ensemble des mesures d'accompagnement socioprofessionnelles mises en œuvre dans l'optique de la réinsertion professionnelle du patient. »

7.4 L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES EST PARTIEL

Les services de psychiatrie ne disposent actuellement d'aucun médecin généraliste. Un poste existe mais il n'est pas pourvu.

Il n'y a ainsi pas d'examen somatique par un spécialiste en médecine générale lors de l'admission des patients dans les unités, ni d'examen par ce médecin en chambre d'isolement. Les internes de psychiatrie, voire les externes, effectuent ces examens somatiques mais ne bénéficient pas du compagnonnage d'un senior dans cette discipline. Seuls les patients qui ont transité par le service des urgences générales ont été examinés par un urgentiste.

RECO PRISE EN COMPTE 23

Les personnes admises en hospitalisation dans un service de psychiatrie doivent bénéficier d'un examen somatique par un médecin généraliste.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« Le pôle a demandé dans le cadre de la péréquation 2016, un poste de praticien en médecine générale afin de répondre aux besoins de soins somatiques courants des patients hospitalisés en psychiatrie et faisant le lien avec les services de spécialité médicale. Ce praticien doit couvrir les secteurs Centre (0,4 ETP), Sud (0,4 ETP) et la pédopsychiatrie (0,2 ETP). Ceci aurait pour principal avantage de réduire le nombre de transports intra-hospitaliers et d'assurer une couverture somatique permanente à une population dont on sait que l'état de santé est souvent dégradé par rapport à la population générale (pathologies associées, maladie chroniques mal ou non suivies). Les missions confiées sont les suivantes : prise en charge somatique actuelle dans les unités d'hospitalisation temps plein du pôle de psychiatrie pédopsychiatrie, consultation sur deux demi-journées par semaine :

- consultation systématique pour tout patient en début d'hospitalisation dans le service (dans les 48 à 72h) : point sur les antécédents médicaux, traitements en cours, allergies, prise de toxiques, suivis médicaux antérieurs. Examen somatique général et orienté en fonctions des plaintes somatiques exprimées ou éventuelles pathologies. ECG et bilan biologique si nécessaire ;

- *les patients sont ensuite revus au cas par cas si symptomatique particulière (douleur, fièvre...) ou en fonction d'une éventuelle surveillance liée à une pathologie particulière (maladie chronique...).*

Si la ligne budgétaire est bien prévue (évaluée à 106 437 euros en année pleine), malheureusement le poste n'a pu être encore pourvu faute de candidat proposé par le service de médecine interne du site de la Conception. Le pôle a donc relancé auprès du responsable du DES de médecine générale la proposition d'une ouverture de PH contractuel. »

Les éléments médicaux somatiques sont consignés par les internes dans le dossier médical informatisé.

La permanence des soins somatiques est assurée par le dispositif de garde et d'astreinte de psychiatrie. En tant que de besoin, il est fait appel au médecin du service de médecine interne sur le site de la Conception et aux urgentistes, par numéro de téléphone réservé.

La continuité des soins somatiques ambulatoires n'est pas facilitée lors de la préparation à la sortie.

7.5 L'ACCES AUX AUTRES SOINS SPECIALISES EST ASSURE

L'accès à tous les autres spécialistes, aux examens d'imagerie ou biologiques est facilité par l'offre de soins de l'AP-HM, sans difficulté rapportée dans cet accès. Les soignants y accompagnent les patients. Par ailleurs, un neurologue passe une fois par semaine au sein de l'unité du secteur 2. Un cabinet dentaire situé sur le site de la Conception est réservé aux patients en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour ; les soins commencés en intra hospitalier peuvent être poursuivis au-delà du temps d'hospitalisation.

BONNE PRATIQUE 2

Les soins dentaires débutés lors de l'hospitalisation peuvent être poursuivis en ambulatoire auprès du praticien œuvrant sur le site de la Conception.

L'offre de soins en addictologie est organisée à l'échelle de l'AP-HM. Une permanence est proposée une fois par semaine « pour dire stop au tabac » et des réunions de groupe sont organisées pour les personnes qui ont arrêté, en prévention de la rechute.

7.6 L'ACCES AUX TRAITEMENTS RESPECTE LA CONFIDENTIALITE

La pharmacie à usage intérieur (PUI) est gérée, à l'échelle de l'AP-HM par quarante pharmaciens dont trois affectés au process de stérilisation, quatorze sur le site de la Timone, cinq sur le site Sud, neuf sur le site de la Conception.

Le logiciel pharma™ est utilisé pour tous les services de l'AP-HM sauf le pôle de psychiatrie ; le logiciel Cimaise™ n'apporte pas toutes les possibilités de contrôle des prescriptions pharmaceutiques et, par exemple, ne permet pas les alertes automatiques (dépassement de dose, interactions) ce qui impose au pharmacien de téléphoner au prescripteur à chaque fois. Les pharmaciens n'ont, par ailleurs, pas accès au dossier médical et ne peuvent ainsi pas vérifier les contre-indications ou allergies par exemple.

RECO PRISE EN COMPTE 24

Les pharmaciens doivent avoir accès à tous les documents médicaux utiles à l'exercice de leur mission.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« Lors de sa mission les contrôleurs ont pointé le fait que le logiciel Pharma n'était pas utilisé par les services de psychiatrie. En effet, c'est le volet pharmaceutique du logiciel Cimaise qui est activé par les services de psychiatrie. (...) Afin de permettre aux pharmaciens de disposer de tous les documents médicaux utiles à l'exercice de leur mission, il a été décidé de leur ouvrir l'accès à Cimaise sur l'ensemble des pages du dossier médical. »

Les locaux sont sur plusieurs sites mais n'appellent pas d'observation du pharmacien responsable.

Le contrôle des prescriptions est réalisé à 100 % sans difficulté rapportée pour corriger les prescriptions le nécessitant, avec 5 % de demandes de correction, et plus de 80 % de ces corrections acceptées. Ce contrôle est réalisé par les internes de pharmacie une fois qualifiés. Une absence d'interne de pharmacie durant un semestre a amené la suspension partielle de ce contrôle mais il était effectif au moment de la visite.

