



**Etablissement Public de Santé  
de Ville-Evrard**

**Saint-Denis**

**(Seine-Saint-Denis)**

13-15 décembre 2011

Contrôleurs :

- Anne Galinier, chef de mission ;
- Gino Necchi ;
- Cédric de Torcy.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, trois contrôleurs ont effectué une visite de l'établissement public de santé de Ville-Evrard, secteur d'hospitalisation de Saint-Denis (Seine-Saint-Denis), du 13 décembre au 15 décembre 2011.

## 1 Conditions générales de la visite

La visite a été annoncée au chef d'établissement le 7 décembre 2011.

Les contrôleurs sont arrivés le mardi 13 décembre à 9h et ont été accueillis par la directrice adjointe de l'établissement, en charge de la qualité, la gestion des risques, des affaires juridiques et des relations avec les usagers, coordinatrice de la visite.

Une réunion de présentation de la mission a eu lieu aussitôt avec le directeur du centre hospitalier, la directrice des soins, la directrice du pôle, référente du site de Saint-Denis, le médecin responsable du pôle 04, les cadres supérieurs de santé des trois pôles, les cadres de santé des unités, les secrétaires médicales, un psychiatre de chaque unité, le médecin somaticien, l'équipe de direction de la qualité, de la gestion des risques des affaires juridiques et des relations avec les usagers, la directrice du patrimoine et des travaux, une représentante des personnels de nuit, l'ergothérapeute et la psychomotricienne.

L'ensemble des documents demandés a été mis à la disposition des contrôleurs.

L'affichette annonçant la visite avait été diffusée dans les services de soins et les lieux collectifs.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, avec des patients ainsi qu'avec des personnels de santé exerçant sur le site.

Au cours de leur mission, les contrôleurs ont eu sur place un entretien avec :

- l'ancien président de la commission médicale d'établissement (CME) ;
- le directeur du centre hospitalier (CH) ;
- le président de l'union nationale des amis et familles des malades psychiques (UNAFAM) ;
- les praticiens hospitaliers, chefs de service des secteurs G01, G03, G04 ;
- le médecin généraliste intervenant dans les services de psychiatrie ;
- le mandataire judiciaire à la protection des majeurs ;
- l'aumônier catholique.

Les contrôleurs se sont entretenus téléphoniquement avec :

- le directeur du cabinet du préfet de la Seine-Saint-Denis ;
- le président du tribunal de grande instance (TGI) de Bobigny ;
- le président de la commission de soins psychiatriques ;
- la présidente de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) ;
- le vice-président du TGI de Bobigny, coordonateur des juges des libertés et de la détention (JLD).

Les contrôleurs ont adressé une télécopie à l'agence régionale de santé (ARS)-Ile de France.

Un courrier du directeur de l'établissement a informé les personnels de la visite des contrôleurs.

## 2 Présentation générale de l'établissement

La construction de l'asile de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne, est décidée en 1862. Les terres et le domaine du même nom sont acquis par le département de la Seine en 1863. Le premier patient est admis le 29 janvier 1868.

L'établissement public de Ville-Evrard dessert aujourd'hui trente-quatre communes du département de la Seine-Saint-Denis et une population de 1,2 million d'habitants. L'établissement est organisé en dix-huit secteurs, quinze pour la psychiatrie générale, trois pour les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur de l'établissement de santé indique : « 19 pôles cliniques (adultes et infanto juvénile) + 1 pôle transversal (DIM, pharmacie, spécialités, comité sida) + 1 pôle administratif, technique et logistique ».

L'hospitalisation temps plein, peut s'effectuer sur plusieurs sites : Aubervilliers, Bondy, Saint-Denis et Neuilly-sur-Marne permettant l'hospitalisation des patients à proximité de leur domicile. Les autres offres de prise en charge psychiatrique sont les suivantes : centres médico-psychologiques (CMP), hôpitaux de jours, centres d'accueil et de crise (CAC), centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), centre d'hébergement de long séjour, équipe mobile de psychiatrie, unité de recherche clinique, centre de ressource pour la prise en charge des auteurs de violence sexuelles (CRIA VS).

### 2.1 L'implantation

L'unité d'hospitalisation à temps plein de Saint-Denis, dépendant de l'établissement public de santé Ville-Evrard, est situé 5 rue Docteur Pierre Delafontaine à Saint-Denis, à 23 km du site de l'administration centrale. Cette structure regroupe les unités d'hospitalisation du secteur 93 G01 pour la ville de Saint-Denis (cantons Nord-Ouest et Nord-Est), du secteur 93 G03 pour les communes d'Epina y-sur-Seine, Pierrefitte et Villetaneuse et du secteur 93 G04 pour les villes de La Courneuve, Dugny et Stains.

Le centre hospitalier général de Saint-Denis est situé à proximité de cette unité, au 2 rue Docteur Pierre Delafontaine.

On y accède par :

- le RER D puis le tramway T1, arrêt « Hôpital Delafontaine » ;
- le métro, ligne 13, 5 ou 7 puis le tramway T1, arrêt « Hôpital Delafontaine » ;
- l'autoroute A1 ou A86 en provenance de Paris.

Le bâtiment « Romain Rolland »<sup>1</sup> qui accueille les trois unités d'hospitalisation temps plein n'est pas indiqué sur la voie publique. Il est cependant aisé de se diriger vers l'hôpital général, lui, parfaitement indiqué.

Le bâtiment, de construction récente, a été ouvert en 1999. D'une emprise<sup>2</sup> de 5 000 m<sup>2</sup>, il présente une façade de 56 m sur la rue du docteur Delafontaine. Il comporte quatre niveaux : un sous-sol, un rez-de-chaussée et deux étages. Le bâtiment est entièrement entouré de grilles métalliques ; l'entrée principale, fermée, est sous le contrôle visuel des agents d'accueil. Une fois la grille franchie, une porte vitrée également à ouverture électrique, donne dans un atrium, équipé de chauffeuses, sur lequel s'ouvrent à droite la porte de la salle de colloque, en face une deuxième porte vitrée à commande électrique. Ce sont les agents de l'accueil qui assurent l'ouverture des portes.

## 2.2 Les personnels

Les unités d'hospitalisation à temps plein des secteurs 93 G01, 93 G03 et 93 G04 sont situées dans le même bâtiment ; les équipes sanitaires ne sont cependant pas mutualisées à l'exception du service de nuit et des médecins généralistes.

### 2.2.1 Le personnel médical

Lors de la visite des contrôleurs, l'établissement public de santé de Ville-Evrard connaît un mouvement de protestation de la part du corps médical vis-à-vis du directeur. Les élections de la commission médicale d'établissement n'ont pas eu lieu en novembre et dix-sept chefs de pôle sur les dix-neuf pôles ont démissionné de leurs fonctions la semaine précédant la visite.

Les chefs de service n'ont pas fait état auprès des contrôleurs de difficultés particulières quant au recrutement de jeunes collaborateurs. Seul le retard inexplicable de la prise de fonction de certains praticiens au cours de l'année 2011 semble avoir entraîné quelques mécontentements.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur de l'établissement de santé indique : « Au contraire l'EPS rencontre des difficultés à recruter des collaborateurs sur le site de Saint-Denis, du fait de la localisation géographique et de l'insécurité, cela a été signifié aux CGLPL lors d'entretiens ».

---

<sup>1</sup> L'appellation officielle du bâtiment est « UHTP de Saint-Denis, EPS de Ville-Evrard.

<sup>2</sup> <http://www.cadastre.gouv.fr/scpc/rechercherPlan>.

Effectif médical

		Pôle 93 G01	Pôle 93 G03	Pôle 93 G04
Hôpital de Jour	Praticien hospitalier	0,5	0,4	0,6
	Assistant		0,4	
Centre d'accueil et d'urgence (CAC)	Praticien hospitalier	0,9		
	Attaché			
	Assistant	1		
	FFI*			
Centre médico-psychologique (CMP)/ centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)	Praticien hospitalier	2	2,8	3,1
	Attaché			0,4
	Assistant	1	0,6	
Unité de recherche	Praticien hospitalier		0,8	
	Assistant		0,9	
Unité d'hospitalisation temps plein (UHP)	Praticien hospitalier	2,7	1	1,5
	Attaché			1,8
	Assistant	1	1	1
	FFI*	1,8	1,6	1
Pôle de spécialités	Médecins généralistes	1,5		
Psychiatrie de liaison	Attaché			0,8
	PH			1
	Praticien hospitalier contractuel			1

\*FFI : faisant fonction d'interne (médecin à diplôme étranger)

### 2.2.2 Le personnel non médical

Le recrutement des infirmiers pour le site de Saint-Denis est particulièrement difficile. Il a été précisé aux contrôleurs que les agents demandaient leur mutation en moyenne après quatre

années de présence, ce qui est plus rapide que pour les autres sites d'hospitalisation de l'établissement public de santé de Ville-Evrard. « Cette mobilité s'explique par les difficultés que les agents peuvent rencontrer dans les transports en commun, en raison de l'insécurité, ainsi qu'une certaine violence plus importante des familles et des patients ». Le médecin du travail se déplace mensuellement sur le site de Romain Rolland ; le psychologue du travail est positionné à Neuilly-sur-Marne.

Depuis janvier 2011, vingt-cinq agents ont déclaré un accident de travail, dont dix-huit sont dus à des « contacts avec patients agités ».

Lors de la visite des contrôleurs, l'effectif des personnels non-médicaux sur l'UHTP pour les trois pôles est le suivant :

Catégorie	Total agents	Total ETP
Assistante sociale	9	3
Agent administratif	11	8,5
ASH*	19	18,5
AS**	19	17,8
AMP***	1	1
Cadre supérieur de santé	3	3
IDE	48	44,8
Cadre de santé	3	3
Psychomotricienne	0,8	0,8
Psychologue	4	3,53
Ergothérapeute	3	1

\*ASH : agent des services hospitaliers

\*\*AS : aide-soignant

\*\*\*AMP : aide médico-psychologique

Les cadres supérieurs de santé ont indiqué aux contrôleurs que trois postes d'infirmiers n'étaient pas pourvus.

Il a été précisé aux contrôleurs que depuis cinq ans « un grand nombre de postes d'infirmières et d'aides-soignants n'ont pas été renouvelés » ; l'année 2011 a cependant permis de recruter des infirmières sur des postes restés vacants pendant plusieurs mois, en particulier les postes d'encadrement.

### 2.3 Les données financières

Les produits d'exploitation de l'établissement en 2010 étaient de 143 millions d'euros. Les charges d'exploitation sont représentées à 81,35 % par les charges de personnel.

La dotation annuelle de financement (DAF) représente 91,21 % des produits en 2010 et a couvert 92 % des dépenses d'exploitation. Elle progresse en 2010 de 0,92 %, ce qui correspond à + 1 187 000 euros par rapport à 2009.

Les dépenses progressent en 2010 de + 2 %. Elles sont cependant très variables d'un titre à l'autre ; l'augmentation la plus importante concerne les charges d'amortissements. Si les effectifs en personnel médical diminuent de - 1,3 ETP, le nombre moyen en personnel non- médical

augmente de + 12,17 %. En 2010, les dépenses de personnels se répartissent pour 81,17 % de personnel non médical et 18,83 % de personnel médical.

Les charges à caractère médical représentent 1,57 % des dépenses en 2010. Elles ont progressé de + 2,27 % par rapport à 2009. Les charges à caractère hôtelier ont également progressé en 2010 de + 5,23 % par rapport à 2009 ; elles représentent 12,21 % des charges d'exploitation.

L'établissement dégage pour 2010 un produit excédentaire de 1 286 900 euros. Le directeur après concertation avec le directoire propose d'affecter l'excédent à l'investissement.

Le plan global de financement pluriannuel a été réalisé à hauteur de 65 % ; les crédits non consommés sont réinscrits pour 2011. Les travaux et équipement ont été exécutés en 2010 à 56 %, ce qui peut expliquer les commentaires entendus par les contrôleurs concernant l'absence d'entretien des locaux et de renouvellement des matériels.

## 2.4 L'activité

On observe que l'activité médicale du centre « Romain Rolland » est en baisse en 2011 par rapport à 2010, même si l'on tient compte du fait que le relevé de l'activité 2011 prend en compte les onze premiers mois de l'année seulement.

<b>Pôle G01 - UHTP Saint-Denis</b>	<b>2010</b>	<b>au 30/11/2011</b>
Nombre de journées	5919	4303
Nombre d'entrées (directes et indirectes) + présents au 1 <sup>er</sup> janvier	340	283
Durée Moyenne de Séjour* (en jours)	17,4	15,2
Taux d'occupation** (en %)	90,1	71,5
Nombre de lits installés (au 31 décembre de l'année N-1)	18	18
File active (nombre de patients)	220	206

<b>Pôle G03 - UHTP Saint-Denis</b>	<b>2010</b>	<b>au 30/11/2011</b>
Nombre de journées calculé sur 18 lits	5628	4 660
Nombre de journées*** calculé sur 21lits	DM	5741
Nombre d'entrées (directes et indirectes) + présents au 1 <sup>er</sup> janvier	305	267
Durée Moyenne de Séjour *(en jours)	18,5	17,5
Taux d'occupation** (en %) calculé sur 18 lits	81,2	77,5
Taux d'occupation** (en %) calculé sur 21 lits***	DM	81,9%
Nombre de lits installés (au 31 décembre de l'année N-1)	18	18
File active (nombre de patients)	245	211

\* DMS : Journées / (Entrées directes et indirectes + présents au 1<sup>er</sup> janvier).

\*\* Taux d'occupation : Journées / (Nombre de lits installés x Nombre de jours d'ouverture (365) x 100

\*\*\* Dont trois lits de l'unité de recherche clinique

DM : Données Manquantes

<b>Pole G04 - UHTP Saint-Denis</b>	<b>2010</b>	<b>au 30/11/2011</b>
Nombre de journées	6 495	6 263
Nombre d'entrées (directes et indirectes) + présents au 1 <sup>er</sup> janvier	348	316
Durée Moyenne de Séjour* (en jours)	18,7	19,8
Taux d'occupation** (en %)	98,9	104,1
Nombre de lits installés (au 31 décembre de l'année N-1)	18	18
File active (nombre de patients)	207	286

Le secteur 93 G03 comporte, d'après les données du contrôleur de gestion et comme cela a été constaté par les contrôleurs, vingt et un lits et deux chambres d'isolement. Les calculs effectués sur ces tableaux le sont sur dix-huit places, pour permettre la comparaison avec les années antérieures, un calcul avec vingt et une places a également été effectué.

Le 12 décembre 2011, les hospitalisations sous contrainte dans les unités de Romain-Rolland, étaient les suivantes :

- secteur G01 : une personne en soins psychiatrique sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) et cinq en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT) ;
- secteur G03 : cinq SDRE et sept SDT ;
- secteur G04 : six SDRE et cinq SDT.

Au moment de la visite des contrôleurs, quatre patients étaient hospitalisés dans un des secteurs G01, G03 et G04 car déclarés irresponsables pénaux pour cause de trouble mental en application de l'article 122-1 §1 du code pénal ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale.

Entre le 1<sup>er</sup> août et le 30 novembre 2011, au cours des quatre premiers mois de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011 sur les soins psychiatriques sous contrainte, ont eu lieu au :

- secteur G01 : cinq SDRE et vingt-six SDT ;
- secteur G03 : six SDRE et vingt-cinq SDT ;
- secteur G04 : dix SDRE et trente-deux SDT.

### 3 LES HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENTS ET EXERCICE DES DROITS

#### 3.1 L'arrivée des patients

L'appel téléphonique émanant d'un centre médico-psychologique, de l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police (IPPP), du centre psychiatrique d'orientation et d'accueil de Paris 14<sup>ème</sup> (CPOA), d'un établissement hospitalier, d'une mairie, d'un commissariat de police, d'une gendarmerie, d'une clinique ou de la famille arrive au secrétariat des urgences psychiatriques du « service d'accueil et d'urgence » (SAU) pour prévenir de l'arrivée d'une personne dans ce service. Il est possible également que cet appel soit adressé au secrétariat médical de l'EPS pour information et afin de prendre d'éventuelles dispositions d'accueil. Quand, exceptionnellement, cet appel arrive directement et uniquement à ce dernier secrétariat, celui-ci oriente la personne vers le service d'urgence. Tous les patients sont conduits en effet au service des urgences qui se trouve à Saint-Denis au centre hospitalier Delafontaine, à 100 m de l'EPS. Il arrive aussi que l'annonce de l'arrivée soit faite par télécopie, laquelle arrive au secrétariat des urgences psychiatriques.

