



Rapport de visite :

10 et 11 avril 2018 et 21 mars 2019 – 2^{ème} visite
Infirmierie psychiatrique de la
préfecture de police

Paris 14^{ème} arrondissement (75)

SYNTHESE

La Contrôleure générale des lieux de privation de liberté, accompagnée de deux contrôleures, a effectué, les 10 et 11 avril 2018, une visite inopinée des locaux de l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de Police de Paris (IPPP), 3 rue Cabanis, Paris (14^{ème} arrondissement). Une seconde visite, effectuée par deux contrôleurs, a eu lieu le 21 mars 2019 de 9h15 à 18h. Un rapport provisoire a été adressé au chef d'établissement et au préfet de police le 9 mai 2019 ; le préfet de police a fait part de ses observations par courrier du 24 juin 2019, celles-ci ont été intégrées au rapport définitif.

Cette mission constituait une deuxième visite, faisant suite à un premier contrôle réalisé du 15 au 17 juillet 2009. A la suite de cette visite le Contrôleur général avait émis des recommandations le 15 février 2011 (*Journal officiel* du 20 mars 2011).

L'infirmierie psychiatrique est un service médico-légal qui a pour mission d'accueillir les personnes (hommes et femmes) présumées malades prises en charge par les services de police des commissariats de Paris et dans les aéroports¹ en application de l'article L3213-2 du code de la santé publique (CSP) dans un but de protection des personnes et de mise en œuvre des soins appropriés pour les présumés malades.

Les dispositions de l'article L3211-3 du CSP en matière de droits fondamentaux sont applicables à l'IPPP.

Elle est installée dans des locaux fonctionnels situés dans un immeuble occupé entièrement par des services de la préfecture de police. L'infirmierie peut accueillir **seize personnes** réparties en cinq chambres individuelles, quatre chambres à deux lits et une chambre à trois lits.

Les équipes de l'infirmierie (médecins certificateurs, cadres infirmiers, infirmiers et surveillants) sont complètes. Les postes infirmiers sont pourvus par des agents expérimentés et bien encadrés par leur hiérarchie. La confusion entre soignants et surveillants, notée dans le rapport de 2009 n'existe plus, ces derniers ne portant plus de blouses blanches.

Le **nombre annuel d'admissions** avoisine 2 000 (1 982 en 2017, 1 900 en 2016 et 2 065 par extrapolation en 2019). Il s'agit majoritairement d'hommes, souvent en état de précarité, admis en provenance des commissariats de police où ils étaient en garde à vue ; l'admission se fait essentiellement entre 20h et 8h.

Des liens ont été créés entre l'IPPP et l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) par le biais d'une convention et de la participation à diverses réunions. Pour autant, le projet en cours de partenariat entre l'IPPP et le groupement hospitalier de territoire (GHT) de Paris doit prendre en compte les exigences de la loi du 5 juillet 2011 en matière d'indépendance des médecins par rapport au lieu d'admission des patients admis en soins sans consentement.

Les conditions de séjour

Les chambres ont été refaites mais leur propreté accentue leur côté « spartiate », car dépourvues de tout mobilier ; cependant, une sonnette d'appel a été installée ; par ailleurs, elles ne disposent pas de point d'eau. Les personnes peuvent prendre une douche mais les vêtements de rechange qui leur sont proposés ne sont pas adaptés.

¹ Roissy-Charles-de-Gaulle, Orly et Le Bourget

Aucun menu médical notamment diabétique n'est accessible pour les personnes séjournant à l'IPPP. Aucune activité n'est prévue, pas plus que l'accès au tabac.

Les droits des personnes séjournant à l'IPPP

Le support d'information essentiel est la *charte d'accueil et de prise en charge des personnes conduites à l'infirmierie psychiatrique près la préfecture de police (IPPP)*. Or celle-ci comporte de nombreuses lacunes ; notamment, elle ne fait pas référence à la loi du 5 juillet 2011.

Le règlement intérieur n'est pas affiché dans les locaux.

Lors de l'entretien d'accueil de la personne admise à l'IPPP, les droits de la personne prévus à l'article L3211-3 du CSP doivent être clairement énoncés.

Les médecins certificateurs sont toujours présents à l'IPPP de 8h à 13h. Comme cela avait déjà été indiqué dans le rapport de 2009, il est indispensable de revoir l'organisation de la présence médicale afin d'éviter des séjours injustifiés, faute d'avoir rencontré un médecin.

En effet, il convient de remarquer une très forte proportion de patients non hospitalisés à l'issue de leur passage à l'IPPP, même si ce taux baisse : 45,77 % en 2016, 43,64 % en 2017 et 40,31 % en 2018. Pour ceux-là, se pose la question de l'utilité de la présence d'un médecin certificateur au-delà de la durée actuelle afin d'écourter la durée de séjour à l'IPPP et ainsi d'éviter notamment d'y passer la nuit.

L'infirmierie assure le transfert des patients vers les lieux d'hospitalisation. Ils sont accompagnés 24 heures sur 24 par une équipe composée d'un infirmier et d'un surveillant dans un véhicule conduit par un adjoint de sécurité.

La tenue des registres

Si le registre des admissions du pôle administratif permet de tracer avec précision le suivi des personnes et si celui des admissions et des sorties du bureau des infirmiers est également bien tenu, il n'en va pas de même des autres registres.

Le registre de contention ne permet pas d'analyser le recours à cette mesure privative de liberté et ne correspond pas aux exigences de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique ; le recours à la contention est fréquent et pour des motifs peu clairs.

Le registre des droits des patients ne permet pas de connaître les suites données ni les raisons de la non remise de la charte d'accueil.

Le registre des observations ne fait état que de quelques réclamations mais sans que les suites n'apparaissent.

Les contrôles

Quelques visites de personnalités ont lieu à l'IPPP mais ni celle de magistrats ni celles de la commission départementale des soins psychiatriques de Paris (la dernière date de 2016).

Depuis la précédente visite, le statut juridique de l'infirmierie psychiatrique n'a pas évolué : elle est toujours hiérarchiquement dépendante de la préfecture de police de Paris. Cette situation entraîne toujours la même confusion, déjà relevée par la recommandation du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 15 février 2011.

