



**Etablissement public de
santé mentale de Saint Paul
(La Réunion)**

Du 7 au 10 juin 2010

Contrôleurs :

- Vincent Delbos, chef de mission ;
- Jacques Gombert ;
- Philippe Lavergne ;
- Lucie Montoy.

L'article 8 alinéa 1 de la loi du 30 octobre 2007, instituant le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, dispose que le Contrôleur général visite « *tout lieu où des personnes sont privées de leur liberté par décision d'une autorité publique, ainsi que tout établissement de santé habilité à recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement visé à l'article L. 3222-1 du code de la santé publique* ».

En application de cette disposition de la loi de 2007, quatre contrôleurs ont effectué une visite de l'établissement public de santé mentale (EPSM) de la Réunion, couramment désigné sous l'acronyme EPSMR, du 7 au 10 juin 2010. Cette visite avait été annoncée une semaine à l'avance.

Le rapport de visite prend en considération les observations faites au rapport de constat adressé au directeur de l'EPSM, qui a répondu par une note du 26 mai 2011.

1- LES CONDITIONS DE LA VISITE.

Les quatre contrôleurs sont arrivés au centre hospitalier le lundi 7 juin 2010 à 9h et en sont repartis le jeudi 10 juin à 10h. Ils ont effectué une visite de nuit le mardi 8 juin de 21h30 à 23h15.

Une réunion de début de visite s'est tenue le lundi 7 juin, en présence du directeur du centre hospitalier par intérim, le directeur général étant absent pour une réunion en métropole, de la directrice des soins et du président de la commission médicale de l'établissement (CME).

Il a été indiqué aux participants que le directeur pouvait à tout moment joindre les contrôleurs par téléphone, dès son retour à l'établissement.

La réunion de fin de visite s'est tenue avec les mêmes interlocuteurs le jeudi 10 juin.

Les contrôleurs ont rencontré le procureur de la République du tribunal de grande instance de Saint-Denis de la Réunion. Une réunion de travail s'est également tenue avec le directeur adjoint de l'agence régionale de santé (ARS) de la Réunion et l'un de ses collaborateurs, responsable du pôle de l'offre de soins. Ils ont eu un contact téléphonique avec la présidente de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP). Attache a été prise avec le président du conseil de surveillance de l'EPSM, qui n'a pu se rendre disponible pour rencontrer les contrôleurs durant leur visite sur place.

Un membre du cabinet du préfet de la Réunion a été informé par téléphone de la présence de la mission. Une rencontre a eu lieu avec le préfet à l'issue du contrôle de l'établissement, lors d'une réunion portant sur l'ensemble des visites effectuées dans le département.

Les contrôleurs ont visité toutes les unités d'hébergement situées sur le site.

L'ensemble des documents demandés a été mis à la disposition de l'équipe.

A la date du 7 juin 2010, étaient hospitalisés neuf patients en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), quatre en hospitalisation à la demande d'un tiers urgente (HDTU) et treize en hospitalisation d'office (HO). Aucun détenu n'était hospitalisé, lors du contrôle, au titre des dispositions de l'article D.398 du code de procédure pénale.

2- CONDITIONS GENERALES DE LA VISITE.

2.1 L'environnement de l'EPSMR et le bâtimentaire.

L'établissement de santé mentale de la Réunion est installé dans la commune de Saint-Paul depuis la fin du XIX^{ème} siècle¹. Cette commune, point de départ de la colonisation de l'île au XVI^{ème} siècle, a connu un fort développement depuis une vingtaine d'années, pour atteindre une population de presque 90 000 habitants. L'EPSMR était jusqu'en 2005 le seul établissement hospitalier public de psychiatrie de l'île, siège de l'ensemble des secteurs.

Les schémas régionaux d'organisation des soins en psychiatrie (SROS) des périodes 1993-1997 et 2000-2004 concluaient à un rééquilibrage géographique et démographique des secteurs ainsi qu'à un rapprochement de l'équipement hospitalier des secteurs couvrant l'est du département de leurs bassins de population. Un rapport de la mission nationale d'appui en santé mentale préconisait dès 1999 la nécessité de réduire les inégalités entre l'Est et l'Ouest, le Sud et le Nord, et de réviser les implantations².

Ces opérations ont finalement été réalisées à l'occasion de la construction de la voie rapide qui entraînait l'expropriation du site historique de Saint-Paul.

Lors de cette délocalisation, deux nouveaux sites ont donc été construits, l'un sur la partie est de l'île à Saint-Benoît, l'autre dans la commune de Saint-Paul, dans une zone située de l'autre côté de la voie rapide, à environ cinq kilomètres du centre ville, accessible par les transports en commun en une trentaine de minutes. Un arrêt d'autobus est situé sur une route à forte densité de circulation, à environ cinq-cents mètres de l'entrée principale de l'hôpital.

Le bassin de population desservi par l'EPSMR couvre une population de plus de 470 000 habitants. La capacité totale de l'établissement s'élève à 541 lits et 279 places dans le secteur sanitaire. Les deux sites de Saint-Paul et de Saint-Benoît sont distants de soixante kilomètres.

¹ Un des premiers hôpitaux construits à la Réunion le fut en 1764, auquel fut adjoint vers 1870 un asile d'aliénés, transformé successivement en hôpital psychiatrique, puis en centre hospitalier spécialisé. Situé à proximité du centre ville de Saint-Paul, construit en bord d'océan et d'un cimetière des esclaves, il a été partiellement détruit par la construction de la route dite des Tamarins, voie rapide qui traverse l'île de Saint-Paul à l'Etang Salé. Seul subsiste le bâtiment administratif qui accueille des activités extra hospitalières.

² Rapport sur la psychiatrie à la Réunion, présenté par : Docteur Anne-Marie Gallot, Docteur Serge Kannas, Monsieur Serge Adam, Monsieur Christian Bonal, Madame Claudine Rousset, Madame Marie-Ange Vuillermet, Mars 1999 MNASM.

Le contrôle a porté exclusivement sur les installations du site d'hospitalisation du Grand Pourpier à Saint-Paul qui regroupe les pôles d'activité clinique suivants :

- Le pôle « Nord » comprend le secteur 1 (secteur 99G01) qui couvre une population de 138 600 habitants et comporte deux pavillons, *Jasmin* et *Ylang-Ylang* ; chacun de vingt-cinq lits ;
- le pôle « Ouest » composé du secteur 3 (99G03), couvrant une population de 169 000 habitants et équipé de deux pavillons d'hospitalisation à temps plein de cinquante lits au total, *Cardamome* et *Jamrose* ; le pôle comportant également le secteur Ouest en psychiatrie infanto-juvénile (secteur 99I05) qui dispose d'une unité d'hospitalisation à temps plein, la seule de l'île, d'une capacité de dix lits, le pavillon *Vanille* ;
- enfin, le pôle intersectoriel comprenant la fédération de réhabilitation et de réinsertion (99Z01), qui est dotée de vingt-cinq lits d'hospitalisation dans le pavillon *Vétiver*. Le pôle accueille également le service médico-psychologique régional – SMPR - (99P17), d'une capacité de seize places qui couvre les trois établissements pénitentiaires de l'île.

Le site principal d'hospitalisation de Saint-Paul, le Grand Pourpier, regroupe au total 135 lits d'hospitalisation à temps plein, dans sept pavillons, dénommés unités, tandis que le site de Saint-Benoît en dispose de cinquante.

A Saint-Paul et sur la même emprise, sont également installés l'administration de l'établissement et les services techniques. Ouvert en 2005, l'établissement a été conçu par une agence d'architectes métropolitains³ spécialisée dans la réalisation d'équipements hospitaliers.

Les bâtiments d'hospitalisation sont répartis sur un terrain de sept hectares en déclivité, depuis l'immeuble dédié à l'administration qui sépare les pavillons de la voirie publique. Ils sont répartis dans un parc paysager où la végétation tropicale a été développée. Un kiosque où les malades peuvent se retrouver autour d'une buvette servant des plats chauds et froids, des boissons et des friandises, constitue l'axe central de cette installation : de part et d'autre, trois unités sont installées. Toutes sont de même forme, deux quadrilatères emboîtés, où les chambres et les locaux communs sont distribués autour de deux patios intérieurs.

L'unité de pédopsychiatrie, aux formes différentes des autres, est située quant à elle, en bordure du chemin du Grand Pourpier, ce qui lui permet un accès autonome par rapport aux autres pavillons.

³ Groupe 6 architectes

2.2 Les personnels.

Au 31 décembre 2009, l'EPSMR rémunérait un effectif total équivalent à **720,17 agents de toutes catégories, parmi lesquels 546,79 appartenait au groupe des personnels soignants et éducatifs ; 53,72 au groupe des médecins et pharmaciens ;** l'effectif théorique pour les personnels non médicaux sur les sept unités d'hospitalisation examinées étant en 2009 de 119,66 tandis que l'effectif réel s'établissait à 214, soit 30% de l'effectif total rémunéré, en raison d'un nombre important de personnels travaillant à temps partiel..

L'effectif médical total atteint cinquante-quatre praticiens, dont cinquante-deux à temps plein et deux effectuant sept, huit ou neuf demi-journées. Le bilan social 2009 ne ventile pas leur répartition par unité d'hospitalisation à temps plein. Le livret de présentation de l'EPSMR, mis à jour en février 2010, montre que le pôle « Nord » dispose de six postes et demi de praticiens hospitaliers (PH) autorisés, couverts par sept psychiatres, dont deux contractuels ; le pôle « Ouest » de 10,5 postes autorisés couverts par onze PH, dont deux contractuels ; la pédopsychiatrie de sept postes autorisés tous couverts et la fédération de réhabilitation et de réinsertion (F2R) de deux postes autorisés couverts par trois PH, dont un contractuel. Au total, vingt-six postes de PH sont autorisés, couverts par vingt-huit médecins, dont cinq contractuels. L'activité des médecins se répartit par ailleurs, dans des proportions qui ne sont pas prédéterminées entre les activités intra et extra hospitalières.

Toujours selon le bilan social 2009, **la répartition des personnels par âge montre que 40,5 % ont entre 25 et 40 ans ; 46,9 % entre 41 et 55 ans et 12,2 % plus de 55 ans.** 292 hommes et 438 femmes travaillent à l'établissement, soit 730 agents, chiffre supérieur à l'effectif rémunéré la même année (720,17).

Les départs en 2009 ont été de quinze agents, dont huit médecins et sept relevant du groupe des soignants et des éducatifs. Les motifs précis de ces mouvements n'ont pas été indiqués, mais ont été évoqués le retour en métropole pour certains personnels, comme les départs liés à la montée en charge d'un service des urgences psychiatriques au centre hospitalier général de Saint-Paul.

Il a été noté dans le bilan social pour 2009 156 journées de grève d'ordre national, ce qui constitue un doublement par rapport à l'année précédente (soixante-et-onze journées).

2.3 Les données financières de l'établissement pour 2009.

Le budget d'exploitation de l'établissement s'établit à 61,83 millions d'euros en charges, au sein duquel celles de personnels représentent plus de 83 % de l'ensemble. Un excédent d'exploitation de 93 290 euros a été dégagé en 2009. L'investissement s'est élevé à un peu plus d'un million d'euros.

La chambre régionale des comptes a établi un rapport d'observations définitives en août 2008 dont les contrôleurs ont pris connaissance. Ce rapport souligne la faiblesse de la gestion, l'insuffisante rigueur dans les procédures et relève plusieurs difficultés spécifiques, notamment quant à la gestion des fonds et valeurs des hébergés ainsi que l'absence de pièces justificatives du service fait pour certaines catégories de personnels.

2.4 L'activité (dont HO et HDT) : nombre d'admissions, durées de séjour, taux d'occupation des lits.

L'activité de l'EPSMR doit être replacée dans le contexte de l'évolution de la psychiatrie à la Réunion.

Taux d'équipement en psychiatrie générale pour 1 000 habitants de plus de 16 ans		
<i>lits d'hospitalisation complète</i>	0,63	(France métropolitaine) 1,13
<i>équipement global (lits et places)</i>	1,05	(France métropolitaine) 1,54

Le nombre de lits d'hospitalisation complète en psychiatrie adulte est passé de 324 en 2002 à 348 en 2008. En 2007, 87 861 journées d'hospitalisation ont été recensées ; 64 255 en 2008 et 65 006 pour l'année 2009.