Le patient est conduit au centre hospitalier Delafontaine, selon les cas, par une ambulance privée, la famille, une tierce personne agissant dans l'intérêt du patient, le service d'assistance médicale d'urgence (SAMU) ou les pompiers. Il peut aussi arriver seul ou accompagné de policiers, qui sont intervenus lors d'un trouble à l'ordre public.

Il existe au centre hospitalier Delafontaine une structure d'urgence qui est compétente aussi bien pour les urgences somatiques que pour les urgences psychiatriques. Dans les locaux, un bureau est mis à disposition d'un psychiatre et d'un infirmier qui dépendent de l'EPS mais qui matériellement exercent dans l'hôpital.

La personne qui arrive est prioritairement examinée, en fonction de son état, soit par un médecin somaticien soit par un psychiatre. Le médecin somaticien, en fonction de ses constatations, peut se retourner à tout moment vers le psychiatre et, inversement, ce dernier peut solliciter l'intervention de son confrère.

Les opérations se font au cas par cas, en fonction de la personne.

Si nécessaire, le patient est alors pris en charge par les structures psychiatriques. Il sera transféré dans le secteur dont il dépend. C'est le domicile qui détermine la structure de compétence.

Avant le transfert, le psychiatre ou l'infirmier établit un contact téléphonique avec l'établissement qui reçoit en principe le patient pour connaître les disponibilités d'accueil en temps réel, donner son nom, son prénom, sa date de naissance, faire le point sur son état actuel avec une description de son comportement, le mode d'hospitalisation, le nom du médecin signataire du certificat, le traitement en cours et les conditions de l'hospitalisation souhaitées.

Les contrôleurs ont pu assister à un entretien téléphonique de cette nature entre un infirmier de la structure d'urgence et un infirmier de l'un des secteurs psychiatriques de Saint-Denis.

Le transfert de la personne entre le service d'urgence et l'EPS s'effectue par une ambulance privée. Plusieurs sociétés sont appelées ; il n'existe aucune convention. C'est au cas par cas. Quand les patients quittent l'hôpital Delafontaine pour être orientés vers l'EPS, une enveloppe fermée est remise aux ambulanciers aux fins de transmission au service

d'hospitalisation. Cette enveloppe contient les observations cliniques, somatiques, les examens complémentaires et un courrier du psychiatre ; elle est destinée au psychiatre de l'EPS.

Les patients provenant d'un établissement de santé suivent le même parcours avec cette différence que l'examen somatique a déjà été fait dans l'établissement d'origine. Un deuxième examen n'est pas mis en œuvre à l'hôpital Delafontaine.

Lorsque le patient est orienté vers la structure psychiatrique avec un mode d'hospitalisation sans consentement, il est accompagné jusqu'à l'ambulance par les infirmiers des urgences psychiatriques et confié aux ambulanciers chargés du transport.

## **3.2 Les modalités d'admission**

### **3.2.1 Les formalités administratives**

Les ambulanciers arrivent par l'accès ambulance, se font connaître au service d'accueil qui a été, dans la mesure du possible, informé préalablement par le secrétariat. L'accueil appelle les infirmiers de l'unité qui viennent dans le hall chercher le patient. Un membre du secrétariat médical se déplace à l'accueil, prend en main les documents administratifs fournis à la fois par le service des urgences, le patient lui-même, la famille, les proches....

Le secrétariat médical vérifie tous les documents ainsi remis, procède alors à l'enregistrement informatique du dossier d'admission et retranscrit informatiquement les certificats manuscrits remis.

Les documents concernant les soins sans consentement sont transmis par télécopie par le bureau des admissions à la délégation l'agence territoriale de l'agence régionale de santé (ARS).

Le médecin est informé de l'arrivée du patient ; les soignants procèdent à l'inventaire des effets et valeurs du patient. Cet inventaire est fait en collaboration avec ce dernier. Argent, bijoux, chéquiers sont détaillés dans un document à la fois signé par les soignants et le patient. Ils sont déposés à la régie, située au rez-de-chaussée de l'établissement, quand l'arrivée a lieu entre 9h à 17h. Quand la régie n'est pas ouverte, il existe, au second étage, un coffre placé dans un local fermé à clé. Les soignants ont une clé de la porte de ce local et peuvent glisser ces valeurs à l'intérieur du coffre dont ils n'ont pas les clés. La clé de la porte du local est un passe dont dispose chaque soignant. Seul le régisseur a la clé du coffre.

Dans chaque chambre existe un placard réservé aux effets des patients. A chaque fois est rédigé, à partir d'un modèle, l'inventaire des objets de valeur qui est signé par les deux soignants et le patient. Si le patient n'est pas en état de signer, seules apparaissent les signatures des soignants. Si le patient refuse de donner ces valeurs, il signe une décharge.

Les contrôleurs ont pris connaissance d'un modèle du document d'inventaire des objets usuels qui est divisé en six rubriques : vêtements et chaussures, affaires de toilettes, accessoires, prothèses, documents d'identité et clés, matériel. Les éléments des trois premières rubriques « sont à stocker à la bagagerie en cas de dépôt ou dans l'armoire » ; les objets des trois dernières rubriques sont « à conserver dans le coffre de l'unité de soins en cas de dépôt ».

Quant à l'inventaire des objets de valeur, il est répertorié dans un document sur lequel apparaissent plusieurs rubriques : espèces, autres moyens de paiement (chéquier et cartes de crédit), bijoux (bague, collier, montre).

« En fonction de son état, il est remis au patient un livret d'accueil le lendemain de son arrivée en général ». Les contrôleurs ont constaté que ce principe n'était pas en réalité entré dans les faits. Bon nombre de soignants et de patients ignoraient l'existence de ce livret.

« Le document précisant le mode d'hospitalisation du patient est présenté lors de l'entretien avec le médecin et le soignant. Il est signé par le patient en fonction de son état. Il faut distinguer deux situations : soit le patient est en état de comprendre et sa signature est sollicitée, soit il ne semble pas en état de comprendre et la notification peut s'étaler sur plusieurs jours car sa compréhension est recherchée d'où le rôle du facteur temps ».

Les documents sont les mêmes pour les soins sans consentement, sur décision du représentant de l'Etat ou à la demande d'un tiers. Seule, la couleur change : rose pour le premier, vert pour le second.

Le médecin remet au patient un document ainsi rédigé :

« Je vous informe avoir procédé à votre admission sur décision du représentant de l'Etat (article L 3213-1 article 3213-2 du code de la santé publique).

Un livret d'accueil vous est remis dans le service et précise les indications relatives à l'existence de vos droits et aux modalités de votre séjour....

Je vous serai obligé de me retourner l'accusé de réception ci-dessous indiquant que vous avez pris connaissance des indications contenues dans cette lettre ».

Un accusé de réception est donc à remettre au médecin ou au soignant, à dater et à signer, par lequel le patient certifie « avoir été informé des conditions d'admission à l'établissement public de santé, des délais et des droits de recours dont il dispose ».

Plus précisément, s'agissant des admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, à aucun moment il n'est précisé si le patient a eu connaissance ou non de l'arrêté préfectoral et s'il en a reçu une copie ou non.

Un accusé de réception joint ce document ; il est à remplir par le médecin en cas de refus de signer. Le médecin, qui précise son nom et son prénom, atteste que « X... (nom et prénom) a reçu le... la notification des délais et voies de recours ».

### **3.2.2 La période initiale de soins et d'observation**

La période initiale de soins et d'observation se déroule dans l'unité où a été admis le patient. Il n'existe pas d'unité spécifique d'admission où les patients séjourneraient durant la période de soixante-douze heures prévue par la loi du 5 juillet 2011.

L'entretien a lieu soit dans le bureau médical, soit dans la chambre du patient. Le principe est la visite du médecin chaque jour ; pendant cette période, « il met en place le traitement, le modifie éventuellement, cerne le diagnostic. Les nouvelles dispositions législative n'ont pas apporté de réelles modifications ».

Il n'existe pas de protocole particulier pour cette période. Les patients sous contrainte sont en pyjama pendant la durée de leur séjour ainsi que ceux qui sont libres pendant les vingt-quatre premières heures de leur arrivée. Il a été expliqué aux contrôleurs que cette pratique était fondée sur l'identification immédiate du patient et sur la nécessité d'éviter la présence d'objets dangereux et de stupéfiants.

Le premier entretien se fait toujours avec un psychiatre et en présence d'un ou deux soignants ; « c'est une question de sécurité et d'informations partagées ».

« Cet entretien a pour but de faire un premier bilan, de cerner les troubles, de poser un diagnostic, de mettre en route un traitement ; ce premier traitement sera affiné au fil des jours ; il faudra évaluer son efficacité et tester la tolérance du patient à la molécule... ».

Les informations données au cours des entretiens peuvent être échelonnées dans le temps selon l'état du patient. Le patient est déjà frustré : « notifier ces droits et obligations dès son arrivée et en bloc, c'est mettre l'accent sur les interdits et donc ne pas favoriser une certaine qualité de rapports entre soignants et patients. Ce qui est recherché, c'est la bonne relation thérapeutique ».

### **3.2.3 Les informations données aux malades**

#### **3.2.3.1 Le livret d'accueil**

Le livret d'accueil comporte quarante et une pages avec en plus deux annexes : la charte de la personne hospitalisée annexée à la circulaire du 2 mars 2006 et la charte de l'utilisateur en santé mentale.

C'est une édition de 2006.

Les pages 20 et 21 sont consacrées aux modalités d'hospitalisation. Les renseignements portés sont totalement dépassés : l'hospitalisation sans consentement vise l'hospitalisation à la demande d'un tiers et l'hospitalisation d'office.

Il a été remis aux contrôleurs un projet de rédaction d'un document intitulé : « actualisation du livret d'accueil ». Les soins sous contrainte visent les soins à la demande d'un tiers et les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (pages une et deux), l'intervention du juge des libertés et de la détention (page deux) ; à la page sept, « pour exprimer vos griefs concernant vos conditions d'hospitalisation » sont cités : le Médiateur de la République et le Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

#### **3.2.3.2 Les informations concernant la loi du 5 juillet 2011**

Les informations concernant la loi du 5 juillet 2011 ne figurent ni dans le livret d'accueil ni sur aucun autre support écrit.

#### **3.2.3.3 Les informations sur les voies de recours**

En page deux du document remis au patient au moment de son arrivée, il est précisé : « si vous entendez contester la décision de soins sans consentement, il vous est possible de saisir l'administration, le juge ou la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) ».

Trois recours sont visés :

- le recours contentieux devant le juge des libertés et de la détention, « par simple requête, il vous appartient, de saisir le président du tribunal de grande instance de Bobigny, 173 avenue Paul Vaillant-Couturier 93 000 Bobigny » ;
- le recours contentieux devant la commission départementale des soins psychiatrique, immeuble européen, 5/7 promenade Jean Rostand 93 005 Bobigny, avec cette précision : « cette commission a pour mission d'examiner les dossiers d'hospitalisation sans consentement et peut, dans ce cadre et si elle le juge

nécessaire, saisir le préfet du département, le procureur de la République ou le président du tribunal de grande instance pour que la mesure administrative soit abrogée » ;

- le recours contentieux devant le juge administratif : « vous pouvez dans les deux mois suivant sa notification, saisir le président du tribunal administratif de Montreuil : 7 rue Catherine Puig 93 000 Montreuil ». Il est également précisé : « vous pouvez demander la suspension de la mesure. Pour ce faire, il vous appartient, par la voie du référé, de saisir le président du tribunal administratif qui peut ordonner toutes les mesures nécessaires en cas d'atteinte grave et manifestement illégale à une liberté fondamentale ou en cas de doute sérieux affectant la légalité de la mesure » .

#### **3.2.3.4 Le recueil des observations des patients**

L'article L. 3211-3 du code de la santé publique prévoit qu'avant chaque décision prononçant le maintien des soins contraints ou définissant la forme de la prise en charge, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état.

Il apparaît qu'aucun dispositif spécifique n'a été mis en place pour recueillir les observations des patients. Des médecins ont confié aux contrôleurs que des réunions devraient être organisées pour mettre en œuvre ces nouvelles dispositions. L'un d'eux pensait que « sur une feuille de papier le patient pourrait réagir aux soins prodigués et cette feuille pourrait être versée dans le dossier médical ».

« Au moment du premier entretien, le médecin explique au patient le choix de la molécule car l'adhésion est recherchée ; il faut penser à la sortie, car libre, le patient doit être convaincu, de lui-même, de poursuivre le traitement ; pour ce faire, on interroge le patient sur son traitement ; il existe des feuilles d'observations médicales qui se trouvent dans le dossier du patient ; le médecin doit noter sur ces feuilles les réactions du patient par rapport à son traitement : à la fois, ses constatations et les dires du patient ; et ainsi en tenir compte. Les infirmiers rédigent quant à eux des feuilles de transmissions qui transcrivent les entretiens et relatent les activités du patient ; il arrive que l'infirmier transcrive les dires du patient. Ce n'est pas systématique. Dans l'avenir, on peut réfléchir sur la mise en œuvre d'un système permettant de garantir la traçabilité des dires des patients ; rédaction par eux sur une feuille blanche versée au dossier ou rédaction par le médecin ou le soignant des observations des patients ».

### **3.3 La levée des mesures de contrainte**

#### **3.3.1 Les modalités de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011**

La loi du 5 juillet 2011 a prévu un contrôle systématique des mesures d'hospitalisation complète sans consentement par le juge des libertés et de la détention.

Conformément aux exigences fixées par le Conseil constitutionnel, le contrôle est exercé de droit par le juge des libertés et de la détention (JLD), d'une part, avant l'expiration du quinzième jour de l'hospitalisation complète puis à l'issue de chaque période de six mois continus (article L. 3211-12-1 du code de la santé publique), d'autre part, en cas de refus opposé par le représentant de l'Etat à une proposition de levée d'une mesure de soins formée par un

psychiatre participant à la prise en charge du patient (article L. 3213-5 du code de la santé publique).

Les contrôleurs ont examiné comment la loi, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> août 2011, a été appliquée dans l'établissement.

### 3.3.2 Le contrôle de droit par le juge des libertés et de la détention

La direction de l'établissement a expliqué aux contrôleurs que dès qu'elle a eu connaissance de la teneur du projet de loi qui devait devenir la loi du 5 juillet 2011, « elle a diffusé des notes à l'attention des personnels, préparé des documents d'aides servant d'outils aux médecins, aux soignants et aux secrétaires médicales. Une séance de formation a été organisée au mois de juillet et une autre en août en direction de l'ensemble des personnels (médecins, soignants, administratifs...); une préparation et une formation spécifique a été organisée sous la forme de deux séances en juillet et en août pour les secrétaires médicales. Une CME exceptionnelle a été ouverte à tous les médecins de Ville-Evrard, ainsi qu'une réunion spécifique au comité de direction, à la commission des soins et à la commission des relations avec les usagers. Sur l'intranet de l'établissement des informations ont été mises à la disposition du personnel ».

Les contrôleurs ont constaté que les secrétariats de chaque unité de secteur disposaient en effet de documents de présentation de la loi sous forme de tableaux et de schémas aux fins d'utilisation pratique.

S'agissant des contacts avec l'extérieur, « des rencontres entre l'ARS, la préfecture, le tribunal de grande instance, la délégation territoriale de l'ARS et les directions d'établissements ont eu lieu en juillet et en octobre. C'est à partir du mois de juillet que des **obstacles** sont apparus dans la mise en œuvre de la loi :

- - le principe de l'audience hors le tribunal a été rejeté par les magistrats en raison des difficultés matérielles d'organisation et du refus des magistrats de siéger hors de la juridiction ;
- - le recours à la visioconférence a été récusé par les psychiatres : la population spécifique de Seine-Saint-Denis, en raison de ses cultures et ses traditions, a un rapport à l'image qui renvoie à la magie, aux influences extérieures, aux sorts et ce qui est possible dans un autre contexte culturel, ailleurs, ne l'est pas ici ;
- - quant au déplacement sur le site du tribunal, il était exclu par les psychiatres en raison de la mobilisation des moyens importants qu'il exige tant en véhicules qu'en personnels, par la dimension traumatisante de la comparution au tribunal. Le bureau mis à disposition n'est pas satisfaisant en ce qui concerne sa superficie – 16 m<sup>2</sup> –, son emplacement – on peut voir passer des personnes menottées –; c'est ainsi que depuis le 1<sup>er</sup> août 2011, les psychiatres, dans leurs certificats médicaux, contre-indiquent la comparution devant une juridiction ».

