



**Centre hospitalier général  
Robert Ballanger  
Aulnay-sous-Bois  
(Seine-Saint-Denis)  
*Du 19 au 21 janvier 2010***

Contrôleurs : Betty Brahmy, chef de mission,  
Khadoudja Chemlal,  
Thierry Landais,  
Isabelle Le Bourgeois,

En application de la loi du 30 octobre 2007 instaurant le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite des secteurs de psychiatrie du centre hospitalier général Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois (Seine-Saint-Denis) du 19 au 21 janvier 2010.

## **1 CONDITIONS DE LA VISITE.**

Les contrôleurs sont arrivés au centre hospitalier situé avenue Robert Ballanger le mardi 19 janvier à 9h45 et en sont repartis le jeudi 21 janvier à 18h45. Ils ont effectué une visite en soirée le mercredi 20 janvier jusqu'à 20h.

Une réunion de début de visite s'est tenue avec :

- le directeur du centre hospitalier ;
- le président de la commission médicale de l'établissement (CME) ;
- les médecins-chef des trois secteurs de psychiatrie adulte ;
- le médecin responsable de l'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) de la maison d'arrêt de Villepinte et de la zone d'attente de l'aéroport de Roissy ;
- la directrice du service des soins infirmiers et son adjointe ;
- la personne faisant fonction de cadre supérieur des secteurs de psychiatrie adulte et du secteur de psychiatrie infanto-juvénile ;
- la représentante de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) ;
- les représentants de deux organisations professionnelles (CGT et CFDT).

Une réunion de fin de visite s'est tenue avec le directeur de l'établissement, les trois responsables des secteurs de psychiatrie adulte, le président de la CME et la directrice des soins infirmiers et son adjointe.

Le directeur du centre hospitalier avait été informé préalablement de la visite par un courrier en date du 14 janvier 2010.

L'ensemble des documents demandés a été remis aux contrôleurs.

Cette mission a fait l'objet d'un rapport de constat qui a été soumis au chef d'établissement le 16 avril 2010. Celui-ci a fait connaître ses observations par écrit le 7 mai 2010. Elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

## **2 PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT.**

### **2.1 L'environnement du centre hospitalier.**

Le centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger d'Aulnay-sous-Bois a une adresse postale dans la commune d'Aulnay mais se trouve en fait sur l'emprise de la commune de Villepinte, à proximité de la limite des communes d'Aulnay-sous-Bois et de Sevrans.

Il dispose d'un terrain de trente-six hectares délimité par l'autoroute A 104, les voies SNCF et l'avenue Robert Ballanger, où se situe l'entrée de l'hôpital.

L'établissement public de santé comprend 750 lits de toutes les spécialités réparties en pôles :

- pôle médecine et spécialités médicales ;
- pôle médico-technique ;
- pôle urgences-anesthésie ;
- pôle chirurgie et spécialités chirurgicales ;
- pôle femme-enfants ;
- pôle psychiatrie.

Le centre hospitalier dessert un bassin de population de 450 000 habitants regroupant les communes d'Aulnay-sous-Bois, Sevrans, Villepinte, Le Blanc-Mesnil, Tremblay-en-France. Cette zone est en plein développement économique et a notamment comme caractéristique le taux de fécondité le plus élevé de France. Par ailleurs le centre hospitalier reçoit des patients de quatre-vingt cinq nationalités différentes.

Le centre hospitalier est accessible:

- par le RER B arrêt Sevrans-Beaudottes ; il faut ensuite un trajet de cinq minutes à pied pour se rendre à l'hôpital ;

- par les autobus n°147, 15A, 15, 607A, 607B, 1, 618, 45, 634 qui s'arrêtent aux stations « hôpital » ou « gare de Sevran Beaudottes ».
- en voiture : les automobilistes disposent d'un parking au centre hospitalier. Celui-ci est bien signalisé à partir du centre ville et en provenance de la sortie des autoroutes A1 et A3 « Aulnay zone industrielle ».

## 2.2 La présentation des locaux.

L'hôpital a été construit avant la deuxième guerre mondiale mais n'a été ouvert qu'en décembre 1955. Auparavant, il avait été occupé par l'armée allemande, puis par l'armée américaine. En 1981 le centre hospitalier prend le nom du député-maire d'Aulnay-sous-Bois, Robert Ballanger.

Depuis 1969, trois secteurs de psychiatrie, constitués en pôles, ont leur unité d'hospitalisation à temps plein au sein du centre hospitalier ainsi qu'une unité pour adolescents depuis 1999. Un centre d'accueil et de crise (CAC) a été mis en place en mars 2009. Les contrôleurs ont pu visiter l'ensemble des locaux hébergeant des patients de psychiatrie :

- le pôle A qui dessert les communes d'Aulnay-sous-Bois et de Villepinte ; il dispose de vingt-sept lits dont deux chambres d'isolement ;
- le pôle B dont le secteur géographique est constitué par les communes du Blanc-Mesnil et de Tremblay-en-France ; il comporte vingt-huit lits dont quatre chambres d'isolement ;
- le pôle C dont le secteur géographique est constitué par les communes de Livry-Gargan, Sevran et Vaujours ; il dispose de vingt-sept lits dont trois chambres d'isolement ;
- l'unité de dix lits pour adolescents (dont une chambre d'isolement), rattachée au secteur de pédopsychiatrie ; elle reçoit des jeunes de l'ensemble du département.
- le centre d'accueil et de crise de six lits, rattaché au pôle C ;
- les urgences du centre hospitalier.

Un bâtiment est dédié à chaque pôle de psychiatrie adulte, un autre est réservé aux secrétariats et aux bureaux médicaux de chaque pôle. Les quatre édifices se situent autour du centre social dans lequel se trouvent la cafétéria des patients et un certain nombre de structures généralement extrahospitalières, tels que centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) ou hôpitaux de jour. L'ensemble se situe à l'écart des structures dédiées aux spécialités médico-chirurgicales.

L'unité pour adolescents se situe à l'opposé des unités de psychiatrie adulte, à proximité du pôle mère-enfants et des urgences.

### 2.3 Les personnels

La direction des soins a effectué un calcul des « effectifs minimums » et des « effectifs nécessaires » pour chaque service de l'hôpital et notamment pour chaque secteur de psychiatrie. Ce travail permet de visualiser le nombre de postes qui font défaut dans chaque service.

Dans l'unité pour adolescents du service de pédopsychiatrie :

	Minimum/nécessaire	réel	écart
Infirmiers	7,24 de jour, 2,54 la nuit soit 9,78 ETP	<b>8 ETP</b>	-1,78 ETP
Aides-soignants	7,24 le jour, 2,54 la nuit soit 9,78 ETP	<b>4,5 ETP</b>	-5,78 ETP
Educateurs spécialisés	1,29 ETP	<b>2 ETP</b>	+ 0,71ETP

La différence entre les effectifs théoriques et le nombre d'agents effectivement présent a conduit le chef de service à ne recevoir que six adolescents dans l'unité au lieu de dix.

Dans l'unité d'hospitalisation du pôle A :

	Minimum/nécessaire	Réel	écart
Infirmiers	7,24 le jour, 5,08 la nuit soit 12,32 ETP	<b>9 ETP</b>	-3,32 ETP
Aides-soignants	9,05 le jour, 2,54 minimum, 5,08 nécessaire la nuit, soit 11,59 ETP ou	<b>7 ETP</b>	-7,13ETP nécessaire,

	14,13 ETP		-4,59ETP minimum
ASH	5 ETP le jour	<b>4,25 ETP</b>	-0,75 ETP

Dans l'unité d'hospitalisation du pôle B :

	Minimum/nécessaire	Réel	écart
Infirmiers	7,24 le jour, 5,08 la nuit soit 12,32 ETP	<b>12,5 ETP</b>	+ 0,18 ETP
Aides-soignants	9,05 le jour, 2,54 la nuit au minimum, 5,08 nécessaire soit 11,59ETP ou 14,13ETP	<b>4,8 ETP</b>	-6,79 ETP minimum -9,33ETP nécessaire
ASH	5 ETP le jour	<b>5,25 ETP</b>	+0,25ETP

Dans l'unité d'hospitalisation du pôle C :

	Minimum/nécessaire	Réel	écart
Infirmiers	7,24 le jour, 5,08 la nuit, soit 12,32 ETP	<b>11,5 ETP</b>	-0,82ETP
Aides-soignants	9,05 le jour, 2,54 la nuit soit 11,59 ETP	<b>6 ETP</b>	-5,59 ETP
ASH	5 ETP	<b>4,25 ETP</b>	-0,75 ETP

Au total : huit postes d'infirmiers sur quarante-huit soit 25% et vingt-deux postes d'aides-soignants sur 44,5 ETP soit 50% ne sont pas pourvus au sein des quatre pôles de psychiatrie intra-hospitaliers. Selon la direction des soins, la situation serait également très difficile dans les structures extrahospitalières.

Tous les postes de psychiatres et de psychologues sont occupés. Selon les informations recueillies, le ratio de personnel serait très inférieur à celui des secteurs de l'Île-de-France et singulièrement au ratio de ceux du centre hospitalier de Ville-Evrard situé à Neuilly-sur-Marne (93).

### **8.1 Les données financières**

En 2009, le budget d'exploitation du centre hospitalier s'élève à 140 millions d'euros. Selon les informations recueillies, ce budget est en équilibre depuis quinze ans.

Le budget de la psychiatrie se monte à 21 millions d'euros. Certains psychiatres ont fait état aux contrôleurs de leur crainte que la psychiatrie soit excédentaire et serve à équilibrer le budget général, sans que les psychiatres n'en tirent des bénéfices.

Un contrat interne d'objectifs et de moyens concernant les quatre secteurs de psychiatrie a été signé le 1<sup>er</sup> décembre 2009 pour l'année 2010.

### **8.2 Activité.**

En 2009, 29 979 journées d'hospitalisation ont été réalisées en psychiatrie adulte, 2 155 dans l'unité pour adolescents. La file active des trois pôles est de 3 880 patients : ce chiffre comprend l'hospitalisation et les prises en charge dans les six centres médico-psychologiques.

En 2009, cinquante-sept patients ont été hospitalisés en hospitalisation d'office (HO) et 170 en hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT).

Le jour de la visite des contrôleurs, quatre-vingt deux patients étaient hospitalisés dans les trois pôles de psychiatrie adulte, cinq au centre d'accueil et de crise et six à l'unité pour adolescents. Douze patients étaient en HO soit 13,6% des patients hospitalisés, vingt-et-un étaient en HDT soit 23,68% des quatre-vingt-huit patients présents (trois secteurs adulte et centre de crise). Aucun adolescent n'était hospitalisé sous contrainte, ce qui est la règle.

En ce qui concerne les mesures de protection des biens des patients, il n'a pas été possible de fournir aux contrôleurs les chiffres concernant les seuls patients hospitalisés : les données disponibles prennent en compte les patients hospitalisés et ceux suivis dans les structures extrahospitalières.

En 2008, 27 714 journées d'hospitalisations ont eu lieu dans les trois secteurs adulte. Le taux d'occupation a été de 99,79% dans le pôle A, 97,61% en B, 97,83% en C. La durée moyenne de séjour a été de 35,14 jours dans le secteur A, 44,43 jours dans le B, 37,18 jours dans le C.

## **9 HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ET EXERCICE DES DROITS**

### **9.1 Informations données aux malades arrivants et possibilités de recours.**

Les arrêtés d'hospitalisation sous contrainte et les droits afférents ne sont pas notifiés aux patients à leur arrivée.