Les pharmaciens ne participent pas aux réunions cliniques des services mais un interne et un externe vont chaque semaine participer à la réunion clinique du service Orion.

Une permanence permet un accès 24h/24 au pharmacien, avec une garde d'un interne et une astreinte d'un pharmacien senior.

La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) est en place au sein de l'AP-HM dans son ensemble et se réunit très régulièrement avec une présence forte des médecins.

La pharmacie du CH n'a pas développé la conciliation médicamenteuse en psychiatrie.

La dispensation est hebdomadaire et nominative sur le site de la Conception et journalière non préparée sur les sites Sud. Les commandes sont réalisées deux à trois fois par semaine. Une dotation d'urgence est accessible sur le site de la Timone pour les urgences psychiatriques.

Dans les unités, les infirmières vérifient la cohérence entre les médicaments et les ordonnances et délivrent le traitement aux patients de manière confidentielle un par un dans la salle de soin ou le bureau infirmier. La porte est en général fermée. A l'unité Orion et celle du secteur 3, des chaises sont disposées et permettent aux patients de s'asseoir en attendant leur tour dans le couloir près de la pharmacie.

Quelques praticiens prescrivent des « *injections si besoin* » de sédatifs en cas d'agitation ou de refus de traitements. Il ne semble pas que le médecin vienne systématiquement rechercher le consentement du patient avant que les IDE ne procèdent à l'injection non acceptée par le patient. Le CGLPL rappelle que toute « *injection si besoin* » doit être proscrite, sauf accord express du patient.

RECO PRISE EN COMPTE 25

La mise en œuvre de prescription « si besoin », sans le consentement du patient, doit être prohibée. L'administration d'un traitement refusé par le patient impose la recherche du

consentement par le médecin prescripteur et la traçabilité sur le dossier des motifs cliniques amenant l'usage de la force pour cette administration.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« L'équipe médicale du pôle de psychiatrie partage ce point. L'administration d'un traitement contre le consentement du patient doit toujours se faire sur prescription médicale immédiatement consécutive à une évaluation clinique in vivo et in situ. De plus, les motifs cliniques amenant à l'usage de la force pour une administration sont corrélés et conditionnés aux moyens thérapeutiques employés préalablement à ce recours d'extrême nécessité. En effet, préalablement aux actions de soins menant à l'utilisation de la contrainte, il convient d'avoir mis ou tenté de mettre en œuvre un ensemble de mesures thérapeutiques alternatives, moins restrictives, qui se seront révélées inefficaces ou inappropriés (c'est-à-dire sans que celles-ci aient réussi à prévenir la crise amenant au risque de violence identifié), de tracer l'inefficacité de ces dernières, et d'informer le patient sur sa prise en charge actuelle et sur l'action contrainte envisagée (isolement, traitement sédatif), sa situation et ses droits, d'une manière claire, loyale et adaptée à ses troubles psychiatriques processuels. Cela signifie qu'en cas d'urgence majeure, l'information peut être minimale mais doit exister toutefois.

Les actions d'amélioration proposées sont les suivantes :

- *implication de la capsule qualité gestion des risques du pôle (avec appui de la cellule qualité du site) pour : assurer le traçage effectif de la démarche clinique, et des moyens humains et thérapeutiques préalables, ayant amené au recours à la prescription de force ; assurer le suivi de ces administrations/prescriptions au même titre que des événements indésirables/plaintes et réclamations du pôle ; accompagner les revues de morbi-mortalité et les démarches du comité de retour d'expérience du pôle qui en découleraient ; assurer le suivi des actions du pôle inscrites au plan d'action qualité sécurité des soins ;*
- *institution et mise en place effective sur les deux postes de comités de retour d'expérience ;*
- *plan de formation intégrant des formations obligatoires aux techniques de désescalade et de désamorçage ainsi qu'aux aspects médico légaux et de responsabilité en psychiatrie ;*
- *autorisation d'accès aux logiciels de prescriptions médicamenteuses jusqu'alors fermés aux pharmaciens (logiciel Cimaise) avant uniformisation prochaine (passage au logiciel Axigate). »*

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

8. LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

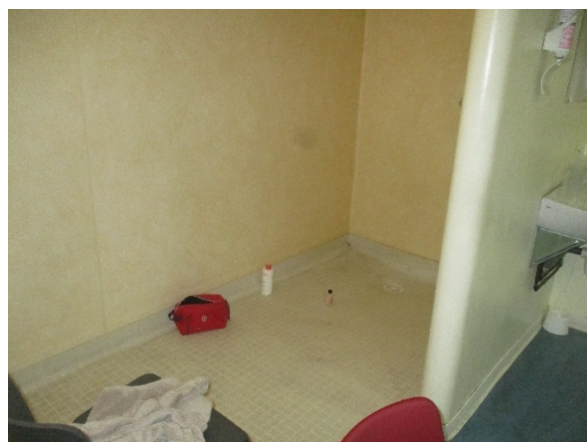
8.1 LA CONCEPTION DES CHAMBRES D'ISOLEMENT NE PERMET PAS LE RESPECT DE LA DIGNITE

L'établissement répertorie six chambres d'isolement (CI) sur le site de la Conception (deux CI au secteur 2, au secteur 3 et au secteur 4), treize sur le site de Sainte-Marguerite dont onze au sein de l'unité Cassiopée (cf. § 8.2), et une aux urgences psychiatriques soit **vingt au total**.

Les six CI du site Conception sont toutes identiques, positionnées par deux séparées d'un sas commun avec table et douche sans porte ni rideau, lavabo et miroir, sans patère anti suicide (les patients déposent pyjama et serviettes sur une chaise) ; c'est également dans ce sas que les personnes isolées fument ; un vasistas est alors entrouvert pour évacuer les fumées. Les repas sont pris dans le sas avec vaisselle et couverts en plastique puis rapidement avec les autres patients de l'unité dans la salle à manger. L'isolement alors séquentiel peut durer plusieurs jours.