Ce statut a fait l'objet de longues controverses, au-delà de celle portée par le CGLPL, ce qui a conduit à l'article 73 de la loi du 26 janvier 2016² qui dispose que le « *Gouvernement présente au*

² Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Parlement dans un délai de six mois un rapport sur l'évolution de l'organisation de l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police de paris pour sa conformité avec le régime de protection des personnes présentant des troubles psychiques et relevant de soins sans consentement. »

La réflexion actuellement menée pour modifier le statut des psychiatres permet d'espérer une avancée, sous réserve que cette évolution permette toujours à l'infirmierie psychiatrique de poursuivre sa mission dans le respect des règles fixées par le code de la santé publique, notamment par les dispositions relevant de la loi du 5 juillet 2001 et de ses modificatifs introduits par la loi du 27 septembre 2013.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

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

BONNE PRATIQUE 1 14

La présence de la cadre supérieure de santé ou de son adjointe, une fois par semaine, et celle d'un des deux contrôleurs, trois fois par semaine, entre 13h30 et 23h30, complétées par un passage inopiné d'une des deux cadres un soir de la semaine ou durant le week-end permettent de maintenir une présence hiérarchique et un contact avec les équipes durant des périodes sensibles, évitant qu'elles se sentent délaissées.

RECOMMANDATIONS

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

RECOMMANDATION 1 17

Le projet de partenariat entre l'IPPP et le Groupement hospitalier universitaire de Paris doit prendre en compte les exigences de la loi du 5 juillet 2011 en matière d'indépendance des médecins par rapport au lieu d'admission des patients admis sans leur consentement.

RECOMMANDATION 2 19

Il serait utile d'équiper les chambres de mobilier supplémentaire tel que « pouf » afin d'augmenter le confort des patients

RECOMMANDATION 3 19

Il est nécessaire d'installer des points d'eau dans chaque chambre afin d'améliorer le confort et la dignité des personnes enfermées.

RECOMMANDATION 4 20

Il est nécessaire de remettre en place rapidement les horloges afin que les patients puissent disposer de repères dans le temps.

RECOMMANDATION 5 20

Il est indispensable d'avoir en stock des pyjamas de toutes les tailles. Cette observation avait déjà été faite lors de la visite de 2009.

RECOMMANDATION 6 21

Il serait utile de remplacer les surchausses par des mules à usage unique afin de respecter la dignité des patients.

RECOMMANDATION 7 21

Il est indispensable que des régimes diabétiques soient fournis aux personnes présentant cette pathologie.

RECOMMANDATION 8 22

Il est indispensable de réfléchir à l'accès au tabac pour les personnes séjournant à l'infirmierie.

- RECOMMANDATION 9 26**
Les droits des personnes admises doivent être clairement énoncés lors de l’entretien d’accueil.
- RECOMMANDATION 10 28**
Comme cela avait déjà été souligné dans le rapport de visite de 2009, il faut revoir l’organisation de la présence médicale afin qu’une personne ne soit pas privée de liberté, pour la seule raison que le médecin certificateur n’est pas présent. La création de l’astreinte médicale ne répond pas à cette problématique.
- RECOMMANDATION 11 32**
Il est indispensable de tenir correctement le registre de contention afin qu’il puisse servir à analyser les pratiques tel que le prescrit l’article L3222-5-1 du code de la santé publique.
- RECOMMANDATION 12 34**
Le registre des droits des patients doit permettre de vérifier facilement que les demandes formulées par les personnes admises à l’infirmierie psychiatrique ont été traitées. La suite donnée pourrait être portée en bout de ligne, dans la colonne « observations ».
- RECOMMANDATION 13 34**
Chaque remarque ou demande portée par les patients sur le registre des observations doit faire être accompagnée d’un paragraphe mentionnant la suite réservée.
- RECOMMANDATION 14 35**
Les magistrats doivent visiter l’infirmierie psychiatrique de la préfecture de police chaque année, comme ils le font pour les établissements de santé mentionnés à l’article L.3222-1 du code de la santé publique, même si l’infirmierie n’appartient pas à cette catégorie. La présence de personnes privées de liberté par une décision d’une autorité publique le nécessite.
- RECOMMANDATION 15 36**
La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) de Paris doit visiter plus fréquemment l’infirmierie psychiatrique de la préfecture de police.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	5
SOMMAIRE	7
RAPPORT	9
1. CONDITIONS ET OBJECTIFS DE LA VISITE	9
2. ELEMENTS SIGNALES LORS DE LA PREMIERE VISITE	11
3. PRESENTATION DE L'INFIRMERIE PSYCHIATRIQUE DE LA PREFECTURE DE POLICE.. 13	
3.1 La compétence et les missions s'étendent à Paris et aux trois aéroports	13
3.2 Les locaux, fonctionnels, comportent trois parties	13
3.3 Les équipes de l'infirmierie sont complètes, la hiérarchie est attentive et des cadres assurent même une présence en partie nocturne	14
3.4 Les personnes admises, en majorité des hommes, souvent en état de précarité, proviennent essentiellement des commissariats de police où elles étaient en garde à vue.	15
3.5 Le fonctionnement institutionnel est en évolution	16
4. L'ARRIVEE ET LES CONDITIONS DE PRISES EN CHARGE DES PERSONNES	18
4.1 Le transport vers l'infirmierie psychiatrique et l'arrivée des personnes interpellées n'appellent pas d'observation	18
4.2 Les chambres, refaites, ne sont pas pour autant accueillantes	19
4.3 Les locaux annexes sont fonctionnels	20
4.4 L'hygiène est correctement assurée mais toutes les personnes admises ne prennent pas de douche	20
4.5 L'alimentation est correcte mais ne prévoit pas de menu médical	21
4.6 L'absence d'accès au tabac crée des difficultés	22
4.7 Aucune activité n'est proposée aux personnes prises en charge	22
4.8 Les soins reposent sur l'interne ou le médecin de garde	22
4.9 Les médicaments sont essentiellement prescrits sous forme de gouttes	23
5. ACTUALISATION DES CONSTATS - LE RESPECT DES DROITS DES PERSONNES ACCUEILLIES	24
5.1 Leurs droits ne sont pas connus par les personnes admises et donc pas respectés	24
5.2 Les examens médicaux scandent le séjour	26
5.3 La contention s'effectue dans la chambre du patient selon un protocole	29
5.4 Près de la moitié des personnes entrées à l'infirmierie psychiatrique en sortent sans mesure d'admission en soins sans consentement	29
6. ACTUALISATION DES CONSTATS – LES REGISTRES ET LES CONTROLES	31