Le 8 juin 2010, on comptait, comme il a été mentionné *supra*, vingt-six patients hospitalisés sans leur consentement : neuf en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), quatre en hospitalisation à la demande d'un tiers prononcée selon la procédure d'urgence (HDTU⁴) et treize en hospitalisation d'office (HO⁵), y compris les patients hospitalisés au titre des dispositions de l'article 122-1 du code pénal⁶.

⁴ Les HDT prononcées selon la procédure d'urgence en raison d'un péril imminent, en application de l'article L3212-3 du code de la santé publique.

⁵ Sans qu'il soit possible de distinguer celles prononcées en application de l'article L3213-7 du code de la santé publique de celles prises sur le fondement de l'article D.398 du code de procédure pénale.

⁶ Il s'agit de personnes qui ont bénéficié d'une décision de relaxe ou d'acquittement en raison d'un trouble psychique ayant aboli leur discernement ou le contrôle de leurs actes au moment des faits.

Selon les informations fournies par le président de la CME, **en 2007, les hospitalisations sous contrainte représentaient 28 % du total des hospitalisations, 30 % en 2008 et 36 % en 2009.**

En 2008, sur 4 406 entrées, 3 733 l'étaient sous le régime de l'hospitalisation libre (HL), 526 en HDT et 148 en HO⁷. Le rapport d'accréditation de la Haute autorité de santé (HAS) en 2008 concluait favorablement à une certification intervenue en 2009⁸ et assortie d'une invitation à poursuivre la démarche d'amélioration de la qualité sur au moins trois points, ainsi formulés :

- « une politique d'identification du patient est définie et des procédures de contrôle de l'identification du patient sont mises en œuvre » ;
- « les règles de tenue du dossier du patient sont connues des différents intervenants » ;
- « le consentement éclairé du patient ou de son représentant légal est requis pour toute pratique le concernant ».⁹

3- HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ET EXERCICE DES DROITS.

3.1 Informations données aux malades arrivants et possibilités de recours.

Un entretien d'accueil avec un personnel infirmier est prévu dès l'arrivée au sein des unités des patients, s'ils ne sont pas sédatisés. Le fonctionnement de l'EPSMR et plus particulièrement de l'unité où ils sont hospitalisés leur est expliqué ; **un règlement intérieur leur est remis.** C'est à ce moment que les possibilités de recours sont présentées aux patients. **Le personnel infirmier a indiqué aux contrôleurs qu'il leur arrivait d'expliquer les voies de recours à leurs patients et ce, bien après leur arrivée à l'établissement.**

Le livret d'accueil, édité au troisième trimestre 2007, est donc remis à chaque patient arrivant. Une page, intitulée « Vos droits – Indications à suivre en cas de réclamation ... » énonce les diverses autorités auprès desquelles le patient peut s'adresser pour former ses recours. Y sont notées : la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP), le président du TGI, le procureur de la République, le juge du tribunal d'instance, le maire de la commune et la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ). **Aucune explication n'accompagne la liste donnée de ces autorités.**

⁷ Source : Livret de présentation de l'EPSMR, février 2010. Les entrées sans consentement représenteraient donc 15% des entrées selon cette source.

⁸ Additif au rapport de certification (suite à rapport de suivi, 2^{ème} procédure, mai 2009, HAS).

⁹ Ibid.

Il est indiqué que le patient peut aussi prendre conseil auprès de l'avocat de son choix, mais **les coordonnées des deux barreaux de l'île ne sont pas mentionnées.**

Des assistantes sociales, présentes au sein des unités, permettent également aux patients d'avoir accès à leurs droits, qu'il s'agisse de recours contre leur hospitalisation ou de droits sociaux (logement et accueil...).

Il est indiqué qu'il y aurait entre deux et quatre recours devant le juge des libertés et de la détention (JLD) par mois. Celui-ci statuerait dans un délai inférieur à deux mois.

3.2 Les registres de la loi.

3.2.1 Examen des registres de la loi.

Les contrôleurs ont procédé à l'examen des deux registres de la loi tenus par le bureau des admissions, situé au rez-de-chaussée du bâtiment administratif, près de l'accueil.

Les registres sont paraphés à l'ouverture et à la clôture par un adjoint au maire de Saint-Paul, aux folios n°1 et n°100. Ils comportent des mentions uniquement manuscrites pour les registres des HDT et, s'agissant des registres des HO, les arrêtés sont collés sous les mentions. **Les certificats médicaux réglementaires sont tous recopiés.** Des pages sont rajoutées lorsque le nombre de mentions excède celui des pages prévues pour une mesure.

Les registres ne comportent pas de visa de l'autorité judiciaire.

3.2.1.1 Le registre des hospitalisations d'office.

Les contrôleurs ont examiné l'ensemble des décisions d'HO prononcées du 4 avril 2010 au 4 juin 2010 inclus et inscrites sur le registre de la loi.

Ce registre a été ouvert le 13 septembre 2009. Il a été visé par un adjoint au maire de Saint-Paul le 18 mai 2009 et par la CDHP les 22 octobre 2009 et 6 mai 2010.

Sur les vingt-deux folios examinés, les contrôleurs ont fait les constats suivants :

- seules deux HO concernent des femmes ;
- **quatorze pages concernent des patients déjà hospitalisés,** mais pour lesquels il s'agit de la suite de folios déjà remplis sur des registres antérieurs ;
- huit folios concernent des admissions nouvelles au titre de l'HO le 5 avril 2010, le 14 avril 2010, le 15 avril 2010, le 29 avril 2010, le 8 mai 2010, le 10 mai 2010, le 29 mai 2010 et le 4 juin 2010 ;
- aucun arrêté d'hospitalisation d'office n'était collé sur le registre ; seule la mention de la date et du numéro de l'arrêté y figurent ;

Sur les quatorze folios concernant des HO de patients déjà hospitalisés :

- un patient a fait l'objet d'un transfert le 11 mars 2010 vers l'unité pour malades difficiles de Cadillac, située en métropole (folio n°76), sur le fondement d'un arrêté pris le 10 février 2010 ;
- un patient est en HO judiciaire depuis un arrêté du 21 novembre 2002 (folio n°77) ;

- un patient en HO depuis un arrêté du 28 juillet 2005 (folio n°80) ;
- un patient en HO depuis un arrêté du 4 mai 2005 (folio n°81) ;
- un patient en HO depuis un arrêté du 3 février 2009 (folio n°83) ;
- un patient en HO depuis un arrêté du 7 septembre 2007 (folios n°84 et 94) ;
- un patient en HL le 29 décembre 2006 a fait l'objet d'un arrêté d'HO le 21 novembre 2007 (folio n°87) ;
- un patient en HO depuis un arrêté du 3 février 2009 (folio n°88) ;
- un patient en HO depuis un arrêté du 14 février 2007 (folio n°89) ;
- un patient hospitalisé en HL le 19 mars 1992 a fait l'objet d'un arrêté d'HO le 17 mars 2002 (folio n°90) ;
- une patiente en HO depuis un arrêté du 3 décembre 2009 (folio n°92) ;
- un patient en HO judiciaire depuis le 20 décembre 2004, à la suite d'un arrêté préfectoral du 19 octobre 2004 (folio n°93) ; ne figure pas au registre d'explications sur la discordance existant entre ces deux dates ;
- un patient en HO depuis un arrêté du 23 février 2010 (folio n°96).

Sur les huit folios concernant des HO prononcées entre le 4 avril 2010 et le 4 juin 2010 :

- un arrêté préfectoral mettant fin à une HO ordonnée par la même autorité le 7 avril 2010 (folio n°75) ;
- un arrêté préfectoral de levée d'HO du maire de Sainte-Marie à la suite de la demande de levée d'HO non justifiée aux 24 heures (folio n°78) ;
- un arrêté préfectoral de levée d'HO de la commune de Saint-Denis de la Réunion mettant fin à la mesure d'HO (folio n°79) ;
- un arrêté préfectoral de transfert d'HO vers le Groupement Hospitalier Sud de la Réunion (folio n°82) ;
- un arrêté préfectoral du 3 juin 2010 mettant fin à l'HO à la suite de la demande de levée d'HO du 20 mai 2010 (folio n°85) ;
- un arrêté préfectoral concernant un patient en état de fugue depuis le 19 mai 2010 (folio n°86) ;
- un arrêté préfectoral de levée du 31 mai 2010 pour une HO prise par un maire et non justifiée aux 24 heures (folio n°91) ;
- une demande de levée d'HO non justifiée aux 24 heures formulée par un médecin (folio n°95) ; il n'y a pas d'arrêté de levée d'HO figurant à ce folio ; ce patient ne figure pas dans la liste des malades hospitalisés sous contrainte à la date du contrôle.

La durée moyenne de présence des treize patients en hospitalisation d'office est légèrement supérieure à trois ans.

Il est relevé un délai de onze jours entre la demande de levée d'HO formulée par un médecin et la date de l'arrêté préfectoral de levée d'HO (folio n°85) : plusieurs interlocuteurs des contrôleurs ont souligné que ce délai n'était pas exceptionnel et avait tendance depuis, quelques mois, à s'accroître. A l'exception de cette mention au registre, il n'a pas été possible de vérifier la réalité de cette orientation.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'avant la création du service des urgences psychiatriques au sein du centre hospitalier général Gabriel Martin à Saint-Paul, les hospitalisations d'office s'élevaient à trois par jour. Aujourd'hui, on constate moins d'une HO par jour du fait, selon les propos recueillis, du « *barrage* » exercé par ce service d'urgences psychiatriques. Force est de constater la **part importante des admissions « vu l'urgence » prises sur le fondement d'arrêtés municipaux, dont aucun sur la période observée n'a été confirmé.**

3.2.1.2 Le registre des hospitalisations à la demande d'un tiers.

Les contrôleurs ont examiné les deux registres des HDT qui comportaient quatre-vingt-deux mentions sur la période du 1^{er} avril 2010 au 6 juin 2010 inclus :

- le premier du 13 février 2010 au 9 mai 2010, visé par la mairie de Saint-Paul le 14 octobre 2009 et par la CDHP le 6 mai 2010 ;
- le second du 10 mai 2010 et encore en cours au moment du contrôle, visé également par la mairie de Saint-Paul le 14 octobre 2009.

- Le premier registre (quarante-neuf mentions) :

Les tiers à l'origine de la demande d'hospitalisation sont répartis comme suit :

- un ami ;
- cinq époux ou concubins ;
- dix frères et sœurs ;
- une tante ;
- dix-sept pères et mères ;
- trois curateurs ou délégués de tutelle ;
- une nièce ;
- une assistante sociale ;
- quatre fils et filles ;
- trois administrateurs de garde ;
- un proche, dont la qualité n'est pas précisée ;

Il est à noter que la qualité et l'identité du tiers ne sont pas spécifiées sur le folio n°74.

- Le second registre (trente mentions sur les folios n°1 à 31)

Les tiers à l'origine de la demande d'hospitalisation sont répartis comme suit :

- trois fils ou filles ;
- un administrateur de garde ;
- une cousine ;
- un neveu ;
- un oncle ;
- deux époux ;
- quatorze pères ou mères ;
- huit frères ou sœurs.

Certaines HDT n'ont pas été confirmées par le certificat établi dans les 24 heures :

- une patiente, hospitalisée en HDT le 13 avril 2010, a poursuivi ses soins sous le régime de l'hospitalisation libre, l'HDT n'ayant pas été confirmée aux 24 heures (folio n°63, 1^{er} registre) ;
- l'hospitalisation à la demande d'un tiers d'une patiente hospitalisée le 21 avril 2010 n'a pas été confirmée par le certificat des 24 heures (folio n°76, 1^{er} registre) ;
- l'hospitalisation à la demande d'un tiers prononcée le 29 avril 2010 n'a pas été confirmée dans les 24 heures, son hospitalisation s'est poursuivie en hospitalisation libre (folio n°83, 1^{er} registre) ;
- l'hospitalisation à la demande d'un tiers prononcée le 18 mai 2010 n'a pas été confirmée dans les 24 heures (folio n°9, 2nd registre) ;
- l'hospitalisation à la demande d'un tiers prononcée le 20 mai 2010 n'a pas été confirmée dans les 24 heures (folio n°12, 2nd registre) ;
- Une patiente, hospitalisée en HDT d'urgence le 23 mai 2010, a poursuivi ses soins en hospitalisation libre, l'HDT n'ayant pas été confirmée aux 24 heures (folio n°14, 2nd registre) ;
- l'hospitalisation à la demande d'un tiers prononcée le 24 mai 2010 n'a pas été confirmée dans les 24 heures (folio n°15, 2nd registre) ;
- l'hospitalisation à la demande d'un tiers prononcée le 29 mai 2010 n'a pas été confirmée dans les 24 heures (folio n°22, 2nd registre).