Chambre d'isolement unité secteur 4



Douche du sas unité secteur 3

Les deux portes de la CI sont percées d'un fenestron occultable.

La CI comporte un lavabo et des toilettes visibles du lit mais aussi d'un fenestron non occultable donnant sur le sas. Ce fenestron situé au-dessus du lavabo permet à un patient en CI de voir ce qui se passe dans le sas (repas, entretiens ou pauses cigarettes de l'autre patient). La chasse d'eau ne se commande que depuis le sas.



Chambre d'isolement unité Vega

L'horloge à aiguilles sans date est difficilement visible depuis la chambre, à travers les fenestrons du sas mais, ni depuis le lit, ni lorsque la lumière est éteinte. Le lit est fixé au sol et dispose d'un matelas plastifié.

La sonnette d'appel est placée derrière le lit et n'est pas accessible lors des contentions.

Les CI disposent de grandes fenêtres, avec brise-vue pour protéger du soleil et du vis-à-vis. Un volet électrique est commandé de l'extérieur de la chambre. L'éclairage est possible par néon, avec variateur à commande extérieure.

L'accès en CI n'est possible qu'en présence de deux IDE ; le port du pyjama y est systématique. L'isolement en chambre ordinaire n'est pas pratiqué.

Sur le site de Sainte-Marguerite, seules deux unités disposent d'une CI, dont l'une est appelée chambre de dissuasion (unité Antares). De fait, les patients en crise sont transférés au sein de l'unité Cassiopée (cf. § 8.2).

A l'unité Antares, la CI est une chambre d'hospitalisation dont la porte est percée d'un hublot ; la porte de l'armoire a été ôtée. La chambre dispose d'une salle d'eau avec douche et WC accessible par le patient.



Chambre d'isolement urgences psychiatriques



Porte extérieure de la chambre d'isolement, Antares

A l'unité Vega, la CI est appelée chambre d'apaisement et n'est utilisée que pour des temps de résolution de crise de quelques minutes, avant, en cas d'échec, un transfert à l'unité Cassiopée.

Cette chambre ne dispose pas de volet ni d'horloge ni d'accès à un interrupteur pour allumer ou éteindre la lumière ; elle dispose, en revanche, d'une étagère, d'un coffre, d'un poste de télévision ; la fenêtre peut s'ouvrir pour l'aération.

La conception architecturale de ces chambres ne répond ainsi pas au parfait respect attendu de la dignité. La présence d'un bouton d'appel mural est partout constatée mais il n'est pas prévu de modalités d'appel pour les phases de contention. Les fenêtres ne s'ouvrent pas pour permettre l'aération (sauf unité Vega) ; les toilettes sont accessibles mais pas la chasse d'eau (sauf unités Vega et Antares). Les patients ne peuvent pas, seuls, allumer ou éteindre la lumière ou fermer les volets.

RECOMMANDATION 10

Les chambres d'isolement doivent toutes disposer d'un dispositif d'appel, accessible pendant les phases de contention, de la possibilité d'allumer ou éteindre sa lumière, d'avoir accès à l'eau, aux toilettes et à l'aération de la pièce, disposer d'un siège pour le patient comme pour le soignant.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« La conception architecturale des chambres d'isolement de Solaris ne répond pas au respect attendu de la dignité : bouton d'appel, lumière, chasse d'eau, aération...

Les chambres d'isolement installées dans chaque unité disposeront toutes d'un appel malade à la tête du lit, comme demandé par les personnels soignants. Il est possible d'allumer et d'éteindre les lumières. L'accès au coin sanitaire (lavabo et WC) est aisé. Il est facile d'aérer la pièce. Des chaises et une table sont positionnées dans le SAS commun et sont fixées au sol.

La mise en œuvre se fera progressivement avec les travaux selon le planning suivant : deux chambres dans l'unité Andromède en septembre 2020, deux chambres d'isolement dans les unités d'Orion et Centaure en juin 2021, une chambre d'isolement dans les unités Vega et Antares en décembre 2021 ; soit huit chambres d'isolement réparties dans les cinq unités d'hospitalisation du bâtiment Solaris. »

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements échelonnés sur plus d'un an.

Enfin, onze chambres d'isolement sont utilisées en onze chambre d'hospitalisation à l'unité Cassiopée (cf. § ci-dessous).

8.2 UNE UNITE, CASSIOPEE, CONSTITUEE UNIQUEMENT DE CHAMBRES D'ISOLEMENT, EST INDIGNE

En préambule à cette description, la qualité des soins psychiatriques par les soignants et les médecins n'est pas en cause et les contrôleurs ont observé le professionnalisme et la bienveillance des soignants. Malheureusement, ces professionnels **sont placés dans des conditions d'exercice de leur mission qui les amènent à mettre en œuvre une prise en charge institutionnelle indiscutablement indigne.**

En effet, l'unité Cassiopée est un assemblage de onze chambres d'isolement dans un ensemble immobilier qui n'est pas adapté à des soins de psychiatrie et qui ne comporte aucune chambre hôtelière d'hospitalisation. Or, les chambres d'isolement sont des outils de sécurité de dernier recours dans lesquels les patients ne doivent rester que le temps nécessaire à la résolution d'une crise. Ces chambres ne comportent ici qu'un lit métallique fixé au sol au milieu de la pièce, sans aucun autre meuble. Un sas donne accès à une salle d'eau avec toilettes et douche.

Sauf mesure d'isolement décidée par le psychiatre, la porte de ces chambres reste ouverte. Toutes les portes des chambres étaient cependant encore systématiquement fermées toutes les nuits jusqu'à l'automne 2019. Elles sont, au moment du contrôle, encore systématiquement fermées la nuit pour les personnes détenues, sans décision médicale.