Les patients ne passent jamais par le service des admissions quel que soit leur mode d'hospitalisation. Ce service n'est concerné que par la gestion financière des malades hospitalisés en psychiatrie.

Dans chaque unité de psychiatrie, seule une information orale relative à leur hospitalisation sous contrainte est donnée aux patients. Les arrêtés se trouvent aux secrétariats des trois services et ne sont pas accessibles aux patients.

## 9.2 Registres de la loi.

Il existe un registre de la loi commun pour les HO et les HDT, contrairement aux dispositions de l'article L. 3213-1 du code de la santé publique.

Le registre de la loi est tenu par le service de gestion des tutelles dont l'activité principale est la gestion des biens des majeurs protégés. Une journée par semaine, le mercredi en règle générale, est consacrée à l'enregistrement dans le registre de la loi des pièces concernant les hospitalisations sous contrainte.

Les contrôleurs ont examiné le registre de la loi en cours (n° 109) - ne comprenant qu'un seul folio concernant une personne hospitalisée à la demande d'un tiers le 11 janvier 2010 - et le précédent (n° 108) ouvert le 12 mai 2009 et signé par le maire, conseiller général de Villepinte.

Le registre n° 108 comprend cinquante folios portant sur les admissions survenues entre le 25 septembre 2009 et le 8 janvier 2010. Chaque folio contient en recto et en verso l'ensemble des documents relatifs à un patient. Les différentes pièces, miniaturisées, sont classées par superposition dans un ordre chronologique et par catégories d'actes (certificats médicaux, arrêtés) selon une présentation rendant malaisée la lecture.

De la lecture du registre n° 108, il ressort notamment les éléments suivants :

- Trente-et un hommes et dix-neuf femmes ont été hospitalisés, trente-sept en HDT et treize en HO ;
- le jour de leur admission, six patients ont moins de vingt-cinq ans et aucun n'est mineur, vingt-trois ont entre vingt-cinq et quarante ans, dix-huit ont entre quarante et soixante ans et trois ont plus de soixante ans ;
- seize patients ont été admis en Psychiatrie A (dont un en HO), vingt-deux en Psychiatrie B (dont neuf en HO) et douze en Psychiatrie C (dont trois en HO) ;
- trente-six patients admis sur la période ne sont plus hospitalisés, le jour de la visite, sous un régime de contrainte : vingt-cinq y sont restés pendant une durée inférieure à un mois, huit entre un et deux mois, trois entre deux et trois mois ;
- quatorze patients sont toujours hospitalisés sous contrainte, onze en HDT et trois en HO ;
- le délai écoulé entre le certificat demandant la levée de l'hospitalisation d'office et l'arrêté préfectoral y mettant fin a été dans un cas de dix jours (folio n° 20), dans un



autre cas de onze jours (folio n° 21) et dans un troisième cas de quinze jours (folio n° 5) ;

- dans deux cas (folios n° 32 et 33), la date de validité du certificat de quinzaine - concernant des patients hospitalisés en Psychiatrie A - est expirée depuis respectivement onze et douze jours.

Un tableau de consultation du registre de la loi est tenu par le service en ayant la charge. Il enregistre les visites du procureur de la République et de la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) (Cf. 3.4.6) et mentionne avec précision (numéros du registre et du folio) les documents consultés. Le dernier folio du dernier registre consulté est marqué d'un tampon par la CDHP et le parquet.

Le procureur de la République, représenté par un membre du parquet, vient entre une fois (jusqu'en 2004, en 2007 et en 2008) et deux fois (en 2005, en 2006 et en 2009) par an. La dernière visite a eu lieu le 3 novembre 2009. L'information de sa venue est portée à la connaissance des patients qui peuvent demander à être reçus.

### **9.2.1 Sorties d'essai.**

Les arrêtés de sortie d'essai d'HO et d'HDT ne sont pas comptabilisés en tant que tels.

## **9.3 La communication avec l'extérieur.**

### **9.3.1 Les visites.**

Dans le pôle A, les visites ont lieu de 13 h à 19 h. Elles se font dans un salon situé au rez-de-chaussée ou en chambre si c'est une chambre seule. Elles sont autorisées sur prescription médicale.

Dans le pôle B, à l'exception des enfants de moins de quinze ans, les visites sont autorisées tous les jours et sans rendez-vous de 13 h à 20 h. Le médecin peut toutefois prescrire une interdiction de visite s'il estime qu'elle ne serait pas favorable pour le patient, soit pendant un temps limité en début d'hospitalisation, soit pour des périodes plus longues définies en fonction de l'évolution de l'état du patient.

Les visites peuvent avoir lieu dans la chambre du patient, à l'intérieur du service - dans le hall d'entrée ou dans un salon aménagé à l'étage - ou dans le parc, sauf avis médical contraire.

Dans le pôle C, les visites des familles sont possibles de 13h à 20h tous les jours, y compris les week-ends, sauf contre-indication médicale. Les patients peuvent être vus dans leur chambre ou dans l'espace famille prévue à cet effet. Lors de la visite initiale du premier jour, cet espace famille, d'environ 17m<sup>2</sup> n'était pas du tout aménagé à cet usage. Aucun objet décoratif, murs nus, aucun livre ou jeux, une table et deux chaises confèrent à l'ensemble une tonalité lugubre et peu réconfortante. Lors de la visite approfondie du troisième jour, les contrôleurs ont noté l'existence de quelques efforts en matière d'aménagement.

Dans l'unité pour adolescents, les visites sont interdites durant la première semaine du séjour, puis elles sont autorisées de 13h30 à 19h30 mais seulement en dehors des périodes d'activités.

### 9.3.2 Le téléphone.

Dans le pôle A, les téléphones cellulaires sont systématiquement retirés et mis dans un coffre dans le bureau du cadre de santé. C'est le médecin qui, par la suite, décide ou non la mise à disposition de ce téléphone.

L'accès au téléphone fixe est possible dès le début de l'hospitalisation, là aussi après avis médical. Si le patient n'a pas les moyens de payer ses communications, l'accès lui sera permis à partir du téléphone d'un des bureaux du personnel de santé.

Le téléphone accessible aux patients se trouve au rez-de-chaussée. Le poste, fixé au mur, n'offre aucune intimité. Le jour de la visite il n'y avait pas de chaise pour s'asseoir et une patiente qui téléphonait était accroupie au sol, le fil étant trop court pour pouvoir s'asseoir par terre.

Dans le pôle B, les patients sont autorisés à conserver leurs téléphones portables, sauf avis médical contraire auquel cas les appareils sont conservés avec les objets de valeur dans le bureau du cadre infirmier.

Un seul téléphone à carte est à la libre disposition des patients. Il est installé dans la partie du hall d'entrée pouvant servir aux visites. Il est fixé au mur à hauteur d'homme sans aucun aménagement permettant le confort et la confidentialité des conversations. L'appareil permet aussi de recevoir des appels et son numéro est affiché.

Dans le pôle C, il existe un poste téléphonique mural à carte située dans la zone de passage principal du bâtiment à proximité immédiate de la sortie et de l'escalier menant au 1<sup>er</sup> étage. Cette zone est en plein courant d'air. Il n'y a aucune confidentialité, pas de chaise ni de table pour écrire. Les patients peuvent se faire appeler et le numéro de téléphone figure au dessus du poste. Les téléphones mobiles sont autorisés dans une large mesure sauf indications particulières données par les médecins.

Dans l'unité pour adolescents, les téléphones sont systématiquement retirés durant la première semaine du séjour, dite « semaine de séparation ». Chaque adolescent a un casier où est rangé notamment son téléphone portable. Ensuite l'accès aux téléphones est possible en dehors des périodes d'activités.

### 9.3.3 Le courrier.

Selon les informations recueillies, aucun contrôle n'est effectué sur le courrier des patients, quel que soit leur mode d'hospitalisation.

Le courrier départ est remis fermé par le patient à un personnel soignant qui le transmet au vaguemestre à l'occasion de sa distribution quotidienne dans l'unité. Lorsqu'un patient délirant remet un courrier, le plus souvent ouvert ou sans adresse postale, contenant injures ou menaces ou envoyé à un employeur, le personnel l'intercepte « *dans l'intérêt du malade* » sans procédure particulière mise en place par le service.

Le courrier reçu par les patients leur est remis fermé.

Le vaguemestre passe à l'unité et fait signer aux patients les courriers qui leur sont envoyés en recommandé

Dans le pôle A, le courrier est envoyé et remis systématiquement aux patients. Toutefois, il peut être lu ou conservé un temps dans le cas où des problèmes avérés existent avec la famille. Si le patient ne peut ou ne sait écrire, il sera aidé dans cette tâche par un membre du personnel.

Les contrôleurs n'ont pas vu de boîtes à lettre dans les bâtiments.

Dans l'unité pour adolescents, le courrier est interdit durant la première semaine de séjour dite « semaine de séparation ».

### 9.3.4 L'informatique et l'accès à l'internet.

Dans le pôle A, un accès internet est possible dans le bureau du cadre de santé.

Les patients hospitalisés dans le pôle B ne peuvent disposer de leur ordinateur portable, le personnel craignant les vols. Le service a demandé l'attribution d'un ordinateur dédié aux patients. Le patient peut avoir accès à internet depuis un bureau en présence d'un membre du personnel.

Les patients hospitalisés dans le pôle C, peuvent utiliser leur propre matériel informatique. Un patient lors de la visite possède un lecteur de DVD. L'accès à internet n'est pas possible.

### 9.3.5 Les cultes.

Pour l'ensemble de l'hôpital, une seule aumônerie est concrètement présente. Elle représente les cultes catholique et protestant et se dénomme « aumônerie chrétienne ». Les contrôleurs ont rencontré la personne en charge de cette aumônerie. L'équipe est formée d'une dizaine de bénévoles qui se sont répartis les différents secteurs de l'hôpital. En psychiatrie, seuls les bâtiments B et C sont visités. Les visites se font à la demande des patients relayée par le personnel soignant.

L'hôpital ne dispose pas de lieu de culte. Un prêtre vient une à deux fois par an pour célébrer la messe lors de grandes fêtes comme Noël ou Pâques. En 2009, la célébration de Noël a eu lieu dans le service de gastro-entérologie de l'hôpital.

Un tract, édité par l'aumônerie chrétienne, est à disposition des patients et de leurs familles dans les services. Il indique le moyen de joindre les bénévoles de cette aumônerie et fournit les numéros de téléphone des lieux de cultes les plus proches pour toutes les religions représentées dans la région (catholiques, protestants, orthodoxes, musulmans et israélites).

Le tract signale, également, les moyens de joindre les membres de l'aumônerie chrétienne : soit en se rendant au bureau situé au rez-de-chaussée de l'espace accueil de l'hôpital (dans les faits aucune permanence n'est assurée dans ce bureau), soit en déposant un courrier dans une boîte aux lettres prévue à cet effet, soit en laissant un message sur le répondeur. Les contrôleurs, après avoir appelé, ont constaté que le répondeur ne permet pas de savoir si l'on est ou non en communication avec l'aumônerie, le message disant en substance : « Veuillez enregistrer votre message après le bip sonore ».

C'est au travers de ce répondeur que les familles font appel à l'aumônerie, notamment, dans le cas d'une sépulture.

La présence de l'aumônerie est signalée, également, dans la brochure d'accueil de l'hôpital.

Il y a parmi les patients une grande majorité de musulmans, pourtant aucun aumônier de leur confession n'est présent sur le site.

Le rabbin se déplace sur demande.