Certaines HDT sont considérées comme n'étant pas justifiées par le certificat de 24 heures :

- l'hospitalisation à la demande d'un tiers d'une patiente hospitalisée le 18 avril a été levée le 19 avril, l'HDT n'ayant pas été justifiée aux 24 heures (folio n°70, 1^{er} registre) ;
- l'hospitalisation à la demande d'un tiers d'une patiente hospitalisée le 19 avril a été levée le 20 avril, l'HDT n'ayant pas été justifiée aux 24 heures (folio n°72, 1^{er} registre) ;
- l'hospitalisation à la demande d'un tiers d'urgence prononcée le 10 mai n'a pas été justifiée dans les 24 heures (folio n°1, 2nd registre).

Les contrôleurs ont pu constater que la sortie de certains patients avait été demandée par le tiers à l'origine de l'hospitalisation. Ainsi :

- pour un patient hospitalisé en HDT le 8 avril 2010, sortie requise par la mère le 9 avril 2010, alors que l'HDT a été justifiée dans les 24 heures (folio n°60, 1^{er} registre) ;
- pour un patient hospitalisé en HDT d'urgence le 18 avril 2010, sortie demandée par le père le 20 avril 2010 (folio n°71, 1^{er} registre) ;
- pour une patiente hospitalisée en HDT le 1^{er} mai et qui a bénéficié d'une permission de sortie le 16 mai, sortie demandée par le père le 25 mai (folio n°90, 1^{er} registre) ;
- Pour un patient hospitalisé en HDT le 25 mai, sortie demandée par la sœur le 1^{er} juin (folio n°18, 2nd registre) ;

- Pour un patient hospitalisé en HDT le 25 mai, sortie demandée par le frère le 1^{er} juin (folio n°19, 2nd registre) ;
- Pour une patiente hospitalisée en HDT d'urgence le 27 mai, sortie demandée par la mère le 28 mai (folio n°20, 2nd registre).

Sur les quatre-vingt-deux HDT examinées, trente ont été prononcées en urgence (36,5 %), quarante-trois concernent des patientes femmes (52,4 %), seize ont été prononcées à la suite de certificats établis par les urgences psychiatriques du centre hospitalier général Gabriel Martin à Saint-Paul.

Au total, il résulte de cet examen que, sur quatre-vingt-deux mentions d'HDT, huit n'ont pas été confirmées, se poursuivant pour trois d'entre elles sous le régime de l'hospitalisation libre. En outre, trois hospitalisations n'étaient pas justifiées.

S'agissant des admissions à la demande des administrateurs de garde, les mentions figurant au registre ne permettent pas de vérifier qu'ils agissent dans l'intérêt de la personne, ainsi que la jurisprudence interprète les dispositions de l'article L. 3212-1 du code de la santé publique¹⁰.

3.3 Les sorties d'essai.

A la suite de l'examen du registre de la loi pour la période comprise entre le 4 avril et le 4 juin 2010, il a été constaté les éléments suivants :

- un patient hospitalisé d'office par un arrêté du 3 février 2009 a bénéficié d'une sortie d'essai du 3 mai au 3 août 2010 (folio n°83) ;
- une patiente hospitalisée d'office par un arrêté du 3 décembre 2009 bénéficiait d'une sortie d'essai depuis le 3 juin 2010 (folio n°92).

A la suite de l'examen du registre des hospitalisations sur demande d'un tiers entre le 1^{er} avril et le 6 juin inclus, il a été constaté les éléments suivants :

- un patient, toujours en HDTU demandé par un tiers curateur le 2 avril, a bénéficié de sorties d'essai les 21, 23, 28 et 29 avril ; les 21 et 28 mai 2010 ;
- un patient, toujours hospitalisé en HDT, a bénéficié de sorties d'essai les 20 mai et 3 juin 2010.

¹⁰ L'article L.3212-1 2^{ème} alinéa du code de la santé publique indique « [...] La demande d'admission est présentée soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants, dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil. »[...]. Sur la jurisprudence, voir notamment CA Nantes 30 déc. 1999, Centre hospitalier de Pontorson, AJDA 1999, p. 274.

Selon les informations recueillies, il existe au sein de l'établissement un grand nombre de sorties d'essai au long terme dans l'objectif de favoriser l'adhésion aux soins. **Il n'est pas fait état de difficultés particulières pour obtenir l'autorisation de sortie** ou son renouvellement. Les relations avec l'autorité administrative ne sont pas décrites comme conflictuelles : lorsqu'une situation apparaît complexe aussi bien au médecin qu'à l'autorité administrative, un dialogue s'engage pour apporter une solution qui est, d'après les propos rapportés, celle préconisée par le praticien.

3.4 La communication avec l'extérieur.

3.4.1 Les visites.

Les proches du patient peuvent lui rendre visite tous les après-midi de 13h30 à 18h. Les dimanches et jours fériés, les visites peuvent se dérouler de 9h30 à 18h. Le nombre maximum de visiteurs autorisés est fixé à trois personnes et les mineurs de moins de quinze ans ne sont pas admis dans l'établissement. Ces dispositions ne figurent pas dans le livret d'accueil remis au malade, mais dans les règlements intérieurs affichés dans chaque unité. Aux unités *Jasmin*, *Ylang-Ylang* et *Cardamome*, un document précisant spécialement les horaires de visite, est affiché sur les portes de différentes salles.

Dans certaines unités, il est indiqué que ces dispositions sont appliquées avec souplesse ; ainsi est-il admis, lorsque les familles résident loin de l'EPSMR, qu'elles puissent venir le matin. Les contrôleurs ont ainsi constaté que dans une unité, une famille devant apporter du linge et venant d'un point éloigné de l'île, s'est présentée un matin pour rendre visite à un patient, ce qu'elle a pu faire.

A l'entrée de chaque pavillon, un petit salon est aménagé, meublé d'une table basse et de quelques fauteuils. Aucune affiche n'est apposée sur les murs et il n'existe pas de documentation. Des toilettes avec un lavabo sont à la disposition des familles.

En raison de l'étroitesse des lieux et de la configuration des locaux, **seul un patient peut recevoir la visite de ses proches dans ce salon. Si plusieurs familles se présentent en même temps, les visites doivent se dérouler dans le hall d'entrée**, lieu de passage sans intimité.

Les malades admis en hospitalisation libre peuvent recevoir leurs proches à l'extérieur du pavillon, dans le parc ou au kiosque. Dans certaines unités, cette procédure peut être admise pour certains patients en HDT avec l'autorisation d'un personnel soignant.

Les visiteurs peuvent apporter de la nourriture au patient à condition d'en informer préalablement le personnel soignant, certains malades étant astreints à un régime alimentaire spécifique.

Sur décision du médecin, les visites peuvent être limitées ou interdites, quel que soit le mode d'hospitalisation. Cette disposition figure dans le livret d'accueil. Les visites dans les chambres sont interdites.

3.4.2 Le téléphone.

Aucun « point phone » n'est installé dans les pavillons.

Une cabine téléphonique à cartes est située près du kiosque ; les patients hospitalisés sous contrainte n'y ont pas accès.

Les téléphones portables sont retirés à tous les patients hospitalisés sous contrainte.

Pour téléphoner, les malades sont par conséquent dans l'obligation de solliciter le personnel soignant qui compose le numéro demandé depuis le poste infirmier ; un combiné sans fil est alors remis au patient le temps de la communication, qui « *ne serait pas limitée* ». Le patient peut s'isoler s'il le souhaite et préserver ainsi la confidentialité de sa conversation. Le coût des communications téléphoniques est pris en charge par l'hôpital.

Il a été déclaré aux contrôleurs que **les patients ne pouvaient solliciter qu'une seule communication par jour** selon des plages horaires suivantes : de 9h à 11h30 et de 14h à 18h30. Dans certaines unités, il a été indiqué que ces horaires étaient appliqués avec souplesse de manière à permettre aux patients de joindre un membre de la famille qui travaille par exemple. Dans d'autres unités, il est précisé que les appels vers l'extérieur sont limités à deux par semaine. Aucun motif n'est avancé pour justifier une telle restriction.

Les malades peuvent également recevoir des communications de l'extérieur. Selon le personnel soignant, la durée des communications ne dure guère plus de cinq minutes ; les contrôleurs ont d'ailleurs pu observer cet état de fait.

Toutes les communications (avec les noms des appelants et celui des personnes appelées) transmises ou reçues par les malades sont transcrites dans un document appelé « carnet de bord », outil de transmission des informations entre tous les personnels soignants dans lequel sont relatés tous les événements concernant un patient. Ce cahier est rangé dans le bureau infirmier.

3.4.3 Le courrier.

Le courrier est distribué chaque jour dans les unités de soins, selon le livret d'accueil. Le vaguemestre de l'hôpital remet en mains propres aux malades mandats ou lettres recommandées.

Les lettres expédiées doivent être timbrées par le patient et remises directement au personnel du service ; il n'y a pas de boîtes aux lettres au sein de l'EPSMR.

Il a été indiqué aux contrôleurs que le courrier, qu'il soit à l'arrivée ou au départ, transite toujours sous pli fermé. Aucune lettre ne serait retenue. Ces affirmations n'ont pu être vérifiées.

Il n'existe aucun registre où pourraient être répertoriés les courriers destinés aux autorités.

3.4.4 L'informatique et l'accès à l'internet.

Les ordinateurs portables sont retirés et il n'existe aucun point d'accès à Internet au bénéfice des patients. Aucun ordinateur fixe n'est à la disposition des patients.

3.4.5 Les cultes.

Aucun ministre du culte n'est agréé auprès de l'établissement et **il n'existe pas de salle réservée au culte**. Les patients peuvent, s'ils le souhaitent, contacter par téléphone le ministre du culte de leur choix.

Selon les personnels rencontrés, il arrive parfois que des ministres du culte accompagnent les familles lors des visites.

Une messe était dite dans les locaux de l'ancien l'établissement ; cette célébration n'existe plus depuis dix ans.

Les menus tiennent compte des choix religieux des patients ; il existe ainsi des repas sans porc, sans bœuf, sans poisson, halal, végétariens et végétaliens. En revanche, il n'est pas servi de nourriture cachère.

3.4.6 La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).

Aux termes de l'article L. 3222-5 du code de la santé publique, la CDHP est « *chargée d'examiner la situation des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes* ».

Pour le département de la Réunion, elle est présidée par un magistrat du tribunal d'instance de Saint-Denis avec lequel, comme il a été précisé *supra*, les contrôleurs ont eu un entretien téléphonique. Sont membres de cette commission : un psychiatre praticien hospitalier à l'EPSM de Saint-Paul, un psychiatre libéral exerçant en clinique privée, un médecin généraliste, un représentant membre d'une association de familles et un représentant membre d'une association de personnes malades. Le secrétariat est assuré par une secrétaire administrative de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS).

En 2008 et en 2009, la CDHP s'est rendu deux fois par an à l'EPSM de Saint-Paul. En 2010, elle est venue une première fois le 6 mai.

Les rapports de la CDHP ne sont jamais communiqués à l'établissement. Les contrôleurs ont obtenu de la DRASS une synthèse de l'activité et des conclusions de la commission des années 2008 et 2009.

Les rapports, succincts, ne distinguent pas la situation de l'EPSM de celle de l'ensemble des établissements hospitaliers de santé mentale de l'île.

En 2008, sur les deux établissements hospitaliers de l'île, cinquante-trois dossiers en HO et vingt-cinq en HDT de plus de trois mois ont été examinés. Selon le rapport vingt-cinq patients « ont souhaité rencontrer les membres de la commission. L'examen de leurs dossiers administratifs ne relevait aucune anomalie. Leurs requêtes, pour la plupart, ne relevaient pas des attributions de la CDHP. Pour l'année 2008, la CDHP a enregistré une plainte d'un patient qui demandait la levée de son hospitalisation. Au vu de son dossier médical, sa demande a été rejetée par les membres de la commission ». La commission ne précise pas si ses membres ont rencontré la personne malade. Il n'est pas indiqué non plus dans quel établissement de l'île était hospitalisé ce malade.