Par ailleurs, **les réelles mesures d'isolement, portes fermées, sont inconnues en absence de registre d'isolement et de contention exploitable et exploité, contrairement à l'article L3222-5-1 du code de la santé publique et aux recommandations de la haute autorité de santé (HAS).**

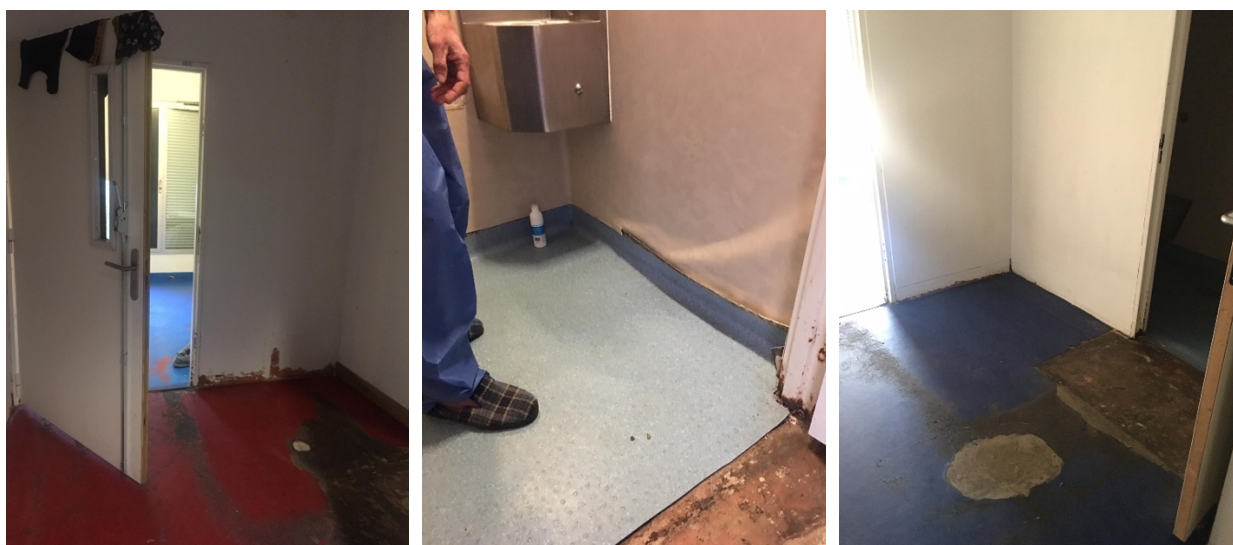
Outre que les chambres, utilisées fermées comme CI, sont impropres à l'apaisement d'une crise (accès aux toilettes et à l'eau impossible si la porte du sas est fermée, pas d'aération possible de la pièce, volets hors service, absence d'horloge, etc.), **elles sont toutes insalubres** avec des sols décollés, des fenêtres qui ne s'ouvrent plus, des fils électriques apparents et des interrupteurs cassés, des volets hors service, des douches qui arrosent les WC et inondent le sas, et sont depuis quelque temps sans eau chaude.

Le service ne dispose d'aucun stock de serviettes pour les patients sans famille ou dépourvus de ressources et **les personnes doivent s'essuyer avec un drap après la douche**. Les patients n'ont rien pour poser leurs vêtements ou affaires, qui leur sont de toute façon retirés. Un pyjama stigmatisant est obligatoire durant les vingt-quatre premières heures sans raison médicale pour tous les patients.

Les repas sont servis dans des barquettes en plastique, avec des couverts en plastique et des gobelets en plastique mou.

Les familles doivent déposer leurs affaires personnelles (sacs, téléphone, etc.) avant de rentrer dans l'unité **comme cela se pratique dans les prisons**. **Cinq caméras se trouvent dans l'unité de soins et filment en permanence les patients dans les parties communes**, les écrans étant à l'entrée du bâtiment dans le bureau et **sous le regard des vigiles d'une société privée**.

L'accès au patio extérieur est possible uniquement accompagné et donc limité. Le tabac est par ailleurs contingenté arbitrairement par les soignants (une cigarette toutes les deux heures).



Chambres de l'unité Cassiopée

L'indignité de cette prise en charge est accentuée par des locaux structurellement inadaptés à l'exercice de la psychiatrie : il n'y a pas de bureau d'entretien garantissant la confidentialité et la sérénité d'une consultation (qui se déroule de ce fait dans la salle des infirmiers où entrent et sortent les professionnels), pas de salle d'activité, pas d'espace d'apaisement et d'hypostimulation, pas de salon pour les familles. Il n'y a donc pour déambuler, qu'un couloir dégradé sans lumière du jour.



Couloir de l'unité



Intérieur d'une chambre

L'indignité n'est pas atténuée par les activités (occupationnelles et thérapeutiques) qui sont **réduites à peu de chose** (une table de ping-pong est rangée, un carton de livres est fermé dans la salle des infirmiers), avec un poste de télévision collectif. Elles ne sont, dans tous les cas, pas organisées et intégrées dans le projet de soins.

Les restrictions de liberté sont systématiques pour tous les patients sans rapport avec la clinique ; retrait du téléphone et de toutes les affaires personnelles à l'exception des vêtements qu'il porte. En outre, la notification des droits est faite mais aucun document n'est laissé au patient qui n'a ainsi pas accès aux voies de recours.

Enfin, au-delà de l'unité Cassiopée, **c'est toute l'organisation de la prise en charge des situations de crise qui doit faire l'objet d'une réflexion médicale et d'un projet médico-soignant à l'échelle des six unités du site de Sainte-Marguerite**. Les neuf patients rencontrés dans cette unité, tous en soins sans consentement, ne présentaient pas de clinique spécifique justifiant un enfermement de cette sorte. Les patients admis dans l'unité le sont pour des considérations punitives (un patient devait y être admis pour refus de traitement) ou un risque lié au caractère ouvert des autres unités.

Cette absence de modernisation de l'offre de soins permettant le respect de la dignité et des droits fondamentaux est d'autant plus inacceptable que les dotations spécifiques de la psychiatrie le permettraient (cf. § 2.2).