En octobre 2011, une réunion s'est tenue avec l'ARS, les premiers présidents des cours d'appel de Paris et de Versailles, les présidents des tribunaux de grande instance des ressorts des deux cours d'appels et tous les directeurs d'établissements concernés de l'Ile-de-France. Il est apparu que la situation de blocage était spécifique au département de Seine-Saint-Denis et plus particulièrement aux sites dépendant de l'EPS de Ville-Evrard, dont les structures de Saint-Denis.

Devant cette situation, le président du tribunal de grande instance de Bobigny a invité les psychiatres de l'EPS à venir le rencontrer le 13 décembre. Un seul a répondu positivement. Tous les autres ont fait valoir des motifs d'empêchement par message électronique, par lettre ou par téléphone. Le président du tribunal a donc décidé d'annuler cette rencontre.

Le président du tribunal de grande instance a expliqué aux contrôleurs que « les juges des libertés et de la détention déploraient l'absence de patients venant de l'EPS de Ville-Evrard alors que ceux en soins sans consentement à Maison-Blanche ou à Aulnay comparaissaient devant la juridiction, qu'il s'agissait d'une position de principe des psychiatres qui se prévalaient de l'intérêt des patients et qu'il fallait mettre fin à ce mur d'incompréhension ; le tribunal a fait aménager un bureau de 16 m<sup>2</sup>, totalement refait (murs, plafonds, sol) avec une entrée distincte pour éviter aux patients de croiser des personnes présentées dans le cadre d'une affaire pénale ». Le président « regrette cet état de fait d'autant plus qu'il avait pu obtenir la nomination d'un septième juge des libertés et de la détention dans le cadre de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. Ce poste ne pourra pas être maintenu si aucune évolution n'a lieu ».

### 3.3.3 La saisine du juge des libertés et de la détention

Le vice-président du TGI, coordonnateur des juges des libertés et de la détention, a dit aux contrôleurs que les autorités administratives saisissaient le juge en respectant les délais et que la procédure en la forme était tout à fait respectée.

Le magistrat a insisté sur le fait que « les juges ne comprenaient pas du tout cette politique de la chaise vide ; rien n'est plus insatisfaisant pour un magistrat de statuer en l'absence de la personne qui est concernée en premier par la décision ; cette dernière est d'ailleurs prise en la forme conformément aux dispositions de la loi du 5 juillet 2011 : le juge est saisi dans les délais par l'autorité administrative ; il dispose de la décision ayant ordonné les soins sous contrainte, de tous les certificats médicaux exigés (initial, de 24 heures, de 72 heures, de huit jours, de l'avis médical conjoint), dans la quasi-totalité des dossiers figurent l'expression : audition par le juge impossible ; le magistrat demande alors la désignation d'un avocat par le bâtonnier et l'audience se tient sans la présence de la personne et la décision est rendue ; cette situation ne peut pas perdurer et une solution doit pouvoir être trouvée dans la concertation, d'autant plus que, dans certains cas, les magistrats n'excluent pas de se déplacer dans l'établissement, si nécessaire ».

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur indique : « il semble que ce ne soit pas le discours tenu à l'établissement ».

Les contrôleurs ont pris connaissance de cinq ordonnances, choisies par hasard, rendues par le juge des libertés et de la détention les 3 octobre, 5 octobre et 12 décembre 2011 (trois décisions). A chaque fois :

- l'admission en soins psychiatriques a eu lieu ou bien « à la demande d'un tiers » (quatre fois) ou bien « sur décision d'un représentant de l'Etat » (une fois) ;
- la personne concernée est absente ;
- un avocat, commis d'office est présent ;
- le ministère public est « absent de l'audience ; il a fait connaître son avis par conclusions écrites du... » ;

- les débats ont eu lieu en audience publique ;
- à quatre reprises, le magistrat écrit : « en conséquence, il convient d'ordonner la poursuite de la mesure d'hospitalisation complète » ;
- les motifs sont les suivants : « il résulte des pièces du dossier et notamment des certificats médicaux des 24 heures, des 72 heures et de huitaine, que X... présente des troubles mentaux qui rendent impossible son consentement et que son état mental impose des soins assortis d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète » (décision du 3 octobre 2011) ; « les certificats médicaux attestent d'un état paranoïaque chronique, avec agressivité intrafamiliale, idées de persécution à l'encontre des membres de sa famille, et plus spécifiquement, d'un délire à thème de mariage, l'intéressé étant dans le déni de ces troubles avec refus de soins » (décision du 5 octobre 2011) ; « il résulte de tous les certificats médicaux produits au dossier que X... présente des troubles mentaux qui nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes, notamment la sienne » (l'une des décisions du 12 décembre) ; il résulte des pièces du dossier que X... présente des troubles mentaux (vécu délirant de persécution) qui imposent des soins assortis d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, dans la mesure où il ne s'inscrit pas dans l'alliance thérapeutique » (autre décision du 12 décembre) ;
- dans la cinquième ordonnance examinée par les contrôleurs, le magistrat ordonne le 12 décembre, « avant dire droit » une mesure d'expertise psychiatrique et dit que l'affaire sera examinée à l'audience du 21 décembre.

### 3.3.4 Le collège des professionnels de santé

Dans certains cas – soins psychiatriques de plus d'un an sans consentement, passage dans une unité pour malades difficiles ou mise en application de l'article 122-1 § 1 du code pénal –, les modifications du projet thérapeutique supposent l'avis d'un collège de médecins. Le médecin prend alors l'attache d'un de ses confrères d'un autre secteur et le plus souvent, par téléphone, après avoir exposé la situation, lui demande une appréciation. Il arrive que cet échange se fasse dans le cadre d'une réunion, dans un bureau, mais c'est rare. Le médecin sollicité ne s'entretient pas avec le patient. Il arrive qu'il demande des informations supplémentaires. La décision prise apparaît dans un procès-verbal signé par les deux médecins. Un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge est toujours associé à cette procédure.

### 3.3.5 La levée sur proposition du psychiatre

Le changement de régime d'hospitalisation se fait par rapport à la constatation clinique, les antécédents du patient, la fréquence de séjour dans les structures psychiatriques, l'adhésion du patient au traitement. Lorsque le médecin rédige un certificat en vue d'un changement de régime d'hospitalisation, l'autorité administrative en tire les conséquences et tient compte de cet avis. Un médecin fait remarquer que les propositions peuvent aller dans les deux sens : aggravation ou allègement du régime. En général, c'est ce dernier mouvement qui est mis en œuvre puisque le patient se trouve être soigné ; mais l'aggravation peut être proposée ; c'est le cas où une personne voyait son agressivité se développer et où il a été constaté un passage à l'acte : agression sur un soignant. Dans ce cas, les soins sans consentement à la demande d'un tiers ont laissé la place à des soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat.

### 3.3.6 Les sorties accompagnées d'une durée inférieure à douze heures

Cette faculté est mise en œuvre dans des circonstances diverses : se rendre chez le coiffeur, faire des courses dans des commerces, se rendre au cimetière pour se recueillir sur la tombe d'un proche, se rendre à son domicile pour préparer la sortie. « Cette dernière sortie doit être préparée car souvent les patients ne veulent pas que les accompagnants connaissent le désordre de leur logement. C'est pourquoi le patient devra être accompagné dans un premier temps pour faire des courses ou pour une promenade et ce n'est que pour la deuxième sortie que l'accès au logement sera possible ; les sorties avec un accompagnant de l'établissement et un autre d'un centre médico-psychologique (CMP) donnent de bons résultats ; elles apparaissent comme une transition vers la liberté ».

### 3.4 Les registres de la loi

Les registres de la loi se trouvent au service des admissions situé sur le site de Ville-Evrard à Neuilly-sur-Marne. Ils concernent l'ensemble des sites de l'EPS de Ville-Evrard : Neuilly-sur-Marne, Aubervilliers, Bondy et Saint-Denis.

Deux registres sont ouverts simultanément :

- un registre pour les personnes faisant l'objet de soins sur décision du représentant de l'Etat ;
- un registre pour les personnes faisant l'objet de soins à la demande d'un tiers.

Les contrôleurs ont examiné les deux registres en cours ainsi que les deux registres qui avaient été ouverts au moment de la promulgation de la loi du 5 juillet 2011.

Ces registres sont tenus avec rigueur et clarté.

Tous les certificats sont reproduits à petite échelle et collés dans l'ordre chronologique.

Les derniers examens par des autorités mentionnés dans les registres datent du 4 juillet 2011 pour la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) et du 4 mai 2011 pour le substitut du procureur de la République. La CDHP a examiné les registres deux fois par an entre 2008 et 2010 et une fois par an entre 2002 et 2007 ; le procureur de la République les a visés deux fois par an entre 2005 et 2007 ainsi qu'en 2009 et une fois par an en 2010 et en 2011.

### 3.5 L'information sur la visite des autorités

Le site de Saint-Denis n'a reçu aucune visite ni de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) en 2010, de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) en 2011 ni du procureur de la République près le tribunal de grande instance de Bobigny tant en 2010 qu'en 2011.

La dernière visite du procureur de la République concernant les secteurs G01, G03 et G04 a eu lieu le 4 novembre 2009. Les contrôleurs ont pris connaissance du rapport rédigé à cette occasion par le service des admissions. Il apparaît notamment que le représentant du ministère public qui est resté une journée dans l'établissement a abordé les questions suivantes :

- «réunion avec deux médecins et un cadre de santé à propos de trois patients dont des dossiers sont en cours au tribunal ;

- les protocoles relatifs aux chambres d'isolement ;
- l'organisation pour les transferts des patients en interne lorsqu'un service n'est pas en capacité d'accueillir de nouveaux patients ;
- les recommandations quant à l'élaboration d'une procédure visant à cadrer le dépôt de plainte par le personnel en cas de faits délictueux d'un patient ;
- les informations données au patient quant à son mode de placement, selon quelles modalités ;
- les délais d'envoi des dossiers aux autorités ;
- comment sont gardés les effets des patients, ont-ils la possibilité de téléphoner à des proches, ont-ils la possibilité de garder leur portable ?
- les démarches effectuées en cas de fugue de patients : qui agit, quelles sont les autorités prévenues, quelles sont les demandes de la préfecture à ce sujet ?
- la prise en charge des détenus, la procédure d'accueil des patients relevant de l'article D. 398 du code de procédure pénale ;
- l'accueil des patients relevant de l'article 122.1 du code pénal ».

Les patients sont informés de la visite des autorités par voie d'affichage.

« Les demandes d'entretien sont peu nombreuses ».

### **3.6 La protection juridique des majeurs**

Prévues par le code civil, les mesures de protection juridique des majeurs qui ne peuvent exercer leurs droits par eux-mêmes sont décidées par le juge des tutelles dont la compétence territoriale dépend du domicile du patient : pour les personnes accueillies sur le site, il s'agit du tribunal d'instance de Saint-Denis ou d'Aubervilliers. La décision est prise pour une durée maximale de cinq ans renouvelable, au vu d'un certificat médical circonstancié établi par un médecin expert.

Ces mesures sont au nombre de trois :

- la sauvegarde de justice qui constitue la mesure minimale valable pour un an, renouvelable une fois ;
- la curatelle constitue un régime intermédiaire comportant plusieurs degrés de protection ;
- la tutelle qui constitue le régime de protection le plus complet, applicable aux personnes qui, en raison de leur altération mentale ou corporelle, ont besoin d'être représentées de manière continue dans les actes de la vie civile.

Dans l'établissement, le service des personnes protégées est situé sur le site de Neuilly-sur-Marne. Il est compétent pour toutes les structures qui dépendent de l'EPS de Ville-Evrard dont celle de Saint-Denis. Il est composé d'un mandataire judiciaire à la protection des majeurs, un adjoint, une secrétaire et trois gestionnaires de dossiers. Ce service gère 300 dossiers dont 53 dossiers concernant des majeurs hospitalisés et/ou suivis à Saint Denis. Onze parmi ceux-ci sont hospitalisés sur le site à la date du 14 décembre 2011.

Le service est ouvert au public du lundi au vendredi de 9h à 12h, en accès libre, et de 13h à 17h, sur rendez vous.

Soit les personnes protégées l'étaient déjà au moment de leur arrivée sur le site, soit elles méritent d'être protégées alors qu'elles ne le sont pas encore et, dans ce cas, c'est une requête qui est adressée au juge compétent ou un signalement fait au procureur de la République de Bobigny aux fins de saisine du juge.

Le juge désigne alors, si les conditions exigées par la loi sont remplies, un mandataire qui peut être le mandataire judiciaire de l'EPS. Ce dernier est salarié de l'établissement ainsi que ses collaborateurs.

Lors de la première entrevue du mandataire avec le majeur, le mandataire explique le régime mis en œuvre ; la charte de la personne protégée lui est donnée contre récépissé ainsi que la notice d'information. Le mandataire se déplace dans l'établissement. Un bureau est mis à sa disposition avec une présence d'un soignant.

Le mandataire constitue un dossier avec les éléments suivants : le jugement, la situation patrimoniale des personnes, les revenus, les charges, dettes, procédures en cours. Une fiche est alors établie ; elle comporte des informations relatives à l'état civil, la situation familiale, la situation administrative, les conditions de vie, les revenus, les interventions à domicile, la situation professionnelle.

Aucun autre document ne lui est donné. Au cours de l'entretien, la personne est informée de ses droits et obligations.

Le service a l'obligation de donner connaissance au juge, chaque année, du déroulement de la mesure, de donner un compte de gestion au greffier en chef du tribunal et un compte rendu des actes de gestion accomplis dans le cadre de la protection de la personne au juge des tutelles. Le compte de gestion est également remis à la personne ou à ses proches s'ils en font la demande et si la personne n'est pas en état d'en prendre connaissance. C'est le mandataire qui prend la décision avec l'avis du psychiatre traitant.

Le service ne dispose pas du maniement des fonds et les patients ne peuvent donc pas en obtenir directement de lui. L'argent, laissé à leur disposition en fonction de leur budget établi par le service, leur est remis par l'intermédiaire du régisseur de la structure qui reçoit des directives. « C'est de l'argent de poche, avec des sommes faibles : tout dépend de la faculté du patient de gérer son budget et il faut éviter les vols ou les rackets : de 5 euros par jour jusqu'à 60 euros par semaine. La gestion est faite au cas par cas ».

Les personnes peuvent téléphoner au mandataire afin de solliciter des fonds supplémentaires mis à leur disposition. Dans ce cas-là, des instructions peuvent être données au régisseur. Elles sont données par téléphone, confirmées par message électronique. C'est ainsi qu'à l'approche de Noël, de telles demandes se sont multipliées.

« Il est possible aux patients de téléphoner également au service pour obtenir toute autre information sur leur compte : situation, évolution, possibilités diverses. Les informations ainsi données sont toujours présentées sous forme d'aide pour que le patient adhère autant que possible à la mesure ».

Le mandataire se déplace autant de fois que nécessaire sur le site. Toute demande d'entretien est honorée. Les contrôleurs ont constaté d'ailleurs que le personnel connaissait parfaitement le mandataire, apparemment « habitué des lieux ».

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

Le livret d'accueil mentionne dans ses deux versions – l'actuel et le projet en cours – la possibilité pour le patient de désigner une personne de confiance.

Il a été déclaré aux contrôleurs qu'il était systématiquement proposé au patient de désigner une personne de confiance au moment de l'entretien initial avec le médecin. Environ 50 % des patients en désigneraient une.

Il a été expliqué aux contrôleurs que les personnes hospitalisées sous contrainte se sentaient en général persécutées, ne comprenaient pas bien le rôle de la personne de confiance et déclaraient bien souvent qu'elles « ne faisaient confiance à personne » et qu'en définitive, lorsqu'elle était désignée, la personne de confiance intervenait très rarement.

### 3.8 L'accès au dossier médical

Les patients peuvent avoir, à leur demande (présentée par écrit), accès à leur dossier médical, en totalité ou en partie, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'ils désignent.

Les contrôleurs ont appris qu'en six ans un médecin n'avait pas connu une telle procédure et un fonctionnaire présent depuis quarante ans dans l'établissement en a le souvenir de deux. Cette procédure est pratiquement inusitée.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur de l'établissement de santé indique : « après leur hospitalisation, les patients ou ayant droits saisissent la direction des relations avec les usagers via la direction générale. La procédure est bien connue des professionnels ».

Mais il est nécessaire de distinguer les personnes qui se trouvent dans l'établissement et dont le comportement vient d'être décrit et les personnes qui ayant retrouvé la liberté veulent connaître le contenu de leur dossier. Dans l'un des secteurs du site, il a été précisé qu'une telle demande arrivait au service environ deux fois par mois. Il était alors répondu que le directeur de l'établissement devait être saisi. Toutes les personnes ayant écrit au service ne poursuivent pas leurs démarches. « Quand c'est le cas, la directrice des relations avec les usagers saisit le médecin qui constitue le dossier qui peut être communiqué : on remet les bilans somatiques et psychiatriques, tous les résultats d'examens ; ne figurent pas au dossier les noms des tiers étant intervenus et les informations données par ces tiers pour éviter toute mise en cause. Il faut insister sur la spécificité de la population de Seine-Saint-Denis : beaucoup de personnes ne savent pas écrire ; elles peuvent demander l'assistance des services des mairies et des écrivains publics ».