6.1	Le registre d'admission du pôle administratif permet de tracer avec précision le séjour des personnes conduites à l'infirmierie psychiatrique	31
6.2	Le registre des admissions et des sorties du bureau des infirmiers est plus succinct que celui du pôle administratif mais est bien tenu	31
6.3	Le registre de contention ne permet pas d'analyser le recours à cette mesure de privation de liberté	31
6.4	Le registre des droits des patients ne permet pas de connaître les suites données ni les raisons des non remises de la charte d'accueil	32
6.5	Le registre des observations ne fait état que de quelques réclamations mais les suites données n'y sont pas enregistrées.....	34
7.	LES CONTROLES.....	35
7.1	Les magistrats n'effectuent pas de contrôle au sein de l'infirmierie psychiatrique.	35
7.2	Des visites sont réalisées par différentes autorités	35
7.3	La dernière visite de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) date de 2016 et la précédente de 2012.....	36
8.	CONCLUSION.....	37

Rapport

Contrôleures :

- Adeline Hazan, Contrôleure générale des lieux de privation de liberté ;
- Adidi Arnould, cheffe de mission ;
- Betty Brahmy, contrôleure.

Pour la seconde mission :

- Betty Brahmy, contrôleure ;
- Michel Clémot, contrôleur.

1. CONDITIONS ET OBJECTIFS DE LA VISITE

En application de la loi du 30 octobre 2007, la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté, accompagnée de deux contrôleures, a effectué, les 10 et 11 avril 2018, une visite inopinée des locaux de l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de Police de Paris (IPPP), 3 rue Cabanis, Paris (14^{ème} arrondissement).

Cette mission constituait une deuxième visite, faisant suite à un premier contrôle réalisé du 15 au 17 juillet 2009.

Les contrôleures sont arrivées à l'IPPP le 10 avril à 11h10. Elles ont été accueillies par le médecin-chef de service, la cadre de santé et un contrôleur de la préfecture de police.

Une réunion de fin de visite a été organisée avec le médecin-chef et la cadre supérieure de santé.

La visite s'est terminée le 11 avril à 18h20.

Une seconde visite, effectuée par deux contrôleurs, a eu lieu le 21 mars 2019 de 9h15 à 18h.

L'ensemble des documents sollicités a été mis à disposition des contrôleurs qui ont pu s'entretenir en toute confidentialité avec deux patients et des membres du personnel.

Le préfet de police de Paris ainsi que président et le procureur de la République près le tribunal de grande instance de Paris ont été avisés. Un contact téléphonique a été pris avec le bâtonnier.

Le présent rapport dresse les constats liés aux conditions de séjour et les évolutions suites aux constats dressés lors de la précédente visite.

Un rapport provisoire a été adressé au chef d'établissement et au préfet de police le 9 mai 2019. Le préfet de police a fait parvenir ses observations par un courrier en date du 24 juin 2019. Ces observations ont été intégrées au rapport définitif.

2. ELEMENTS SIGNALES LORS DE LA PREMIERE VISITE

Le rapport de la visite qui a eu lieu du 15 au 17 juillet 2009 et a été transmis au préfet de police et au ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales. Celui-ci a répondu au rapport de visite par lettre du 24 septembre 2010 (signée de son directeur de cabinet) avec une note jointe de la DGPN.

Ce rapport comportait plusieurs observations et préconisations :

- choisir des appellations assurant une meilleure lisibilité de la mission confiée à l'établissement : « La nature ambiguë et surannée des expressions employées pour les personnes admises à l'IPPP : « malades », « présumés malades », « patients », « personnes retenues » ; pour les lieux : « infirmerie psychiatrique ». est révélatrice d'un certain malaise ressenti au-delà de l'institution » ;
- créer une pièce dédiée aux entretiens avec les familles, les proches, un médecin ou un avocat de leur choix.
- distinguer les fonctions d'infirmier et de surveillant ;
- engager une réflexion sur le rôle respectif des infirmiers et des surveillants ;
- faire bénéficier les surveillants d'une formation plus approfondie lors de leur prise de fonction et durant leur activité au sein de l'IPPP ;
- associer davantage les assistantes sociales à la prise en charge ;
- mettre en place une instance de concertation entre les différents médecins ;
- remettre systématiquement la charte d'accueil à toutes les personnes admises ;
- mettre en place un médecin senior susceptible de recevoir une personne admise après 14h ;
- proposer systématiquement une douche le matin à toute personne admise ;
- réparer les volets des chambres ;
- installer des sonnettes dans les chambres ;
- disposer de pyjamas dans toutes les tailles ;
- mentionner l'existence d'un règlement intérieur dans la charte d'accueil ;
- informer l'arrivant de son droit de prévenir sa famille, un proche de son choix, un médecin de son choix et un avocat de son choix et tracer cette formalité ;
- créer un registre des droits des patients ;
- tenir les différents registres avec soin ;
- indiquer avec précision les motifs de placements sous contention ;
- transmettre les recours aux autorités compétentes.

A l'issue de la visite de l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police du 15 au 17 juillet 2009, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a publié des recommandations publiques le 15 février 2011 (Journal officiel du 20 mars 2011).

Le contrôleur général notait l'évolution de l'institution sur les relations entre le personnel et les patients (refonte du règlement intérieur et de la charte d'accueil, registres) et des conditions matérielles de prise en charge des personnes, de leur famille et de leurs avocats, ces derniers étant accueillis sans difficultés, dès lors du moins que la personne qui y est placée a la possibilité matérielle de joindre l'extérieur.