RECO PRISE EN COMPTE 26

Il doit être mis un terme sans délai à l'indignité et au non-respect des droits fondamentaux des patients en soins sans consentement pris en charge au sein de l'unité Cassiopée de l'AP-HM.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« Pour répondre à la recommandation, la fiche traitera tout à la fois des aspects organisationnels de la prise en charge des patients sous contrainte sur Solaris (site Sainte-Marguerite) et des travaux d'aménagement nécessaires pour la prise en compte des évolutions structurelles projetées :

1 L'organisation des soins sans consentement sur Solaris :

Fermeture de l'unité Cassiopée et insertion de huit cellules d'isolement (CI) au sein des unités ouvertes de Solaris.

Le nombre de CI a été arrêté à huit au regard des éléments suivants : principe retenu par la GHT 13 : 2 CI par secteur ; comparaison avec les secteurs de Conception : 2 CI pour 34 lits soit 6 CI pour l'ensemble des trois secteurs, un tiers des patients accueillis à ce jour sur Cassiopée sont hors secteur AP-HM.

Afin d'atteindre la cible, une phase transitoire a été mise en place pour modifier certaines pratiques de Cassiopée, tenir compte tout à la fois des contraintes de formations des agents de l'ensemble des équipes de Solaris, mais aussi des délais de mise en travaux

Modification des pratiques de Cassiopée lorsqu'elles ont un caractère systématique et ou non proportionnées à la situation des patients :

A cet effet un projet concerne l'arrêt des règlements trop systématiques (mises en pyjama, fouilles, accueil et visites des familles, accès au parc) et l'arrêt des caméras au sein de Cassiopée. La fermeture de Cassiopée comme unité fermée est intervenue progressivement. Depuis le 15 mars 2020, l'unité est ouverte, elle comporte cinq CI, cinq lits en regard, un bureau des consultations. Elle sert de rocade avant implantation des CI dans les autres unités.

Un plan de formation est proposé à l'ensemble du personnel de Solaris. Un kit de formation à suivre obligatoirement a été arrêté. Les thématiques sont la réforme de la psychiatrie et les droits des personnes, la gestion de la violence en psychiatrie, la clinique en psychiatrie dans la nouvelle organisation des soins hospitaliers, la prévention du suicide. Les séances ont démarré à compter de la première semaine du mois de mars.

Par ailleurs, une démarche de supervision des pratiques pour l'unité Cassiopée a démarré dès le mois de février 2020

2 – La rénovation et la restructuration des unités de Solaris :

Il a été décidé de créer des chambres d'isolement dans chaque unité d'hospitalisation (deux pour Andromède, Orion, Centaure, un pour Vega et Antares. Des travaux ont été engagés pour réaliser au plus vite le modèle des deux CI dans l'unité Andromède car disponible immédiatement puisque non occupée. Cette opération a permis d'identifier les difficultés techniques à traiter (renfort du sol pour supporter les cloisons ad hoc, dépose du système de chauffage et climatisation par le sol, implantation d'un ventilo convecteur en plafond...). Sur ce modèle, un dossier de consultation des entreprises emportant la réalisation des CI dans les quatre autres unités, la réhabilitation des unités, la réhabilitation des réseaux d'eau et la réfection des sols est en cours de rédaction. »

*Un calendrier des travaux est joint aux observations jusqu'au 15 décembre 2021. **Les contrôleurs soulignent la qualité du document joint aux observations intitulé « isolement et contention, pôle de psychiatrie, pédopsychiatrie et addictologie, février 2020 » qui repose les bases de la pratique de l'isolement au sein des unités du pôle en les conceptualisant.***

Dans ses observations du 28 juillet 2020, le directeur général de l'ARS indique que la visite du contrôle général a accéléré la prise en décision de l'établissement quant à l'avenir de l'unité Cassiopée. Dès le débriefing opéré par les contrôleurs sur site, l'ARS a demandé à l'établissement de tracer un plan d'action. Des mesures immédiates ont été prises (arrêt de la vidéosurveillance, accès libre à l'espace extérieur, disparition des mesures contraignantes lors des visites des aidants). Des mesures à court, moyen et long termes ont été tracées. Aujourd'hui, l'unité Cassiopée comporte cinq chambres d'isolement, cinq chambres en regard et un bureau de consultation a été créé. L'objectif à terme est la fermeture de cette unité et la construction de

chambres d'isolement aux normes HAS dans les unités de secteur (huit au total). Cette nécessaire réorganisation sera mise à profit pour rénover des unités qui, quoique récentes, sont déjà dégradées afin d'offrir des conditions de prise en charge de meilleure qualité aux patients. A terme, l'ensemble des unités des hôpitaux Sud sera donc réhabilité et fonctionnera en mode ouvert.

Scène observée sur le site de Sainte-Marguerite :

Le mercredi après-midi, les soignants se sont aperçus qu'un patient en SDRE n'était pas dans le service. Ce patient avait son téléphone. Ils l'ont donc appelé. Il était en ville à Castellane et ils l'ont invité à rentrer, ce qu'il a fait aussitôt. A son retour, il a été accueilli par le médecin et des infirmiers pour lui faire une remontrance et l'inviter à prendre son traitement. Le patient a refusé ce traitement, ce qui a eu pour conséquence une prise de décision du médecin pour une orientation au service fermé de Cassiopée. Il a été fait appel à l'équipe de sécurité, à un renfort d'infirmiers et au médecin de Cassiopée. Cette équipe devait arriver dans la demi-heure mais lorsqu'elle est arrivée, on a cherché le patient et on a pensé qu'il avait de nouveau quitté l'hôpital. Finalement, il était dans un coin du jardin de l'unité. Une discussion s'est engagée entre lui et les médecins des deux unités. Un membre de l'équipe de sécurité se trouvait à ses côtés et les autres membres de l'équipe près de la porte du jardin. Les infirmiers étaient plus éloignés et se trouvaient dans le couloir vitré d'accès au jardin. Il y avait une dizaine de personnes qui se trouvaient présentes à la vue du patient qui était calme. Après une bonne demi-heure de discussion, le patient qui ne voulait pas aller à Cassiopée, a accepté de prendre son traitement et est donc resté dans son unité.