### 3.9 L'accès à l'exercice d'un culte

Le livret d'accueil est extrêmement succinct sur le sujet : « Vous pouvez demander à être visité par le représentant de votre culte. Adressez vous à l'équipe soignante ».

Une aumônière catholique est chargée à mi-temps de l'ensemble des quatre sites de l'établissement public de santé. Cela ne lui permet d'être présente à Romain Rolland que deux après-midi par mois, « ce qui est totalement insuffisant ».

La messe est célébrée deux fois par an, à Noël et à Pâques, dans la salle de conférence ; elle est suivie d'un goûter « fort animé et apprécié ». Il n'existe aucun local affecté aux cultes, « qui pourrait notamment permettre des échanges en toute confidentialité ».

Dans son bilan pour 2010, l'aumônerie catholique indique son souhait « que, pour garantir la confidentialité des rencontres, l'aumônerie puisse bénéficier sur chaque site d'hospitalisation d'un local qui matérialiserait visiblement un lieu de rencontre intime pour parler, méditer ou prier. Actuellement, grâce à la compréhension du personnel, nous arrivons bien à trouver un lieu au coup par coup mais il n'en demeure pas moins vrai que nombre de personnes venues pour parler se bloquent parfois devant un bureau avec ordinateur et finissent pas dire : "non, je ne peux pas vous parler ici, on verra plus tard" et repartent avec leur fardeau ».

Lors de ses passages, l'aumônière se rend dans les trois unités ; elle échange avec les personnes qu'elle croise, demande aux personnels soignants s'ils ont connaissance d'une personne qui pourrait souhaiter la rencontrer et conduit des entretiens avec les patients qui le demandent ; certains d'entre eux ne sont pas catholiques mais apprécient de rencontrer une « personne de Dieu ».

En principe, son passage est annoncé par affichage de façon à permettre aux patients de demander des rendez-vous. En réalité, ils l'oublient et demandent à la rencontrer au moment où ils la voient.

Elle conduit en moyenne une douzaine d'entretien à chacun de ses passages.

La présence d'aumôniers d'autres religions est plus aléatoire. Un imam « vient rarement » ; un rabbin avait été désigné mais ne venait jamais.

### **3.10 La commission départementale des soins psychiatriques**

La présidente de la commission a été élue le 12 décembre 2011. Elle est médecin généraliste. Elle a expliqué aux contrôleurs qu'elle déplorait l'absence, dans cette commission, de psychiatre venant tant du secteur public que du secteur privé. Elle a ajouté que la commission ne s'était pas rendue sur le site de Saint-Denis depuis le courant de l'année 2007 et que le dernier rapport de celle-ci datait de 2010. Elle a manifesté sa volonté de programmer une visite de la commission à Saint-Denis dans le courant de l'année 2012.

### **3.11 La communication avec l'extérieur**

L'établissement de Saint-Denis est fermé, comme on peut s'en rendre compte dès l'arrivée<sup>3</sup>. Les différentes relations avec l'extérieur ne font pas l'objet de différences entre les unités des secteurs G01, G03 et G04.

#### **3.11.1 La télévision**

Il existe une salle commune aux patients des pôles G 01 et G 04, située au premier étage et une salle dédiée au deuxième étage aux patients du pôle G03; certains patients y prennent leur repas, d'autres y ont des activités animées par l'ergothérapeute.

Un poste de télévision se trouve dans cette salle ; son usage n'est pas contrôlé ; il est équipé d'une console Wii qui fait lecteur de DVD. Le soir, la salle est fermée vers 23h30 après la fin de la deuxième partie du programme.

Pendant la visite des contrôleurs, peu de patients regardaient la télévision.

---

<sup>3</sup> Cf. § 2.1

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur de l'établissement de santé indique : « La télévision est protégée par une vitre en plexiglas depuis fin juin 2011. L'accès à la télécommande est possible par les patients auprès des soignants de son service de référence (soit le G01 soit le G04)».

### 3.11.2 Les visites

Les visites des familles et des amis sont autorisées l'après-midi. En l'absence d'enfant, elles peuvent se dérouler dans la chambre du patient ; en présence d'enfants, elles se font dans le hall du rez-de-chaussée.

Lors de la visite des contrôleurs, de nombreuses familles ont été vues dans ce hall ; il est équipé de canapés à deux places disposés en salon. L'absence de dispositif de séparation ne permet pas l'intimité de ces rencontres.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur de l'établissement de santé indique : « Il existe un salon nommé "salon rose" (en raison de la couleur de ses murs), situé à côté de la pièce contenant les distributeurs boissons et friandises et des tables bistrot avec chaises de bar, donnant sur une loggia qui permet l'accès à un petit jardin ceint de murs. Ce salon rose permet donc aux familles de s'isoler si elles le désirent».

### 3.11.3 Le téléphone

Les téléphones portables ne sont pas autorisés pendant l'hospitalisation. « Cette décision d'équipe permet un apaisement psychique en coupant les liens avec l'extérieur ». Il est cependant autorisé à la personne hospitalisée, après accord médical, de consulter sa messagerie.

Il existe trois téléphones muraux à cartes dans l'établissement, à l'usage des personnes hospitalisées. Ils sont tous les trois situés à proximité de l'ascenseur, sans aucun système de protection phonique permettant la confidentialité de la conversation.

Lorsque les soignants souhaitent assurer une surveillance pendant un appel téléphonique, celui-ci se fait dans la salle de soins ; là non plus, aucune intimité n'existe.

### 3.11.4 Le courrier

L'établissement ne dispose pas de boîte à lettres pour les patients.

Le courrier arrive par le vauquemestre ; il est trié par les secrétaires médicales puis déposé dans les unités d'hospitalisation. En fonction de l'état clinique du patient, le courrier lui sera remis directement et lu par le patient et si besoin en présence du psychiatre référent pendant un entretien.

Le courrier partant doit être remis au personnel soignant. Aucune censure n'est exercée.

Il a été précisé aux contrôleurs qu'en raison de la proximité de lieu de résidence des familles, la voie postale était rarement utilisée.

### 3.11.5 L'informatique et l'accès à l'internet

Les ordinateurs portables ne sont pas autorisés pendant l'hospitalisation ; aucun réseau *wifi* n'existe pour les patients.

Il a été précisé que, pour les plus jeunes patients, les consoles de jeux pouvaient être autorisées, avec l'accord du psychiatre référent et selon un usage déterminé (horaires, fréquence). Pendant la visite des contrôleurs, aucune console n'était autorisée.

De nombreux patients utilisaient des baladeurs MP3 pendant la visite des contrôleurs ; ils sont remis au patient, avec l'accord du psychiatre référent, à l'issue des quarante-huit heures d'observation.

Aucun ordinateur à l'usage des patients n'est présent dans l'établissement.

### **3.12 La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge**

Les usagers sont représentés à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) par un membre de l'union départementale des associations familiales (UDAF) de Seine-Saint-Denis et par deux membres de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM).

La CRUQPC se réunit quatre fois par an. A cette occasion, elle traite un ou deux dossiers de patients et échange sur des sujets généraux. Elle ne procède jamais à des visites des unités, inopinées ou annoncées.

Il n'est pas prévu d'entendre un patient qui ferait une réclamation. Aucune permanence n'est organisée par la CRUQPC afin de recevoir au sein des établissements des patients qui le souhaiteraient.

Selon le rapport d'activité de 2010, quatre-vingt-deux réclamations ont été transmises à la direction de la qualité, de la gestion des risques, des affaires juridiques et des relations avec les usagers.

### **3.13 L'UNAFAM**

Selon le membre de l'UNAFAM représentant des usagers à la CRUQPC, « la nouvelle loi impose une rencontre du patient avec le juge au bout de 15 jours, ce qui est extrêmement pénible s'agissant d'une audience publique conduite au tribunal. Il serait préférable de conduire cette audience au sein de l'établissement ».

Les familles sont très angoissées par le renouvellement de l'allocation adulte handicapé (AAH) : le médecin expert évalue souvent un taux d'invalidité compris entre 50 et 79 % alors qu'en réalité la personne est totalement incapable de travailler. Cela proviendrait de ce que les critères de définition du taux d'invalidité correspondent davantage à des handicaps physiques, par exemple : « la personne peut-elle se déplacer ? ».

« Les médecins considèrent les patients détenus comme des criminels avant d'être des patients ».

« Les policiers ne connaissent pas l'état d'un patient psychiatrique. Il faudrait les former ».

### **3.14 Traitement des plaintes et réclamations**

Les services de la qualité, de la gestion des risques, des affaires juridiques et des relations avec les usagers sont regroupés sous une même direction. Parmi ses cadres, une personne, responsable du service des relations avec les usagers, reçoit toutes les réclamations, qu'elle

inscrit dans un registre informatique. Ces réclamations lui parviennent par courrier postal, courrier informatique ou téléphone.

A la réception d'une réclamation, une médiation est organisée :

- soit de façon informelle avec la directrice de la qualité, des affaires juridiques et des relations avec les usagers, le directeur et le médecin concerné ;
- soit de façon formelle par l'intermédiaire d'un médiateur de la CRUQPC ; « cette dernière méthode est rarement utilisée ».

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement précise : « A réception d'une réclamation, une réponse écrite est adressée après réalisation d'une enquête auprès du service concerné auprès du chef de pôle. Une médiation (formelle et informelle) peut être organisée si :

- la réponse ne satisfait pas le patient ou sa famille
- la rencontre est demandée par l'utilisateur.

Il est également possible qu'un patient soit reçu à sa demande par :

- la personne en charge des relations avec les usagers (immédiat ou rendez-vous proposé)
- la Directrice des relations usagers
- la Direction générale et la Direction relation usagers ».

Une affiche en cours de confection indique les différents modes de réclamation possible :

- contacts avec l'équipe soignante ou les responsables du service ;
- lettre au directeur de l'établissement ;
- saisine de la CRUQPC.

Elle précise les autres voies de recours en fonction du type de contestation :

- contestation du mode d'hospitalisation :
  - coordonnées du tribunal de grande instance ;
  - coordonnées « de la commission départementale de l'hospitalisation psychiatrique (CDSP) » ;
- contestation de la légalité de la mesure : coordonnées du tribunal administratif ;
- difficultés pour l'accès au dossier médical : coordonnées de la commission d'accès aux documents administratifs ;
- griefs ou remarques liés aux conditions d'hospitalisation et à la privation de liberté : coordonnées du Contrôleur général des lieux de privation de liberté ;
- en cas d'indemnisation relative à un accident médical ou une infection nosocomiale : coordonnées de la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux.

Très complète, cette affiche n'est pas encore diffusée « faute de budget ».

Le livret d'accueil comporte un questionnaire de satisfaction que le patient est invité à remplir et remettre à son départ. Sur la période de 2008 à 2010, **le taux de retour des questionnaires a été de 1,05 % ; pour l'année 2010, il était de 1,13 %.**

**En 2010**, quatre-vingt réclamations ont été adressées au service des relations avec les usagers, parmi lesquelles soixante-dix dossiers étaient clos au moment de la visite des contrôleurs et dix dossiers restaient en cours. Cette année là a connu **un seul contentieux, qui portait sur la contestation d'une hospitalisation à la demande d'un tiers.**

Le 14 décembre 2011, cinquante-quatre réclamations étaient enregistrées pour l'année 2011. Aucune n'avait donné lieu à une transmission à la CRUQPC. Six réclamations concernaient l'unité G01, une G03 et deux G04 :

N° de dossier	Objet	Service concerné	Résultat
1	Disparition de valeurs (80€)	Service d'hospitalisation	Le patient a été indemnisé immédiatement grâce à la contribution de l'équipe soignante et de la régie de l'unité.
2	Disparition de valeurs (41€)	Service d'hospitalisation	Retour des documents justificatifs demandés le 11.03.11 et état à mandater (remboursement par virement) à l'attention de la patiente le 15.03.11.
3	Demande de création d'un local fumeur	Service d'hospitalisation	Courrier de réponse avec rappel de la réglementation (interdiction de fumer à l'intérieur des locaux pour des raisons de santé publique et de sécurité)
4	Signalement d'un problème de chauffage dans une chambre de l'unité d'hospitalisation	Direction du Patrimoine et des Travaux	Réalisation d'un « bon travaux » pour intervention
5	Détresse familiale concernant la situation d'un patient en rupture de soins.  Prise à partie du médecin prenant en charge le patient.	Service d'hospitalisation	Rendez-vous avec le médecin concerné le 1 <sup>er</sup> juillet pour revenir sur la situation du patient
6	Contestation de la mesure d'hospitalisation sous contrainte et indications sur la situation familiale	Service d'hospitalisation	Patient informée des voies de recours  Information du chef de service/ situation de la patiente
7	Réclamation d'un proche d'une patiente portant sur plusieurs dysfonctionnements (erreur de médication, prestation d'hôtellerie)	Service d'hospitalisation	Le frère de la patiente a été reçu par le service (en présence de la patiente) pour revenir avec lui sur les motifs de son mécontentement (traitement, organisation du service). <b>Statut : clos</b>
8	Demande de renseignements d'un avocat concernant un patient	Service d'hospitalisation	Courrier au patient concerné l'informant de cette demande et notification des modalités d'accès aux renseignements ou documents médicaux. Avocat avisé par courrier <b>Statut : classé sans suite en l'absence de retour</b>
9	Pétition de patients concernant les conditions d'accueil, les prestations d'hôtellerie (produit d'hygiène et denrées alimentaires)	Direction des Achats de la Logistique et de l'Hôtellerie	Retour d'information auprès des services après enquête par la Direction des Achats de la Logistique et de l'Hôtellerie. Action d'amélioration : suivi des commandes dans le cadre de l'instauration des nouvelles dotations. <b>Statut : clos</b>

## 4 Les conditions d'hospitalisation

### 4.1 Éléments communs à tous les secteurs

#### 4.1.1 Le règlement Intérieur

Selon les informations données aux contrôleurs, **il n'existait pas de règlement intérieur jusqu'en 2011.**

Il a été remis aux contrôleurs un exemplaire d'un règlement intérieur qui avait été adopté par le conseil d'administration de l'établissement à l'issue d'une délibération qui s'était tenue lors de la séance du 26 mars 2010.

Ce règlement intérieur n'est apparemment pas connu par les cadres de santé des unités de G01, G03 et G04.

#### 4.1.2 L'argent de poche

Pour se munir de monnaie, le patient se rend au bureau de la régisseuse.

Celle-ci, en lien avec le trésorier, le service de tutelle et les tuteurs extérieurs, ouvre un compte nominatif au moment de l'admission du patient une fois que celui-ci a procédé à un virement à la trésorerie.

Selon un accord tacite avec les équipes des trois unités de l'hôpital, elle a fixé une valeur maximale de 7 euros d'argent de poche par jour. En l'absence de toute autre consigne éventuelle – par exemple de la part du tuteur –, elle ne dépasse pas cette somme.

Chaque semaine, elle doit aller chercher un *encours* de 5 000 euros à la trésorerie; elle fait le déplacement avec son véhicule personnel sans que l'établissement ne lui apporte aucune protection.

L'argent retiré par les patients leur permet d'aller acheter du tabac, soit directement pour les patients qui peuvent sortir de l'enceinte de l'hôpital, soit en demandant à un personnel soignant ou à un autre patient de faire l'achat. Cet argent permet également de se procurer des friandises et boissons fraîches ou chaudes par le biais de distributeurs disposés dans le hall du rez-de-chaussée.

#### 4.1.3 La restauration

Les patients descendent prendre leurs repas au self situé au rez-de-chaussée, à l'exception de quelques-uns en fonction de leurs protocoles de soins, en particulier ceux qui sont placés en chambre d'isolement.

Les patients des trois unités prennent leur repas ensemble accompagnés par des infirmiers et des aides-soignants.

Les horaires des repas sont : 8h, 12h et 19h.

Les menus sont transmis sur le réseau électronique, chaque unité étant chargée de l'imprimer et l'afficher, ce qui n'est pas toujours réalisé.

Les repas destinés aux patients qui restent dans leurs chambres sont apportés dans des chariots isothermes.

Une cuisine centrale, installée sur le site de Ville-Evrard à Neuilly-sur-Marne, prépare les repas pour l'ensemble des sites de l'établissement public de santé. Les repas sont commandés la veille par télécopie à la diététicienne, en tenant compte des régimes particuliers. Les repas de la journée sont livrés le matin en liaison froide.