Il insistait sur la confusion des rôles entre personnel de surveillance et personnel soignant et préconisait de renoncer au port de la blouse infirmière pour les surveillants.

Le contrôleur général rappelait le caractère très provisoire du séjour dans l'établissement et insistait sur la situation des personnes admises après 14h et la nécessité de revoir l'organisation de la présence médicale.

Enfin c'est le principe même de l'existence de l'infirmerie psychiatrique qui mérite des choix clairs et justifie la publication de recommandations :

- l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police ne dispose d'**aucune autonomie**. Elle est un service d'une des directions de cette préfecture. Ses ressources lui sont assurées par le truchement de la préfecture de police. Les médecins sont rémunérés par elle. L'établissement n'a donc rien à voir avec un centre hospitalier habilité à recevoir des malades mentaux. Par conséquent les dispositions propres aux droits des personnes accueillies en hôpital ne s'y appliquent pas et aucune autorité de santé publique n'est compétente pour y vérifier les contenus et les modalités de soins. D'autre part, s'il est vrai qu'existe une **commission départementale des soins psychiatriques** [...], ses membres sont dans la capitale nommés par le préfet de police. Par conséquent, les contrôles de l'établissement n'offrent pas les garanties d'indépendance de ceux qui ont lieu dans les autres départements ;
- enfin, dès lors qu'elle ne ressortit pas à la catégorie des établissements hospitaliers qui relèvent de l'article L3222-4 du code de la santé publique (CSP), l'infirmerie psychiatrique n'est pas visitée par les **magistrats** des tribunaux compétents et, notamment par le parquet. Certes le préfet de police fait valoir que ces visites ont lieu *de facto*. Elles ne sont cependant pas garanties ;
- il ne paraît pas possible de penser que les décisions d'orientation sont prises avec toutes les assurances nécessaires. Le dispositif entretient le doute sur la distance entre considérations d'ordre public et considérations médicales.

En conclusion le Contrôleur général recommandait de mettre dès qu'il sera possible le transfert des moyens de l'IPPP au dispositif hospitalier de droit commun, sans modifier naturellement les compétences en matière de police sanitaire attribuées au préfet de police et aux commissaires de police.

3. PRESENTATION DE L'INFIRMERIE PSYCHIATRIQUE DE LA PREFECTURE DE POLICE

3.1 LA COMPETENCE ET LES MISSIONS S'ETENDENT A PARIS ET AUX TROIS AEROPORTS

L'infirmerie psychiatrique est un service médico-légal qui a pour mission d'accueillir les personnes présumées malades prises en charge par les services de police en application de l'article L3213-2 du code de la santé publique (CSP) dans un but de protection des personnes et de mise en œuvre des soins appropriés pour les présumés malades.

Les dispositions de l'article L3211-3 du CSP en matière de droits fondamentaux sont applicables à l'IPPP.³

La compétence de l'IPPP s'étend à l'ensemble des arrondissements de Paris et à l'aéroport de Roissy-Charles-de-Gaulle (Seine-Saint-Denis). Lors de la visite, il a été indiqué que la compétence venait de s'étendre aux aéroports d'Orly (Val-de-Marne) et du Bourget (Seine-Saint-Denis).

Elle reçoit des personnes, hommes et femmes, âgées de plus de 16 ans.⁴

3.2 LES LOCAUX, FONCTIONNELS, COMPORTENT TROIS PARTIES

Les locaux de l'infirmerie psychiatrique sont situés au deuxième étage d'un immeuble occupé entièrement par des services de la préfecture de police. L'infirmerie n'est pas signalisée.

Pour se rendre dans les locaux, il faut être accompagné par un professionnel de la structure qui utilisera un code pour faire fonctionner l'ascenseur menant aux étages. Les agents d'accueil du rez-de-chaussée sont en lien avec les autres services du bâtiment (médecine de prévention du personnel de la préfecture de police, bureau des actions de santé mentale).

Les locaux sont fonctionnels et adaptés à la mission de la structure ; ils comportent une zone d'accueil située en face de l'ascenseur, une partie dédiée à l'hébergement et une zone administrative où sont situés notamment les deux bureaux des médecins certificateurs, celui de l'interne, du médecin-chef, du cadre supérieur de santé et du cadre de santé, ainsi que le local d'accueil des familles et celui d'entretien avec l'avocat.

L'infirmerie peut accueillir **seize personnes** réparties en cinq chambres individuelles, quatre chambres à deux lits et une chambre à trois lits.

³La personne dispose du droit :

- de communiquer avec les autorités mentionnées à l'art 3222-4 du CSP;
- de saisir la commission prévue à l'art L3222-5 du CSP et lorsqu'elle est hospitalisée la commission prévue à l'art 1112-3 du CSP
- de porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;
- de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
- d'émettre ou de recevoir des courriers ;
- de consulter le règlement intérieur et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;
- d'exercer son droit de vote ;
- de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

⁴ Une note du médecin-chef datée du 5 octobre 2016 rappelle les modalités de la prise en charge des mineurs (chambre individuelle, impossibilité d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers et remise à une personne ayant l'autorité)

3.3 LES EQUIPES DE L'INFIRMERIE SONT COMPLETES, LA HIERARCHIE EST ATTENTIVE ET DES CADRES ASSURENT MEME UNE PRESENCE EN PARTIE NOCTURNE

L'infirmerie psychiatrique est placée sous la responsabilité médicale d'un médecin-chef (vacataire, présent six demi-journées par semaine) et d'un médecin-chef adjoint (vacataire, présent quatre demi-journées par semaine).

La continuité de l'accueil est assurée, 24 heures sur 24, par trois internes en psychiatrie, un interne de médecine légale et un pool de psychiatres de garde, anciens internes du service.

L'activité de certification est assurée par six médecins seniors vacataires : le médecin-chef, le médecin-chef adjoint et quatre autres médecins (chacun présent quatre demi-journées par semaine).