En 2009, sur les deux établissements hospitaliers de l'île, quatre-vingt quatorze dossiers en HO et cinquante et une HDT de plus de trois mois ont été examinés sans qu'une anomalie quelconque n'ait été détectée. Vingt-sept patients avaient souhaité rencontrer les membres de la commission. Trois plaintes de patients qui demandaient leur levée d'hospitalisation ont été examinées et leurs demandes rejetées.

En 2008 et en 2009, la CDHP juge, dans les mêmes termes, que les conditions d'hospitalisation sont satisfaisantes. Elle souligne pour chacune de ces deux années que : « la communication entre personnels soignants et malades y est réelle puisque les patients sont de plus en plus nombreux à souhaiter rencontrer la CDHP lors de son passage, même si le rôle de celle-ci n'est pas bien compris ».

Au cours de l'entretien téléphonique, la présidente de la CDHP a indiqué n'avoir aucune observation particulière à formuler sur le fonctionnement de l'établissement. La commission n'a relevé aucun dysfonctionnement notable ; elle ne s'est pas intéressée à certaines questions particulières telles celles de l'isolement.

3.4.7 Le traitement des plaintes et des réclamations.

3.4.7.1 La commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge (CRUQ).

Une page entière du livret d'accueil est consacrée au fonctionnement de la CRUQ. Y sont rappelées ses missions, sa composition¹¹ et les démarches à suivre pour la saisir.

La mission de la CRUQ consiste à veiller au respect des droits des usagers, à faciliter leurs démarches et à les informer de leurs voies de recours s'ils ont un grief à exprimer auprès des responsables de l'établissement.

¹¹ La composition de la CRUQ est la suivante : le directeur de l'EPSM qui en assure la présidence ; sont membres deux médiateurs, deux représentants des usagers, le président de la commission médicale d'établissement (CME), un représentant de la commission des soins infirmiers, un représentant du personnel et un représentant du conseil d'administration.

La dernière réunion de la CRUQ s'est déroulée le 10 mars 2010 ; elle ne s'était pas réunie depuis le 15 octobre 2008 et avait été « *mise en sommeil* » pendant deux ans. Selon le rapport de gestion 2009, l'unique séance prévue a dû être annulée en raison de l'indisponibilité des représentants des usagers.

La CRUQ était, jusqu'en février 2010, rattachée à la direction générale ; lors de la réunion du 10 mars 2010, le rattachement à la cellule qualité a été décidé.

Un protocole, daté du même jour, prévoit la procédure suivante : la cellule qualité inscrira les plaintes sur un registre *ad hoc* et un dossier sera ouvert ; une enquête interne sera réalisée et l'utilisateur recevra une réponse écrite accusant réception de sa plainte. Un médiateur (médical ou non) rencontrera l'utilisateur auquel une réponse écrite sera apportée. Les représentants des usagers seront informés des suites données à l'affaire lors de la réunion de la CRUQ. Enfin, une « cellule opérationnelle de la qualité et de la gestion des risques » vient d'être mise en place ; elle analysera notamment toutes les fiches d'événements indésirables.

Il a été indiqué aux contrôleurs que « *les plaintes étaient gérées directement par le directeur* » en précisant que « *le non-dit était important sur cet établissement* » et que « *les plaintes n'allaient pas au-delà du bureau du directeur* ».

Les contrôleurs ont eu communication des plaintes des usagers ; **seules quatre plaintes de l'année 2010 leur ont été transmises. Selon les informations recueillies, les plaintes antérieures à 2010 n'étaient pas enregistrées ; elles n'ont pu être consultées** par les contrôleurs.

Les plaintes examinées par la CRUQ depuis le début de l'année 2010 sont répertoriées sur un tableau qui en précise l'objet, la suite donnée et la saisine éventuelle d'un médiateur. La consultation de ce document montre les éléments suivants :

- plainte pour vol d'un bijou : une enquête interne a été diligentée et un courrier a été transmis au plaignant qui n'a pas répondu ; il ne résulte pas du tableau qu'une plainte ait été déposée auprès de la brigade de gendarmerie de Saint-Paul ;
- plainte pour demande de sortie refusée : une copie a été adressée au médecin, au cadre de santé et au cadre de pôle ; il n'est pas précisé si une saisine d'un médiateur est intervenue ;
- plainte pour dénoncer le manque d'écoute des familles déposée par le père d'une patiente : une enquête a été confiée à la direction des soins à la demande du directeur de l'EPSM ; il n'est pas précisé si une saisine d'un médiateur est intervenue ;
- **plainte pour « attouchement » : une patiente a dénoncé le comportement et les gestes dont se serait rendu coupable un éducateur spécialisé, nommément visé.** Les contrôleurs ont demandé à prendre connaissance de l'ensemble du dossier de la CRUQ. La plainte de la patiente a été déposée par écrit auprès de cette commission le 7 avril 2010. A la suite de ce courrier, le directeur adjoint de l'EPSM chargé des services économiques a

immédiatement demandé au médecin chef de pôle un rapport circonstancié sur les faits évoqués et le mis en cause a été invité à rédiger un compte-rendu concernant ces allégations. Par un second courrier, un mois plus tard, le 7 mai 2010, la CRUQ a demandé au praticien médiateur de rencontrer la plaignante et de rédiger un compte-rendu circonstancié. Avec le cadre médiateur du pôle, ils ont tenté de rencontrer la plaignante le 12 mai 2010. Dans un courrier adressé à la direction le 14 mai 2010 il est indiqué que la patiente a refusé de rencontrer l'équipe de médiation. Par courrier adressé le 15 juin 2010 au directeur de l'EPSM de la Réunion, au regard de la gravité des faits allégués, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a demandé de bien vouloir lui faire connaître les suites qui ont été apportées à cette situation. En réponse, il a été indiqué que la plaignante avait déposé plainte le 29 juin 2010 auprès de la brigade de gendarmerie de Saint Paul.

Selon des informations communiquées aux contrôleurs, **le traitement des plaintes n'était plus assuré depuis plusieurs années. Le parquet ne serait jamais saisi par la direction de l'établissement.**

3.4.7.2 L'accès au dossier du patient.

Lorsqu'un patient souhaite communication de son dossier, le chef du service valide la demande et envoie au patient copie du dossier ou permet sa consultation. **Il n'est pas fait de recensement particulier du nombre de demandes au titre des dispositions de la loi du 4 mars 2002**, selon le président de la CME. Le livret d'accueil comporte une page dédiée à ce dispositif.

3.4.8 Les associations d'usagers.

Les contrôleurs ont rencontré lors d'une même réunion les représentants de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) ainsi que les associations des usagers présentes à l'EPSMR :

- L'ARFAMHP (association réunionnaise des familles et amis des malades handicapés psychiques), affiliée à l'UNAFAM qui aide les familles et les proches des malades à mieux vivre leur quotidien par l'accueil, l'écoute, les échanges et l'information. Cette association a aussi pour objectif de réfléchir et de travailler sur le rôle et la place des familles et des malades dans les réseaux de santé mentale ; d'améliorer le regard des autres vis-à-vis de la maladie mentale. L'association a mis en place une cellule d'écoute téléphonique et des groupes de parole.
- Le GEM (groupe d'entraide mutuelle). Deux GEM ont été créés avec l'aide de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), l'un à Saint-Paul, l'autre à Saint-Pierre. Ils rassemblent des personnes souffrant de troubles psychiques pour les aider à développer des liens sociaux et les accompagner vers l'autonomie.

Les associations se disent préoccupées par le « *virage sécuritaire* » en cours en matière de psychiatrie : **les sorties seraient, selon elles, de plus en plus difficiles.**

Par ailleurs, elles observent que **certains patients sortiraient de l'établissement sans que leurs proches en soient avertis préalablement** ; cette situation étant susceptible d'entraîner des troubles au sein des familles non préparées à un retour rapide.

Le manque de moyens humains est dénoncé. Selon les associations, **cette situation expliquerait la tendance des médecins à placer beaucoup plus facilement les patients agités en chambre d'isolement.**

Les associations dénoncent un nombre important de violences entre patients d'une part mais également entre soignants et patients d'autre part, sans faire toutefois état de situations particulières dont elles auraient eu connaissance.

La suppression des chambres doubles est demandée par les associations de familles, qui se plaignent en outre de leurs difficultés à rencontrer les médecins.

Une enquête auprès des usagers est réalisée chaque année. En 2009, 392 malades ont répondu à un questionnaire de satisfaction dont il ressort que 39 % des patients se sont déclarés très satisfaits de leur séjour et 51% satisfaits, tandis que 4 % et 3 % se déclaraient respectivement peu ou pas du tout satisfaits ; 3 % ne se prononçaient pas.

Ces chiffres méritent toutefois d'être nuancés par les données d'une **enquête réalisée en juillet 2008** et dans laquelle 58 % des patients pensaient que les informations reçues sur leur état de santé étaient confuses ou insuffisantes ; 39 % pensaient que les informations reçues concernant le traitement et les soins étaient confuses ou insuffisantes.

Si la qualité des prestations hôtelières semble globalement donner satisfaction, le manque d'activités et de loisirs est dénoncé, en particulier les week-ends : **58 % des patients ne sont pas satisfaits de la variété des activités et 64 % non satisfaits de la fréquence des activités proposées.** 42 % des patients se disaient gênés par le bruit (principalement du fait des autres patients). Enfin, 33 % se déclaraient non satisfaits par la variété des menus et 24 % étaient mécontents de la qualité des repas. Au total, en juillet 2008, 20 % des patients étaient peu ou pas satisfaits de leur séjour à l'EPSMR.

4- LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION.

4.1 Eléments communs à tous les pôles.

4.1.1 Le suivi somatique.

Selon les informations transmises par l'établissement, s'agissant de la prise en charge somatique des patients sur le site du Grand Pourpier, l'EPSMR dispose :

- d'un praticien contractuel somaticien ;
- d'une convention avec le centre hospitalier Gabriel Martin, également situé à Saint-Paul, relative à la prise en charge somatique des patients de l'EPSMR à hauteur de 5 demi-journées par semaine, du lundi au vendredi.

Aucune consultation spécialisée n'est assurée dans l'établissement. Les patients dont l'état de santé nécessite une consultation spécifique sont conduits auprès de spécialistes libéraux en ville ou à l'hôpital Gabriel Martin qui assure des prestations de radiologie, d'analyses biologiques et de pédiatrie.

Le seul praticien généraliste à temps plein de l'EPSMR est affecté à l'unité *Vétiver* qui abrite la *fédération de réhabilitation et de réinsertion* (F2R). Il est chargé d'assurer la coordination avec les équipes de l'hôpital général dans le cadre du comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN), du comité de lutte contre la douleur (CLUD) et du comité de liaison contre les infections nosocomiales (CLIN). **Il a été rapporté que lors des gardes, les médecins psychiatres devaient également assurer des soins somatiques.**

4.1.2 La restauration.

Si la restauration des patients en hôpitaux de jour est en majorité confiée à deux prestataires¹², la préparation des repas pour les patients en hospitalisation complète est assurée en interne par la cuisine de l'EPSMR.

D'une surface de 700 m², elle a été conçue pour devenir à terme la cuisine centrale des deux centres : l'EPSMR et le centre hospitalier général Gabriel Martin. Elle emploie huit personnes, dont six agents hospitaliers et deux agents en contrats aidés. Parfaitement équipée et entretenue, la cuisine répond aux normes d'hygiène les plus récentes. Elle a fait l'objet le 19 mars 2010 d'un contrôle des services vétérinaires.

Une diététicienne élabore les menus par cycle de quatre semaines. Un effort est consenti pour utiliser en priorité les produits locaux. Les régimes médicaux sont respectés : ainsi vingt-cinq repas diabétiques en moyenne sont-ils servis chaque jour. Par ailleurs, comme mentionné ci-dessus, il est aussi tenu compte des options religieuses dont la multiplicité est propre au multiculturalisme de l'île : repas végétariens, végétaliens, sans porc, sans bœuf, sans cabri, sans œuf...

134 656 repas ont été préparés en 2009, soit une moyenne de 369 repas par jour¹³, pour un prix de revient de 8,78 euros.

Les repas sont apportés dans les différentes unités pour être pris aux horaires suivants :

- ✓ Le petit déjeuner de 7h30 à 8h ;
- ✓ Le déjeuner de 11h30 à 12h ;
- ✓ Le dîner de 18h 45 à 19h.

Les unités comportent toutes un réfectoire et un office adjacent permettant de maintenir les plats au chaud. Ils sont ensuite servis à table ou, exceptionnellement, dans les chambres pour certains patients qui ne peuvent se rendre au réfectoire.