Des plats témoins sont conservés dans la cuisine de l'établissement de Saint-Denis. Des contrôles mensuels inopinés sont réalisés par le laboratoire ALPA ; le laboratoire de l'hôpital procède à des prélèvements de surface<sup>4</sup>.

Depuis le début de l'année 2011, les contrôles du laboratoire ALPA ont donné lieu à deux observations :

- le 24 février, le taux de coliformes thermotolérants<sup>5</sup> n'était pas satisfaisant sur un échantillon de pâté de campagne avec crudités ;
- le 27 mai, de la flore aérobie mésophile et des coliformes thermotolérants<sup>6</sup> étaient détectés à un taux non satisfaisant sur un plat de salade, tomate, maïs, œuf dur et radis.

Chaque jour, cinq plateaux sont préparés en supplément « au cas où », ainsi que deux « repas entrants » composés, l'un d'un régime « mou », l'autre d'un régime « semi-liquide ».

Le deuxième jour de la visite des contrôleurs, les unités avaient passé les commandes de régimes suivantes :

- secteur G01 : un « diabétique » ;
- secteur G03 : quatre « sans porc » et un « diabétique » ;
- secteur G04 : huit régimes sans précision.

Durant les trois jours de présence des contrôleurs, les choix étaient les suivants :

- Mardi
  - Midi :
    - choux panachés ;
    - terrine aux trois légumes ;
    - poulet rôti ;
    - steak poêlé ;
    - julienne de légumes ;

---

<sup>4</sup> Il s'agit de prélèvements sur les surfaces des équipements, par exemple un évier

<sup>5</sup> Les coliformes thermotolérants sont des bactéries habituelles du tube digestif de l'homme ou des animaux. La détection de coliformes thermotolérants dans un produit doit faire sérieusement soupçonner une contamination d'origine fécale.

<sup>6</sup> La présence en grand nombre de flore aérobie mésophile associée à la présence de coliformes témoigne d'un manque d'hygiène.

- frites ;
- cantal ;
- crème dessert caramel ;
- coupelle mosaïque fruits sirop ;
- Soir :
  - cœurs de palmiers ;
  - omelette aux lardons ;
  - gigot de mouton ;
  - poêlée ratatouille ;
  - riz nature ;
  - yaourt nature ;
  - fruit de saison ;
- Mercredi :
  - Midi :
    - céleri rémoulade ;
    - tomates féta ;
    - chili con carne ;
    - poisson sauce petits légumes ;
    - brocolis ;
    - morbier ;
    - Gervita® aux fruits ;
    - tarte aux noix de coco ;
  - Soir :
    - taboulé ;
    - escalope de veau rôtie ;
    - jambon blanc ;
    - carottes braisées ;
    - purée nature ;
    - petits suisses ;
    - fruit de saison ;
- Jeudi :

- Midi :
  - salade d'endives ;
  - terrine aux deux poissons ;
  - navarin d'agneau ;
  - escalope volaille champignons ;
  - pommes boulangères ;
  - épinards à la crème ;
  - Kiri® nature croc lait ;
  - fruit de saison ;
  - crème dessert chocolat ;
- Soir :
  - poireaux vinaigrette ;
  - crêpe fruits de mer ;
  - faux filet ;
  - mélange cordial ;
  - fromage blanc ;
  - pomme cuite.

#### 4.1.4 L'hygiène

Une équipe de dix-neuf agents des services hospitaliers (ASH) assure le nettoyage de l'ensemble du bâtiment : un ASH est présent dans chaque secteur entre 7h et 15h et deux ASH parcourent l'ensemble de la structure entre 12h et 20h.

Une fiche de traçabilité permet de contrôler le passage de l'agent dans chaque local.

L'ensemble de l'établissement présente un état de propreté très satisfaisant.

Une buanderie est installée au sous-sol. Elle comporte deux lave-linge et deux sèche-linge qui sont utilisés exclusivement par des soignants au profit des patients. L'emploi des machines est libre et n'est soumis à aucune programmation. Le nettoyage de linge d'un patient ne donne lieu à aucune contribution financière. Il concerne les vêtements personnels des patients.

Chacun est sensé mentionner son passage dans un registre que les contrôleurs ont examiné : vingt-deux lavages ont été enregistrés sur une période d'un mois pour l'ensemble des trois unités.

Le « linge quotidien » – pyjamas, serviettes de toilette, draps, couvertures, taies d'oreiller, chaussons – est confié au « Syndicat inter hospitalier » (SIH) qui assure une livraison quotidienne de linge propre.

#### 4.1.5 Les activités thérapeutiques

Trois ergothérapeutes de l'unité G04 animent des activités en utilisant trois salles situées au rez-de-chaussée. Ils consacrent la moitié de leur temps au profit de patients hospitalisés et l'autre moitié en extrahospitalier.

Une psychomotricienne, du pôle G01 complète l'équipe. Elle contribue à l'activité « atelier sport santé » qui accueille des patients des trois pôles.

A l'origine, chaque secteur disposait d'un ergothérapeute ; puis les secteurs G01 et G03 n'en ont plus eu tandis que le secteur G04 en faisait travailler trois. Dans ce secteur l'effectif budgété est de 1 ETP, les trois ergothérapeutes s'organisent pour couvrir ce temps voire l'équivalent de 1,5 ETP en redéployant du temps de l'extra vers l'intra hospitalier.

Le pôle G03 a fait le choix de transformer son poste d'ergothérapeute (au regard des difficultés de recrutement de cette catégorie professionnelle) en poste d'aide médico-psychologique (AMP). En définitive, depuis quelques années, les trois ergothérapeutes du G04 travaillent au profit de l'ensemble des patients hospitalisés dans les unités de G01, G03 et G04.

Les activités sont soit individuelles – sur prise de rendez-vous –, soit proposées à des groupes pouvant atteindre six à huit patients. Toutes les activités sont ouvertes à tous les patients sans distinction selon le mode d'hospitalisation ; ainsi, les personnes hospitalisées sous contrainte peuvent y participer sous réserve de compatibilité avec le protocole de soins. Selon les indications données aux contrôleurs, au moment de la visite, deux ou trois patients admis sous contrainte participaient à des activités.

Il n'existe pas de planning permanent dans les unités. Chaque jour, les activités proposées sont inscrites sur un tableau affiché dans la salle commune.

Des activités individuelles sont proposées tous les matins ainsi que lundi et mercredi après-midi.

Le lundi matin, des patients sont accompagnés à la piscine où un ergothérapeute et la psychomotricienne animent une activité dans le petit bassin. Deux patients admis sur décision du représentant de l'Etat y participent régulièrement.

Une fois par mois, le lundi matin, la psychomotricienne organise avec une diététicienne une séance basée sur l'équilibre alimentaire.

Le mercredi matin, une activité « Sport et santé » est organisée par la une équipe pluriprofessionnelle composée d'une psychomotricienne, d'une AMP et d'un infirmier pour un groupe de patients avec notamment une recherche d'éducation à bien se nourrir.

Le mardi après-midi, un atelier « Pâtisserie » est proposé en deux phases : les patients font un gâteau puis, après un temps de repos, le dégustent à l'heure du goûter.

Le jeudi après-midi, un « Accueil créatif » – dessin, écriture, collage – est ouvert à tous les patients qui le souhaitent : chacun arrive et repart comme bon lui semble ; il peut y avoir jusqu'à dix patients à la fois.

Le vendredi après-midi, un ergothérapeute et la psychomotricienne proposent aux patients des unités G01 et G04 une activité dite « Fresque, danse » où tous ceux qui le souhaitent participent à l'élaboration d'une peinture sur un grand support de papier unique placé dans la salle de télévision – le téléviseur étant éteint –, puis évoluent librement dans la salle commune

au son d'une musique diffusée par un lecteur portable posé sur le sol. « Cette animation est destinée à distraire les patients à un moment critique de la semaine : l'approche du week-end peut être anxiogène pour certains d'entre eux ».

Parfois, un ergothérapeute se rend dans une chambre pour animer une activité individuelle avec un patient qui ne peut pas sortir. Il peut s'agir d'un patient placé en chambre d'isolement. Parfois, la porte de la chambre demeure ouverte avec un personnel soignant à proximité. Ce genre d'activité reste rare – de l'ordre d'une quinzaine par an – par manque d'effectif ; elle provient parfois d'une suggestion de l'équipe soignante. Au moment de la visite des contrôleurs, la dernière activité individuelle conduite dans une chambre datait de deux semaines.

Durant l'été 2011, deux sorties ont été organisées dans le parc de la Courneuve au profit de treize patients qui ont pu y découvrir le parcours de santé.

A l'issue de chaque activité, « les animateurs procèdent systématiquement à une restitution avec l'équipe soignante de l'unité G04. Lorsque des patients proviennent des deux autres unités, la restitution est moins systématique ; elle se fait plutôt une fois par semaine à l'occasion d'un des "staff" – réunion sectorielle du matin ».

#### 4.1.6 Les activités occupationnelles

Dans le hall du rez-de-chaussée se trouvent une table de ping-pong et un baby-foot ; les balles et raquettes sont prêtées par le personnel de contrôle de l'entrée du bâtiment. Durant leur passage, les contrôleurs n'ont jamais vu personne y jouer.

Au rez-de-chaussée, dans le salon des visiteurs, trois armoires pleines et fermées à clé contiennent quelques centaines de livres.

Il s'agit essentiellement de livres de poche qui ne sont pas renouvelés.

Quelques patients s'y rendent accompagnés par des personnels soignants ; les prêts de livres sont enregistrés dans un cahier tenu par le personnel qui contrôle l'entrée dans le bâtiment.

Les contrôleurs ont consulté le cahier : depuis le 21 décembre 2010, cinquante-cinq prêts ont été réalisés, soit environ un prêt par semaine.

Le règlement intérieur évoque des journées culturelles qui « sont régulièrement organisées au sein de l'établissement », « à l'initiative des services de soins (les "référents culturels") ou des associations hébergées (les "intervenants culturels") ». Les trois unités G01, G03 et G04 n'ont connaissance ni de telles activités ni de référents culturels ni d'intervenants culturels.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement précise : « il y a un référent culturel identifié au G01, 1 au G03 et 2 au G04. Ces référents culturels sont affectés sur les structures ambulatoires de leur Pôle ».

Une séance de cinéma est organisée tous les mois au profit des patients du G03 ; trois à quatre patients y assistent.

## 4.2 L'Hospitalisation temps plein

Le bâtiment Romain Rolland abrite les unités d'hospitalisation temps plein des trois secteurs de Saint-Denis. Initialement une quatrième unité « mère-enfant » devait être ouverte ; ce projet a été abandonné.

## 4.2.1 Les locaux

### 4.2.1.1 Au premier étage

On accède à cet étage soit par l'escalier, soit par l'ascenseur ; l'étage est ouvert. Le hall dessert l'unité G04 et G01.

En face de l'ascenseur, se trouvent le bureau du cadre de santé, et, à droite de celui-ci, l'office où sont réchauffés les repas des patients qui prennent leur repas en chambre ou à la salle commune de l'étage.

La salle commune, d'une surface de 12 m<sup>2</sup>, est bien éclairée par une baie vitrée de 2,20 m de long. On peut y entrer par deux portes, une donnant sur le hall, l'autre sur le couloir qui dessert l'unité G01. Cette salle est équipée d'une table, de plusieurs chaises et fauteuils, d'un poste de télévision posé sur un meuble de rangement. Elle est décorée d'une fresque peinte sur papier par les patients avec les ergothérapeutes.

**A droite**, un couloir dessert l'unité **G04**, comme l'indique un panneau signalétique sur le mur. Elle est équipée de **dix-huit lits, deux chambres d'isolement, une chambre sécurisée**. Sur les murs de couloirs sont affichées la charte du patient hospitalisé et la charte du malade psychiatrique hospitalisé. Un tableau d'affichage comporte quelques notes d'information ainsi que l'affiche informant de la visite du Contrôleur général des lieux de privation de liberté ; les adresses des instances de recours à l'hospitalisation sous contrainte ne sont pas affichées.

Ce couloir comporte deux portes battantes qui sont restées ouvertes pendant toute la durée de la visite des contrôleurs.

- il dessert successivement à droite :
  - des toilettes de 8 m<sup>2</sup> ;
  - un bureau de consultations médicales de 14,4 m<sup>2</sup>, équipé d'une table, de deux chaises et d'une armoire ;
  - une salle de soins de 24 m<sup>2</sup>, équipée d'une paillasse sèche et des placards sous la fenêtre et d'une paillasse humide et des placards haut et bas, en face. Cette salle est comme toutes les autres pièces de cette unité très bien éclairée par la lumière du jour grâce à de larges baies vitrées qui occupent la totalité du mur de façade. Elle contient : deux chariots à médicaments, un à quatre étagères et un tiroir ; sur chaque étagère sont posés six piluliers, un à quatorze étagères contenant la dotation globale des médicaments – les contrôleurs n'ont vu sur ce chariots ni la dotation daté et signée ni le tableau de contrôle des périmés –, un tensiomètre électronique sur pied, un fauteuil à prélèvements, un ordinateur relié à l'intranet de l'établissement public de santé et au centre hospitalier général. Sur les murs sont affichées de nombreuses feuilles d'information et de prévention. Une deuxième porte donne dans le bureau infirmier de 14,4 m<sup>2</sup> ;
  - le bureau infirmier est pourvu de deux portes, une donnant dans la salle de soins, l'autre dans le couloir de l'unité. La partie haute du mur séparant le bureau du couloir est vitrée ; elle a été occultée volontairement par de nombreuses affiches et notes, qui empêchent

toute personne dans le couloir de voir à l'intérieur de ce bureau. Il est équipé de : deux placards dont un contient un coffre à clés, une table ronde, de nombreuses chaises, un ordinateur. Il est encombré de nombreuses bannettes, classeurs, revues professionnelles, livres médicaux qui donnent une impression de surencombrement ;

- la chambre d'isolement, précédée d'un sas de 8 m<sup>2</sup> dans lequel donne une salle d'eau équipée d'une douche à l'italienne, d'un lavabo et d'un wc à l'anglaise sans abattant. Une porte d'accès à la « chambre de soins intensifs », métallique, équipée d'un oculus de 0,40 m sur 0,40 m ; elle ferme par une serrure non renforcée. La chambre, carrelée jusqu'au plafond et au sol, est éclairée par un vasistas en hauteur qui occupe toute la longueur du mur. Cette chambre d'une surface de 13 m<sup>2</sup> est équipée d'un lit et d'une table en mousse. Elle est d'une parfaite propreté, sans aucune émanation d'odeur désagréable, malgré la présence d'un patient depuis plusieurs jours ;
- une salle de bains de 12 m<sup>2</sup>, équipée d'un lavabo, d'un wc à l'anglaise sans abattant, d'une baignoire dont le robinet est cassé mais qui a été réparé pendant la visite des contrôleurs. Cette salle de bains est surencombrée d'un fauteuil roulant et de deux fauteuils de douches ; peu conviviale, elle ne paraît pas être souvent utilisée ;
- au fond, un couloir perpendiculaire qui dessert quatre chambres doubles identiques, d'une surface de 26 m<sup>2</sup> comprenant une salle d'eau de 4 m<sup>2</sup>. Cette pièce, entièrement carrelée, comprend une douche à l'italienne, un lavabo encastré surmonté d'un grand miroir. Les chambres sont équipées de deux lits en bois non médicalisés, d'une table et d'une chaise en bois assortis, de deux placards fermant à clé. Elles sont éclairées par de grandes baies occupant la totalité de la largeur du mur en face de la porte ; leur ouverture en est sécurisée. Elles sont en bon état et propres. Les portes sont équipées d'un oculus carré de 0,40 m de côté et d'une serrure fermant à clé de l'extérieur, à verrou de l'intérieur ;
- à gauche :
  - quatre chambres identiques d'une surface de 18 m<sup>2</sup>, incluant une salle d'eau de 3,2 m<sup>2</sup> équipée à l'identique des précédentes. Chaque chambre comporte un lit en bois, une table, une chaise en bois, un placard mural fermant à clé, une large baie vitrée dont l'ouverture est sécurisée ; dans certaines chambres de l'unité, des chaises et des tables manquent. Les portes ont été équipées d'oculus et de serrures fermant à clé de l'extérieur mais ne pouvant pas s'ouvrir de l'intérieur ;
  - une chambre sécurisée, de la même taille que les précédentes, mais dont la partie chambre a été isolée par une porte renforcée interdisant ainsi l'accès à la salle d'eau ;
  - une chambre d'isolement, identique à la précédente mais dont une porte permet l'accès à la salle d'eau de l'intérieur de la chambre.