Une cadre supérieure de santé et une cadre de santé supervisent les équipes d'infirmiers et celles de surveillants. Elles sont présentes en journée, du lundi au vendredi. Pendant une période, avant 2018, une cadre était présente une fois par semaine durant toute la nuit mais ce rythme posait ensuite des difficultés de fonctionnement en raison des périodes de récupération qui suivaient, alors même que l'activité était faible en 2^{ème} partie de nuit ; ce dispositif a été abandonné. Depuis 2018, ces deux cadres assurent chacune, alternativement, une « demi-nuit » par semaine en étant alors présente dans le service de 16h à minuit (sauf durant les congés de l'une d'elles) ; elle reprend ensuite le travail le lendemain de 14h à 18h. L'autre cadre effectue un passage inopinée un autre soir de la semaine ou durant le week-end. Cette couverture permet de rencontrer régulièrement les équipes pendant des créneaux horaires toujours sensibles.

Les vingt-six infirmiers (vingt-trois à temps plein, un à 80 %, un à 70 % et un à 50 %, soit vingt-cinq équivalents temps pleins - ETP) sont regroupés en cinq équipes de cinq ETP. Une équipe est présente de 8h à 20h40 et une autre de 20h à 8h40. Dans chaque équipe, figure un infirmier chef et un infirmier chef adjoint ; l'un des deux est toujours en service avec l'équipe.

La sécurité et la surveillance sont assurées par vingt-cinq surveillants encadrés par deux contrôleurs. Leurs missions comportent aussi celles dévolues habituellement aux aides-soignants : douches, repas, soins d'hygiène mais aussi appuis lors des entretiens. Il a été indiqué que le corps de surveillants était en voie d'extinction progressive et que des aides-soignants les remplacent au fur et à mesure des départs ; quatre étaient déjà en poste à la date de la visite.

Les contrôleurs, qui encadrent les surveillants, effectuent, à deux, trois « demi-nuits » (de 16h à 24h) par semaine.

Les équipes d'infirmiers et de surveillants assurent à la fois le service de jour et celui de nuit.

BONNE PRATIQUE 1

La présence de la cadre supérieure de santé ou de son adjointe, une fois par semaine, et celle d'un des deux contrôleurs, trois fois par semaine, entre 13h30 et 23h30, complétées par un passage inopiné d'une des deux cadres un soir de la semaine ou durant le week-end permettent de maintenir une présence hiérarchique et un contact avec les équipes durant des périodes sensibles, évitant qu'elles se sentent délaissées.

Il a été précisé que tous les postes étaient pourvus et qu'aucune vacance n'existait. Les agents sont stables et expérimentés : aucun infirmier sortant d'école n'est recruté à l'infirmerie psychiatrique. A la date de la visite, un infirmier et un surveillant étaient en arrêt de maladie.

Chaque jour et chaque nuit, l'effectif minimum de sécurité est de six : trois infirmiers et trois surveillants. Cet effectif permet de faire face au fonctionnement normal du service mais aussi aux admissions intervenant à toute heure (de jour et de nuit) et aux différents transferts des patients admis en soins psychiatriques vers les hôpitaux, que ce soit en soins sans consentement ou en soins libres. Cette situation est différente de celle en vigueur en 2009, lors de la précédente visite des contrôleurs : à cette date, seuls les transferts des personnes en hospitalisation d'office (appellation alors en vigueur) étaient à la charge de l'IPPP. Désormais, de tels déplacements interviennent plusieurs fois par jour (comme le montrent les registres d'admission) et monopolisent alors un infirmier et un surveillant. Un adjoint de sécurité (ADS), présent chaque jour, fait fonction de conducteur. Ainsi, deux infirmiers et deux surveillants sont toujours présents au sein de l'infirmerie pour assurer les autres fonctions. La consultation du tableau de service du mois de mars 2019 montre que cette règle est respectée.

Par ailleurs, en 2009, lors de la précédente visite, les contrôleurs avaient noté une confusion des rôles résultant d'une tenue uniforme du personnel soignant et du personnel de surveillance. Conformément à la recommandation du CGLPL du 15 février 2011, des tuniques bleues ont été remises en novembre 2012 aux surveillants et la confusion a cessé.

Le personnel comprend également une assistante sociale, rattachée au bureau des actions de santé mentale (situé au 3^{ème} étage du bâtiment) qui se déplace à la demande.

Outre les formations plus classiques, des modules ont été mis en place pour traiter de la gestion de la violence et de l'agressivité ainsi que des gestes et soins d'urgence. Par ailleurs, tout nouvel arrivant est inscrit dans un groupe suivant ces formations, dans l'année. Il a été indiqué que cette maîtrise des gestes professionnels permettait de réduire notablement le recours aux injections. Les contrôleurs ont noté qu'une attention particulière était réservée à ce sujet. Ainsi, un incident grave, survenu en mars 2019, a été traité avec diligence et fermeté. L'encadrement de l'infirmerie psychiatrique a été immédiatement informé de ces faits graves et, peu après, par arrêté, le préfet de police a suspendu l'agent incriminé.

3.4 LES PERSONNES ADMISES, EN MAJORITE DES HOMMES, SOUVENT EN ETAT DE PRECARITE, PROVIENNENT ESSENTIELLEMENT DES COMMISSARIATS DE POLICE OU ELLES ETAIENT EN GARDE A VUE.

Après une augmentation des admissions en 2017 (1 982 en 2017 et 1 800 en 2016, soit +10,1 %), une légère inflexion est constatée en 2018 (1 955, soit -1,36 %). Lors de la visite, 447 entrées avaient été enregistrées depuis le début de l'année 2019 (soit, par extrapolation, 2 065 en année complète).

L'examen des entrées enregistrées depuis le 1^{er} mars 2019 sur le registre du pôle administratif fait apparaître que la moitié des admissions ont lieu entre 20h et 8h. Le même échantillon montre que 15 des 121 personnes admises avaient déjà été hospitalisées en psychiatrie, dans le passé : dix, une fois ; trois, deux fois ; une, sept fois ; une, dix fois.

Ces personnes sont le plus souvent des hommes. Selon les informations recueillies, 60 % seraient en situation de précarité.