### **9.3.6 La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).**

La CDHP est présidée par une vice-présidente du tribunal de grande instance de Bobigny, avec qui les contrôleurs ont eu un entretien téléphonique. La composition de la CDHP est conforme aux dispositions réglementaires avec la présence d'un médecin généraliste, d'un médecin psychiatre et de représentants d'associations d'usagers et des familles. Le secrétariat de la CDHP est assuré par une fonctionnaire de la DASS.

Le centre hospitalier n'a pas été en mesure de communiquer aux contrôleurs le nom du président de la CDHP et les compte rendus des dernières visites.

La CDHP se réunit tous les deux mois à la DASS afin d'examiner les dossiers des malades sous contrainte, environ quarante par séance.

La CDHP se déplace, depuis 2008, deux fois par an au centre hospitalier. Du fait de l'existence de trois lieux d'hospitalisation sous contrainte dans le département (Aulnay-sous-Bois, Ville-Evrard et Epinay-sur-Seine), les membres de la commission se répartissent les visites avec roulement sur chacun des sites. La visite est annoncée aux patients qui peuvent demander à être reçus individuellement. La commission procède à l'examen du livre de la loi et visite chacun des services de psychiatrie. Elle vérifie que l'information de la visite de la CDHP est affichée.

Les patients ayant demandé préalablement un entretien et ceux se manifestant le jour de la visite sont reçus en entretien individuel. La présidente de la CDHP estime qu'« *entre trois et cinq patients en moyenne sont reçus à cette occasion* ».

La dernière visite de la CDHP a eu lieu le 26 novembre 2009, la commission étant composée du représentant de l'UNAFAM et d'un médecin généraliste. Neuf patients ont été reçus. La précédente visite s'était déroulée le 27 mars 2009 sous la conduite de la présidente de la commission accompagnée du représentant de l'UNAFAM.

Un compte-rendu de la visite est préparé par la DASS à l'occasion de la réunion bimestrielle comprenant notamment la liste des personnes rencontrées et un résumé de leur situation et du motif de leur demande.

Le numéro de téléphone de la CDHP est affiché sur un panneau mural situé au rez-de-chaussée des services de psychiatrie.

### **9.3.7 Le traitement des plaintes et des réclamations.**

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC) s'est réunie cinq fois en 2009. Pour l'année 2009, et concernant les services de psychiatrie, quinze demandes de communications du dossier médical ont été formulées, sept dossiers ont fait l'objet d'une saisie par la justice (procureur de la République, juge des libertés et de la détention, juge d'instruction) et trois courriers de mécontentement ont été traités (un défaut de surveillance, un enfermement « musclé », une mauvaise qualité des soins).

### **9.3.8 L'UNAFAM.**

Les contrôleurs se sont entretenus avec le représentant de l'UNAFAM, le troisième jour de la visite. Celui-ci est également membre de la CRUQPEC. Il n'y a pas de bureau dédié dans les locaux de psychiatrie. La permanence est assurée le premier lundi de chaque mois dans le hall central de l'hôpital dans un box vitré opaque partagé avec d'autres associations. Aucune affiche n'est apposée sur les surfaces vitrées de ce box qui n'est donc pas identifiable par le public de l'extérieur. Les horaires ne sont pas notés.

Dans les locaux de psychiatrie (hall d'accueil des pôles B et C), est apposée une affiche d'information donnant les coordonnées de l'association. Une affiche plus grande a été communiquée par le représentant de l'UNAFAM pour être apposée dans les locaux de psychiatrie. Elle n'a pas été montrée aux contrôleurs et n'est pas affichée dans les secteurs. Le représentant de l'UNAFAM se dit peu sollicité par les familles et en reçoit environ une à deux par mois.

Il n'y a pas de remarque particulière sur les contentions pratiquées dans les secteurs de psychiatrie, ni sur les conditions de visite des familles. Le représentant de l'UNAFAM constate que les patients ne bénéficient pas d'activités en nombre suffisant, en corrélation directe avec le manque de personnels soignants.

Il existe une information d'ordre général à destination des familles, organisée à l'extérieur du centre hospitalier, par un médecin d'un des secteurs en lien avec une ancienne psychologue d'un des pôles. Ces rencontres ont lieu le samedi matin et sont très appréciées. Cinq réunions se seraient tenues en 2009.

### 9.3.9 L'association des usagers.

Chaque association de bénévoles à l'hôpital intervient en complémentarité avec le personnel et les autres associations. Leurs interventions sont garanties par une charte signée entre les associations et l'hôpital. Deux associations sont présentes sur le site et disposent d'un petit espace fermé dans le hall d'accueil. L'une, *Rétina France*, aide et informe les personnes malvoyantes ; l'autre, *le Rêve bleu*, agit, notamment, auprès des malades qui le désirent pour effectuer des démarches administratives avec suivi du dossier jusqu'à sa finalisation.

Ces associations peuvent intervenir auprès des patients hospitalisés en psychiatrie sans qu'on puisse en déterminer le nombre.

## 10 LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION

### 10.1 Eléments communs à tous les pôles.

#### 10.1.1 Le centre social intersectoriel.

Un centre social intersectoriel est à la disposition des patients qui ont l'autorisation médicale de sortir de leur unité. Il est situé au milieu des bâtiments dédiés aux pôles A, B et C.

Il s'agit d'un édifice construit autour d'un patio central, aménagé par des patients, qui comprend un grand nombre de locaux. La plupart sont occupés par des structures généralement situés en dehors de l'enceinte hospitalière puisqu'il s'agit d'alternatives à l'hospitalisation. On y trouve ainsi :

- Les hôpitaux de jour des secteurs A, B et C ;

- Les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) des secteurs A et C.

Le centre social proprement dit ne comprend qu'une salle de spectacle et une cafétéria dédiée aux patients des secteurs de psychiatrie adulte. Celle-ci est tenue par un agent détaché de la cuisine. Elle est ouverte de 9h à 12h et de 13h30 à 16h du lundi au jeudi et de 9h30 à 12h30 et de 13h30 à 16h le vendredi. Elle dispose d'un bel espace mais, selon les informations recueillies, elle n'est pas suffisamment investie par les patients du pôle de psychiatrie : l'agent qui la tient n'est pas un soignant et ne peut donc pas « gérer » les patients ; il lui arrive de devoir quitter son poste pour aller à la cuisine, en cas de nécessité.

Il est prévu de modifier le fonctionnement de la cafétéria, notamment en recrutant deux aides-soignants et deux patients rémunérés sur la base du pécule<sup>1</sup>.

Un salon de coiffure associé à une activité d'esthétique, initialement situé dans ce lieu a été transféré dans le pôle B. Il est à la disposition des patients des trois secteurs.

### 10.1.2 Le suivi somatique.

Les soins somatiques sont dispensés de la même manière dans les trois pôles par un assistant généraliste dont la création du poste a été votée par la CME en juin 2009 sur demande d'un chef de service d'un des pôles. Le nombre de patients pris en charge est de 83. Ce médecin prend en charge également les patients arrivants au centre d'accueil et de crise.

Il dispose d'un bureau au sein du pôle C et d'un secrétariat partagé. Il ne dispose d'une adresse courriel que depuis trois mois.

Les patients bénéficient d'un examen systématique somatique, d'un prélèvement biologique et d'un cliché thoracique à l'admission, soit le plus souvent au centre d'accueil et de crise (CAC) ou aux urgences. L'admission directe dans les pôles sans examen somatique est très rare. Dans ce cas, l'examen initial somatique et le bilan biologique et radiologique se font dans le pôle.

Le suivi somatique des patients s'effectue en fonction des besoins. En cas de nécessité, les soignants appellent le secrétariat et le nom du patient à voir est inscrit sur une liste communiquée quotidiennement au médecin. En pratique, les soignants appellent le médecin directement sur son téléphone mobile. Au cours de l'entretien avec les contrôleurs, le médecin a été appelé une fois par les urgences et une fois par un soignant d'un des pôles de psychiatrie. Il a été fait une demande de BIP (appareil d'appel interne à l'hôpital) qui n'a pas été satisfaite ce qui peut paraître surprenant compte tenu du mode de fonctionnement très transversal de ce praticien. Il est clair que si cette personne n'avait pas de téléphone mobile personnel, cette organisation serait moins efficiente. Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique « *que le médecin généraliste est pourvu d'un BIP.* »

---

<sup>1</sup> Le pécule est une indemnité versée aux patients qui effectuent un travail pour le compte de l'hôpital ; elle est calculée sur la base de la valeur du timbre-poste.

L'existence d'un médecin somaticien exerçant en service de psychiatrie comporte plusieurs avantages ;

- Il permet d'éviter les transferts itératifs et non justifiés sur le plan médical dans le service des urgences ;
- L'existence d'un correspondant identifié et unique permet de faciliter les relations avec les correspondants spécialistes qui se déplacent plus facilement ;
- Les demandes d'avis spécialisés sont plus pertinentes ;
- Les examens complémentaires sont plus facilement obtenus en particulier les examens radiologiques.

Lors du passage des contrôleurs, une patiente se plaignant du genou devait bénéficier d'un cliché le lendemain, une autre patiente porteuse d'une maladie rare et complexe était hospitalisée pour 72 heures dans un centre hospitalo-universitaire (CHU) parisien.

Lors des congés du praticien, le médecin sénior des urgences peut être appelé et la nuit, le patient est adressé dans le service des urgences. Il est alors transporté par les ambulances internes de l'hôpital.

Les prescriptions médicales ne sont informatisées que dans un des secteurs (déploiement en cours).

Les dispensations des traitements sont gérées de manière informatique et sont nominatives (PIXIS)

Selon les informations recueillies, les données somatiques sont intégrées dans le compte-rendu global par la secrétaire.

Le médecin a déclaré n'avoir jamais eu à faire face à un refus de soins (sur le plan somatique).

## 10.2 Pôle A.

Le pôle A est fermé toute la journée.

Les contrôleurs ont rencontré le chef de service du pôle A, en poste depuis 1992. Il leur a rapporté que depuis quatre ans les problèmes d'environnement sont devenus préoccupants (« *trafic de drogue, prostitution, prosélytisme avec les témoins de Jéhovah* »). Ces phénomènes semblent imputés « *à la forte porosité qui existerait entre l'extérieur et l'intérieur* ». A la suite de tout cela, depuis quatre ans, il a été décidé de fermer la porte d'accès « *de façon à protéger les malades* ».

Ce pôle reçoit des patients venant des villes d'Aulnay-sous-Bois et de Villepinte qui comptent environ 120 000 personnes.

Au jour de la visite sur les vingt-sept lits il y avait :



- cinq patients en HO dont l'un était en permission pour deux jours ;
- sept patients en HDT ;
- quinze patients en hospitalisation libre (HL).

Sur l'ensemble, quatre n'ont pas le droit de sortir et sept ont le droit de sortir accompagnés. Seize sortent seuls et deux sont en chambre d'isolement. Il y a sept patients dits « inadéquats », c'est-à-dire relevant du secteur médico-social.

Deux patients du pôle A sont hébergés au pôle C au jour de la visite.

Le pôle A a été rénové en 2004. Quarante lits étaient alors mis à disposition. Toutefois, le chef de service a refusé d'inaugurer la dizaine de chambres qui avaient été faites au rez-de-chaussée car elles ne correspondaient pas aux normes en termes de taille. De plus, compte tenu de l'emplacement de ces dix chambres, il n'y avait pas le nombre nécessaire de personnels infirmiers pour en assurer la gestion et la surveillance. Actuellement ces dix chambres sont sans mobilier et inoccupées, ainsi que les parties communes qui leur étaient attribuées.