Ces deux chambres sont situées en face du bureau infirmier. Elles sont toutes les deux équipées de lits fixés au sol, le placard est condamné, les baies vitrées sont partiellement

occultées par du ruban adhésif opaque afin de permettre un isolement sensoriel ; les murs sont carrelés jusqu'à 1,80 m de hauteur ;

- une chambre à un lit de 16 m<sup>2</sup>, incluant une salle d'eau, équipée d'un lit, une table et une chaise en bois ;
- deux chambres à deux lits de 15 m<sup>2</sup>, sur lesquelles donne une salle d'eau de forme arrondie de 3 m<sup>2</sup>. Elles sont équipées de deux lits, une table et une chaise en bois.

Toutes les chambres de cette unité sont en excellent état et propres.

**En face** un couloir dessert **l'unité G01**. Cette unité est moins claire et l'agencement des pièces paraît moins fonctionnel que dans l'unité G04. Elle est équipée de **vingt lits** (dont deux étaient en travaux lors de la visite des contrôleurs), **une chambre sécurisée et deux chambres d'isolement**.

Lorsqu'on s'engage dans le couloir, après la porte de la salle commune aux deux unités, se trouve

- à droite :
  - la terrasse qui constitue un espace fumeurs d'une surface de 10 m<sup>2</sup> ; certains patients peuvent y accéder librement, d'autres doivent être accompagnés ;
  - la zone de soins, qui ouvre par une double porte sur un sas d'une surface de 9 m<sup>2</sup>. Dans ce sas donnent quatre portes :
    - un bureau infirmiers, d'une surface de 12 m<sup>2</sup>, presque obscur, éclairé par une petite fenêtre bouchée par la végétation de la terrasse mitoyenne ;
    - un bureau médical d'une surface de 9 m<sup>2</sup> ;
    - une salle de soins de 19 m<sup>2</sup>, paraît plus petite étant coupée en deux par une demie cloison ; elle est équipée d'une paillasse humide, un fauteuil de prélèvements, deux chariot à médicaments identiques à ceux de l'unité G03, un tensiomètre numérique sur pied, une table, un ordinateur avec imprimante, relié à intranet ;
    - une chambre d'isolement d'une surface de 8 m<sup>2</sup>, précédée d'un sas d'une surface de 2 m<sup>2</sup> ; cette chambre d'isolement, identique à celle de l'unité G03, communique par une porte, qui peut être condamnée, avec la salle d'eau équipée d'un lavabo et de wc à l'anglaise. De cet espace, dont il a été précisé qu'il avait été occupé juste avant la visite par un patient, émane une très forte odeur d'urine ;
    - une salle de bain d'une surface de 6 m<sup>2</sup> obscure ; elle paraît peut utilisée ; la personne placée en chambre d'isolement peut s'y laver sans sortir du secteur sécurisé ;

- deux chambres de 18 m<sup>2</sup>, incluant une salle d'eau équipée d'une douche à l'italienne, d'un lavabo encastré, d'un wc à l'anglaise. Un de ces chambres est à un lit, l'autre à deux lits mais ne dispose que d'un seul placard ; une armoire fermant à clé y a été rajoutée.
- en bout de couloir quatre chambres à deux lits d'une surface de 24 m<sup>2</sup> incluant la salle d'eau d'une surface de 2,5 m<sup>2</sup> équipée à l'identique des précédentes ;
- en face de la terrasse sur la gauche du couloir se trouvent :
  - une chambre à deux lits d'une surface de 14 m<sup>2</sup> ;
  - une chambre à un lit d'une surface de 17 m<sup>2</sup> ;
  - une chambre d'isolement d'une surface de 6,8 m<sup>2</sup> et une salle d'eau d'une surface de 5 m<sup>2</sup> ainsi qu'un sas d'une surface de 2 m<sup>2</sup> ;
  - une chambre sécurisée d'une surface de 20,5 m<sup>2</sup> incluant une salle d'eau ;
  - trois chambres à un lit, d'une surface chacune de 18 m<sup>2</sup>, incluant une salle d'eau.

Toutes les chambres de cette unité sont équipées de lits, chaises et tables en bois. Certaines d'entre elles ont un équipement mobilier incomplet en raison de dégradations faites par certains patients au cours de phases d'agitation.

Toutes les portes des locaux administratifs et de soins sont fermées à clé et ouvrent avec un passe. Toutes les chambres des patients ferment de l'extérieur à clé ; certaines peuvent s'ouvrir de l'intérieur.

Certaines fenêtres des chambres de cette unité sont obstruées par des bandes opaques autocollantes, afin d'empêcher la vision à l'intérieur des chambres depuis les immeubles en vis-à-vis et ainsi de préserver l'intimité des patients. Les fenêtres des chambres d'isolement et sécurisée situées en face de la salle de soins sont équipées de bandes autocollantes opaques afin de permettre l'isolement sensoriel.

#### 4.2.1.2 Au second étage

L'unité d'hospitalisation temps plein du **secteur G03** et le centre de psychothérapie partagent le niveau avec les bureaux de psychothérapie. Cet étage est fermé. Cette unité est composée de **vingt et un lits et deux chambres d'isolement**.

Les locaux sont identiques en nombre, disposition et équipement à ceux du premier étage dans l'unité G04. Seules trois chambres à un lit d'une surface de 19 m<sup>2</sup>, incluant la salle d'eau, sont situées dans un couloir donnant à angle droit dans le hall en face de l'ascenseur. Ces trois chambres de patients sont les seules de l'établissement à ne pas être équipées d'oculus.

#### 4.2.2 Les effectifs

Les effectifs de jour des trois unités d'hospitalisation temps plein ne sont pas mutualisés à l'exception du personnel d'accueil et des agents des services hospitaliers, ainsi que des ergothérapeutes qui dépendent du secteur G04 mais accueillent dans leurs ateliers les patients des trois secteurs.

Personnel non médical :

	Secteur G01	Secteur G03	Secteur G04
Cadre supérieur de santé	1	0	1
Cadre de santé	3	1	3
IDE	14	17	17
Aide soignant	8	9	8
Aide médico-psychologique	0	1	0
ASH	15	1	3
Assistante sociale	1	3	1
Agent administratif	2	1	0
Psychologue	1	1	2
Psychomotricienne	1	0	0
Ergothérapeute	0	0	3
Assistant médico-administratif	3	2	3

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement donne le tableau des effectifs ci-dessous :

catégorie	G01	G01	G03	G03	G04	G04
	ETP autorisé	ETP réel	ETP autorisé	ETP réel	ETP autorisé	ETP réel
Cadre supérieur	1	1	1	1	1	1
cadre	1	1	1	1	1	1
Inf (+1 vacataire de jour et 2 de nuit pour les 3 secteurs)	16	13,8	16	15	16	16+1par transfert du SAU
Aide-soignant	6	6	6	6	6	5,5
ASH	18,5 équivalents	temps	plein	tous les	postes	pourvus

catégorie	G01 ETP autorisé	G01 ETP réel	G03 ETP autorisé	G03 ETP réel	G04 ETP autorisé	G04 ETP réel
Ass sociale		0,9		1		1
Agent administratif		1		1		1
Psychologue		1		1		2
psychomotricienne	0,8	0,8			0,2	0,2
ergothérapeute					1	1+/-0,5par redéploiement de l'extra
Assistant Médico-adm		3		2		3
AMP			1	1		
+ 1 intendante		0,34		0,33		0,33

Les personnels soignants effectuent trois vacations par vingt-quatre heures :

- le matin : de 7h à 15h ;
- l'après-midi : de 13h à 21h ; l'importance du chevauchement s'explique par l'accompagnement des patients au restaurant self-service de l'établissement, commun aux trois secteurs;
- la nuit de 21h à 7h ; l'équipe de nuit est constituée de sept infirmiers, permettant la présence la nuit de deux infirmiers par unité.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement précise : « le personnel n'effectue pas trois vacations par 24h, les 24h00 sont organisées en trois périodes de 8h/8h/10h. Le personnel est organisé en une équipe de jour qui alterne sur les horaires 7h-15h00 et 13h00-21h00 et une équipe de nuit de 21h00-7h00 ».

Une psychologue clinicienne du secteur G03 anime un groupe thérapeutique « soignants-soignés » et assure pour l'équipe une supervision et analyse de pratiques.

Personnel médical :

	Secteur G01	Secteur G03	Secteur G04
Praticien hospitalier psychiatre	2,7	1	1,5
Praticien hospitalier généraliste	1,5		
Praticien attaché	0	0	1,8
Assistant	1	1	1
FFI*	1,8	1,6	1

\* FFI : faisant fonction d'interne (médecin à diplôme étranger)

La continuité des soins est assurée par la présence sur place d'un interne de 18h30 à 8h30 du lundi au vendredi, de 13h30 le samedi au lundi 8h30. Le nombre des internes étant insuffisants pour assurer les deux lignes de garde mises en place à Saint-Denis : le centre d'accueil et de crise et Romain Rolland à Saint-Denis, des internes de Neuilly-sur-Marne viennent renforcer l'équipe.

Les contrôleurs se sont présentés le 13 décembre à 21h30 à l'établissement ; ils ont rencontré les équipes de nuit des trois services.

Dans le service G01, quatorze patients étaient hébergés. Deux soignants étaient présents : deux infirmiers, un homme et une femme. Leur service se déroule pendant trois nuits d'affilée de 21h à 7h. Ils disposent ensuite de trois jours de congés. Les équipes de nuit sont constituées par des volontaires qui assurent ce service, durant toute l'année, selon ce rythme. L'un a expliqué que ce choix était dicté pour des raisons familiales et l'autre pour pouvoir suivre des activités culturelles et sportives. En cas de difficulté, l'infirmier appelle le cadre de santé de permanence ou l'administrateur de garde ; selon le type de problème rencontré, il remplit une fiche d'événements indésirables qui est envoyée par télécopie au service de gestion des risques à Neuilly-sur-Marne qui les traite. Une telle télécopie est envoyée en moyenne une fois par mois. Les infirmiers disposent également d'un numéro de téléphone fixe et d'un numéro de téléphone portable pour joindre le cadre de santé. A tout moment, ils peuvent joindre l'interne présent dans l'établissement qui dispose d'une chambre sur le site. Il n'existe pas de pièce dédiée pour le service de nuit. Les deux infirmiers se tiennent dans le bureau infirmier. Ils disposent chacun d'un fauteuil pour éventuellement se reposer. Le 13 décembre entre 21h30 et 22h, tout paraissait calme.

#### 4.2.3 L'admission

Comme il a été indiqué *supra*, le secteur G01 est compétent pour deux cantons (Nord-Est et Nord-Ouest) de la commune de Saint-Denis (76 000 habitants), le secteur G03 l'est pour Villetaneuse, Pierrefitte et Epinay-sur-Seine (83 000 habitants) et le secteur G04 pour La Courneuve, Stains et Dugny (76 000 habitants).

Pour les patients venant de l'aéroport de Roissy-Charles de Gaulle, chaque secteur prend en charge à tour de rôle. Tous les jours, un tableau est envoyé par le service des admissions.

Le même système est mis en œuvre pour les sans domicile fixe (SDF) sauf pour les SDF qui ont déjà séjourné dans les cinq années précédant leur arrivée dans l'un de ces secteurs ; dans ce cas là, le secteur d'origine est reconduit.

Le même système de rotation est également mis en œuvre pour les patients provenant d'établissements pénitentiaires par application de l'article D. 398 du code de procédure pénale.

#### 4.2.4 Le projet thérapeutique

L'admission sous contrainte des patients se fait soit par l'intermédiaire du centre médico-psychologique de secteur (CMP), soit par les urgences psychiatriques. Selon l'état du patient, il est directement admis en chambre ordinaire ou en chambre sécurisée ou en chambre d'isolement pour une période de quarante-huit heures en moyenne.

Lors de l'admission, les effets personnels du patient sont retirés et rangés dans l'armoire de sa chambre qui ferme à clé. Pour les chambres d'isolement et de sécurité, une armoire est disponible à proximité de celles-ci. Les objets personnels comme les téléphone portables et les lecteurs MP3 sont également retirés et placés dans un coffre de l'unité d'hospitalisation réservé à cet effet. Les objets de valeurs comme les cartes de crédit, les chéquiers ou des numéraires sont rangés dans un coffre de l'administration de l'hôpital. Les effets de toilette comme le rasoir pour les hommes, mais également les eaux de toilette, les shampoings et les savons, sont rangés dans une caisse en plastique portant le numéro de la chambre du patient dans le bureau infirmier. Ils seront remis au patient quand il en aura l'utilité.

Tous les patients hospitalisés sans consentement sont vêtus de pyjamas jaunes et chaussés soit de chaussons fournis par l'hôpital, soit de surchaussures en matière plastique quand ceux-ci viennent à manquer.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement précise : « il existe cinq couleurs de pyjamas, chaque couleur correspondant à une taille. Les patients hospitalisés sans consentement ne sont pas systématiquement en pyjama, cela dépend de leur état clinique. Le port du pyjama est évalué tous les jours en même temps que l'état clinique du patient. La tenue vestimentaire fait partie des prescriptions médicales ».

Le jour de la visite des contrôleurs, l'activité des unités d'hospitalisation temps plein des trois secteurs était la suivante :

	Secteur G01	Secteur G03	Secteur G04
Nombre de lits	18	20	18
Nombre de chambres d'isolement	2	2	2
Chambre sécurisée	1	0	1
Nombre d'hommes hospitalisés	12	14	13
Nombres de femmes hospitalisées	5	6	8

Plus longue hospitalisation	150 jours	385 jours	581 jours
Patient le plus âgé	80 ans	61 ans	62 ans
Patient le plus jeune	21	17	16
Nombre de chambres à un lit	5	9	5
Nombre de chambres à deux lits	6	6	6
Nombre de douches	14	15	14
Nombre de wc	14	16	15
Salle de bains	1	1	1

Lors de l'admission, un infirmier accueille le patient et le conduit à sa chambre.

Très rapidement le psychiatre référent aura un entretien avec le patient ; c'est à cette occasion que l'énoncé de ses droits sera fait et qu'il sera informé de la nature de la mesure de son hospitalisation. Il lui sera demandé de signer la notification de la mesure d'hospitalisation.

Le psychiatre référent remplira alors la feuille « prescription médicale des libertés d'aller et de venir » qui comporte : le nom du médecin prescripteur, la date et l'heure de la prescription, l'autorisation de téléphoner de la salle de soins<sup>7</sup> en présence d'un personnel soignant, les modalités de visites des famille et amis, les autorisations d'aller et de venir, (seule, accompagné d'un soignant, accompagné d'un membre de la famille, non autorisées), la tenue vestimentaire, les modalités de prise des repas (en chambre, en salle commune à l'étage, au restaurant self-service). La durée de la prescription n'est jamais précisée, cette fiche étant régulièrement réévaluée au cours des réunions quotidiennes de service.

Aucun livret d'accueil n'est remis aux entrants ; ainsi, le patient n'apprendra le fonctionnement du service – modalités des visites, heure des repas, entretien du linge – qu'au fil des jours. Il ne dispose également d'aucune information écrite concernant les possibilités de recours à la mesure dont il fait l'objet.

Au terme de la période d'observation, le patient peut, progressivement et toujours sur prescription médicale, entrer en possession de ses objets personnels et de ses vêtements. Le téléphone portable n'est jamais restitué pendant l'hospitalisation ; seules quelques autorisations ponctuelles de consulter sa messagerie peuvent être accordées.

La loi antitabac<sup>8</sup> est partiellement respectée sur le site de Romain Rolland. Les cigarettes des patients sont rangées dans des tiroirs nominatifs dans le bureau infirmier. Les patients peuvent aller fumer soit à chaque étage sur la terrasse, dont l'accès est cependant réglementé,

<sup>7</sup> Seule possibilité pour les personnes admises sous contrainte

<sup>8</sup> Décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006.

soit dans le jardin. Il pleuvait et il faisait très froid en décembre lors de la visite des contrôleurs ; les patients en pyjama et parfois pieds nus se retrouvaient fréquemment dans le jardin pour fumer. « Cette situation est dégradante » ; elle incite les patients à transgresser la règle et à fumer dans les chambres et les cages d'escalier comme l'attestent les odeurs de tabac dans certaines chambres et les mégots dans les couloirs. Les traitements de substitution nicotiques sont fournis par la pharmacie de l'hôpital sans restriction.

Dans la salle de soins se trouve le panneau de planification murale. Les noms des patients, leur régime d'admission, le nom de leur psychiatre référent y figurent ; il a été précisé aux contrôleurs que « les difficultés rencontrées actuellement en effectif infirmier interdisaient la désignation d'un infirmier référent par patient ». Elle peut être fermée respectant ainsi la confidentialité.