¹² Sodexho et Sogecir et la cuisine du centre de Bras Fusil à Saint Benoit.

¹³ Repas des patients et du personnel, ainsi que de cinq structures extra hospitalières.

4.1.3 La blanchisserie.

Le traitement du linge est confié à un prestataire externe, la société *Interlinge* ; 156 tonnes de linge ont été nettoyées en 2009 pour un coût de 1,21 euros le kilo.

L'achat de linge en 2009 s'est élevé à 35 633 euros dont 21% ont été consacrés à l'habillement des patients (pyjamas), 32 % aux tenues des professionnels et 47 % au renouvellement du linge plat.

4.2 Les secteurs.

4.2.1 Le pôle « Ouest ».

4.2.1.1 Les hospitalisations à plein temps du pôle « Ouest » (secteur 99G03)

Elles relèvent géographiquement du « secteur 3 » qui recouvre les principales communes de la côte Nord-Ouest de l'île (le Port, la Possession, Saint-Paul et Trois-Bassins).

Ce secteur comprend cinquante lits d'hospitalisation à temps plein situés à Saint-Paul dans les pavillons *Cardamone* et *Jamrose*, un accueil d'urgences psychiatriques et des structures extérieures : trois hôpitaux de jour et un centre médico-psychologique (CMP), un centre de postcure de cinq lits et des appartements thérapeutiques de quatre lits au total ; enfin un service d'accueil familial thérapeutique dispose de onze places.

Selon les propos tenus aux contrôleurs, les deux unités d'hospitalisation à temps plein *Cardamone* et *Jamrose* sont conçues selon un plan identique et ne présentent aucune spécificité de prise en charge. Les contrôleurs ont cependant constaté que les patients en pyjamas étaient plus nombreux dans l'unité *Cardamone* que dans l'unité *Jamrose*. Des professionnels ont expliqué que **les patients étaient laissés en pyjama sur prescription médicale**, indiquée sur une fiche de consigne elle-même insérée dans le dossier du patient. **Pour d'autres, le port du pyjama permet de retrouver plus rapidement les malades en cas de fugue.**

La totalité des patients en HO est prise en charge dans ces unités.

En 2009, 1 281 patients ont été admis en hospitalisation complète et la durée moyenne de séjour (DMS) a été de seize jours et demi. L'activité s'est élevée à 23 386 journées d'hospitalisation complète dont 58,1 % en hospitalisation libre, 20,3 % en hospitalisation à la demande d'un tiers et 21,6 % en hospitalisation d'office.

Lors du contrôle du pôle « Ouest », treize patients étaient en hospitalisation d'office, et neuf en hospitalisation sur demande d'un tiers dont quatre en hospitalisation d'urgence (HDTU).

A. Le pavillon *Cardamone*.

Le pavillon *Cardamone* fonctionne en deux héli-pavillons avec un côté ouvert et un côté fermé. Selon les informations fournies aux contrôleurs, la partie fermée est occupée par des patients dont l'hospitalisation nécessite la « *contrainte de rester dans l'enceinte du service* ». Les patients en hospitalisation libre peuvent sortir de 9h à 12h et de 14h à 18h sous réserve d'en faire la demande aux soignants.

Les chambres des pavillons Cardamone et Jamrose sont identiques (infra § B).

Le jour du contrôle, vingt-sept patients étaient hospitalisés dans cette unité, dont douze sous contrainte : huit en HO et quatre en HDT dont un seul en HDTU. Les patients hospitalisés sous contrainte n'étaient pas tous hébergés dans la partie fermée.

Sur les huit patients placés en HO, quatre l'étaient sur demande de l'autorité judiciaire, sur le fondement de l'article 122-1 du Code pénal¹⁴.

Un seul malade était placé à l'**isolement** depuis le 19 mai 2010, soit **depuis trois semaines**.

Le personnel soignant est composé de dix-sept infirmiers, six aides-soignants et six agents de service hospitaliers (ASH) se relayant en trois services de huit heures : le matin de 6h à 14h, l'après-midi de 12h30 à 20h30 et la nuit de 20h15 à 6h15. Le service du matin est assuré par quatre infirmiers, deux aides soignants et deux ASH ; celui de l'après-midi par trois infirmiers, un aide soignant et un ASH, tandis que le service de nuit est assuré par deux infirmiers.

L'équipe est complétée par trois assistants de service social et trois psychologues, ces six temps pleins étant affectés dans les deux unités.

B. Le pavillon Jamrose.

L'équipe est composée de dix-neuf infirmiers dont deux à 80 %, de six aides soignants à temps plein et de six ASH à temps plein. Un infirmier prend plus spécialement en charge l'organisation des activités. Les trois services de la matinée, l'après midi et la nuit sont organisés selon les mêmes modalités que pour le pavillon *Cardamone*.

Il s'agit d'une unité fermée qui abritait, le jour du contrôle, vingt-quatre patients. Chaque unité comporte vingt-cinq lits¹⁵ répartis en quatre chambres doubles et dix-sept chambres individuelles. A ces chambres d'hospitalisation, s'ajoutent deux chambres d'isolement. Un patient était placé en chambre d'isolement au moment du contrôle.

Cinq patients étaient hospitalisés sous le régime de l'hospitalisation d'office sur le fondement de l'article 122-1 du Code pénal. Cinq personnes étaient en HDT dont trois en HDTU.

Chaque chambre individuelle mesure 13m² environ et comporte un cabinet de toilette de 4m² fermé par une porte pleine, équipé d'une douche à l'italienne avec eau chaude et froide, d'un plan vasque surmonté d'un miroir et de WC suspendus. Une fenêtre translucide de 0,25 m x 0,40 m éclaire le cabinet de toilette. **Plusieurs douches présentent des malfaçons** récurrentes, fuites de plomberie et décollement du revêtement.

¹⁵ Le jour de la visite des contrôleurs deux lits avaient été ajoutés au pavillon Cardamone.

Le mobilier d'une chambre individuelle se compose d'un lit de 0,80 m x 2 m sur roulettes, d'un chevet, d'une chaise, d'une table de malade, d'une armoire de 0,80 m x 2,10 m à double porte.

Les chambres, climatisées, bénéficient toutes d'une double exposition : une première fenêtre de 0,90 m x 0,85 m donnant sur les jardins est équipée d'un rideau occultant à l'intérieur et d'un brise-soleil à l'extérieur ; une seconde fenêtre de 0,70 m x 0,70 m non ouvrante donnant sur le patio est aussi équipée d'un rideau préservant l'intimité du patient. Les interrupteurs des plafonniers de la chambre et du cabinet de toilette sont métalliques et sécurisés.

Deux affichettes au mur renseignent :

- l'une sur le montant de prix de journée, 337 euros. Elle mentionne : « *l'utilisateur est informé que les consultations et les actes délivrés par le centre sont pris en charge intégralement par l'assurance maladie, vous n'avez aucun règlement à effectuer.* » ;
- l'autre énonce les « *principes généraux de la charte des droits du patient hospitalisé* » et indique où adresser une éventuelle réclamation : préfet, maire, procureur de la République, DRASS, directeur de l'hôpital. Les règles concernant la communication du dossier médical sont aussi précisées.

Les chambres doubles situées dans les angles des héli-pavillons mesurent 20m² et présentent les mêmes équipements que les chambres individuelles en double.

Toutes les chambres ouvrent sur le patio ainsi que les locaux collectifs ou spécifiques.

Le bureau infirmier est situé près de la porte d'entrée et borde le passage qui relie les deux héli pavillons, permettant ainsi de visualiser les allers et venues des patients.

Autour des deux patios s'ouvrent les portes :

- du bureau du cadre infirmier ;
- d'une salle de réunion ;
- **d'un salon de coiffure et d'esthétique** équipé d'un fauteuil, d'une coiffeuse, d'une armoire vitrée avec cosmétiques, serviettes et tondeuse ;
- d'une salle de bains pour les patients qui ne peuvent faire seuls leur toilette ;
- d'une salle de soins infirmiers équipée d'un lit médicalisé, de cinq chariots de soins, d'un réfrigérateur, d'un tensiomètre, d'une toise et d'une balance. Un paravent pliant permet de protéger l'intimité des patients ;
- d'une salle d'activité équipée d'une télévision, d'une console Wii® et d'un équipement de karaoké ;

- d'une grande salle commune de 40m² environ, utilisée comme réfectoire et salle d'activité ; la pièce est meublée de sept tables de 0,80m x 1,20m, d'une table ovale de 1,80m x 1m et de trente chaises. Un écran plat de grande dimension est fixé au mur en hauteur.

4.2.1.2 Le recours à l'isolement au pôle « Ouest ».

Les contrôleurs ont rencontré, à sa demande, le patient de l'unité *Jamrose* placé en chambre d'isolement. L'intéressé y était placé depuis une quinzaine de jours pour « avoir eu une relation sexuelle avec une patiente » ; selon les déclarations de certains personnels, cette relation n'aurait pas été consentie. Le patient isolé est autorisé à sortir dans le patio intérieur quelques heures par jour. Il peut alors croiser la patiente avec laquelle il a eu des relations sexuelles.

Le personnel rencontré a fourni deux explications à ce placement en chambre d'isolement : selon certains, il s'agissait de « punir » ce malade qui avait eu une relation interdite par le règlement, pour d'autres, le but était de le surveiller étroitement pour éviter qu'un incident semblable ne se reproduise avec d'autres malades, hommes ou femmes. Selon le personnel, ce patient ressentirait un fort sentiment d'impunité car la justice l'a déclaré dans le passé irresponsable sur le fondement de l'article 122-1 du Code pénal, raison pour laquelle il est placé en HO.

Le placement en chambre d'isolement pour des raisons thérapeutiques n'a jamais été avancé en l'espèce par les soignants rencontrés. Ainsi la chambre d'isolement fait-elle fonction *de facto* de « cellule de punition ».

4.2.1.3 Les activités des patients au sein du pôle « Ouest ».

Selon les propos recueillis, elles sont de deux types :

- les activités libres : jeux de société, dessin, peinture, Wii®, karaoké, atelier esthétique, pingpong ;
- les sorties thérapeutiques : restaurant, cinéma, marche, visite de musée, parcours santé qui ne sont proposées aux patients qu'après avis médical.

Des soignants de l'unité *Cardamone* ont évoqué leur participation à des séances régulières de football le vendredi matin.

4.2.2 Le pôle « Nord ».

4.2.2.1 Les hospitalisations à temps plein du pôle « Nord » (secteur 99G01).

Les hospitalisations à temps plein du pôle « Nord » sont effectuées dans deux pavillons, *Jasmin* et *Ylang-Ylang*, chacun d'une capacité de vingt-cinq lits. Le secteur couvre la totalité de la ville de Saint-Denis de la Réunion et la commune de Sainte-Clotilde dans la périphérie du chef lieu de département, distantes l'une et l'autre d'une trentaine de kilomètres de l'EPSMR. Le pôle Nord dispose, outre des lits d'hospitalisation de deux hôpitaux de jour, de deux centres médico-psychologiques (CMP) et d'un accueil d'urgences psychiatriques. Est également rattaché à ce pôle un accueil familial thérapeutique de onze lits. En 2009, 862 patients ont été admis et la durée moyenne de leur séjour a été de 19,02 jours.

Les deux unités d'hospitalisation à temps plein sont installées dans quatre pavillons similaires dans la forme, installés par paire. Elles sont distantes l'une de l'autre de moins de cinquante mètres.

A l'entrée de l'unité, une porte donne sur deux patios, avec sur la gauche, le poste infirmier. Ce hall assure la distribution entre les deux héli-pavillons, qui peuvent être fermés par une porte vitrée. Les chambres sont identiques à celles de l'autre pôle.

Le régime d'ouverture des portes varie d'une unité à l'autre :

- à l'unité *Ylang-Ylang* il est indiqué que, depuis la nomination d'un nouveau chef de service, qui n'a pu être rencontré étant absent du département lors du contrôle, les portes sont ouvertes de la fin du petit déjeuner jusqu'au repas de midi puis l'après midi ;
- l'unité *Jasmin* a un régime d'ouverture de portes sensiblement différent puisque les deux héli-pavillons sont, ainsi qu'il a été mentionné plus haut, fermés par demi-journée. Au jour du contrôle, sur vingt-trois patients présents, trois étaient en HDT et aucun en HO. Une personne était en chambre d'isolement, et deux occupaient les chambres dites évolutives, une personne fragile de soixante ans et une mineure de plus de seize ans, hospitalisée antérieurement à l'unité de pédopsychiatrie et que les médecins de cette unité continuent de prendre en charge.