Le pôle A se décompose de la façon suivante :

Au rez-de-chaussée :

Devant la porte d'entrée, un local d'accueil ouvert de 13h à 17h40. Durant ces horaires, une personne est chargée d'ouvrir la porte d'entrée aux visiteurs comme aux patients et de répondre au téléphone. Ce local d'accueil est clos par une paroi en verre sur laquelle se trouve un espace « *patients infos* » qui informe notamment sur la charte de l'hôpital, les horaires de visite, ceux de fermeture des chambres et ceux d'ouverture du coffre, la visite du contrôle général, la charte de laïcité...

Dans l'entrée il y a neuf chaises fixées au sol et un poste de téléphone (sans chaise).

Un atelier est fermé en attente d'un ergothérapeute mais dispose de matériel pour la poterie, le dessin ainsi que du mobilier comme des chaises et des tables.

Un atelier vidéo est équipé avec huit fauteuils, une télévision, un magnétoscope, un lecteur de DVD. L'ensemble du matériel est dans une armoire fermée à clé.

Un espace rencontre de 6m<sup>2</sup>, destiné aux visites des familles ainsi qu'aux patients désirant fumer. Il dispose de trois chaises fixées au sol, de trois fauteuils, d'une table basse. Le sol est carrelé et les rebords des fenêtres sont abîmés par les mégots écrasés.

Un ensemble de pièces qui n'est actuellement pas utilisé et qui est constitué de dix chambres inoccupées, pour les raisons susdites, de 8,10m<sup>2</sup> (2,7m sur 3m) desservies par un couloir. Chaque chambre est équipée d'un sanitaire comprenant un WC, un lavabo et une douche. L'eau et l'électricité n'ont pas été coupées. Les chambres sont munies d'une large fenêtre donnant sur le couloir qui longe le parc. Les fenêtres possèdent des stores vénitiens en bois pris entre deux cloisons de verre. Dans cette aile, se trouvent également un poste de soins, un bureau médical, une salle de bains avec hublot, un réfectoire de 13,5 m<sup>2</sup> (5 m x 2,7 m) et une salle de détente. Les sols sont carrelés.

L'ensemble est en excellent état et a un caractère attrayant.

Les chambres occupées: au rez-de-chaussée, elles sont au nombre de sept et toutes individuelles. Au premier étage, elles sont au nombre de treize avec quatre chambres individuelles, sept chambres à deux lits et deux chambres d'isolement (CSI).

Ce qui fait un total de vingt-sept lits actuellement en service sur le pôle A.

Chaque chambre individuelle est d'une surface de 11,13m<sup>2</sup> (2,65m sur 4,2m). Elle dispose d'un lit, d'une table de chevet, d'une petite table, d'un radiateur, d'un placard fermant à clé. Si le patient le désire, ce placard est fermé et la clé est détenue par le cadre infirmier. Une fenêtre qui fait la longueur de la pièce s'ouvre latéralement sur onze centimètres. Chaque chambre a une salle de bains attenante avec un lavabo en émail, un WC avec abattant et distributeur de papier, une douche à l'italienne. Cette pièce est carrelée.

Chaque chambre à deux lits est d'une surface de 25m<sup>2</sup>. Elle se compose de deux lits avec chacun une table de chevet, une seule table, deux chaises, deux radiateurs, de deux placards fermant à clé.

Une salle de bains attenante avec un lavabo en émail, un WC avec abattant et distributeur de papier, une douche à l'italienne. Cette pièce est carrelée.

Dans les salles de bains, il n'y a aucune séparation pour la partie WC.

La fenêtre est double dans le cas d'une chambre à deux ou trois lits et s'étend sur la longueur de la pièce. L'ensemble des chambres (à l'exception d'une dont un des murs est cloqué à la suite d'une infiltration) est propre, les murs sont peints, le sol carrelé. Pour l'éclairage, chaque chambre est équipée d'un plafonnier et d'une lampe murale au dessus du lit.

Aucun bouton d'appel n'est prévu dans les chambres. Les portes sont pleines.

Aucune chambre pour personne à mobilité réduite n'est prévue.

A la fin des travaux en cours, tous les bureaux seront au rez-de-chaussée et les chambres à l'étage. Ces travaux prévoient la mise en place d'une chambre à trois lits et d'une à deux lits.

La future chambre à trois lits est d'une surface de 25 m<sup>2</sup> (5,5 m x 4,56 m). La salle de bains se compose comme pour les autres chambres, d'un WC, d'un lavabo en émail et d'une douche à l'italienne, mais, à la différence des autres, chaque partie est séparée par un mur. La surface totale est de 3,12 m<sup>2</sup> (1,2 m x 2,6 m).

La future chambre à deux lits est d'une surface de 12,96 m<sup>2</sup> (5,4m x 2,4m).

Le personnel se compose d'un cadre de proximité, quatre infirmiers de nuit, cinq infirmiers de jour, six aides-soignants, quatre ASH, un psychologue à mi-temps, deux assistantes sociales à mi-temps, deux secrétaires à mi-temps.

Quatre psychiatres sont tous présents quatre jours et demie par semaine et se répartissent entre les consultations du pôle A et celles qui ont lieu dans le cadre du centre social.

Pour le pôle A, des réunions hebdomadaires d'environ une heure et demie réunissent tous les praticiens y compris ceux du centre spécialisé pour les soins aux toxicomanes (CSST).

Il existe, également, une réunion mensuelle des pôles A, B et C. La dernière a eu lieu le 12 janvier 2010.

Un comité de gestion pour la psychiatrie réunit régulièrement les chefs de services des pôles, le directeur de l'établissement, la direction des soins, le président de la CME. Le dernier a eu lieu le 13 janvier 2010.

### **Les activités**

Beaucoup d'activités ont été abandonnées faute de personnel et de locaux. Un certain nombre de patients rencontrés se plaignent du peu d'activités proposées. Ils souhaiteraient, notamment, la mise à disposition plus facile de l'outil informatique et de lieux où pratiquer du sport.

A ce jour, les activités possibles sont les suivantes :

- un atelier de pâtisserie / cuisine qui se déroule le jeudi de 14h à 16h30. il est limité à quatre personnes ;
- un atelier autour des contes le jeudi à 10h. il n'y a pas de limite de participants ;
- un atelier de vidéo pour six participants maximum le samedi après-midi.
- des randonnées dans le parc aux alentours sont organisées le jeudi après-midi pour quatre ou cinq personnes ;
- une salle au premier étage avec une table de ping-pong et un baby-foot est à disposition des patients. Toutefois son accès n'est pas libre et une surveillance est exercée quant aux personnes qui s'y rendent ;
- une salle de télévision, au premier étage, est ouverte de 10h à 12 h30 et de 14h à 23h. Douze chaises sont fixées au sol et la télévision est encastrée dans un meuble. Six chaînes sont à disposition, mais non pas les chaînes de la TNT. Au jour de la visite, la télécommande est cassée et la réception de l'image n'est pas bonne.

### Les repas

Ils ont lieu dans une salle à manger équipée de sept tables de 1,18 m de circonférence, de vingt-cinq chaises (plus deux pliantes). Tous les patients ne viennent pas prendre leur repas en même temps. Les horaires sont : pour le petit-déjeuner de 8h30 à 9h30, le déjeuner à 13 h, le dîner à 18h30. Une collation avec des biscottes, une boisson chaude et un yaourt est servie l'après-midi à 16h.

Au repas de midi du jeudi 21 janvier, le repas comprenait une barquette de salade chinoise, une de bœuf bourguignon avec des pommes de terre, un fromage, un morceau de pain et deux bananes.

Un plateau par patient est distribué. D'après quelques témoignages recueillis, les repas seraient insuffisants en quantité.

### 10.3 Pôle B.

Le pôle B est installé dans un bâtiment rénové en 2001. Il couvre les secteurs de Blanc-Mesnil et de Tremblay-en-France où n'exerce aucun psychiatre libéral.

Le jour de la visite, vingt-huit patients y étaient hospitalisés, dont la moitié en HO (quatre) ou en HDT (dix). Le service accueille parfois des patients d'autres pôles en fonction de la disponibilité des lits ; les médecins se déplacent alors pour rencontrer leurs patients.

Le bâtiment est ouvert sur l'extérieur la plus grande partie de la journée mais peut être occasionnellement fermé lorsque beaucoup de patients circulent simultanément ou si certains présentent des risques de fugue.

Le pôle est constitué, sur deux niveaux, d'un bâtiment rectangulaire et d'un appendice contigu par lequel on accède et où sont installés des bureaux, une salle de réunion, le fumoir et un ascenseur. Le fumoir est équipé de neuf fauteuils, d'une table, d'un cendrier et d'un extracteur d'air au fonctionnement défectueux

Au rez-de-chaussée se trouvent :

- un vaste poste de surveillance vitrée où sont positionnés les dossiers de soins infirmiers de chaque patient, de même que les boîtiers des appareils liés à la protection des travailleurs isolés (PTI) ;
- une salle de soins ;
- deux bureaux médicaux ;
- une salle où il est procédé sur les patients à des injections : la fenêtre de la salle est recouverte d'un film dont le tain empêche la vue depuis l'extérieur mais qui n'occulte pas la vue du parc depuis l'intérieur ;

- une salle de bains ;
- une salle de douches, en cours de rénovation, comprenant trois cabines fermées, dont l'une est accessible aux personnes à mobilité réduite ;
- une salle à manger, non utilisée, les repas étant pris dans le réfectoire du premier étage ;
- un office ;
- un atelier pour les activités avec une réserve équipée d'un point d'eau : lors de la visite, deux patients participaient à un atelier de mosaïque animé par une psychologue ;
- deux vestiaires (hommes/femmes) et une salle de détente réservés aux personnels.

Au premier étage, se trouvent :

- une salle de soins ;
- une autre salle où sont réalisés les électrocardiogrammes ;
- deux salles de douche avec deux cabines séparées ;
- une buanderie ;
- une réserve de linge ;
- un salon de télévision, équipé d'un banc de 3m de longueur, de deux fauteuils et d'une chaise. Le téléviseur est encastré dans un meuble de protection. La télécommande est à disposition ;
- deux salons équipés de fauteuils, utilisés notamment pour les visites ;
- un réfectoire donnant sur un balcon, ce dernier étant fermé en permanence pour des raisons de sécurité ;
- un espace central commun comportant une table de ping-pong et un baby-foot ;
- deux salons de coiffure et d'esthétique remarquablement équipés et aménagés où règne une ambiance particulièrement conviviale, grâce à l'investissement personnel d'une aide-soignante, y compris un samedi par mois ;
- une bibliothèque, qui n'est pas aménagée pour permettre une consultation d'ouvrages sur place ou l'organisation d'activités ;
- le secrétariat du service dans la partie centrale.

Les lits sont répartis au rez-de-chaussée et à l'étage, deux infirmières ayant la responsabilité de chaque niveau. Le chef de service a maintenu les chambres sur deux niveaux afin de ne pas concentrer les espaces de vie et d'offrir aux patients de plus grandes possibilités de circulation au sein du service : « *je n'ai pas voulu céder à des contraintes de sécurité liées à la diminution d'encadrement en personnel soignant et ainsi rassembler l'ensemble des patients sur un même niveau* ».

La capacité d'accueil est de vingt-huit lits répartis en vingt-cinq chambres :

- dix-huit chambres individuelles, huit au rez-de-chaussée et dix à l'étage ;
- trois chambres doubles, une au rez-de-chaussée et deux à l'étage ;
- quatre chambres de sécurité, deux à chaque niveau.