Le patient le plus anciennement hospitalisé sous contrainte relève du secteur G01 ; présent dans l'établissement depuis 5 494 jours, il est actuellement pris en charge par le secteur G18.

Le jour de la visite des contrôleurs, les mesures d'hospitalisation des patients des trois unités étaient les suivantes :

	Secteur G01	Secteur G03	Secteur G04
Soins libres	12	9	8
Soins psychiatrique à la demande d'un tiers	5	7	5
Soins psychiatrique sur décision du représentant de l'état	1	5	6
Hospitalisation séquentielles	DM	4	DM
Soins ambulatoire sous contraintes	DM	5	DM

DM : données manquantes

Depuis la mise en place de la loi du 5 juillet 2011<sup>9</sup>, les mesures d'hospitalisation sous contraintes des trois unités ont été les suivantes :

Du 1 <sup>er</sup> août au 30 novembre 2011	Secteur G01	Secteur G03	Secteur G04
Mesures sans consentement	31	31	42
Nombre de soins ambulatoires	45	115	41
Nombre de patients sortis au terme de la période d'observation	2	3	2

<sup>9</sup> Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Les activités d'ergothérapie sont quotidiennes. S'il existe un planning de ces activités dans les salles d'ergothérapie, il n'y a aucune planification des activités pour les patients dans les unités. Ainsi il n'a pas été possible aux contrôleurs de connaître le nombre de patients participant à chacune de ces activités thérapeutiques pour la semaine en cours.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement précise : « les activités sont indiquées tous les jours sur un tableau blanc ».

Les psychiatres référents rencontrent leurs patients quotidiennement ; ainsi, une adaptation thérapeutique et des prescriptions d'aller et de venir peuvent être faites très régulièrement. Une réunion de service se tient tous les matins, une réunion de synthèse toutes les semaines.

A titre d'exemple, pour l'unité G01 au cours de la semaine de visite des contrôleurs, le planning affiché de la « présence médicale à l'UHP » était le suivant :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin	Médecin n°1 Médecin n°2 Médecin n°3 Médecin n°4 Médecin n°5 Médecin n°6 Médecin n°7	Médecin n°1 Médecin n°4 Médecin n°5 Médecin n°7	Médecin n°1 Médecin n°2 Médecin n°3 Médecin n°4 Médecin n°6 Médecin n°7	Médecin n°2 Médecin n°5 Médecin n°6 Médecin n°7	Médecin n°3 Médecin n°4 Médecin n°5 Médecin n°7
Après-midi	Médecin n°1 Médecin n°4 Médecin n°5 Médecin n°6 Médecin n°7	Médecin n°2 Médecin n°4	Médecin n°1 Médecin n°2 Médecin n°3 Médecin n°4 Médecin n°5 Médecin n°6 Médecin n°7	Médecin n°1 Médecin n°2 Médecin n°5 Médecin n°6 Médecin n°7	Médecin n°1 Médecin n°2 Médecin n°4 Médecin n°5

#### 4.2.5 Le recours à l'isolement et à la contention

Tout patient arrivant dans une des unités d'hospitalisation inconnu du service sera admis en chambre d'isolement pour une période d'évaluation qui n'excède pas soixante-douze heures.

Dans le serveur intranet de l'hôpital ainsi que dans le classeur intitulé « notes de services », se trouve la « fiche de prescription médicale de soins en chambre d'isolement » à laquelle est

annexée la « prescription médicale de soins en chambres d'isolement, recommandations de l'ANAES »<sup>10</sup>. La fiche précise : le nombre de soignants présents, les soins et surveillance, les sorties autorisées de la chambre d'isolement.

Sur le serveur intranet de l'hôpital se trouve également une fiche technique datant de juin 2008 « utilisation du matériel de contention », comprenant dix pages ; on peut regretter l'absence d'une fiche reflexe qui la synthétiserait. Elle comporte deux annexes :

- l'annexe I sur laquelle sont renseignés :
  - « conscience : éveillé, endormi, somnolent ;
  - comportement : auto agressif, hétéro agressivité verbal, hétéro agressivité physique, coopérant, calme, agité, sthénicité sous jacente, normothymique ;
  - soins : entretien médecin : soignant, entretien soignant, traitement ;
  - alimentation : repas, hydratation ;
  - élimination : urinaire, fécale ;
  - hygiène : douche nettoyage de la chambre ;
  - contention : surveillance des attaches, prévention des escarres, prévention des phlébites » ;
- l'annexe II sur la quelle sont renseignées le pouls, la tension, la température.

Les contrôleurs n'ont pas pu constater l'utilisation de ces fiches celles-ci étant intégrées au dossier médical.

A titre d'exemple, dans une des trois unités d'hospitalisation à temps plein, le relevé des mises en chambre d'isolement et de l'usage des contentions physiques est le suivant :

	Août 2011	Septembre 2011	Octobre 2011	Novembre 2011
Nombre de journées	9	0	5	3
Nombre de patients	13	0	7	4
Chambre d'isolement	8	0	3	2
Chambre de sécurité	1	0	2	3
Contention	4	0	2	2

Les deux autres unités n'ont pas été en mesure de fournir aux contrôleurs ces renseignements.

<sup>10</sup> Version 1 – janvier 2006 (ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé)

#### 4.2.6 Hospitalisation des personnes dans le cadre de l'article D. 398 du code de procédure pénale

Les personnes admises sans leur consentement étaient au nombre de deux en 2011 dans le secteur G01, de deux en 2010 et en 2011 dans le secteur G03. Aucune n'était présente dans ce cadre juridique en 2010 dans le secteur G01 et aucune dans le secteur G04 tant en 2010 qu'en 2011.

Il a été rapporté aux contrôleurs que :

- à chaque fois, le transport de l'établissement pénitentiaire vers l'EPS se fait dans la précipitation ; « on n'est pas prévenu à l'avance, ni du jour, ni de l'heure, alors que ce sont des moyens de l'établissement qui sont mobilisés pour aller chercher la personne » ;
- systématiquement, les personnes sont placées en chambre d'isolement, avec port du pyjama, surveillance accrue et soins intensifs ;
- le séjour n'est jamais long : trois à quatre jours, jusqu'à quinze jours au plus ;
- la collaboration avec l'administration pénitentiaire est recherchée ; « les visites dépendent de l'avis du médecin mais si l'administration pénitentiaire nous fait connaître que telle ou telle personne ne peut pas rendre visite au patient lors de son séjour dans l'établissement pénitentiaire, on respecte cette position ».

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement précise : « l'accueil est différent pour les D398 et les irresponsables pénaux 122-1 ou 706-135) : pour l'accueil des détenus, le service est régulièrement prévenu 2 à 3 jours à l'avance et fixe lui-même l'heure du transfert en fonction des effectifs disponibles. Pour l'accueil des irresponsables pénaux, cela dépend de l'heure de la levée d'écrou ou du passage devant le juge. Nous recevons l'information en dernier et à n'importe quel moment pour venir chercher le patient. Dans ce cadre précis, la préparation du transfert se fait dans des conditions difficiles ».

### 4.3 Le service d'accueil des urgences

Les hospitalisations sans consentement se font toujours à partir du service d'accueil des urgences du centre hospitalier général Delafontaine. Les urgences psychiatriques sont assurées par l'équipe psychiatrique de liaison rattachée au secteur G04.

Les contrôleurs ont pris connaissance de la convention définissant la prise en charge psychiatrique par l'établissement public de santé de Ville-Evrard au centre hospitalier général de Saint Denis qui a été signée le 13 décembre 1988 et son premier avenant le 12 juillet 1995.

#### 4.3.1 Les locaux

Les locaux de psychiatrie se situent à deux niveaux :

- au sous-sol se trouvent en enfilade l'office, le secrétariat, la salle de repos, le bureau médical. La chambre de garde qui communique avec l'office ne dispose pas de sanitaires ; ils sont dans le couloir ;
- au rez-de-chaussée, dans le service d'accueil des urgences, la salle d'attente psychiatrique et le bureau de consultation. Les psychiatres regrettent le relatif

isolement de ces deux bureaux qui se situent en bout de couloir, les isolant du reste de l'équipe d'accueil des urgences.

« Cet éclatement est responsable du manque de visibilité de l'équipe psychiatrique ».

#### 4.3.2 Les effectifs

##### 4.3.2.1 Les effectifs médicaux

Ils ont été récemment renforcés permettant ainsi une meilleure offre de soins.

La permanence de jour est assurée de 9h à 18h30 par deux praticiens temps plein : un praticien hospitalier et un praticien attaché. La permanence de nuit est assurée de 18h30 à 9h par dix praticiens psychiatres des secteurs G01, G03 et G04 qui se relaient.

Tous les praticiens n'étant pas inscrits à l'ordre des médecins, le tableau d'astreintes sur place est doublé par un tableau d'astreintes de sécurité afin que soient signés les certificats ; il a été cependant dit : « on n'est jamais dérangé ».

A la question posée par les contrôleurs concernant la rémunération de ces astreintes de sécurité, aucune réponse n'a pu être apportée. Les contrôleurs ont pu constater que le tableau de garde de décembre était affiché aux urgences et dans les unités d'hospitalisation des secteurs.

L'activité du service est stable ; en 2008 il y a eu 1 374 consultations, 1 430 en 2009 et 1 340 en 2010.

La présence des praticiens au centre hospitalier général est la suivante :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin	Médecin n°2	Médecin n°1	Médecin n°1 Médecin n°2	Médecin n°1 Médecin n°2	Médecin n°2
Après-midi	Médecin n°2	Médecin n°1	Médecin n°2	Médecin n°1	Médecin n°2

##### 4.3.2.2 Les effectifs paramédicaux :

Les effectifs sont les suivants :

- le cadre de santé du secteur G04 encadre l'équipe soignante ;
- 3,90 ETP d'infirmiers ;
- 1 ETP de secrétaire médicale.

Les consultations psychiatriques, que celles-ci se tiennent aux urgences ou en unité d'hospitalisation, se font en journée toujours à deux : infirmière et médecin. Un électrocardiogramme sera effectué systématiquement en cas de sédation ou d'hospitalisation.

Une réunion d'équipe se tient sur le site de Romain Rolland une fois par semaine en présence du chef de service.

#### **4.3.2.3 L'admission et les transferts**

La présence médicale est assurée 24h sur 24, 365 jours par an, la présence infirmière est assurée 12h par jour, 365 jours par an.

L'infirmière d'accueil et d'orientation du service d'accueil des urgences reçoit le patient à son arrivée. Si celui-ci est connu du service psychiatrique ou présente un certificat ou un courrier demandant un avis psychiatrique, il sera directement orienté vers l'équipe psychiatrique sans être examiné par les urgentistes. Dans l'éventualité où la personne qui se présente n'est pas connue du service de psychiatrie, elle sera examinée en premier lieu par le médecin urgentiste. « Cette habitude est extrêmement pénalisante pour le patient qui ne bénéficie pas d'une prise en charge globale de son état de santé, et pour lequel des examens para cliniques pourront être demandés secondairement et donc avec retard ». Un dossier médical psychiatrique spécifique est établi ; il sera archivé dans le secrétariat.

Le premier certificat d'admission sous contrainte, le plus souvent effectué dans le cadre de la procédure – soins psychiatrique à la demande d'un tiers en cas de péril imminent –, peut être signé par l'urgentiste ou par le psychiatre du service d'accueil des urgences, mais peut également arriver d'un commissariat où le premier certificat aura été signé par le médecin de l'unité médico-judiciaire ou de l'unité mobile de psychiatrie légale.

Une fois l'indication d'hospitalisation sous contrainte posée, le psychiatre cherche une place d'admission en service de psychiatrie en suivant les règles de la sectorisation. Pour les patients sans domicile fixe et les personnes détenues, la sectorisation est tournante sur les quinze secteurs de psychiatrie adulte de l'établissement public de santé de Ville-Evrard.

Le transfert des urgences vers le service de psychiatrie est assuré par une ambulance privée sans la présence d'un soignant spécialisé, le patient étant le plus souvent sédaté.

Lors des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, il n'est pas rare que les forces de police n'aient pas attendu la fin de la prise en charge pour partir. Ainsi, le transfert se fait sans la présence policière.

#### **4.3.3 Le recours à la contention**

Les ceintures de contentions se trouvent dans l'armoire du bureau de consultations de psychiatrie et dans la salle de soins des urgences. Leur utilisation n'est pas tracée.

### **4.4 Les soins somatiques**

Une équipe dédiée de médecin généraliste est présente les jours ouvrables sur le site de Romain Rolland.

#### **4.4.1 Les médecins généralistes**

Un praticien hospitalier temps plein et un praticien contractuel temps partiel assurent les soins somatiques de l'hospitalisation psychiatrique à temps plein des secteurs G01, G03, G04 et le CAC de Saint-Denis et les consultations ambulatoires en post hospitalisation des patients ne bénéficiant pas de médecin traitant. Ils assurent également la consultation de tabacologie à destination des patients et du personnel sur le site de Romain Rolland.

. Ils sont rattachés au pôle 8 transversal « CRISTALES »<sup>11</sup> (Pharmacie, Spécialités médicales/soins somatiques, département d'information médicale).

Il n'a pas été fourni aux contrôleurs de tableau de présence des médecins généralistes, l'un d'entre eux étant en formation depuis plusieurs semaines. La permanence somatique est assurée de 9h à 17h. Les praticiens restent joignables sur leurs téléphones portables.

Le médecin généraliste assiste à la réunion de synthèse du matin au secteur puis se rend dans toutes les unités et consulte le « classeur rouge » où sont signalés les problèmes somatiques repérés par les médecins et soignants ; les demandes sont complétées aussi par des demandes orales et ou téléphoniques en cours de journée par des psychiatres ou des soignants. Ils prennent connaissance du nombre d'entrants dans la nuit ; cependant tous les entrants ne sont pas vus dans les vingt-quatre premières heures par le médecin généraliste.

Toutes les consultations se font en présence d'un infirmier ; elles peuvent avoir lieu dans la chambre mais le plus souvent se tiennent dans la salle de soins. Celle-ci ne dispose pas de table d'examen mais d'un fauteuil de prélèvement qui peut se transformer. La confidentialité de la consultation ne peut pas être assurée dans ce lieu de passage qui comporte deux portes et qui est utilisé comme poste de travail par au moins deux autres soignants.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement précise : « en salle de soins, la confidentialité n'est pas toujours assurée en raison de passages soignants (et malgré l'affichage d'une pancarte sur la porte "soins en cours" ».

Elle peut avoir lieu également dans le bureau médical situé au rez-de-chaussée mais cela reste peu fréquent en raison de l'absence de disponibilité des soignants et du fait que les patients ne bénéficient pas de l'autorisation de descendre au rez-de-chaussée.

Aucune action de dépistage et de prévention n'est organisée sur le site. Très peu de personnes hospitalisées prennent un traitement de substitution aux opiacés ; la prescription en sera assurée, le cas échéant, par les psychiatres.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement précise : « les actions de dépistage font partie de la prise en charge somatique. Elles ciblent les facteurs de risque cardiovasculaires, les infections sexuellement transmissibles, les addictions... ».

Le médecin généraliste assure la première consultation des accidents de travail survenus sur le site et rédige le certificat initial.

Aucune consultation de spécialités n'a lieu sur le site de Romain Rolland ; elles ont lieu au centre hospitalier général Delafontaine, à l'exception de la cardiologie qui a lieu au centre cardiologique du Nord ; l'imagerie médicale est réalisée au centre hospitalier et/ou en clinique de proximité.

Les examens biologiques sont effectués au centre hospitalier général Delafontaine ; la consultation des résultats par intranet est rendue difficile par la difficulté de l'interphasage des deux systèmes d'exploitation. Les résultats papiers mettent huit jours à arriver.

---

<sup>11</sup> CRISTALES : Coordination pour la Recherche et l'Information, les Soins, les Thérapeutiques, les Analyses de Laboratoire et l'Education à la Santé. Il comprend le Département d'information médicale, pharmacie à usage intérieur Spécialités- Médecine polyvalent, santé publique- Préventions (PASS-CSSP), Biologie médicale.

Lors de la sortie d'un patient, il ne lui est pas remis de lettre de sortie en ce qui concerne les soins somatiques.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement précise : « lors de la sortie du patient, il peut lui être remis un courrier de consultation mais systématiquement celui-ci est adressé au confrère généraliste et ou spécialiste ».