A l'unité *Ylang Ylang*, la répartition des patients entre les deux pavillons s'effectue en fonction de la chronicité. Au jour de la visite, il y avait dix-huit patients présents sur les deux héli-pavillons. Celui situé sur la gauche en entrant, comporte deux chambres d'isolement et deux chambres dites évolutives, situées à l'opposé du poste infirmier. Il reçoit les patients chroniques.

Les deux **chambres évolutives** sont dotées d'une serrure à clé permettant au personnel infirmier d'enfermer la nuit le malade afin d'assurer sa sûreté ou celle des autres patients. **La décision de mettre un patient en chambre évolutive est prise sur prescription médicale.** Les chambres évolutives, entraînant une restriction de circulation pour le patient, sont décrites comme des alternatives à l'isolement.

Une des deux **chambres d'isolement** était fermée pour des raisons de travaux au moment du contrôle. La seconde, installée en angle, est accessible depuis le patio, en franchissant une porte dotée d'un oculus qui donne sur un petit espace avec, au fond, une salle de toilettes comportant un WC à la turque et un lavabo en inox, ainsi qu'une douche et, sur la droite, la chambre, l'une et l'autre fermées par une porte dotée elle aussi d'un oculus. La chambre d'isolement à proprement parler, qui n'était pas occupée lors de la visite, comporte comme seul mobilier un lit, visible depuis l'oculus. L'éclairage est assuré de manière artificielle, la lumière naturelle pénétrant par un rectangle de pavé de verre qui rend la luminosité faible. Il est rapporté que **l'installation du lit, non médicalisé et fixé au sol, est récente puisqu'antérieurement les patients placés à l'isolement ne disposaient que d'un matelas placé à même le sol.**

Il n'existe pas de protocole de mise à l'isolement. Durant son passage dans cette chambre, le malade n'a ni cigarette ni accès au téléphone. Il est mis en pyjama et il lui est remis une serviette de toilette et une savonnette. Il est expliqué aux contrôleurs que la plupart du temps les patients n'ont pas accès seuls à la salle d'eau.

Selon les éléments fournis, **il n'est pas fait usage de la contention** dans la chambre d'isolement ni au sein de l'unité. Il est rapporté qu'en trois ans une seule mise sous contention a été effectuée pour une durée de deux heures. Aucune contention n'est pratiquée dans la chambre du patient, mais seulement dans la chambre d'isolement. Depuis le 31 mai 2010, soit la semaine précédent le contrôle, dix entrées dans l'unité ont été recensées et deux ont impliqué un passage par la chambre d'isolement. Sur la semaine du 24 mai au 31 mai 2010, vingt patients ont été admis avec un seul passage en chambre d'isolement.

4.2.2.2 L'organisation du service et les conditions de la prise en charge.

Le service est organisé de la manière suivante :

- ✓ pour 5,5 postes autorisés de psychiatres, y compris le chef de service, il y a effectivement 4,5 équivalents temps plein dans l'unité ; un poste d'assistant généraliste est autorisé, mais n'est pas couvert ;
- ✓ un cadre de santé est présent tous les jours ouvrables de 8 heures à 16 heures ;
- ✓ deux équipes de trois infirmiers, deux aides soignants (le matin, un seul l'après midi) et deux ASH (le matin, un seul l'après midi) sont présents, l'un de 6h à 14h et le second de 12h30 à 20h30 ;
- ✓ de nuit, deux infirmières sont présentes de 20h15 à 6h15 ;
- ✓ l'unité comprend un psychologue. Le premier intervient de 16h à 18h tous les jours ouvrables. A ce service, s'ajoute la présence d'un temps plein d'assistante sociale, qui peut aussi intervenir en extra hospitalier.

L'activité des deux unités *Jasmin* et *Ylang-Ylang* présente les caractéristiques suivantes :

- ✓ en 2010 (données au 30 avril 2010), la durée moyenne de séjour (DMS) des personnes hospitalisées sous contrainte à l'unité *Ylang-Ylang* est de 23,33 jours, (21,31 en 2009) tandis qu'elle est de 15,20 jours à l'unité *Jasmin* (19,26 en 2009) ¹⁶;
- ✓ au jour de la visite, il y avait à l'unité *Ylang-Ylang* quatre malades hospitalisés dans le cadre d'une HDT et aucun dans le cadre d'une HO ; à l'unité *Jasmin* un seul malade était hospitalisé sous le régime de l'HDT ;

¹⁶ Ce qui représente un écart très significatif par rapport à la durée moyenne des hospitalisations d'office constatée sur le registre de la Loi, très légèrement supérieure à trois ans. Il est à noter que les tableaux de bord de l'établissement ne permettent pas de distinguer la durée moyenne de séjour, selon les types d'hospitalisation sans consentement.

- ✓ en 2009, le nombre de journées d'hospitalisation de patients en HO était de 124 à l'unité *Ylang-Ylang* et de 267 à l'unité *Jasmin* ; le rapport est inverse pour les HDT, respectivement de 330 à *Jasmin* et de 494 à *Ylang-Ylang* ;
- ✓ Il est fait état d'une « sur occupation » de l'unité *Ylang Ylang* : **au jour du contrôle, sur les dix-huit patients présents, dix provenaient d'autres secteurs de l'EPSMR.**

4.2.2.3 Les activités des patients au sein du pôle « Nord ».

Plusieurs ateliers thérapeutiques sont organisés au sein de ces unités et portent sur l'équithérapie, la musique et la cuisine. Un atelier théâtre et un autre dédié à la peinture sont organisés régulièrement.

Dans les unités *Jasmin* et *Ylang-ylang*, les activités hebdomadaires sont organisées selon les horaires suivants :

- lundi de 14h à 16h : théâtre ou jonglerie ;
- mardi de 9h30 à 11h : atelier équithérapie ; de 10h à 11h30 : atelier percussions ; l'après-midi : groupe de parole à l'unité *Ylang-Ylang* ;
- mercredi de 9h à 11h : sport extérieur ;
- jeudi de 9h à 11h : théâtre ;
- vendredi matin : cuisine et arts plastiques.

Une fois par mois le vendredi une « sortie nature » est organisée ; il s'agit de randonnées ou de promenade en pleine nature.

4.2.3 L'unité de psychiatrie infanto-juvénile.

Bien que rattachée au pôle « Ouest », l'unité de psychiatrie infanto-juvénile du pavillon *Vanille* constitue une unité régionale d'hospitalisation des mineurs.

Seule unité de ce type sur l'île, elle accueille à temps complet des enfants et adolescents jusqu'à l'âge de seize ans, en phase aiguë ou atteint d'une pathologie chronique, en provenance de toutes les communes de la Réunion, quelquefois de Mayotte et de l'île Maurice. Elle a une capacité de dix lits ; lors de la visite des contrôleurs, dix mineurs - cinq garçons et cinq filles - étaient présents ; le plus jeune avait treize ans et le plus âgé seize.

En 2009, l'activité de l'unité *Vanille* a été de 2 189 journées d'hospitalisation complète, soit un taux d'occupation de 60%. **L'unité connaît parfois des pics de sur-occupation qui rendent nécessaire l'hospitalisation des adolescents dans des unités adultes pour de « très brèves durées »** : sur les six derniers mois, selon les informations fournies par la CME, trois adolescents ont été hospitalisés dans ces conditions, un pour deux jours, un second pour une semaine, et le troisième était toujours placé au jour du contrôle à l'unité *Ylang-Ylang*, tout en restant suivi par les soignants de l'unité *Vanille*.

Un tiers de ces enfants vivait déjà en institution avant leur admission, deux tiers étaient en famille.

Les mineurs sont adressés par les CMP ou, le plus souvent, par les services de pédiatrie des hôpitaux généraux.

L'équipe est constituée de trois praticiens hospitaliers, un cadre de santé, un psychologue et un assistant social, ainsi que de seize infirmiers, dont deux postes à 80%.

4.2.3.1 Les chambres de l'unité.

Le pavillon *Vanille* est le seul dont l'architecture diffère de celle des autres unités. Les bâtiments en forme d'heptagone entourent un patio paysagé au milieu duquel est située une salle à manger octogonale. Celle-ci abrite également un office où sont mis en portion les repas préparés par la cuisine centrale.

Les dix chambres s'ouvrent sur le patio et se décomposent en :

- deux chambres à deux lits ;
- sept chambres individuelles ;
- une chambre d'isolement.

Les chambres sont toutes climatisées. Les chambres individuelles ont une profondeur de 5,40 m et une largeur de 3,25 m. Cet espace de 17,5 m² est diminué par l'emprise d'un cabinet de toilette de 4 m² environ fermé par une porte pleine, équipé d'une douche à l'italienne avec mitigeur, d'un plan vasque avec eau chaude et froide, d'un WC à l'anglaise suspendu. Un lit métallique de 0,80 m x 2 m et une armoire de 0,80 m x 2,10 m, une table de nuit et une chaise complètent le mobilier. La lumière du jour entre par une première fenêtre carrée de 0,70 m de côté, donnant sur le patio et dotée d'un store occultant ; une seconde fenêtre de 0,90 m x 0,85 m donne sur l'extérieur de l'unité du côté opposé au patio. Elle est équipée d'un rideau. La fenêtre éclaire une tablette murale de 0,60 m x 1 m fixée dessous.

Les deux chambres à deux lits comportent les mêmes équipements pour une surface de 20 m² environ. Le cabinet de toilette est identique hormis la présence d'un plan à double vasque.

Lors de la visite des contrôleurs deux chambres, occupées par des adolescents psychotiques, étaient fortement dégradées par ces derniers. Le cadre de lit avait été ôté d'une des chambres et le matelas était posé au sol par mesure de sécurité ; dans l'autre, le lit avait été boulonné au mur pour la même raison. Le restant du mobilier, détruit lors de crises, n'avait volontairement pas été remplacé.

Comme dans les autres unités, les douches des chambres présentent des malfaçons : des fuites récurrentes des tuyauteries noyées dans la maçonnerie entretiennent l'humidité des murs et provoquent le décolllement du revêtement.

La chambre d'isolement a une profondeur de 3,10 m et une largeur de 3,05 m, soit une surface de 9,45 m². Le cabinet de toilette mesure 3 m² et comprend un WC à la turque ainsi qu'une douche à l'italienne dont le pommeau, scellé dans le mur, est alimenté en eau chaude et froide. Le lit métallique est équipé d'un matelas recouvert d'une housse plastifiée, sans drap. La pièce ne comporte pas d'autre mobilier. L'éclairage est assuré par trois rangées de cinq briques de verre.

4.2.3.2 Les locaux collectifs et spécifiques.

D'autres locaux s'ouvrent sur le patio :

- une salle de classe de 12 m² équipée de trois tables, d'une armoire, d'une bibliothèque et d'un ordinateur ;
- une salle de *karaoké* équipée d'un ordinateur, d'une télévision, d'un amplificateur et de haut-parleurs ;
- une salle de télévision équipée de fauteuils ;
- une salle d'activité équipée d'un *baby-foot*, de tables sur lesquelles sont pratiquées des activités de pâte à modeler et de peinture ;
- **une salle d'esthétique et de coiffure** équipée d'un lavabo, de deux fauteuils, d'une coiffeuse et du matériel correspondant ;
- une salle dite « d'accompagnement », lieu où l'adolescent peut éliminer ses tensions en frappant dans un sac de sable ; un tapis au sol lui permet également de s'allonger ou d'écouter de la musique douce. Dans cet espace d'apaisement, le mineur est toujours accompagné ;
- un atelier cuisine qui comporte le mobilier correspondant, un évier, deux plaques électriques et un four ;
- une salle de soins comportant trois chariots de soins dont un destiné aux piluliers, une couchette d'examen, un tensiomètre, une balance, une toise, un évier, un lavabo et un réfrigérateur destiné à la conservation des traitements. Dans cette salle, est aussi rangé un carton de matériel de contention qui comprend des sangles pour les membres supérieurs et inférieurs ainsi que des sangles abdominales ;
- deux bureaux d'entretiens et une salle de réunion ;
- deux salons d'accueil adolescent-famille, d'une surface identique à celle des chambres, sont équipés du mobilier adapté : fauteuils et table basse.