8.3 LES PRATIQUES D'ISOLEMENT SONT PEU ANALYSEES ; LA CONTENTION EST TRES PEU UTILISEE

Le pôle de psychiatrie ne dispose pas de projet médical et n'affiche pas clairement le souhait d'une politique de moindre recours à l'isolement et à la contention.

Le rapport 2018 « *rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention* » a été présentée pour la première fois devant le conseil de surveillance de l'AP-HM le 28 juin 2019.

Une procédure, actualisée en mars 2017, précise la mise en chambre d'isolement en psychiatrie générale ; elle rappelle la réglementation en vigueur de manière très détaillée, indique les modalités de renseignement du logiciel Cimaise™ et la surveillance attendue de la part des soignants.

Les mesures d'isolement et de contention sont informatisées et les praticiens renseignent le dossier informatique des patients du logiciel Cimaise™.

Les renouvellements de mesure sont couplés d'une visite auprès du patient ; les mesures décidées par un interne ou un non-psychiatre sont validées formellement par un psychiatre.

Les personnes placées en CI ne bénéficient pas d'un examen somatique par un somaticien sauf demande du psychiatre.

RECO PRISE EN COMPTE 27

Les patients placés en chambre d'isolement doivent bénéficier d'un examen somatique réalisé par un spécialiste en médecine générale.

Les observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire du directeur général de l'AP-HM sont globalisées avec la recommandation du § 7.4.



Matériel de contention

Les chambres d'hospitalisation sont dites conservées lorsque le patient est placé en CI, sauf lors des hospitalisations en urgence.

Des isollements « séquentiels » sont encore pratiqués dans certaines unités pour plusieurs jours et pas seulement sur une phase très courte de sortie d'isolement.

La mise en pyjama de manière systématique dès le placement en CI est encore pratiquée dans quelques unités.

Les patients en CI n'ont pas le droit aux visites de familles de manière systématique dans quelques unités (unité du secteur 2 par exemple).

Le CHU utilise des kits de contention avec aimant, comportant deux sangles de poignets, et deux pour les chevilles.

8.4 LE REGISTRE EST RENSEIGNE MAIS IL EST INSUFFISAMMENT EXPLOITE

Les décisions de placement en isolement et contention sont toutes informatiquement tracées (sauf à Cassiopée) sur le logiciel Cimaïse™. La durée est renseignée, de même que le lieu de mise en isolement (espace spécifique dédié ou hors espace spécifique), le motif de la décision initiale, les consignes de surveillance. La traçabilité d'une mise en place de contention est également effective.

Cependant le logiciel ne permet pas d'extraire de cette base de données un registre détaillant chaque mesure d'isolement et contention dans une démarche d'analyse globale de la pratique par unité ou secteur. La pratique de l'isolement et de la contention n'est donc pas encore analysée en termes de file active et de mise en œuvre par les équipes soignantes.

Ces difficultés techniques ont imposé par exemple un travail d'une semaine au département d'information médicale pour obtenir les chiffres suivants relatifs à l'année 2019. Les durées moyennes de mesure comme les durées minimales et maximales des mesures d'isolement ne sont pas calculables en l'état.

L'analyse n'est possible que par secteur, par fusion des deux unités, le cas échéant.

Secteur 1 : Sur une file active de 415 patients présents et entrés dans le service, 26 (6,3 %) ont eu une ou plusieurs mesures d'isolement. 2 patients (soit 7,7 % des patients placés en isolement) ont eu une contention associée pour des durées inférieures à neuf heures. 2 patients ont eu une

mesure d'isolement initiées alors qu'ils se trouvaient en soins libres mais ont été régularisés en soins sans consentement avant vingt-quatre heures. 5 patients ont été isolés hors CI.

Secteur 2 : Sur une file active de 447 patients présents et entrés dans le service, 47 (10,5 %) ont été placés en chambre d'isolement. 5 patients (soit 10,6 % des patients placés en isolement) ont eu une contention associée pour des durées inférieures à vingt heures. 5 mesures d'isolement ont été initiées alors que les patients se trouvaient en soins libres et toutes étaient régularisées à vingt-quatre heures. Aucun isolement et aucune contention ne sont indiqués hors CI.

Secteur 3 : Sur une file active de 369 patients présents et entrés dans le service, 50 (13,5 %) ont été placés en chambre d'isolement. 3 patients ont eu une contention associée de deux heures maximum. 8 patients étaient en soins libres lors de la mesure et 6 étaient régularisés en SSC avant vingt-quatre heures. Aucun isolement et aucune contention ne sont indiqués hors CI.

Secteur 4 : Sur une file active de 295 patients présents et entrés dans le service, 31 (10,5 %) ont été placés en chambre d'isolement. Aucun patient n'a eu une contention associée. Une mesure d'isolement a été initiée alors que le patient se trouvait en soins libres mais était régularisée à vingt-quatre heures. Aucun isolement et aucune contention ne sont indiqués hors CI.

Secteur 5 : Sur une file active de 180 patients présents et entrés dans le service, 20 (11,1 %) ont été placés en chambre d'isolement. 1 patient (soit 5 % des patients placés en isolement) a eu une contention associée de durée inconnue car non renseignée. 4 mesures d'isolement ont été initiées alors que les patients se trouvaient en soins libres, et 2 étaient régularisées en SSC à vingt-quatre heures. 12 isollements sont indiqués hors CI.

Secteur 6 : Sur une file active de 216 patients présents et entrés dans le service, 3 (1,4 %) ont été placés en chambre d'isolement. 1 patient a eu une contention associée de trois heures. 1 mesure d'isolement a été initiée alors que le patient se trouvait en soins libres et n'était pas régularisée au bout de vingt-quatre heures. 2 isollements sont indiqués hors CI. Le chiffre faible d'isollements s'explique par la pratique de transférer les patients le nécessitant à l'unité Cassiopée.