Un sac d'urgence commun à tous les sites de l'établissement public de santé de Ville-Evrard a été élaboré. Des bouteilles à oxygène et ambu sont situés dans chaque salle de soin. Sa vérification mensuelle fait l'objet d'une procédure écrite.

#### 4.4.2 La pharmacie

La délivrance des médicaments dépend de la pharmacie de Neuilly-sur-Marne. Une livraison se fait une fois par semaine en caisses sécurisées ; un réassortiment quotidien peut avoir lieu.

Il existe au sous-sol, dans une pièce dénommée « Pharmacie » mais qui contient également la réserve de papeterie de l'établissement, deux chariots scellés qui constituent la réserve d'urgence en dehors des heures ouvrables : nuit et week-end. Il a été déclaré aux contrôleurs que l'une d'entre elle contenait des médicaments somatotropes pouvant être indispensables, l'autre les consommables à usage unique.

La liste des médicaments contenus dans ce chariot n'était pas disponible dans le local ; un registre de « traçabilité des prélèvements d'urgence "armoire commune" » est tenu. Pour l'année 2011 il a été fait recours à cette armoire à soixante-dix-huit reprises.

Les contrôleurs ont pris connaissance de la convention établie entre le centre hospitalier général de Saint-Denis et l'établissement public de santé de Ville-Evrard concernant :

- « la prise en charge somatique des patients psychiatriques ;
- la convention relative à la psychiatrie d'alliance et à la prise en charge de l'urgence psychiatrique ;
- la convention relative à la délivrance des médicaments ou dispositifs médicaux en urgence et à l'activité de toxicologie d'urgence ;
- la convention relative à la procédure de prise en charge de patient décédé ;
- la convention d'accueil des enfants du personnel de la structure située rue du Docteur Delafontaine ;
- la convention relative à la prise en charge des examens biologiques. »

Ces différentes conventions ont été signées le 20 avril 2001, dans le cadre de la signature d'une convention cadre.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement précise : « une convention constitutive d'un GCS est en cours de validation auprès de l'ARS. Ce GCS, institué entre le centre hospitalier de Saint-Denis (CHSD), l'EPS de Ville-Evrard et l'EPS de Maison Blanche a pour objectif de donner un cadre juridique commun à l'ensemble des échanges de prestations entre les établissements :

- médicaux : urgences psychiatriques, psychiatrie de liaison, médecine de liaison, organisation de l'accès aux consultations spécialisées et au plateau technique du CHSD ;
- médico-techniques : laboratoire, hygiène ;
- logistiques : places de crèche.

Il est à noter que le GCS fonctionne depuis avril 2010 ».

## 5 Les conditions de vie au travail

Les équipes de Romain Rolland ont donné aux contrôleurs l'impression de se sentir loin des organes de direction de l'établissement de Ville-Evrard – qui sont tous implantés sur le site de Neuilly-sur-Marne –, et de réagir en resserrant les liens entre elles.

Au moment de la visite des contrôleurs, un conflit opposait la majorité des médecins chefs de services à la direction de l'établissement. En dépit de cette situation, les contrôleurs ont pu constater que les trois unités sectorielles implantées à l'hôpital Romain Rolland travaillaient en symbiose et que la qualité du service n'en était pas affectée.

Deux fois par an, deux journées sont organisées au profit des nouveaux salariés qui reçoivent à cette occasion une présentation de l'ensemble de l'établissement, des logiciels spécifiques, des installations de sécurité, etc.

Une formation de deux jours est proposée aux personnels soignants sur le thème « violence et agressivité ».

Tous les quinze jours, une séance d'« analyse des pratiques » est proposée par un psychologue extrahospitalier du secteur G03, pour les personnels soignants qui le désirent et en dehors de la présence des médecins et des cadres. En cas d'agression, il est proposé au personnel agressé une prise en charge par le médecin généraliste, une réunion avec l'équipe et un entretien avec le psychologue de l'établissement.

La rotation des personnels soignants est estimée importante par les personnes rencontrées, en particulier dans les services intra-hospitaliers. Les unités implantées sur le site de Ville-Evrard « ont meilleure cote ». Les personnels se sont déclarés éprouvés par le manque d'effectifs.

Au moment de la visite des contrôleurs, la situation dans les trois services visités était la suivante pour un effectif théorique de dix infirmiers et six aides soignants :

- secteur G01 : 7,8 infirmiers dont 3 hommes, 6 aides soignants dont 1 homme ;
- secteur G03 : 7,8 infirmiers dont 2 hommes, 6 aides soignants dont 1 homme ;
- secteur G04 : 9,8 infirmiers dont 2 hommes, 6 aides soignants dont 3 hommes.

Le régime de travail suit le cycle de quatre semaines suivant :

- lundi, mardi : repos ;
- mercredi à vendredi : travail le matin (trois jours) ;
- samedi, dimanche : repos ;

- lundi à vendredi : travail l'après-midi (cinq jours) ;
- samedi, dimanche : repos ;
- lundi à jeudi : travail le matin (quatre jours) ;
- vendredi : repos ;
- samedi à mercredi : travail l'après-midi (cinq jours) ;
- jeudi : repos ;
- vendredi à dimanche : travail le matin (trois jours) ;
- etc. ;

tandis qu'une autre équipe travaille les autres demi-journées ; puis les deux équipes permutent.

Le service du matin commence à 7h et se termine à 15h ; celui de l'après-midi commence à 13h et se termine à 21h ; celui de la nuit commence à 21h et se termine à 7h.

Le chevauchement de deux heures entre les équipes du matin et de l'après-midi est utilisé pour permettre d'accompagner des patients à l'extérieur de l'unité.

En principe, l'équipe de jour présente au sein de l'unité – c'est-à-dire hors accompagnement – est composée au minimum de deux infirmiers et un aide soignant par unité et celle de nuit de deux infirmiers par unité plus un infirmier supplémentaire pour l'ensemble des trois unités.

Au cours des six derniers mois, deux réunions rassemblant les soignants des trois pôles se sont tenues, l'une en juillet, la seconde en septembre au cours de laquelle un calendrier des réunions de 2012 a été établi.

Elles regroupent : les médecins chef de service, les médecins référents de l'unité, les cadres supérieurs de santé, les cadres de santé, un représentant de chaque catégorie de personnel de l'intra et de l'extrahospitalier, un représentant des agents des services hospitaliers.

Aux contrôleurs, il a été dit par les médecins, les soignants et les cadres de santé qu'il n'y avait pas lieu de distinguer les méthodes de travail entre les secteurs G01, G03 et G04 : « la concertation est permanente entre les psychiatres, les cadres de santé se réunissent au moins une fois par mois et des activités sont communes entre les trois secteurs. En conséquence, on doit insister sur l'harmonie qui existe entre les trois secteurs dont aucun n'a la prétention de se distinguer par des approches originales ; au contraire, si des pistes nouvelles sont explorées, les fruits de celles-ci sont immédiatement portés à la connaissance des personnels des autres secteurs ». Les contrôleurs ont pu effectivement apprécier la fréquence des échanges, pendant leur présence, entre les personnels des divers secteurs. Cette situation est sans doute due au fait que la direction n'est pas sur le site ni les services communs et que la coopération au quotidien apparaît d'autant plus nécessaire.

Les contrôleurs ont constaté le souci de l'insécurité chez les personnels « dû à la situation géographique de l'établissement : les véhicules en stationnement sont dégradés, les voies publiques ne sont pas sûres, on n'est pas à l'abri d'un vol avec violence dès la sortie de

l'établissement, il ne faut pas sortir de l'établissement, sauf nécessité, quand les horaires finissent après 17h ou 18h, il est préférable de rejoindre les transports en commun à plusieurs... ».



## CONCLUSION

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

1. il serait indispensable que les soignants aient connaissance de l'existence du livret d'accueil et qu'ils le remettent systématiquement à tout patient arrivant sur le site. Par ailleurs, celui-ci devrait faire l'objet d'une réactualisation prenant en compte les dispositions de la loi du 5 juillet 2011 (cf. § 3.2.1, 3.2.3.1, 3.2.3.2 et 4.2.4).
2. Il serait indispensable de mettre en œuvre une procédure permettant la traçabilité des notifications des mesures de soins sans consentement (cf. § 3.2.1).
3. Il serait utile de rédiger un protocole concernant les modalités pratiques de la période d'observation précisant notamment les droits des patients admis sans leur consentement (cf. § 3.2.2).
4. Il serait nécessaire de prévoir le recueil des observations des patients (cf. § 3.2.3. 4).
5. Il serait nécessaire de favoriser l'accès des patients à l'exercice d'un culte en donnant des informations plus larges sur ce sujet dans le livret d'accueil et en dotant les représentants des cultes d'un local permettant d'effectuer leur mission dans des conditions correctes (cf. § 3.9).
6. Il serait important de revoir la composition de la commission départementale des soins psychiatriques afin qu'elle comprenne en son sein des psychiatres d'exercice public et libéral (cf. § 3.10).
7. Afin de garantir la confidentialité des communications téléphoniques, il conviendrait d'équiper les cabines téléphoniques de coques permettant leur isolation phonique (cf. § 3.11.3).
8. Il serait utile que l'établissement engage une réflexion sur l'usage de l'informatique pour les patients tant dans le cadre de l'autorisation d'ordinateurs portables que pour des activités thérapeutiques (cf. § 3.11.5).
9. S'agissant des plaintes et réclamations, il est regrettable qu'une affiche indiquant les différents modes de réclamations n'ait pas été diffusée, faute de budget (cf. § 3.14).
10. Il serait utile que les cadres de santé des trois secteurs aient connaissance du règlement intérieur de l'établissement (cf. § 4.1.1).
11. Il conviendrait d'afficher les menus (cf. § 4.1.3).
12. Les contrôles bactériens doivent conduire à prendre des mesures d'hygiène draconiennes dans le circuit de la restauration (cf. § 4.1.3).
13. L'entretien des locaux et l'hygiène sont parfaitement assurés et font l'objet d'une traçabilité (cf. § 4.1.4).
14. L'existence de référents culturels apparaît comme une solution à l'inactivité souvent observée dans les établissements de santé ; toutefois il serait nécessaire qu'ils soient connus des cadres de santé des unités de soins (cf. § 4.1.6).

15. La mise en pyjama constitue une atteinte à la dignité des patients : il conviendrait de ne pas en faire une pratique systématique pour tous les patients admis sans leur consentement (cf. § 4.2.4). Les patients qui sortent pour fumer ne doivent pas être laissés en pyjama.
16. Afin de lutter contre l'ennui et l'inactivité des patients hospitalisés, il serait utile de tenir le compte précis des activités qui ont effectivement eu lieu chaque semaine au sein de chaque unité de soins (cf. § 4.2.4).
17. Conformément aux recommandations du Contrôleur général du 18 juin 2008<sup>12</sup>, il serait indispensable de tenir un registre traçant les mesures d'isolement et de contention dans chaque unité de soins (cf. § 4.2.5 et 4.3.3).
18. Afin de faciliter leur prise en charge et de respecter leurs droits, il serait nécessaire de rédiger un protocole d'accueil des personnes détenues dans le cadre des dispositions de l'article D 398 du code de procédure pénale (cf. § 4.2.6).
19. Il apparaît regrettable que les patients passant par les urgences du centre hospitalier de Saint-Denis ne bénéficient pas systématiquement d'un examen par un médecin urgentiste au motif qu'ils sont directement orientés dans la filière « psy », s'ils sont déjà connus. Cette organisation peut entraîner des erreurs de diagnostic et des retards dans la mise en place de soins adaptés (cf. § 4.3.2.3).
20. Il serait souhaitable que les consultations somatiques aient lieu dans un contexte garantissant l'intimité et la confidentialité ; il est regrettable que le bureau médical ne puisse pas constituer le lieu privilégié de celles-ci (cf. § 4.4.1).
21. Dans le cadre de la convention avec le centre hospitalier de Saint-Denis, il serait utile de mettre en place un dispositif permettant de recevoir les résultats des bilans biologiques dans des délais rapides (cf. § 4.4.1).
22. Deux bonnes pratiques méritent d'être soulignées : l'analyse des pratiques proposée par un psychologue extrahospitalier pour les personnels soignants qui le désirent et en dehors de la présence des médecins et des cadres et, en cas d'agression une réunion avec l'équipe, un entretien avec le psychologue de l'établissement et une prise en charge par le médecin généraliste.
23. Les trois services travaillent en étroite collaboration ; leurs liens sont d'autant plus resserrés qu'ils sont éloigné du site « historique » et de la direction centrale. L'insécurité, liée à la situation géographique du site, semble un facteur jouant un rôle non négligeable dans la vie quotidienne de l'ensemble des personnels – et donc du recrutement (cf. § 5).

---

<sup>12</sup> Parues au Journal officiel du 2 juillet 2009.

## Table des matières

<b>1</b>	<b>Conditions générales de la visite .....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Présentation générale de l'établissement .....</b>	<b>3</b>
<b>2.1</b>	<b>L'implantation.....</b>	<b>3</b>
<b>2.2</b>	<b>Les personnels.....</b>	<b>4</b>
2.2.1	Le personnel médical .....	4
2.2.2	Le personnel non médical .....	5
<b>2.3</b>	<b>Les données financières .....</b>	<b>6</b>
<b>2.4</b>	<b>L'activité.....</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Les hospitalisations sans consentements et exercice des droits .....</b>	<b>9</b>
<b>3.1</b>	<b>L'arrivée des patients.....</b>	<b>9</b>
<b>3.2</b>	<b>Les modalités d'admission .....</b>	<b>10</b>
3.2.1	Les formalités administratives.....	10
3.2.2	La période initiale de soins et d'observation.....	11
3.2.3	Les informations données aux malades .....	12
<b>3.3</b>	<b>La levée des mesures de contrainte .....</b>	<b>13</b>
3.3.1	Les modalités de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011.....	13
3.3.2	Le contrôle de droit par le juge des libertés et de la détention .....	14
3.3.3	La saisine du juge des libertés et de la détention .....	15
3.3.4	Le collège des professionnels de santé .....	16
3.3.5	La levée sur proposition du psychiatre .....	16
3.3.6	Les sorties accompagnées d'une durée inférieure à douze heures.....	17
<b>3.4</b>	<b>Les registres de la loi.....</b>	<b>17</b>
<b>3.5</b>	<b>L'information sur la visite des autorités .....</b>	<b>17</b>
<b>3.6</b>	<b>La protection juridique des majeurs .....</b>	<b>18</b>
<b>3.7</b>	<b>La désignation d'une personne de confiance.....</b>	<b>20</b>
<b>3.8</b>	<b>L'accès au dossier médical .....</b>	<b>20</b>
<b>3.9</b>	<b>L'accès à l'exercice d'un culte.....</b>	<b>20</b>
<b>3.10</b>	<b>La commission départementale des soins psychiatriques.....</b>	<b>21</b>
<b>3.11</b>	<b>La communication avec l'extérieur.....</b>	<b>21</b>
3.11.1	La télévision .....	21
3.11.2	Les visites .....	22
3.11.3	Le téléphone.....	22
3.11.4	Le courrier .....	22
3.11.5	L'informatique et l'accès à l'internet.....	22
<b>3.12</b>	<b>La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge ..</b>	<b>23</b>
<b>3.13</b>	<b>L'UNAFAM .....</b>	<b>23</b>
<b>3.14</b>	<b>Traitement des plaintes et réclamations.....</b>	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>Les conditions d'hospitalisation .....</b>	<b>26</b>
<b>4.1</b>	<b>Eléments communs à tous les secteurs.....</b>	<b>26</b>
4.1.1	Le règlement Intérieur.....	26
4.1.2	L'argent de poche.....	26

4.1.3	La restauration.....	26
4.1.4	L'hygiène .....	29
4.1.5	Les activités thérapeutiques.....	30
4.1.6	Les activités occupationnelles .....	31
<b>4.2</b>	<b>L'Hospitalisation temps plein .....</b>	<b>31</b>
4.2.1	Les locaux.....	32
4.2.2	Les effectifs .....	35
4.2.3	L'admission.....	38
4.2.4	Le projet thérapeutique .....	39
4.2.5	Le recours à l'isolement et à la contention.....	42
4.2.6	Hospitalisation des personnes dans le cadre de l'article D. 398 du code de procédure pénale .....	44
<b>4.3</b>	<b>Le service d'accueil des urgences .....</b>	<b>44</b>
4.3.1	Les locaux.....	44
4.3.2	Les effectifs .....	45
4.3.3	Le recours à la contention .....	46
<b>4.4</b>	<b>Les soins somatiques.....</b>	<b>46</b>
4.4.1	Les médecins généralistes.....	46
4.4.2	La pharmacie .....	48
<b>5</b>	<b>Les conditions de vie au travail .....</b>	<b>49</b>
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>53</b>