Le jour de la visite, tous les lits sont occupés. Les chambres de sécurité sont utilisées non seulement pour des raisons thérapeutiques mais aussi faute de places disponibles dans les autres chambres. Les patients en chambre de sécurité sans indication thérapeutique en disposent alors dans des conditions normales : les portes du sas sont ouvertes et l'accès aux sanitaires libres. Dans le cas contraire, le régime de vie en chambre de sécurité est organisé selon un « *mode dégradé* » - ouverture de la chambre en journée, repas pris en chambre ou au réfectoire, accès libre aux toilettes, possibilité de fumer - donnant lieu à des consignes particulières en fonction de l'état de santé du patient dont l'évolution est évaluée chaque jour par le médecin et le personnel infirmier. Le port du pyjama n'est imposé qu'au cas où une personne en HO, placée en chambre de sécurité, est autorisée à sortir pendant la journée.

Les autres chambres sont ouvertes ou fermées en fonction d'une indication médicale et non en raison du statut HO ou HDT du patient. Lors de la visite, les chambres étaient pour la plupart ouvertes.

Les chambres individuelles mesurent chacune 4,10 m de profondeur sur 2,75 m de largeur, soit une surface de 11,28 m<sup>2</sup> incluant le coin sanitaire. Les chambres sont claires du fait de fenêtres vitrées installées sur toute leur largeur. Les patients peuvent ouvrir les fenêtres sur une dizaine de centimètres et actionner librement le store depuis la chambre. Sous les fenêtres sont disposés des radiateurs fixés aux murs. Le sol est recouvert d'un linoléum qui présente, dans la plupart des chambres, des traces de brûlures liées à la consommation de tabac. Au plafond se trouvent un détecteur de fumée et un hublot d'éclairage dont l'interrupteur se trouve à l'intérieur de la chambre. Le lit n'est pas fixé au sol.

Chaque chambre dispose d'une petite table, d'une chaise, d'une table de nuit et d'un placard-penderie fermant à clef, dont l'ouverture est assurée par un personnel soignant. Le cabinet de toilette comprend une cuvette de wc et d'un lavabo au dessus duquel le miroir a été retiré dans la plupart des chambres.

Trois chambres individuelles présentent des particularités :

- deux chambres du premier étage sont dites « *semi-fortes* » et diffèrent des autres chambres individuelles par le fait que les sols sont carrelés, que la porte est percée d'un

large hublot et qu'elles sont dépourvues d'équipements autres que le lit, ce dernier étant fixé au sol. Au moment de la visite, ces chambres étaient occupées par des patients faute de places disponibles et non sur indication thérapeutique ;

- au rez-de-chaussée, une chambre dite « *de soins intensifs* », plus spacieuse (14,63 m<sup>2</sup> hors sanitaire), située à proximité des chambres de sécurité, renferme en permanence et depuis plusieurs années une personne autiste déficitaire chronique. Grâce à la présence quasi-quotidienne de son père, cette personne peut sortir en promenade dans le parc. Il a été indiqué qu'une place en maison d'accueil spécialisée (MAS) avait été trouvée pour elle mais que l'admission aurait été refusée au motif qu'une injection quotidienne d'insuline devait lui être administrée, et ce malgré l'intervention de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et de la DASS.

Les chambres doubles mesurent chacune 5,50m de longueur et 4,75m de largeur, soit une surface de 26,13m<sup>2</sup> incluant le cabinet de toilettes. La chambre double est aménagée à l'identique de la chambre individuelle avec les différents équipements en double. Le cabinet de toilettes est accessible à une personne à mobilité réduite et comprend un wc avec une barre d'appui, une douche à plan incliné avec un siège et deux lavabos. La porte se verrouille de l'intérieur. L'humidité du cabinet de toilettes visité témoigne d'un déficit de ventilation de l'espace.

Les patients ne sont pas à même de choisir le type de chambre où ils sont placés. Le personnel détermine son choix en fonction de chaque patient. S'il est possible de demander une chambre seule et d'obtenir satisfaction, la situation peut être remise en cause car les personnes, dont le profil est jugé compatible avec la chambre double, peuvent à tout moment y retourner afin de placer un autre patient dont on estime qu'il ne peut être placé qu'en chambre individuelle.

Au rez-de-chaussée et à l'étage, les deux chambres de sécurité dont la surface est chacune de 12m<sup>2</sup>, sont précédées de deux portes percées d'un hublot et d'un sas qui ouvre sur un cabinet de toilettes commun, comprenant wc, douche et lavabo. La cuvette de wc du cabinet de toilettes du rez-de-chaussée est cassée. L'ensemble du bloc sanitaire est dans un état très dégradé. Une fenêtre sans ouvrant possible est posée sur toute la largeur de la chambre. Dans une chambre du rez-de-chaussée, une vitre cassée a été remplacée provisoirement par un panneau en bois. Le store est commandé depuis le sas. Le système de ventilation et de chauffage est défectueux ; il en résulte « *qu'il fait froid l'hiver et chaud l'été* ». Le lit est fixé au sol, de même que l'ensemble constitué d'une tablette et d'un siège. Le placard de rangement se trouve dans le sas. Une sonnette est disposée à la tête du lit.

Au moment de la visite, deux chambres de sécurité (une au rez-de-chaussée et une à l'étage) étaient occupées, comme chambres individuelles, par des patients qui se trouvaient à l'extérieur. Les deux autres étaient utilisées en tant que telles : dans l'une, le patient était provisoirement autorisé à circuler dans le service ; dans l'autre - la chambre à la vitre cassée -, la patiente était allongée avec les bras attachés depuis l'avant-veille. Il a été indiqué que l'occupation de deux chambres contigües par des personnes soumises à des règles différentes - ce qui était justement le cas lors de la visite au rez-de-chaussée et à l'étage - empêchait le patient non soumis à indication thérapeutique d'aller librement aux sanitaires. En effet, ceux-ci restent alors en permanence fermés du fait de la présence dans la chambre voisine d'un patient sous contrainte.

Le pôle B a élaboré un livret d'accueil qui n'est toutefois pas remis aux patients à leur arrivée. Le document présente le service et donne quelques indications sur son fonctionnement et sur ses consignes. En annexe figurent, à l'attention des personnes hospitalisées sous contrainte, les recours possibles auprès de la CDHP et du procureur de la République, l'information de la venue régulière de ces autorités et la possibilité d'être reçu. Le recours au juge des libertés et de la détention n'est pas mentionné pas plus que les adresses des autorités.

Les activités proposés sur prescription médicale se déroulent au sein du bâtiment ou, à l'extérieur, au centre social : ateliers d'art plastique, ludothèque, esthétique, ergothérapie, musicothérapie, pâtisserie, atelier de travaux manuels.

Les personnels ont à l'unanimité fait part aux contrôleurs des difficultés à encadrer les sorties des patients du fait du manque d'effectif : « *aucun séjour thérapeutique n'a été organisé depuis deux années* ».

Les patients ont la possibilité de fumer : à l'extérieur en journée et au fumoir en soirée ou en cas de mauvais temps.

Deux réunions de l'ensemble du service se tiennent le lundi et le vendredi et passent en revue les dossiers de chaque patient.

#### 10.4 Pôle C.

Le psychiatre, responsable actuel du pôle C a pris ses fonctions en Juin 2008. Il est également chef de service de l'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) de la maison d'arrêt de Villepinte. Il était antérieurement chef de service des urgences générales du centre hospitalier.

Le service semblait en grande difficulté que ce soit en termes de fonctionnement général ou d'effectifs.

Il a été procédé au renouvellement complet de l'équipe médicale et à un recrutement actif de soignants non médicaux.

C'est sur la demande de l'actuel chef de service que le poste d'assistant généraliste commun aux trois pôles a été créé.



Le pôle C est un bâtiment entièrement rénové ayant ouvert ses portes en 2008. Il comprend un rez-de-chaussée et un étage et dispose de vingt-huit lits dont trois chambres d'isolement.

Le jour de la visite, deux patients étaient en HO et quatre en HDT.

Le bâtiment était prévu pour accueillir des patients sur les deux étages ce qui explique la présence d'un office alimentaire, de douches, de bureaux, de salle d'activités aux deux étages du bâtiment. Pour des raisons d'effectifs soignants et de facilité de fonctionnement au quotidien, l'option retenue a été de rassembler les patients en un seul niveau.

L'effectif médical comprend sept équivalents temps plein (ETP) dont trois praticiens hospitaliers, deux praticiens contractuels, deux assistants. Ces praticiens prennent en charge les patients hospitalisés mais également les patients des centres médico-psychologiques extra-hospitaliers du secteur: Tremblay-en-France, Vaujours et Livry-Gargan.

L'effectif non médical, comme il a été indiqué<sup>2</sup>, comprend pour le pôle et le secteur extrahospitalier, un cadre supérieur de santé, deux cadres de santé, 12,32 ETP d'infirmiers, 11, 54 ETP d'aides-soignants, cinq ASH, deux psychologues, deux assistantes sociales et 2.8 ETP de secrétariat.

Il existe deux réunions institutionnelles de l'ensemble de l'équipe, les mardi et vendredi, et une réunion associant soignants et soignés, dans la salle à manger, mise en place depuis septembre 2009.

Le pôle C est un service ouvert. Les portes sont fermées à partir de 18h et au moment des repas, lorsque des patients qui n'ont pas l'autorisation de sortir, mangent dans la salle à manger commune ou sont amenés à se déplacer dans le bâtiment.

Le bâtiment est non fumeur. Il existe un fumoir fermé à clef au rez-de-chaussée d'environ 12m<sup>2</sup> avec deux fenêtres dont l'ouverture est possible sur environ dix centimètres. Cette salle n'est pas meublée. Il n'y a pas d'extracteur de fumée. Lors de la visite, le premier jour, le sol était jonché de mégots et la salle enfumée, l'odeur de tabac étant présente dans une partie du couloir attenant. Lors de la visite, le troisième jour, la salle est propre et aérée. Un seau en plastique fait office de cendrier. Il n'y a pas d'extincteur à l'intérieur pour des raisons de sécurité des personnes (arme potentielle en cas d'agitation). Les consignes ne sont pas affichées en cas d'incendie (localisation de l'extincteur par exemple). Les patients peuvent sortir librement pour fumer dans la journée. Cette salle est ouverte vers 22h30, à la fin du programme télévisé, pour la dernière cigarette de la journée.

Les chambres des patients sont toutes situées au rez-de-chaussée. Toutes les portes sont munies d'un hublot.

---

<sup>2</sup> Cf. *supra* tableau p. 6.

Il existe trois chambres d'isolement situées côte à côte en face du poste d'accueil soignant. Elles sont composées - d'un sas d'entrée de 3,5 m<sup>2</sup> (comprenant la commande des volets, un appel malade et un interrupteur), - d'une salle d'eau avec lavabo, wc et douche. Deux chambres d'isolement d'une surface de 11m<sup>2</sup>, sont équipées d'un matelas en mousse d'environ 20cm d'épaisseur et d'un pouf d'environ 70 cm de hauteur faisant office de table de nuit. La troisième chambre est équipée d'un lit classique fixé au sol. Il n'y a pas de placard de rangement. Les trois chambres d'isolement sont climatisées. Il existe un bouton d'appel situé à distance du lit ce qui peut poser problème pour un patient hors d'état de se lever. La literie est en bon état et se compose d'oreillers, de draps et d'une couverture matelassée. Une des chambres gardait les traces d'accès de violence de la part d'un patient encore dans les lieux (projection de yaourts sur les murs et traces de coup dans les portes). Le personnel soignant a fait la demande de plateaux-repas semi-rigides moins dangereux que les plateaux traditionnels mais ceci n'a pu être pris en compte pour des raisons budgétaires. Ainsi, certains patients peuvent être amenés à manger directement dans leur lit. Une salle de bains sur trois n'est équipée d'aucun miroir.