Urgences psychiatriques : Sur une file active de 1 179 patients passés dans le service, 129 (11 %) ont été placés en chambre d'isolement. 18 patients (14 % des patients isolés) ont eu une contention associée. 8 mesures d'isolement ont été initiées alors que les patients se trouvaient en soins libres et seules 3 étaient régularisées après vingt-quatre heures. 1 isolement est indiqué hors CI.

L'analyse du registre montre ainsi une pratique très faible de la contention, pratique qui n'est pas valorisée car non connue des professionnels.

BONNE PRATIQUE 3

La contention est très peu utilisée dans les services d'hospitalisation complète.

Les mesures d'isolement sont variables d'un secteur à l'autre mais globalement modérées ; elles sont cependant à mettre en perspective des modalités d'utilisation de l'unité Cassiopée sur le site de Sainte-Marguerite qui est une unité de onze chambres d'isolement non reconnues comme telles lorsque la porte reste ouverte.

Certains patients restent en soins libres au-delà de vingt-quatre heures d'isolement ; les durées d'isolement sont inconnues et le registre devra permettre de les analyser.

RECO PRISE EN COMPTE 28

L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants, et doit permettre de limiter ces pratiques à ce qui n'a pu être obtenu par d'autres moyens.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« Le registre est basé sur un recueil par les professionnels sur le dossier patient informatisé (Cimaise) sur une page dédiée. Une sensibilisation au remplissage a été réalisée auprès des professionnels et fait l'objet d'une action spécifique et régulière de formation par l'équipe du DIM qui a été renforcée. Un fichier Excel peut déjà être extrait avec des améliorations par rapport aux documents précédents, du fait de l'amélioration de la saisie. Mais l'extraction du fichier doit encore être améliorée. Un travail informatique pur (DIM/DSN) est en cours pour mettre à disposition un outil personnalisé et actualisé mensuellement pour chaque service/secteur. Ce travail doit permettre de nettoyer de façon automatisée les fichiers et relier le formulaire contention avec le séjour du patient. Dans le cadre de la mise en place du comité de suivi des patients en sons sans consentement, les données issues de l'outil intranet produit seront analysées par les équipes de psychiatrie des deux sites. »

9. UNE PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE

9.1 LES PATIENTS DETENUS SONT SYSTEMATIQUEMENT PLACES EN CHAMBRE D'ISOLEMENT ET SE VOIENT PRIVES DE CERTAINS DROITS

Les personnes détenues sont hospitalisées au titre des articles L 3214-3 du code de la santé publique et dans les conditions prévues par l'article D 398 du code de procédure pénale ou de l'article L 122-1 du code pénal.

Les personnes détenues du centre pénitentiaire des Baumettes ayant besoin d'être hospitalisées en psychiatrie, le sont majoritairement sur l'unité hospitalière de soins adaptés (UHSA), l'APHM n'accueillant qu'un nombre très limité de ces patients (dix-neuf en 2018, dix-sept en 2019, pour une durée moyenne de séjour entre neuf et treize jours).

Les patients détenus arrivent en ambulance et sont pris en charge par deux soignants de l'hôpital (la permanence des cadres infirmiers organise le transport en fonction des disponibilités en effectifs). Le patient n'est pas menotté ni entravé mais il peut être (rarement) sanglé. En principe, le transport se fait en position couché pour le patient. Une escorte pénitentiaire ou de police accompagne parfois l'ambulance, l'initiative de ces mesures ne relevant pas de l'hôpital.

A l'issue des soins, les patients détenus sont majoritairement redirigés sur l'établissement pénitentiaire de provenance et ce sont des personnels pénitentiaires qui viennent les rechercher avec un véhicule pénitentiaire. Les autres sont transférés à l'UHSA.

Le patient détenu est vu dès son arrivé par un psychiatre de l'unité ou de garde. Il est systématiquement mis en pyjama bleu et placé au sein d'une chambre d'isolement (majoritairement dans l'unité Cassiopée du secteur Sud, mais parfois dans l'unité 1 du secteur 3 ou du secteur 4 de l'hôpital Conception appelé « Chabannes 1 »). Le patient détenu demeure en chambre d'isolement durant toute la période de son hospitalisation et ce quelle que soit l'évolution de son état clinique. Les soignants disent vouloir éviter « une fugue ». Exceptionnellement, le patient détenu peut être placé en chambre normale avec fermeture de la porte de l'unité. Il n'est jamais enfermé en chambre normale.

Cette pratique est contraire aux dispositions du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice (instruction ministérielle N°DGS/SP/DGOS/DSS/DGCS/DAP/PJJ/2017/345 du 19 décembre 2017) : « l'isolement et la contention des personnes détenues, au seul motif de leur statut juridique, sont à proscrire ».

RECO PRISE EN COMPTE 29

Le placement en chambre d'isolement des patients détenus doit être une pratique de dernier recours, motivée par leur état clinique et non par leur statut juridique.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« Les personnes détenues hospitalisées peuvent être accueillies dans les services de psychiatrie adulte du pôle 1 (soit à Sud soit à Conception). Mais le parcours de soins de ces personnes détenues doit viser un accueil plus rapide dans l'unité hospitalière de soins adaptée (UHSA, pôle 11). Cette articulation existe déjà mais bénéficierait d'une orientation plus rapide, en lien plus étroit avec les équipes d'amont des centres pénitentiaires (et notamment des Baumettes). L'absence d'accueil direct à l'UHSA impose donc un passage fréquent dans les unités de

psychiatrie adulte du pôle 1. La fermeture de l'unité fermée Cassiopée et la transition vers un modèle d'unité ouverte avec la possibilité de CI tendront à homogénéiser les prises en charges avec les services de la Conception. Ce contexte impose un accueil initial en CI pour les patients détenus en attente d'un relai rapide vers l'unité UHSA, en l'absence d'une surveillance soignante constante et de possibilité de surveillance pénitentiaire. Le passage en unité ouverte est envisagé au cas par cas et selon l'évaluation clinique et les ressources soignantes après accord du chef de service, de la direction de site et du comité de suivi des SSC. Nous rappelons que la mise en pyjama systématique est désormais proscrite, et que le recours aux contentions n'est pas incriminé dans le rapport du CGLPL. »

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

Aucune information sur la situation pénale du patient détenu ou le motif d'incarcération n'est mis à la disposition de l'hôpital. Il n'existe pas davantage de fiche de liaison entre les deux structures et l'hôpital doit appeler le greffe pour connaître les droits de visite et appels téléphoniques autorisés. L'hôpital ne reçoit ni de l'établissement pénitentiaire ni de la préfecture les permis des personnes autorisées à visiter les patients détenus. Les patients détenus ne bénéficient que de rares visites.