Ces personnes sont conduites à l'IPPP après une décision prise par un commissaire de police sur la base de l'article L.3213-2 du code de la santé publique⁵. Depuis la décision du conseil constitutionnel

⁵ « En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux

du 6 octobre 2011 et la suppression de la notion de « notoriété publique », un certificat médical est préalablement établi. L'examen médical est effectué dans un service d'urgence ou après un examen de comportement aux urgences médico-judiciaires (UMJ) de l'Hôtel-Dieu, concluant à une incompatibilité avec une mesure de garde à vue. Selon les données fournies par l'infirmerie, 60 % des personnes admises ont ainsi été adressées par l'UMJ.

3.5 LE FONCTIONNEMENT INSTITUTIONNEL EST EN EVOLUTION

Il n'existe pas de réunion de synthèse ou de réunion clinique autour de dossiers complexes au sein de l'IPPP.

Des réunions plénières centrées sur le fonctionnement sont organisées une à deux fois par an ainsi que des réunions des deux cadres de santé infirmiers avec les chefs d'équipes infirmiers.

Des notes d'information (sans compte-rendu) relatives à des réunions d'information qui ont eu lieu le 23 février 2017 et le 12 octobre 2017 et d'une réunion de service du 24 avril 2017 ont été remises aux contrôleurs. Elles concernaient le personnel soignant pour les premières et incluaient les surveillants pour la seconde.

Une convention a été signée le 17 juillet 2015 entre la préfecture de police, l'IPPP et l'AP-HP pour « définir les modalités de mise en œuvre coordonnée entre la Préfecture de police (IPPP) et l'AP-HP des dispositions du code de la santé publique relatives aux situations de danger imminent pour la sûreté des personnes, liées à des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes ». Son objectif est tout à la fois de garantir l'indépendance médicale de l'IPPP dans son fonctionnement et d'assurer aux malades des soins médicaux de qualité dans le respect des droits des personnes. Elle ne modifie pas la situation des personnels qui exercent à l'IPPP. Elle fixe les conditions d'un fonctionnement médical indépendant. Sur le plan médical, il est prévu un lien fonctionnel permanent entre l'IPPP et les services concernés de l'AP-HP. Par ailleurs le document indique : « *les parties veillent au respect scrupuleux des règles relatives au respect des droits des personnes malades. Dès que l'état de santé du patient le permet, les parties l'informant de sa situation juridique, de ses droits, garanties et voies de recours dont il dispose et ce, conformément aux dispositions de la loi du 5 juillet 2011.* »

La convention prévoit d'installer un **comité de coordination**, saisi pour avis, en tant que de besoin des questions d'organisation médicale de l'IPPP. Il veille au respect, au sein de l'IPPP des déontologies professionnelles et des pratiques médicales qu'il préconise, s'imposant à tous les personnels amenés à intervenir au sein de l'IPPP [...]. Il se réunit au moins une fois par an. Il comporte notamment cinq membres de l'AP-HP et le médecin-chef, le médecin-chef-adjoint et la cadre supérieure de santé de l'IPPP et deux représentants de la préfecture de police. La première réunion a eu lieu le 20 mars 2017.

Par ailleurs le médecin chef de l'IPPP participe à **la commission de répartition des hospitalisations du centre hospitalier Sainte-Anne**.

manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques dans les formes prévues à l'article L. 3213-1. Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures.

La période d'observation et de soins initiale mentionnée à l'article L. 3211-2-2 prend effet dès l'entrée en vigueur des mesures provisoires prévues au premier alinéa. »

Un **comité d'éthique** composé par quatre professeurs des universités a été mis en place en 2016 par le préfet de police.

Depuis octobre 2018 deux ateliers ont été mis en place pour réfléchir à l'avenir du personnel de l'IPPP. L'un est consacré au personnel médical et le second au personnel soignant.

Sous la direction du préfet de police et des responsables du groupement hospitalier universitaire de Paris (GHU), la réflexion porte notamment sur le rattachement des médecins à ce GHU. Pour mémoire, le GHU rassemble tous les établissements de santé mentale accueillant des patients admis sans leur consentement de Paris (Sainte-Anne, Esquirol, Henri Ey, Maison Blanche et l'association de santé mentale du 13^{ème}).

La prochaine réunion doit se tenir le 2 avril et concernera les deux ateliers. Selon les informations recueillies, une décision devrait être prise d'ici la fin de l'année 2019.

La question qui se poserait serait celle de la validité des certificats rédigés par des médecins du GHU pour des patients admis dans ces établissements du GHU, c'est-à-dire du même établissement hospitalier... et donc la question du sens du maintien de l'IPPP.

RECOMMANDATION 1

Le projet de partenariat entre l'IPPP et le Groupement hospitalier universitaire de Paris doit prendre en compte les exigences de la loi du 5 juillet 2011 en matière d'indépendance des médecins par rapport au lieu d'admission des patients admis sans leur consentement.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le préfet de police précise que « le projet a pour ambition de créer un partenariat entre les deux institutions sans créer un lien entre l'IP et le groupement universitaire de Paris ; aucune disposition de cet accord-cadre ne contreviendra au principe selon lequel le certificat médical d'admission sur la base duquel une décision d'admission en soins psychiatriques peut être prise, ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil du patient ».

4. L'ARRIVEE ET LES CONDITIONS DE PRISES EN CHARGE DES PERSONNES

4.1 LE TRANSPORT VERS L'INFIRMERIE PSYCHIATRIQUE ET L'ARRIVEE DES PERSONNES INTERPELLEES N'APPELLENT PAS D'OBSERVATION

Le véhicule de police amenant la personne à l'IPPP arrive dans la cour intérieure et pénètre dans le sas. Les policiers conduisent la personne jusqu'au 2^{ème} étage en utilisant l'ascenseur.

Les contrôleurs ont pris connaissance de onze procès-verbaux concernant la conduite des personnes à l'IPPP. Trois concernent des femmes et un mineur de 17 ans (né en novembre 2001). Cinq (dont le mineur) des onze personnes avaient été initialement placées en garde à vue respectivement pour vols, grivèlerie de restaurant, appels malveillants réitérés, vol à l'étalage et agression. Toutes ont été conduites aux urgences médico-chirurgicales de l'Hôtel-Dieu à Paris 4^{ème} où un examen de comportement a conclu à « *la présence de troubles mentaux avec danger imminent pour la sûreté des personnes et/ou elle-même, nécessitant un transfert à l'IPPP.* »

Les personnes arrivent à l'IPPP menottées ou non selon la décision de l'équipage qui est fonction du comportement.