Les chambres d'isolement sont également utilisées pour des patients qui ne le justifient pas ou plus. Elles sont alors gérées comme des chambres « normales », par exemple en laissant les portes ouvertes.

Il existe quatorze chambres individuelles d'une surface de 15m<sup>2</sup>, deux chambres à deux lits de 29 m<sup>2</sup> et 23m<sup>2</sup> et deux chambres à trois lits de 29m<sup>2</sup>. Toutes sont équipées de salles d'eau avec toilettes et douches. Deux placards, fermés à clef se trouvent dans les chambres. Ils sont accessibles sur demande, les clefs étant détenues par le personnel soignant (passe). Les baies vitrées sont larges et peuvent être ouvertes sur dix centimètres environ.

La gestion du linge n'est pas très organisée. Les effets personnels des patients sont entassés dans une pièce propre sans étagères dans des sacs plastiques ou des valises dont certaines d'entre elles sont à moitié ouvertes. Il existe un chariot de visite non utilisé mais sur lequel on peut voir des fragments de dossiers médicaux et des clichés radiologiques dont la place n'est pas dans ce local. Cette pièce apparaît plutôt comme un débarras et non un vestiaire.

La buanderie permet de laver le linge des patients pour ceux qui le souhaitent. Elle est équipée d'un lave-linge et d'un sèche-linge. Le linge est soit fourni par la famille, soit par l'hôpital ou le personnel soignant pour les personnes démunies. Il existe des cartons au sol qui contiennent des chaussures. L'ensemble dégage une impression de désordre substantiel. Une aide-soignante peut être référente pour des patients en ce qui concerne la gestion du linge. Le jour de la visite des contrôleurs, trois patients bénéficiaient de cette prestation.

La salle à manger, d'une surface de 40m<sup>2</sup>, est située à l'une des extrémités du service attenante à l'office alimentaire. Deux grandes tables accueillent les patients pour la prise des repas. Lors de la visite des contrôleurs, deux patients mangeaient avant les autres et un patient prenait son repas dans sa chambre. Les patients n'ont pas le choix des menus contrairement à ce qui est pratiqué dans les autres services. Il arrive régulièrement que les plateaux arrivent assez tard, les services de psychiatrie étant éloignés et que les aides soignantes ne puissent participer aux transmissions. La durée des repas est d'environ quarante-cinq minutes. Un goûter est également servi vers 16h. Un programme nutritionnel destiné à faciliter le transit intestinal a été mis en place récemment en collaboration avec les services diététiques.

L'espace télévision du rez-de-chaussée n'est pas bien situé et est ouvert à proximité immédiate des chambres. Lors de la visite de contrôle, les cris d'un patient couvrait le son émis par l'appareil. La télécommande a été égarée et n'a pas encore été remplacée. Le poste est un ancien modèle encastré dans un meuble vitré.

La salle de bains commune est une pièce aveugle de 11,8 m<sup>2</sup> qui comprend une grande baignoire, un lavabo avec miroir. La porte ne possède pas de hublot.

La réserve de linge propre contient des draps, pyjamas et couvertures.

Le poste de soins est situé au centre du service. Il existe un dossier de soins infirmiers par patient alors que les prescriptions médicales sont regroupées dans un seul classeur. La prescription n'est pas encore informatisée.

Un ascenseur mène au premier étage.

Il comprend les bureaux (médicaux, secrétariats, psychologues, travailleurs sociaux), une salle de télévision, une bibliothèque, une cuisine thérapeutique, une salle d'attente pour les consultants, des toilettes publiques et celles du personnel, des douches.

La salle de télévision est de belle dimension mais lors de la visite, le premier jour, celle-ci était peu avenante. Le téléviseur est de grande taille à écran plat. La salle comprenait deux chaises dépareillées, des vieux cartons au sol dans lesquels étaient entassés des pelotes de laine et autre jeux non entretenus. Lors de la visite, le troisième jour, la salle était propre et une dizaine de chaises en place.

La bibliothèque n'est pas organisée. Les livres sont en bon état. Il n'existe pas de procédure formalisée des emprunts.

La cuisine thérapeutique permet aux patients de cuisiner pour des occasions particulières (Noël par exemple). Cette activité ne paraît pas encore structurée.

Des consultations pour des patients de l'extérieur sont données par des médecins du service.

Tous les locaux visités de ce bâtiment sont d'une grande propreté.

## 10.5 Pôle de psychiatrie de l'adolescent.

L'unité psychiatrique pour les adolescents a été construite en 2004. Avec les quatre lits situés à Montreuil, elle couvre la totalité du département de la Seine-Saint-Denis et se compose de huit lits.

Le secteur infanto-juvénile auquel elle est rattachée couvre 290 000 habitants dont 90 000 ont moins de 19 ans.

L'unité est fermée. Il n'y a aucune vidéosurveillance à l'intérieur.

Il existe quatre lits dans le service de pédiatrie générale.

Cette unité se compose de deux chambres individuelles, trois chambres à deux lits, une chambre sécurisée et une chambre semi-sécurisée.

La chambre individuelle mesure 4,52m sur 3,33m, soit une surface de 15,05m<sup>2</sup>. Elle est équipée d'un lit, d'un fauteuil, d'un placard, un chevet, un bureau de travail avec une case.

Les chambres à deux lits ont une surface de 16,16m<sup>2</sup>.

Toutes les chambres sont équipées d'une veilleuse qui reste allumée en permanence.

Au jour de la visite, six adolescents étaient présents.

Sur les quatre garçons, deux avaient quatorze ans et deux, quinze ans. Deux étaient arrivés en 2009, l'un le 13 novembre, l'autre le 7 décembre. Les deux autres étaient là depuis les 5 et 7 janvier 2010.

Deux filles étaient présentes depuis 2009 : l'une, âgée de dix sept ans et demi, depuis le 31 août et l'autre, âgée de 15 ans, depuis le 10 décembre. Celle qui était là depuis août avait bénéficié de permissions de sortie.

Un des garçons était à l'isolement depuis six jours au moment de la visite.

Chaque jeune possède un triple dossier : un de soins infirmiers, un médical, un éducatif.

Toutes les tentatives de suicide sont systématiquement prises en charge et font l'objet d'une hospitalisation d'une semaine en pédiatrie. Là y est commencé un suivi psychiatrique qui sera, ou non, prolongé par une hospitalisation dans le service de pédopsychiatrie. Il est dit aux contrôleurs que ce protocole permet d'avoir le taux de récurrence le plus bas de France.

La plupart des jeunes sont adressés par l'aide sociale à l'enfance (ASE). Aucun jeune n'est pris en urgence. Selon les interlocuteurs, le jeune passe ou non par le CAC où un lit serait dédié au service. La situation de chaque jeune est évaluée de façon à éviter le plus possible l'hospitalisation et à impliquer la famille dans la prise en charge thérapeutique du patient.

Toutefois, il est signalé aux contrôleurs, qu'un jeune de quatorze ans avait passé la nuit du mardi 19 au mercredi 20 janvier 2010, sur un brancard aux urgences. Il avait été vu une fois le jeudi précédent pour une hospitalisation en urgence en pédiatrie et une autre fois le lundi précédent pour une consultation en urgence.

Aucun patient en HO n'a été reçu depuis l'ouverture.

Les jeunes vont très peu en CMP. Ils se rendent plus facilement à « l'accueil jeune » situé dans la « tour rouge » sur le site de l'hôpital. Ce lieu n'est perçu, en effet, ni comme étant l'hôpital, ni comme étant la ville. Ce lieu est ouvert en semaine de 9h à 18h et le samedi matin de 9h à 13h. Il y a, au moment de la visite 190 jeunes inscrits sur la file active. Un groupe destiné aux parents se tient dans ce même lieu, une fois par mois.

Le personnel est composé de :

- un cadre de proximité présent à 80% pour l'intra-hospitalier et 20% pour l'extra-hospitalier (pour les consultations en CMP). Il est signalé aux contrôleurs que cette présence est très insuffisante ;
- huit infirmiers qui ont tous choisi d'être dans ce service mais n'ont pas reçu de formation spécifique ;
- six aides-soignants dont un à temps partiel ;
- aucun ASH, car c'est une entreprise extérieure qui assure le ménage (une personne quotidiennement pour les chambres pendant quarante-cinq minutes et une autre pour les parties communes pendant une heure et trente minutes);
- deux éducateurs spécialisés ;
- trois psychiatres : deux à temps plein et un à mi-temps ;
- un psychologue présent quatre demi-journées dans la semaine ;
- une assistante sociale à mi-temps ;
- une secrétaire à mi-temps ;
- un enseignant spécialisé de l'éducation nationale, à temps plein ;
- pas de psychomotricien, ni d'orthophoniste.

Les horaires des équipes sont les suivants : l'équipe du matin de 6h45 à 14h15. L'équipe de l'après-midi de 13h45 à 21h15. L'équipe de nuit (qui est une équipe dédiée) de 21h à 7h.

Une synthèse, avec l'équipe du matin et celle de l'après-midi a lieu tous les jours de 13h30 à 14h30.

Tous les mardis, de 13h30 à 15h se tient une réunion élargie.

Les horaires des équipes et ceux des réunions font qu'il y a au moins un débord quotidien de quinze minutes.

Il est signalé aux contrôleurs qu'il serait urgent d'avoir une équipe mobile composée d'un infirmier et d'un psychologue pour se rendre au domicile des parents.

Le chef de service a pris la décision de fixer à six le nombre des adolescents pris en charge en raison de l'insuffisance du personnel.

Des activités sont proposées tous les jours :

- le lundi après-midi : un atelier d'art plastique et travaux manuels. Un goûter « philo » avec un psychologue ;
- le mardi : le matin un groupe cuisine où est élaboré le menu du lendemain ; l'après-midi est consacré aux courses pour la cuisine ;
- le mercredi : le matin a lieu la préparation du repas. L'après-midi est proposée une activité sportive ;
- le jeudi : un atelier conte. De février à juin a lieu un atelier théâtre avec des comédiens professionnels ;
- le vendredi : un atelier d'esthétique le matin et un de « djumbé » l'après-midi avec un éducateur spécialisé ;
- le week-end, beaucoup de sorties sont organisées, notamment à la piscine, vers les parcs d'attraction environnants.

La présence à ces ateliers est obligatoire mais pas la participation.

L'enseignante rencontre systématiquement les jeunes à leur arrivée afin d'établir un bilan scolaire. Elle assure des cours le matin par groupes de deux à six élèves et l'après-midi en individuel. L'enseignement est dispensé en fonction du projet thérapeutique.

Une association pour la pédopsychiatrie de l'ensemble du secteur, appelée « *D'psy* », est subventionnée par l'hôpital. Elle permet de couvrir les frais des activités et des séjours thérapeutiques. Le dernier séjour a eu lieu en Normandie en juin 2009 pour une activité poterie. Elle a regroupé quatre jeunes et trois soignants. Un projet de séjour au *Futuroscope* est à l'étude. Mais, d'après ce qui est dit aux contrôleurs, les accords pour ce type de séjours sont difficiles à obtenir.

Le tabac est toléré et les jeunes sont invités à aller fumer à l'extérieur. Les cigarettes sont limitées à sept par jour. Une terrasse clôturée et à ciel ouvert de 112m<sup>2</sup> permet d'y fumer mais aussi d'y prendre les repas l'été et de jouer au ping-pong.

A l'arrivée, les jeunes vont vivre une semaine de séparation avec leurs parents durant laquelle il n'y aura ni téléphone portable autorisé, ni courrier, ni visite. Les traitements médicamenteux sont peu nombreux et les entretiens avec les psychiatres très fréquents. L'isolement est utilisé pour cadrer la relation.