4.2.3.3 Les activités et l'enseignement.

Les activités sont organisées par les infirmiers et par les aides soignants : *karaoké*, peinture, groupes de paroles sur des thèmes choisis par les adolescents ou par les soignants. Un nombre limité de mineurs peut aussi être accompagné pour pratiquer la voile au club nautique du Port. Il s'agit d'activités ponctuelles, organisées en fonction de l'état de santé du mineur. Des sorties à l'extérieur - plage ou pique nique - sont parfois organisées. L'encadrement durant ces sorties est toujours d'un adulte pour un enfant.

Un enseignant de l'éducation nationale intervient, seul, à temps plein depuis un an. Il collabore en permanence avec l'équipe des soignants. Les mineurs ayant des niveaux scolaires très hétérogènes, l'individualisation des cours est totale. Le nombre d'heures de « d'enseignement » est très variable d'un mineur à l'autre et fluctue, pour un même mineur, en fonction de sa fatigabilité et de sa disponibilité. **L'enseignant évalue globalement à une vingtaine d'heures le volume de cours qu'il peut dispenser par semaine.**

4.2.3.4 Le recours à l'isolement des adolescents.

Il n'existe **pas de protocole spécifique pour la mise en isolement ou le recours à la contention des adolescents.**

Les membres de l'équipe entendus par les contrôleurs ont dit y avoir recours régulièrement pour l'un des adolescents hospitalisés. La mise en isolement est effectuée quand ce dernier a un comportement hétéro ou auto agressif. La contention peut être utilisée de manière transitoire en cas de crise aiguë, le temps que celle-ci s'atténue.

Pour d'autres adolescents, accessibles à la parole, l'utilisation de la salle « d'accompagnement » est préférée. Un soignant accompagne alors le jeune pour l'aider à verbaliser malaise ou violence.

4.2.3.5 La visite des familles.

Les visites sont interdites pendant les quarante-huit heures qui suivent l'hospitalisation d'un adolescent. Au-delà de ce délai, il peut recevoir la visite de ses parents à la condition que les soignants aient eu préalablement un entretien avec ces derniers.

Les visites ont lieu de préférence l'après midi de 13h30 à 18h. Selon les soignants entendus, **peu de familles viennent régulièrement rendre visite à leur enfant.** Les difficultés de circulation dans l'île et les moyens très modestes de certains parents en seraient la cause.

4.3 Les hospitalisations au pôle intersectoriel.

Elles sont réalisées à l'EPSMR au sein du pavillon *Vétiver*.

Il s'agit d'une unité ouverte qui comporte vingt-cinq lits. Selon les informations recueillies, **personne n'est hospitalisé dans cette unité en HO ou HDT.**

La vie de l'unité est tournée vers la « réhabilitation », c'est-à-dire vers une préparation à la sortie de l'hospitalisation à temps plein, en tentant d'autonomiser le patient.

Cette unité comporte une chambre d'isolement, inoccupée le jour du contrôle ; elle serait, selon le personnel rencontré, rarement utilisée, sauf pour une même patiente qui devient parfois agressive. La suppression définitive de cette chambre a été discutée. De même, le placement en chambre dite « évolutive » serait exceptionnel. **La contention n'est jamais utilisée dans cette unité,** selon les déclarations du personnel.

Il s'agit de la seule unité qui comporte deux locaux de visite à l'usage des familles, alors que celles-ci peuvent librement sortir dans le parc pour rencontrer leurs proches hospitalisés.

Les patients peuvent conserver leurs téléphones portables ; ils peuvent également solliciter un personnel soignant pour téléphoner gratuitement à leurs proches, sauf à destination de la métropole, dans les mêmes conditions que les autres unités.

4.4 Les urgences psychiatriques.

Le centre hospitalier général Gabriel Martin à Saint-Paul dispose depuis quelques mois, d'un service d'urgences psychiatriques par lequel passent en règle générale les patients avant leur admission à l'EPSMR, lorsqu'ils sont en état de crise. Si, de l'avis général, la mise en place de ce service a pu atténuer le nombre d'arrivées d'urgence, il n'en demeure pas moins qu'en service de nuit, les équipes demeurent confrontées à des entrées de patients conduits directement par les services de gendarmerie ou les pompiers.

4.5 L'hospitalisation des détenus.

Le jour du contrôle, aucun détenu n'était placé en HO à l'établissement sur le fondement de l'article D. 398 du code de procédure pénale.

Aucun protocole n'existe en la matière et par conséquent les pratiques peuvent être totalement divergentes d'une unité à l'autre. Aucune réflexion n'a été menée sur le sujet, ni de manière interne à l'EPSMR, ni en lien avec l'administration pénitentiaire.

Sur les modes d'hospitalisation des détenus, les personnels soignants des différents pavillons ont fourni des réponses divergentes : selon certains, les détenus ne seraient pas placés systématiquement en chambre d'isolement, pour d'autres tous les détenus seraient affectés dans une telle chambre « *pendant un temps d'observation de 24 ou 48 heures avec l'autorisation de sortir dans le patio intérieur quelques heures par jour* ».

Sont relevées par les personnels des difficultés tenant à l'absence d'informations sur les droits des détenus, quant à leur possibilité de téléphoner, de recevoir du courrier ou des visites.

5- SUROCCUPATION ET TRANSFERTS.

Il n'y avait pas de sur-occupation au sein de l'établissement au jour de la visite, à l'exception de l'unité *Ylang Ylang*. L'établissement a eu également à connaître d'une sur-occupation au sein de l'unité Vanille, comme cela a été indiqué précédemment. Il est fait état de placements de patients en provenance de Mayotte en raison de l'insuffisance de places disponibles ou de pathologies particulières pour lesquelles l'EPSMR serait plus adapté.

La consultation des registres de la loi a montré qu'un seul patient avait été transféré le 11 mars 2010 vers l'UMD (Unité pour malades difficiles) de Cadillac en métropole, en application d'un arrêté portant transfert en hospitalisation d'office en UMD. **Il a été indiqué aux contrôleurs que les délais pour réaliser un transfert vers la métropole pouvaient être particulièrement longs, tant pour des raisons tenant à la difficulté de constituer une équipe d'accompagnement, qu'à l'insuffisance de places disponibles en métropole.**

6- LE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION.

6.1 La mise en chambre d'isolement.

Selon les données de l'hôpital, **en 2009, 136 patients ont été placés en isolement thérapeutique.** Il y en avait 153 en 2008 ; il n'existe pas de données sur les années antérieures. Les éléments fournis ne permettent ni de calculer une durée moyenne de séjour à l'isolement ni de connaître par unité le nombre de placements à l'isolement. Il est indiqué qu'un module du logiciel de suivi de l'hospitalisation n'est pas activé, alors que l'EPSMR en dispose.

Il existe, dans chaque unité, deux chambres d'isolement, à l'exception de l'unité de réhabilitation intersectorielle *Vétiver* qui n'en possède qu'une. Toutes sont situées dans l'angle opposé du poste infirmier. Dans les unités *Jamrose* et *Cardamone*, selon le personnel rencontré, les placements en chambre d'isolement sont utilisés quasi-quotidiennement. Il en va différemment dans les unités *Jasmin* et *Ylang-Ylang*, dans lesquelles, sans suivre de protocole, le recours à ce type de placement serait moins fréquent.

Dans les unités *Jamrose* et *Cardamone*, il arrive parfois que ces chambres soient occupées provisoirement par des malades, faute de places disponibles ; dans ce cas, la porte de la chambre est maintenue ouverte, selon les déclarations faites aux contrôleurs.

Toutes les chambres d'isolement sont conçues de la même manière : on y pénètre en franchissant une porte pleine en bois pourvue d'un oculus ; la visibilité est mauvaise. Le personnel dénonce cette situation en considérant qu'un patient peut aisément se cacher pour tenter ensuite d'agresser les soignants.

Sur la droite se trouve une pièce fermée à clef, sauf prescription médicale, où se situent des toilettes « à la turque » en inox, une douche à « l'italienne » avec eau froide et un petit lave-mains.

La chambre elle-même est de dimension modeste : 3,5 m sur 3,10 m, soit 10,85 m². La pièce est nue et simplement meublée d'un lit scellé en acier sur lequel est posé un matelas ignifugé recouvert d'une housse et parfois d'un drap. Les malades isolés ne peuvent prétendre à un oreiller.

La lumière naturelle pénètre difficilement dans cette pièce par une rangée de pavés de verre. La hauteur sous plafond est importante. La chambre est pourvue d'un appareil de climatisation et d'un détecteur de fumée installés en hauteur ainsi que d'une veilleuse. **Il n'existe pas de système d'appel** ni de vidéosurveillance ; les patients doivent taper sur la porte pour se faire entendre.

Selon le personnel rencontré, les malades isolés arrivent parfois à détériorer l'appareil de climatisation en se servant du matelas ; de même certains parviendraient à démonter les lamelles du système d'aération afin de les utiliser comme armes par destination à l'encontre des soignants. Il n'a pas été possible de connaître la fréquence de ce genre d'incidents.

Les chambres d'isolement sont maintenues dans **un parfait état de propreté**. Toutefois, **une odeur tenace et incommodante persiste**. Selon le personnel soignant, il s'agirait des relents d'urine et d'excréments projetés sur le sol et les murs par les patients, étant observé que l'accès au cabinet de toilette est le plus souvent interdit.

En principe, les patients placés en chambre d'isolement ne peuvent recevoir la visite de leurs proches ; il a été toutefois assuré aux contrôleurs que des dérogations étaient possibles. Parfois, dans l'unité *Jamrose*, les familles accompagnées du médecin peuvent visiter une chambre d'isolement inoccupée.

Il n'existe en l'état **aucun protocole régissant les placements en chambre d'isolement**. En septembre 2007, un groupe de travail s'était réuni pour établir un tel protocole. Le jour du contrôle, rien n'était encore formalisé.

Selon les unités, les pratiques de traçabilité sont différentes. A l'unité *Ylang-Ylang*, un document unique conservé au dossier médical retrace la prescription initiale de mise en chambre d'isolement, les surveillances effectuées et les observations des soignants. Un tel document ne se retrouve pas dans les autres unités.

6.2 Le recours à la contention.

Les mêmes observations peuvent être faites **concernant la contention** ; il n'existe en la matière **ni protocole, ni traçabilité**. Il a été affirmé aux contrôleurs que les placements sous contention étaient peu fréquents, à l'exception de l'unité *Vanille*. Il a été précisé que lorsqu'il en était fait usage, cette pratique, toujours ordonnée par un médecin, s'effectuait exclusivement dans les chambres d'isolement.

Aucune fiche *ad hoc*, concernant le suivi des contentions, n'est insérée dans les dossiers médicaux des patients. Cette information ne peut être vérifiée dans la mesure où, en vertu de la loi qui les gouverne, les contrôleurs n'ont pas accès aux dossiers médicaux.

7- CONDITIONS DE VIE AU TRAVAIL.

Les organisations professionnelles, avisées de la visite des contrôleurs, n'ont pas émis le souhait de les rencontrer.

7.1 Les événements indésirables.

Le bilan des signalements d'événements indésirables pour l'année 2009 est le suivant :

- **agression/violence envers un personnel : 87**, soit 34 % ;
- **violence/agressivité entre patients : 36**, soit 14 % ;
- dégradation des locaux/équipements/matériel : 33, soit 12 % ;
- blessures : 27, soit 10 % ;
- défauts de coordinations interservices : 21, soit 8 % ;
- examens non effectués : 18, soit 7 % ;
- chutes/risques de chute : 18, soit 7 % ;
- intrusions/tentatives d'intrusion : 15, soit 5 %.

L'introduction fréquente de produits illicites dans les services apparaît régulièrement dans les conclusions de la « cellule opérationnelle de la qualité et de la gestion des risques ».

La presse locale s'était fait l'écho en juillet 2009 d'une répétition de fugues, évoquant des chiffres élevés (89 en 2008, 23 sur le premier semestre 2009) à la suite d'un événement dramatique - le décès au cours d'une fugue la même année -, **la sécurité de l'établissement a été renforcée notamment par le recours accru à une société de gardiennage.**

Il est à noter que l'ensemble du personnel médical et infirmier suit une formation aux gestes protecteurs ; afin de se protéger des patients, mais aussi de les protéger d'eux-mêmes, notamment dans le cas de crises aiguës.

7.2 Le service de nuit.

Les contrôleurs se sont rendus à l'hôpital en service de nuit durant lequel, de 20h15 à 6h15, deux personnels soignants sont présents dans chaque pavillon. Les personnels effectuent deux services de nuit consécutifs puis bénéficient de deux journées de repos ; sur une période de quatre semaines, les soignants effectuent douze nuits.