RECOMMANDATION 11

Les modalités d'hospitalisation des patients détenus doivent donner lieu à un protocole avec l'établissement pénitentiaire. Une fiche de liaison doit accompagner chaque patient détenu précisant les visites et les appels autorisés.

La personne détenue n'arrive pas toujours avec son tabac de l'établissement pénitentiaire ce qui n'est pas sans poser difficultés étant donné qu'il n'est pas non plus possible de sortir de l'argent de l'établissement pénitentiaire pour que ce dernier puisse acheter son tabac.

RECOMMANDATION 12

Sauf contre-indication médicale, le patient détenu doit pouvoir disposer de ses vêtements, objets personnels et tabacs.

Dans ses observations du 26 juin en réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'AP-HM indique :

« Les conditions d'une hospitalisation en D398 sont compliquées du fait qu'elles peuvent intervenir en fin de service de jour voire en soirée, auquel cas, seule la fiche de liaison est transmise. Charge aux services de l'hôpital, dès le lendemain de saisir les fonctionnaires du service de gestion de la détention ou bureau de liaison interne/externe, afin de se faire transmettre les copies des permis de visite du détenu par scan mail. Toutefois, la gestion des vêtements et du tabac demeure entière puisque le détenu part en urgence.

L'AP-HM va se rapprocher de l'administration pénitentiaire afin d'établir un protocole qui permette au patient détenu placé en D398 sur les structures hospitalières de pouvoir récupérer dès le lendemain des affaires, du tabac, du nécessaire de toilette. »

Les contrôleurs maintiennent leurs recommandations dans l'attente des solutions trouvées.

9.2 LA PEDOPSYCHIATRIE N'A PAS FAIT L'OBJET DU PRESENT CONTROLE

La psychiatrie pour enfants et adolescents de l'AP-HM ne prend pas en charge d'enfants en hospitalisation contrainte ; elle dispose principalement de places d'hôpitaux de jour, de lits pour adolescents, de CMP. Les contrôleurs n'ont par conséquent pas contrôlé ces structures.

10. CONCLUSION

Le pôle de psychiatrie de l'AP-HM a fait l'objet d'un contrôle de douze unités en janvier 2020, dont l'unité des urgences psychiatriques. Ce contrôle s'est déroulé dans de bonnes conditions et les professionnels et différents intervenants s'y sont prêtés avec transparence et intérêt.

Même si la part des personnes en soins sans consentement reste modérée, ces patients souffrent néanmoins de **l'absence d'organisation des soins en général en lien avec le besoin de soins. Il n'y a d'ailleurs aucun projet médico-soignant** définissant la façon de prendre en charge l'ensemble des patients, en soins libres comme en soins sans consentement.

Cette absence d'organisation des soins laisse prospérer des pratiques différentes entre les services.

Certaines innovations sont soulignées par le contrôle comme améliorant l'accès aux soins et le droit des patients, comme le développement d'une équipe de crise à Sainte-Marguerite, même si cette mise en place s'est faite au détriment des structures ambulatoires existantes et sans moyens supplémentaires, ce que permettait pourtant le financement de la psychiatrie au sein de l'établissement par les tutelles.

Par ailleurs, les soins psychiatriques à proprement parler, sont totalement dispensés, dans la permanence et la pluridisciplinarité, les contrôleurs regrettant simplement une insuffisante intégration des activités, dans le projet de soin des patients de Sainte-Marguerite. Le développement de médiateurs santé pairs apporte une plus-value incontestable. Enfin, hormis à Cassiopée, ces soins sont dispensés dans des locaux propices à la prise en charge, avec un respect de la liberté d'aller et venir et la limitation des restrictions de liberté. Même si là encore, l'établissement néglige certains aspects, comme l'accès à l'eau chaude, aux serviettes, aux couverts en inox.

Malheureusement, d'autres évolutions de la prise en charge ont abouti à placer les soignants, dont le professionnalisme n'est pas en cause, dans des conditions anormales d'exercice de leur mission qui amènent **une prise en charge ce jour indigne dans l'unité Cassiopée**, tant dans les conditions matérielles de prise en charge, à la limite de l'insalubrité, que dans la philosophie et l'usage même de l'isolement et de l'enfermement. Cette unité n'est qu'un assemblage de onze chambres d'isolement dans un ensemble immobilier qui n'est pas adapté à des soins de psychiatrie, dans le contexte d'une prise en charge globale de filière de psychiatrie de crise à questionner sur ce site de Sainte-Marguerite.

Globalement, le patient sujet de droit est incontestablement un sujet qui méritera une attention particulière car il constitue une faiblesse importante pour l'établissement. L'information donnée aux patients sur leurs droits est insuffisante, informelle et parfois inexacte.

La notification des droits des patients en soins sans consentement est faite mais les copies ne sont pas partout données ; les certificats médicaux sources des décisions ne sont pas joints à la notification ; les décisions sont antidatées et ne sont pas prises en temps réel.

L'accès au somaticien devra être mis en place sur l'ensemble des trois sites, par la présence régulière d'un médecin généraliste examinant toutes les admissions, et les personnes placées dans les chambres d'isolement.

Enfin, l'établissement devrait valoriser une pratique très faible de la contention et analyser le registre de l'isolement pour encore limiter son utilisation, d'autant que beaucoup de chambres d'isolement ne sont pas totalement propices à l'apaisement.

16/18 quai de la Loire
CS 70048
75921 PARIS CEDEX 19
www.cglpl.fr