Il n'y a pas de registre d'utilisation des chambres d'isolement. Au moment de la visite un jeune était à l'isolement depuis six jours. Le précédent isolement avait eu lieu le 21 décembre 2009 pour 48 heures.

Les repas sont pris en commun dans la salle à manger. Les horaires sont : pour le petit-déjeuner de 8h30 à 9h30, pour le déjeuner à 12h, pour le dîner à 19h. Un goûter est prévu à 16h ainsi qu'une collation dans la soirée.

Une salle de télévision, d'une surface de 13,26m<sup>2</sup>, est équipée d'un téléviseur avec un écran de 50 cm, un lecteur DVD et une centaine de cassettes, un canapé recouvert d'un drap et cinq fauteuils.

Le coucher est à 23h.

Un vestiaire avec des vêtements pour les cas d'urgence est fourni par l'ASE. Beaucoup de jeunes y ont recours.

### **10.6 Le centre d'accueil et de crise (CAC).**

Le centre d'accueil et de crise a été créé en mars 2009. Situé juste en dessous des urgences, il est rattaché au pôle C. C'est un service fermé. Il comprend six lits. Le jour de la visite des contrôleurs, une chambre était hors service, car un patient avait cassé un carreau ; celui-ci avait été remplacé par un panneau de bois parfaitement isolant.

Le CAC comprend six lits dont une chambre d'isolement :

- trois chambres individuelles (dont celle hors service) avec douche, lavabo et WC ;
- une chambre double avec douche, lavabo et WC ;
- une chambre de soins intensifs aux normes de la Haute autorité de santé (HAS);
- un bureau de consultation pour tous les intervenants ;
- un poste de soins infirmiers ;

Le jour de la visite, cinq patients, deux femmes et trois hommes, étaient hospitalisés dont un en HO et un HDT ; la chambre de soins intensifs était occupée.

Il a été rapporté aux contrôleurs qu'aucune chambre n'était dédiée aux mineurs, contrairement à ce qui avait été indiqué par un responsable de l'unité pour adolescents.

Les patients sont admis pour des décompensations psychotiques, des dépressions, des tentatives de suicide, des ruptures de traitement, des psychopathologies chroniques. Ils sont majoritairement connus de leur secteur

La création du CAC a eu pour but de créer un lieu d'accueil pour hospitaliser, pendant une période de moins de 72 heures, les patients en provenance des urgences. Cette phase d'observation devait permettre soit d'envisager la sortie en prévoyant le suivi en extrahospitalier, soit d'hospitaliser le patient dans son service de secteur (A, B ou C). La difficulté, observée par les contrôleurs, réside dans le fait que les secteurs ne disposent pratiquement jamais de lits pour recevoir les patients provenant du CAC : c'était le cas le 20 janvier.

De ce fait, le CAC voit ses durées de séjour augmenter et ne dispose plus de lits pour accueillir les urgences : c'était le cas le 20 et le 21 janvier. Une sortie était prévue le 22 janvier : un patient devait probablement être admis dans une clinique privée.

L'effectif du personnel soignant comprend :

- 2 psychiatres qui assurent une présence à tour de rôle, tous les matins et après-midi ;
- 0,7 ETP de cadre infirmier (il effectue le reste de son temps aux urgences) ;
- 6 infirmiers ;
- 6 aides-soignants ;
- 0,5 ETP de psychologue ;
- une ASH le matin.

Les repas sont pris dans les chambres, il n'existe pas de salle d'activité ou de télévision : il s'agit d'une période entièrement consacrée au repos et aux soins.

### 10.7 Les urgences psychiatriques.

Un psychiatre assure une garde 24 heures sur 24 aux urgences du centre hospitalier.

Deux infirmières de médecine s'occupent également des urgences psychiatriques.

Lorsqu'il n'existe pas de lit au CAC ou dans les pôles, et que le psychiatre a pris la décision d'hospitaliser un patient, celui-ci va passer la nuit sur un brancard à côté des autres patients de médecine ou de chirurgie. Au cas où un patient serait agité, il serait mis à l'écart dans un box pour y passer la nuit.

Les contrôleurs ont constaté que le mercredi 20 janvier à 20h, six patients auraient dû être hospitalisés en psychiatrie. L'un d'eux avait été isolé dans un box. Tous avaient reçu un plateau-repas pour le dîner. Renseignement pris, deux ont été admis le lendemain matin dans le pôle C, les quatre autres sont retournés chez eux.

Par ailleurs, les contrôleurs ont constaté la présence d'un patient détenu en provenance de la maison d'arrêt de Villepinte. Il était arrivé à 13h pour un problème chirurgical et se trouvait debout, menotté dans le hall des urgences à 19h. Il était accompagné de trois surveillants également présents depuis 13h. Personne n'avait reçu de collation.



Le lendemain à 16h, six nouveaux patients, dont une jeune fille en HDT, étaient dans la même situation en attente de lit.

## **11 L'HOSPITALISATION DES DETENUS.**

Les détenus de la maison d'arrêt de la Seine-Saint-Denis (Villepinte) placés en hospitalisation d'office, dans le cadre de l'article D. 398 du code de procédure pénale, ne sont pas admis au centre hospitalier Robert Ballanger et sont orientés vers l'hôpital de Ville-Evrard.

## **12 SUR-OCCUPATION ET TRANSFERTS.**

Les trois secteurs de psychiatrie adulte et l'unité pour adolescents présentent leur service en intégrant les chambres d'isolement comme des chambres « normales ». Ceci reflète la pratique des services : un patient peut occuper une chambre d'isolement alors que son état clinique ne le requiert pas faute de pouvoir disposer d'une chambre dans l'unité. La porte de la chambre d'isolement est alors ouverte, comme ont pu le constater les contrôleurs.

Au cas où les personnels soignants auraient besoin d'une chambre d'isolement pour y placer un patient agité, il serait alors nécessaire de déplacer le patient pour le mettre, parfois en urgence dans une autre chambre, à deux ou trois lits. Selon les informations recueillies, ce changement peut s'avérer préjudiciable pour le patient qui perd ses repères et son cadre.

Le centre d'accueil et de crise (CAC) a été créé en mars 2009 pour constituer un filtre et permettre d'hospitaliser pour une période de 72 heures un patient en provenance des urgences. Les contrôleurs ont pu constater que ce dispositif ne pouvait fonctionner que s'il pouvait disposer de lits dans les pôles A, B et C. Le jour de la visite des contrôleurs, le CAC ne disposait que de cinq lits, car une chambre était indisponible du fait d'un carreau cassé remplacé par un panneau en bois. Tous les lits du CAC étaient pleins ; une seule sortie était prévue pour le surlendemain.

Les contrôleurs sont passés aux urgences deux jours de suite : ils ont constaté que le 20 janvier à 20h, six patients devaient faire l'objet d'une hospitalisation en psychiatrie et que faute de lit disponible au CAC ou dans les trois secteurs, ils allaient passer la nuit sur un brancard. Renseignements pris, deux patients ont été hospitalisés le 21 janvier matin dans le secteur C, les quatre autres sont rentrés chez eux, comme il a été précédemment indiqué.

Le 21 janvier à 16h, six autres patients dont une jeune fille en HDT, étaient dans la même situation : il n'y avait aucun lit ni au CAC, ni dans les trois secteurs.

Selon les informations recueillies, il est difficile actuellement de transférer un patient au centre hospitalier spécialisé de Ville-Evrard, contrairement à la pratique en vigueur il y a quelques années.

### **13 LE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION.**

Il n'existe aucun registre permettant de retracer les placements des patients en chambre d'isolement et leur mise sous contention. Selon les informations recueillies ces données se trouveraient dans le dossier médical de chaque patient.

Un protocole de mise en chambre d'isolement, commun à tous les secteurs, a été rédigé et mis en vigueur dans les trois secteurs.

### **14 CONDITIONS DE VIE AU TRAVAIL.**

Selon les informations recueillies, malgré le nombre important de postes non pourvus, les personnels soignants sont très motivés et l'absentéisme faible. Beaucoup d'heures supplémentaires sont effectuées du fait du manque de personnels. Le bilan social fait état d'un taux de présence des soignants de 94,82% mais ce taux ne distingue pas le pôle de psychiatrie parmi les autres services de l'hôpital.

Le centre hospitalier propose des contrats de recrutement aux étudiants de l'institut de soins infirmiers (IFSI) situé en son sein. Il s'agit de s'engager à travailler deux ans en psychiatrie en échange d'une rémunération de 450 euros en deuxième année et de 500 euros en troisième année. En 2010, quatre étudiants sur quarante-sept ont ainsi signé ce contrat.

La direction des soins infirmiers mène une politique active de recrutement, avec le soutien de la direction, notamment en organisant des « journées portes ouvertes », en participant à des salons professionnels et grâce au site internet.

Une formation spécifique en psychiatrie est systématiquement proposée aux jeunes diplômés.

Les horaires de travail du personnel soignant viennent d'être modifiés ; ils tiennent compte d'un temps pour les transmissions :

- 6h15-13h45, pour l'équipe du matin ;
- 13h15-20h45 pour l'équipe d'après-midi ;
- 20h30-6h30 pour l'équipe de nuit qui est fixe et volontaire.

Une crèche est à la disposition des personnels au sein du centre hospitalier.

Plusieurs personnes entendues par les contrôleurs ont évoqué le problème de la sécurité dans l'établissement : dans la journée, il n'existe pas de contrôle des véhicules et des piétons à l'entrée ce qui fait que les abords, notamment des bâtiments de la psychiatrie, constituent un lieu propice aux trafics.

Le personnel soignant dispose d'un dispositif de sécurité (PTI) par étage, relié au poste central (PC) du service incendie. Il existe sept PTI répartis ainsi : deux dans chaque pôle A, B et C et un dans l'unité pour adolescents.

Le service de sécurité incendie et d'assistance aux personnes comprend dix-huit agents. Trois sont présents à chaque roulement : 6h30-14h, 13h30-21h, 20h30-6h30. Ils effectuent une ronde de nuit dans chaque service de l'hôpital, donc une dans chaque service de psychiatrie. Ils peuvent « *donner un coup de main pour tenir un patient agité* ». Selon les informations recueillies, le simple fait de venir en tenue calmerait un patient difficile.

A titre d'exemple, en décembre 2009, le service de sécurité incendie est intervenu à quatorze reprises dans les trois pôles de psychiatrie. Il dispose d'un véhicule d'intervention.

Ce service gère également les moniteurs des cinquante-six caméras de surveillance disposés sur le site du centre hospitalier dont quatre aux abords des pôles de psychiatrie et deux de l'unité pour adolescents. Il n'existe aucune caméra à l'intérieur des services.

A partir de 21h, une barrière pour l'accès des véhicules est gérée par le standardiste qui vérifie aussi les écrans de contrôle. Les images sont conservées durant cinq jours.

Un accord a été passé entre la direction et le commissariat de Villepinte pour qu'une intervention de la police soit assurée en cas de difficulté majeure.

## **15 PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN PROVENANCE DE LA ZONE D'ATTENTE DE L'AEROPORT DE ROISSY.**

Le service médical de la zone aéroportuaire de Roissy est assuré de 8h à 20h sept jours sur sept par une équipe composée d'un praticien hospitalier à temps plein, deux praticiens contractuels à temps plein, un praticien contractuel à mi-temps. Les mineurs sont vus systématiquement, les femmes enceintes sont adressées dans le service de gynécologie obstétrique du centre hospitalier. La nuit, il est fait appel au service médical de l'aéroport de Roissy. L'équipe médicale assure également la visite médicale des arrivants dans l'établissement pénitentiaire de Villepinte le week-end.