Les contrôleurs ont assisté à l'arrivée à 16h30 d'une personne non menottée amenée par trois fonctionnaires en civil de la brigade du réseau ferré (BRF). Il avait été interpellé à 10h20 à la gare de l'Est. La personne a été installée sur l'une des cinq chaises du hall d'accueil. Les policiers ont indiqué qu'ils étaient passés au commissariat du 11^{ème} arrondissement pour obtenir un procès-verbal par un fonctionnaire de police mais qu'aucune garde à vue n'était en cours. Ils se sont ensuite rendus aux urgences médico-chirurgicales de l'Hôtel-Dieu à 14h42 où un examen somatique et psychiatrique a été effectué qui a conclu à la nécessité d'une évaluation à l'IPPP.

L'interne de garde a vérifié la conformité des documents. Les infirmiers présents ont expliqué au patient qu'il allait rester quelque temps dans les locaux ; ensuite il a été conduit dans le déshabilleur où les soignants lui ont expliqué qu'il devait se mettre en pyjama. Cette opération peut se faire derrière un rideau et à l'aide d'un banc en bois. Un WC se trouve à proximité immédiate. Comme il a demandé à uriner, les soignants en ont profité pour lui remettre un gobelet en plastique aux fins d'analyse des urines à la recherche de substances psycho-actives.

M. D a enfilé son pyjama et des surchausses. Il convient de noter qu'aucun protocole n'est prévu dans le cas où le patient est de sexe féminin.

Le patient a été affecté dans une chambre double⁶. Les constantes (tension artérielle, température) ont été prises.

Les policiers ont remis au personnel un sac poubelle contenant les affaires de M. D. Après vérification (téléphone portable, quelques euros), elles ont été placées dans l'un des vingt-quatre casiers individuels situés dans un local contenant également un lave-linge et un sèche-linge. Un inventaire est effectué. La règle en vigueur est de laisser les sommes inférieures à 100 euros en possession du patient afin qu'il ne se trouve pas démuné en cas d'admission ultérieure dans un établissement de santé. Les objets de valeur (argent, cartes bancaires, chèquiers, bijoux) sont placés dans le coffre-fort situé dans le bureau des infirmiers.

Ensuite, il a été immédiatement reçu par l'interne de garde (cf. § 5.2.2).

Lors de l'entretien d'admission, un repas lui a été proposé qu'il a refusé.

⁶ Ultérieurement un second patient sera placé dans cette chambre.

4.2 LES CHAMBRES, REFAITES, NE SONT PAS POUR AUTANT ACCUEILLANTES

La capacité de l'IPPP est de seize lits, répartis en cinq chambres individuelles, quatre chambres à deux lits et une chambre à trois lits. Il est envisagé de transformer cette dernière en une chambre à deux lits et une chambre à un lit.

Conformément à ce qui avait été annoncé lors de la visite d'avril 2018, les sols et les murs de l'ensemble des chambres ont fait l'objet d'une rénovation.

Les contrôleurs ont visité une chambre individuelle.

Pour tout mobilier, elle comporte un lit fixé au milieu de la pièce qui peut recevoir des contentions. Ce lit est doté d'un oreiller et d'un dessus de lit fleuri.

La propreté des murs et du sol accentue le côté « spartiate » de la chambre.

RECOMMANDATION 2

Il serait utile d'équiper les chambres de mobilier supplémentaire tel que « pouf » afin d'augmenter le confort des patients

Dans sa réponse au rapport provisoire, le préfet de police indique que « la possibilité d'un nouvel équipement peut être accueillie favorablement après avoir vérifié que le choix du mobilier est bien adapté aux états dangereux et troubles du comportement (avec risques auto-agressifs) des patients ».

La pièce dispose de trois fenêtres ne s'ouvrant pas, dotées de stores dont la commande est réservée aux professionnels. Il est à noter que les vitres des chambres donnant sur la rue sont opacifiées.

La chambre est pourvue d'une VMC et d'une installation de chauffage/climatisation.

Un bouton d'appel est installé dans chaque chambre. Il déclenche une lumière rouge dans le couloir au-dessus de la porte de la chambre et un signal lumineux (non sonore) dans le bureau des infirmiers.

L'éclairage est assuré par un dispositif inséré dans le mur au-dessus de la porte, dont la commande est située à l'extérieur de la chambre ; celle de la veilleuse est dans la pharmacie.

Aucun point d'eau n'est installé dans la chambre. Il a été rapporté aux contrôleurs que le service immobilier de la préfecture de police allait étudier la faisabilité de l'installation de points d'eau dans les chambres.

RECOMMANDATION 3

Il est nécessaire d'installer des points d'eau dans chaque chambre afin d'améliorer le confort et la dignité des personnes enfermées.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le préfet de police indique qu'une réflexion est déjà en cours avec le service des affaires immobilières de la préfecture de police qui en étudie la faisabilité technique.

Les horloges qui étaient installées lors de la visite de 2009 n'ont pas été remises en place en 2019. De ce fait, les personnes ne disposent d'aucun repère dans le temps.

RECOMMANDATION 4

Il est nécessaire de remettre en place rapidement les horloges afin que les patients puissent disposer de repères dans le temps.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le préfet de police indique que l'installation des horloges dans les couloirs a été réalisée.