Le choix a été fait de ne pas spécialiser d'équipes pour la nuit, au motif qu'elles risqueraient, dans ce cas d'être fortement déconnectées du projet de l'unité et de la connaissance des patients. La surveillance périmétrique de l'EPSMR est assurée par une société privée de gardiennage dont les agents, dotés d'un uniforme, filtrent les entrées mais n'accèdent pas sans autorisation aux pavillons.

Les personnels soignants sont dotés d'un appareil émetteur d'alarme PTI (protection travailleur isolé). Lorsqu'un personnel est en difficulté et qu'il déclenche l'alarme, le lieu de l'incident apparaît sur tous les écrans de l'appareil portatif précité et le personnel masculin est invité à se rendre sur les lieux, à l'exception d'un seul qui doit toujours rester dans le pavillon. En cas de nécessité absolue, il peut aussi être fait appel aux agents présents la nuit. Un renfort de gendarmerie peut exceptionnellement être demandé : cette intervention est survenue une fois sur le nouveau site depuis 2005.

7.3 L'organisation du travail.

Il a été affirmé aux contrôleurs que, jusqu'en 2009, les congés n'étaient pas planifiés. De même, les agents ne faisaient pas l'objet d'une évaluation annuelle. Il a été affirmé aux contrôleurs que les conditions de recrutement des ASH n'auraient pas toujours été fondées sur des critères objectifs de compétence professionnelle.

Jusqu'à une époque récente, l'évaluation des pratiques professionnelles n'était pas systématisée. Le dossier de patient unique est en cours de mise en place.

Le taux d'absentéisme en 2009 dépasse les 8 % (137 904 journées dues par l'ensemble des agents sur 122 204 journées de présence réelle au travail). Ce taux est presque deux fois supérieur à la moyenne nationale¹⁷.

Il a été rapporté par des agents étant présents à l'EPSMR en 2005 sur le site de Saint Paul qu'une grave crise institutionnelle avait opposé les personnels soignants et la communauté médicale sans que l'administration de l'établissement ait eu les moyens d'établir les médiations nécessaires. Cette période est manifestement encore présente dans la mémoire de nombreux agents même si tous conviennent que la réorganisation en cours autour de pôles, le travail par projet qu'elle implique et la perspective de la nouvelle certification sur laquelle le président de la CME est apparu très investi, ont permis d'améliorer significativement le climat dans l'établissement.

Cependant il est apparu que des facteurs de tension demeuraient.

¹⁷ Selon le 2^{ème} baromètre de l'absentéisme d'Alma Consulting Group effectué en 2009 pour l'association nationale des directeurs des ressources humaines, le taux national s'élève à 4,85 % ou 17,8 jours d'absence en moyenne par salarié. Les secteurs des services et de la santé connaissent une croissance record de leur absentéisme avec des taux s'élevant respectivement à 5,16 % qui les placent devant des secteurs comme l'Industrie (4,01 %).

De manière latente, **le développement d'outils de suivi et d'évaluation semble être une démarche peu partagée.** Certains médecins paraissent se consacrer à l'élaboration de politiques de management et à la recherche de nouvelles règles de gouvernance sans que les personnels ne s'en approprient la réflexion. Les personnels rencontrés, quelle que soient leur catégorie professionnelle, se sont déclarés globalement satisfaits de leurs conditions de travail.

De manière apparente, **de très vives tensions existent au sein du pavillon intersectoriel de réhabilitation Vétiver** où un grand nombre de personnels soignants a dénoncé des conditions de travail « exécrables ». **Le mot « maltraitance » a même été prononcé à plusieurs reprises.**

Les équipes soignantes ne se sentent pas reconnues sur le plan professionnel, ce qui a motivé la rédaction d'une pétition visant des médecins de ce service. Les motifs principaux qui fondent cette démarche tiennent au comportement des médecins qui refuseraient la participation des infirmières aux entretiens avec les malades et dénigreraient systématiquement auprès de ceux-ci le travail de soignants. Il a été rapporté que, lors des consultations de psychiatres, ceux-ci liraient aux malades les comptes rendus établis par les infirmières, en remettant en cause leur pertinence.

Une rencontre entre les différents protagonistes et le directeur pour apaiser la situation n'a pas débouché et aurait plutôt cristallisé le conflit.

Des médecins auraient menacé de porter plainte pour harcèlement et dénonciation calomnieuse. Pour leur part, les personnels soignants évoquent des violences verbales répétées.

D'une manière générale, **le développement de ce conflit est de nature à porter atteinte à la prise en charge de patients particulièrement fragiles et vulnérables** ; il est rapporté des sorties de malades, tous placés sur le régime de l'hospitalisation libre, insuffisamment préparées.

Si le conflit ainsi décrit était, au jour du contrôle, circonscrit sur l'unité *Vétiver*, en revanche les tensions qu'il engendrait étaient connues de nombreux personnels dans l'ensemble de l'établissement.

CONCLUSIONS

A la suite de la visite, les contrôleurs formulent les observations suivantes :

Observation N° 1 : Sur décision des médecins, les visites aux patients peuvent être limitées ou interdites, quel que soit le mode d'hospitalisation. Par ailleurs, tous les malades hospitalisés sous contrainte doivent solliciter le personnel soignant afin de contacter leurs proches par téléphone ; dans certaines unités, les appels sont limités à une communication par jour, dans d'autres, l'usage serait de deux appels autorisés par semaine. Cette situation crée de surcroît une rupture de l'égalité entre les patients, selon les secteurs où ils se trouvent hospitalisés.

Il n'est pas acceptable que les droits de visite et d'accès au téléphone puissent être restreints ou interdits à la seule discrétion d'un médecin, sans avoir l'obligation de motiver sa décision par écrit. Les restrictions à ces libertés fondamentales que constituent le droit de communiquer et celui de recevoir la visite de ses proches doivent être exceptionnelles et strictement encadrées ; la traçabilité de ces décisions pourrait être assurée, par exemple, par l'ouverture d'un registre spécifique soumis au visa des autorités. Les malades doivent pouvoir conserver l'usage de leurs téléphones portables et des cabines téléphoniques préservant la confidentialité des conversations doivent être installées dans chaque unité. (§ 3.4.1 et 3.4.2).

Observation N° 2 : Lorsqu'un patient souhaite communication de son dossier, le chef du service valide la demande et envoie au patient copie du dossier ou permet sa consultation. Il n'est pas fait de recensement particulier du nombre de demandes au titre des dispositions de la loi du 4 mars 2002, ce qui empêche toute traçabilité.

Observation N° 3 : Il est souhaitable de mettre en place un registre spécifique afin d'enregistrer l'envoi et la réception des courriers destinés ou provenant des autorités administratives et judiciaires. Un tel registre devrait être émargé par le patient. (§ 3.4.3).

Observation N° 4 : Les rapports de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) doivent être systématiquement communiqués à l'établissement. (§ 3.4.6).

Observation N° 5 : : Le fonctionnement de la commission de recours des usagers et de la qualité (CRUQ) doit être profondément réformé afin que les plaintes soient instruites avec diligence et l'autorité judiciaire saisie chaque fois que les faits relatés sont susceptibles de revêtir une qualification pénale. (§ 3.4.7.1).

Observation N° 6 : Des différences de traitement des détenus sont observées d'une unité à l'autre, certains étant placés systématiquement à l'isolement, d'autres non, sans critères objectifs. Il n'existe aucun protocole en matière d'hospitalisation des personnes détenues;

aucune réflexion n'a été menée sur le sujet, ni de manière interne à l'EPSMR, ni en lien avec l'administration pénitentiaire. Les personnels soignants ignorent les droits et les devoirs des personnes détenues. Un protocole relatif à la prise en charge des personnes détenues doit être élaboré sans tarder, en collaboration avec l'administration pénitentiaire. (§ 4.5).

Observation N° 7 : Aucune donnée fiable concernant les statistiques relatives à la pratique des placements en chambres d'isolement, par ailleurs dépourvues d'un système d'appel, n'a pu être fournie ; il est ainsi impossible de connaître la durée moyenne des séjours ou le nombre de placements à l'isolement dans chaque unité. Cette absence de règles préétablies peut donner lieu à des pratiques « contestables » : ainsi, il a été constaté que les chambres d'isolement pouvaient être transformées, de facto, en « cellule de punition », certains placements n'étant pas décidés pour des raisons thérapeutiques, mais pour des motifs de nature disciplinaire.

Observation N° 8 : Les mêmes observations ont été faites concernant la pratique de la contention : il n'existe en la matière ni protocole ni traçabilité.

Observation N° 9 : Il est indispensable qu'un protocole concernant l'isolement et la pratique de la contention soit rapidement mis en place. En septembre 2007, un groupe de travail d'évaluation des pratiques professionnelles avait pourtant été constitué sans que ses réflexions n'aboutissent (§ 4.2.1.2 ; § 6.1 et 6.2). La mise en place d'un tel protocole devrait s'appliquer également aux mineurs (§ 4.2.3.4).

Observation N° 10 : Il a été relevé que l'autorité judiciaire ne visitait pas l'établissement régulièrement, malgré les dispositions de l'article L.3222-4 du code de la santé publique. Le registre de la loi ne comporte pas de visa de l'autorité judiciaire.

TABLE DES MATIERES

1- Les conditions de la visite.....	2
2- Conditions générales de la visite.	3
2.1 L'environnement de l'EPSMR et le bâtimentaire.....	3
2.2 Les personnels.	5
2.3 Les données financières de l'établissement pour 2009.....	5
2.4 L'activité (dont HO et HDT) : nombre d'admissions, durées de séjour, taux d'occupation des lits.....	6
3- Hospitalisation sans consentement et exercice des droits.	7
3.1 Informations données aux malades arrivants et possibilités de recours.	7
3.2 Les registres de la loi.	8
3.2.1 Examen des registres de la loi.....	8
3.2.1.1 Le registre des hospitalisations d'office.	8
3.2.1.2 Le registre des hospitalisations à la demande d'un tiers.....	10
3.3 Les sorties d'essai.	12
3.4 La communication avec l'extérieur.	13
3.4.1 Les visites.....	13
3.4.2 Le téléphone.....	14
3.4.3 Le courrier.	14
3.4.4 L'informatique et l'accès à l'internet.	15
3.4.5 Les cultes.....	15
3.4.6 La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).	15
3.4.7 Le traitement des plaintes et des réclamations.	16
3.4.7.1 La commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge (CRUQ). 16	
3.4.7.2 L'accès au dossier du patient.....	18
3.4.8 Les associations d'usagers.	18
4- Les conditions d'hospitalisation.	19
4.1 Eléments communs à tous les pôles.	19
4.1.1 Le suivi somatique.....	19
4.1.2 La restauration.....	20

4.1.3	La blanchisserie.....	21
4.2	Les secteurs.....	21
4.2.1	Le pôle « Ouest ».....	21
4.2.1.1	Les hospitalisations à plein temps du pôle « Ouest » (secteur 99G03).....	21
A.	Le pavillon Cardamone.....	21
B.	Le pavillon Jamrose.....	22
4.2.1.2	Le recours à l'isolement au pôle « Ouest ».....	24
4.2.1.3	Les activités des patients au sein du pôle « Ouest ».....	24
4.2.2	Le pôle « Nord ».....	24
4.2.2.1	Les hospitalisations à temps plein du pôle « Nord » (secteur 99G01).....	24
4.2.2.2	L'organisation du service et les conditions de la prise en charge.....	26
4.2.2.3	Les activités des patients au sein du pôle « Nord ».....	27
4.2.3	L'unité de psychiatrie infanto-juvénile.....	27
4.2.3.1	Les chambres de l'unité.....	28
4.2.3.2	Les locaux collectifs et spécifiques.....	29
4.2.3.3	Les activités et l'enseignement.....	29
4.2.3.4	Le recours à l'isolement des adolescents.....	30
4.2.3.5	La visite des familles.....	30
4.3	Les hospitalisations au pôle intersectoriel.....	30
4.4	Les urgences psychiatriques.....	31
4.5	L'hospitalisation des détenus.....	31
	5- Suroccupation et transferts.....	31
	6- Le recours à l'isolement et à la contention.....	32
6.1	La mise en chambre d'isolement.....	32
6.2	Le recours à la contention.....	33
	7- Conditions de vie au travail.....	33
7.1	Les événements indésirables.....	34
7.2	Le service de nuit.....	34
7.3	L'organisation du travail.....	35
	8- Conclusions.....	37