C'est le service de police de l'air et des frontières qui assure l'accompagnement des personnes étrangères placées en zone d'attente vers le centre hospitalier. Il n'a pas été fait mention de difficultés particulières sur ce point.

L'unité médico-judiciaire (UMJ) de Bondy accueille les patients en garde à vue et rédige les certificats médicaux.

## CONCLUSION

A l'issue de leur visite, les contrôleurs formulent les observations suivantes :

1. Les structures extrahospitalières ne devraient pas se situer dans les locaux de l'hôpital, ce qui permettrait de dégager des espaces pour les activités des patients hospitalisés.
2. Même si le centre hospitalier mène une politique active de recrutement du personnel soignant, le déficit de postes ne permet pas aux trois secteurs de fonctionner dans des conditions satisfaisantes.
3. Il serait souhaitable de pouvoir disposer de données spécifiques aux patients hospitalisés, par exemple en matière de gestion des biens. En effet beaucoup de données concernent l'ensemble de l'activité des pôles intra et extrahospitaliers.
4. Les chambres de sécurité sont utilisées non seulement pour des raisons thérapeutiques mais aussi faute de places disponibles dans les autres chambres. Il conviendrait de ne pas les comptabiliser dans la capacité d'accueil de chaque pôle
5. Il est indispensable de mettre en place une procédure écrite de notification des droits des patients hospitalisés sous contrainte avec communication à leur intention des arrêtés les concernant. Un document contenant les modalités de recours et les adresses où ils peuvent les envoyer devrait y être joint.
6. Un livret d'accueil spécifique à la psychiatrie devrait faire partie du livret d'accueil commun à l'ensemble des services du centre hospitalier Robert Ballanger.
7. Il serait utile que les arrêtés de sortie d'essai d'HO et d'HDT soient comptabilisés en tant que tels pour en assurer le suivi.
8. Dans le secteur de psychiatrie C, il reste encore beaucoup à faire pour donner à l'espace dédié aux visites sa vocation d'intimité et de réconfort à la fois pour les familles et les patients.
9. Il conviendrait d'aménager l'espace dédié aux postes de téléphone fixes pour en assurer l'intimité et le confort.
10. Il serait souhaitable d'harmoniser les pratiques des trois secteurs dans l'accès aux téléphones portables.
11. Des boîtes à lettre devraient être installées dans les bâtiments d'hospitalisation ; le courrier ne doit pas faire l'objet d'un contrôle par le personnel soignant.
12. Un accès à l'informatique et à internet devrait être prévu dans l'ensemble des unités d'hospitalisation, y compris dans le service pour adolescents.
13. Le centre hospitalier n'a pas été en mesure de communiquer aux contrôleurs le nom du président de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) et les comptes-rendus des dernières visites. La direction territoriale doit assurer le secrétariat de la commission.

14. La cafétéria n'est pas suffisamment investie par les patients des unités de psychiatrie du fait du manque de personnels soignants pour les y accompagner et de la quasi absence d'animation du lieu.
15. L'aumônerie chrétienne devrait être plus facilement accessible aux patients et à leurs familles.
16. Compte tenu de la forte proportion de patients de confession musulmane, il serait nécessaire qu'un aumônier de cette confession assure une présence dans l'établissement.
17. Un poste de médecin généraliste pour assurer le suivi des patients hospitalisés en psychiatrie a été créé en juin 2009. A leur admission, les patients sont vus systématiquement. Cependant durant l'hospitalisation, le suivi somatique s'effectue en fonction des besoins évalués par les soignants qui, en cas de nécessité, appellent le secrétariat du praticien.  

Il serait indispensable que le médecin généraliste passe tous les jours dans chaque unité d'hospitalisation psychiatrique, sans attendre les signalements.
18. Deux unités sur trois sont ouvertes durant la journée ; la différence avec celle qui ne l'est pas est mal vécue par les patients comme par les familles.
19. Dans le bâtiment A, un ensemble de pièces actuellement inutilisé est constitué de dix chambres équipées de sanitaires et de locaux prêts à l'emploi. L'eau et l'électricité n'ont pas été coupées. L'ensemble est en excellent état et a un caractère attrayant. Etant donné le manque constant de lits en psychiatrie, il paraît dommageable de ne pas ouvrir cette aile.
20. Dans les unités d'hospitalisation, il conviendrait que l'ensemble des chambres dispose d'un bouton d'appel.
21. Les travaux en cours dans le secteur A, prévoient la mise en place d'une chambre à trois lits et d'une à deux lits, ce qui est contraire aux préconisations en vigueur aujourd'hui, notamment en ce qui concerne l'intimité des patients.
22. Il serait indispensable de programmer la réfection des deux chambres de sécurité dans le secteur de psychiatrie B.
23. Beaucoup d'activités ont été abandonnées faute de personnel et de locaux dans les trois secteurs. Les patients en subissent fortement les conséquences et se plaignent de manière récurrente d'inactivité.
24. L'activité principale demeure la télévision qui n'est pas dotée de la TNT et dont les conditions de vision sont imparfaites. (télécommande cassée ou absente, mauvaise réception). Il reste encore beaucoup à faire pour que cette « activité » soit véritablement un lieu de détente et de convivialité.

25. Il est à noter qu'aucun séjour thérapeutique n'a été organisé depuis de nombreux mois. Des solutions pour la compensation en heures supplémentaires pour le personnel devraient être mises en œuvre.
26. Les patients pourraient avoir le choix des menus tel que cela se pratique dans les autres services. Cette discrimination entre les patients hospitalisés en psychiatrie et les autres ne paraît pas justifiée.
27. Dans l'unité B, deux salons de coiffure et d'esthétique remarquablement équipés et aménagés où règne une ambiance particulièrement conviviale, grâce à l'investissement personnel d'une aide-soignante, sont à la disposition des patients qui s'y rendent seuls ou accompagnés, selon la décision de l'équipe soignante.
28. Les hublots des portes des chambres et de certains sanitaires dans les différentes unités ne garantissent pas l'intimité des patients.
29. La gestion du linge des patients devrait faire l'objet d'une attention particulière.
30. Dans l'unité C, des consultations extrahospitalières sont effectuées par des médecins du service alors qu'elles devraient l'être au centre médico-psychologique du secteur.
31. Dans le pôle de psychiatrie de l'adolescent, toutes les tentatives de suicide sont systématiquement prises en charge et font l'objet d'une hospitalisation d'une semaine en pédiatrie pour un suivi psychiatrique qui sera, ou non, prolongé par une hospitalisation dans le service de pédopsychiatrie.
32. Le centre d'accueil et de crise (CAC) est un lieu d'accueil pour hospitaliser pendant une période de moins de 72 heures les patients en provenance des urgences. Cette phase d'observation doit permettre soit d'envisager la sortie en prévoyant le suivi extrahospitalier, soit d'hospitaliser le patient dans son service de secteur. Les secteurs ne disposent pratiquement jamais de lits pour recevoir les patients provenant du CAC. De ce fait, le CAC voit ses durées de séjour augmenter et ne dispose plus de lits pour accueillir les urgences.  
  
Le CAC ne peut plus remplir sa mission.
33. Aux urgences, le psychiatre qui a pris la décision d'hospitaliser un patient en psychiatrie, se voit contraint, faute de place au CAC, de l'installer pour une nuit ou plus, sur un brancard à côté des autres patients de médecine ou de chirurgie.
34. Il serait souhaitable que les patients en provenance de la maison d'arrêt de Villepinte ainsi que les personnels de surveillance qui les accompagnent puissent bénéficier aux urgences de conditions d'attente correctes et dignes : ils devraient être séparés des autres patients, bénéficier d'une collation et pouvoir s'asseoir.

35. Dans les trois secteurs de psychiatrie adulte et dans l'unité pour adolescents, les chambres d'isolement sont utilisées comme des chambres « normales ». Un patient peut occuper une chambre d'isolement alors que son état clinique ne le requiert pas faute de pouvoir disposer d'une chambre dans l'unité. La porte de la chambre d'isolement est alors ouverte.

Cette pratique ne respecte pas les droits des patients.

36. Afin d'assurer leur traçabilité, il serait nécessaire qu'un registre permettant de retracer les placements des patients en chambre d'isolement et leur mise sous contention soit mise en œuvre dans chaque unité d'hospitalisation.

37. Le service de sécurité incendie et d'assistance aux personnes n'effectue pas seulement des rondes de nuit dans chaque service de l'hôpital. Il peut également prêter main forte aux personnels soignants pour contenir un patient agité.

Seuls les membres de l'équipe soignante sont habilités à prendre en charge un patient.

38. Dans la journée, il n'existe pas de contrôle des véhicules et des piétons à l'entrée de l'établissement, ce qui engendre un sentiment d'insécurité chez les personnels soignants.

## Table des matières

<b>1</b>	<b>Conditions de la visite.</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Présentation générale de l'établissement.</b>	<b>3</b>
<b>2.1</b>	<b>L'environnement du centre hospitalier.</b>	<b>3</b>
<b>2.2</b>	<b>La présentation des locaux.</b>	<b>4</b>
<b>2.3</b>	<b>Les personnels</b>	<b>5</b>
<b>2.4</b>	<b>Les données financières</b>	<b>7</b>
<b>2.5</b>	<b>Activité.</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Hospitalisation sans consentement et exercice des droits</b>	<b>7</b>
<b>3.1</b>	<b>Informations données aux malades arrivants et possibilités de recours.</b>	<b>7</b>

<b>3.2</b>	<b>Registres de la loi.....</b>	<b>8</b>
3.2.1	Sorties d'essai.....	9
<b>3.3</b>	<b>La communication avec l'extérieur.....</b>	<b>9</b>
3.3.1	Les visites.....	9
3.3.2	Le téléphone.....	10
3.3.3	Le courrier.....	11
3.3.4	L'informatique et l'accès à l'internet.....	11
3.3.5	Les cultes.....	11
3.3.6	La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).....	12
3.3.7	Le traitement des plaintes et des réclamations.....	13
3.3.8	L'UNAFAM.....	13
3.3.9	L'association des usagers.....	14
<b>4</b>	<b>Les conditions d'hospitalisation.....</b>	<b>14</b>
<b>4.1</b>	<b>Éléments communs à tous les pôles.....</b>	<b>14</b>
4.1.1	Le centre social intersectoriel.....	14
	Un centre social intersectoriel est à la disposition des patients qui ont l'autorisation médicale de sortir de leur unité. Il est situé au milieu des bâtiments dédiés aux pôles A, B et C.....	14
4.1.2	Le suivi somatique.....	15
<b>4.2</b>	<b>Pôle A.....</b>	<b>16</b>
<b>4.3</b>	<b>Pôle B.....</b>	<b>20</b>
<b>4.4</b>	<b>Pôle C.....</b>	<b>24</b>
<b>4.5</b>	<b>Pôle de psychiatrie de l'adolescent.....</b>	<b>28</b>
<b>4.6</b>	<b>Le centre d'accueil et de crise (CAC).....</b>	<b>31</b>
<b>4.7</b>	<b>Les urgences psychiatriques.....</b>	<b>32</b>
<b>5</b>	<b>L'hospitalisation des détenus.....</b>	<b>33</b>
<b>6</b>	<b>Sur occupation et transferts.....</b>	<b>33</b>
<b>7</b>	<b>Le recours à l'isolement et à la contention.....</b>	<b>34</b>
<b>8</b>	<b>Conditions de vie au travail.....</b>	<b>34</b>
<b>9</b>	<b>Prise en charge des patients en provenance de la zone d'attente de l'aéroport de Roissy.....</b>	<b>35</b>