4.3 LES LOCAUX ANNEXES SONT FONCTIONNELS

a) Le local d'accueil des familles

Depuis la visite de 2009, la salle d'attente a été transformée en local d'accueil des familles. Il s'agit d'une pièce située dans la partie administrative, équipée de sept chaises fixées au sol, d'une table basse et d'une fontaine à eau. Des dépliants relatifs aux troubles mentaux sont à disposition des familles ainsi que des toilettes.

b) Le local d'entretien avec l'avocat

Le local d'entretien avec l'avocat est accessible en passant par la pièce réservée aux familles (voir *supra*). Il s'agit d'une pièce dotée d'un bureau, d'un fauteuil et de chaises. La charte d'accueil et de prise en charge des personnes conduites à l'IPPP est affichée mais pas le tableau de l'ordre des avocats du barreau de Paris. Une paroi vitrée donne sur le couloir de l'aile administrative permettant la surveillance ; elle peut être occultée par un store assurant ainsi la confidentialité des échanges.

4.4 L'HYGIENE EST CORRECTEMENT ASSUREE MAIS TOUTES LES PERSONNES ADMISES NE PRENNENT PAS DE DOUCHE

Un local sanitaire, comportant deux WC (hommes et femmes), un lavabo et une douche, est installé dans la partie hébergement. Les WC ne comportent pas de verrou ; ils disposent de papier hygiénique et d'une rampe ; un détartrage serait utile. La douche à l'italienne est dotée d'un rideau, de deux patères et d'un banc. L'intensité du jet (très fort) et la température ne sont pas réglables par l'utilisateur. Dans la pièce une armoire contient des peignoirs de bain, des brosses à dent avec dentifrice et des pyjamas dont il a été rapporté que les grandes tailles manquaient.

RECOMMANDATION 5

Il est indispensable d'avoir en stock des pyjamas de toutes les tailles. Cette observation avait déjà été faite lors de la visite de 2009.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le préfet de police indique que l'ensemble des tailles de pyjamas est dans la dotation de l'infirmerie psychiatrique ; le modèle adapté aux grandes tailles était en rupture de stock mais ce point a été corrigé.

Une seconde armoire contient un stock de couvertures sous blister.

L'ensemble, refait récemment, est dans un bon état de propreté.

Au bout du couloir de la zone d'hébergement, au sein de la lingerie, il a été constitué un stock de vêtements de dépannage pour les hommes et pour les femmes, alimenté par les dons des professionnels. Il comprend des pull-overs, des pantalons, des tee-shirts, etc.

En face de la zone d'accueil, est installé un second local sanitaire comportant une baignoire. Lors de la phase d'accueil (cf. § 4.1) et du déshabillage, il est proposé à l'arrivant de prendre un bain ou seulement un bain de pieds avant de revêtir un pyjama et les surchausses.

RECOMMANDATION 6

Il serait utile de remplacer les surchausses par des mules à usage unique afin de respecter la dignité des patients.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le préfet de police indique qu'une commande de mules a été passée.

Dans un local attenant sont installés vingt-quatre casiers individuels où sont rangés les vêtements et les affaires des personnes admises ainsi qu'un lave-linge et un sèche-linge. Il n'est pas rare que les personnes acceptent que leurs affaires soient lavées et séchées durant leur séjour à l'IPPP.

Le 21 mars 2019, sur sept personnes présentes le matin à l'IPPP, seules quatre avaient pris une douche.

4.5 L'ALIMENTATION EST CORRECTE MAIS NE PREVOIT PAS DE MENU MEDICAL

Toute l'alimentation provient du centre hospitalier Sainte-Anne grâce à une convention passée entre les deux structures.

Le petit déjeuner est servi entre 8h et 10h30. Il comporte une boisson chaude (café, thé ou chocolat), de la confiture en portions individuelles et du beurre servi à partir d'un paquet de 250 g découpé pour chaque personne. Soixante-dix petits pains individuels sont livrés pour la journée à 7h30.

Les repas principaux sont livrés à 10h. Les barquettes sont entreposées dans une armoire réfrigérante puis assemblées sur un plateau repas pour chaque personne qui prend son repas dans sa chambre. Le déjeuner est servi vers 12h, le dîner vers 19h. Aucune boisson chaude (tisane) n'est servie le soir.

Les commandes sont effectuées à 7h en fonction du nombre de personnes présentes à ce moment-là. A titre d'exemple, le 21 mars 2019, l'équipe de nuit a commandé neuf repas en prenant en compte la présence de sept personnes. Il a été rapporté aux contrôleurs qu'étaient toujours commandés deux repas « sans porc », ce qui n'a pas eu de conséquence ce jour-là étant donné le menu proposé.

A l'exception des repas « sans porc », aucun régime médical n'est mis en œuvre, notamment diabétique. Dans ce cas, les infirmiers « bricolent » avec le repas proposé en retirant les aliments sucrés et en proposant un fruit.

RECOMMANDATION 7

Il est indispensable que des régimes diabétiques soient fournis aux personnes présentant cette pathologie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le préfet de police indique que « l'IP va, dans le cadre de la convention qui la lie avec le centre hospitalier Sainte-Anne pour la fourniture des repas, s'équiper

d'une dotation spécifique de plats longue conservation afin de disposer d'un stock de menus sans apport de sucres en toutes circonstances ».

Le jour de la visite, le 21 mars 2019, le déjeuner comprenait une salade orientale, de la dinde avec des brocolis, une portion de camembert et une poire. Pour le dîner, étaient prévus des carottes râpées, des crêpes aux champignons, une portion de fromage et des pruneaux.

Il existe des repas pour des personnes qui arriveraient en dehors de l'effectif prévu.

Les menus ne sont pas affichés.

4.6 L'ABSENCE D'ACCES AU TABAC CREE DES DIFFICULTES

Le tabac n'est pas autorisé pour les personnes prises en charge à l'IPPP.

Des substituts nicotiques peuvent être proposés.

De l'avis de plusieurs professionnels rencontrés par les contrôleurs, il s'agit d'une problématique difficile pour beaucoup de personnes prises en charge, d'autant que l'inactivité renforce l'envie de fumer pour les personnes dépendantes.

RECOMMANDATION 8

Il est indispensable de réfléchir à l'accès au tabac pour les personnes séjournant à l'infirmerie.

4.7 AUCUNE ACTIVITE N'EST PROPOSEE AUX PERSONNES PRISES EN CHARGE

Aucune activité n'est proposée aux personnes prises en charge.

Il a été rapporté aux contrôleurs que parfois certains surveillants donnaient des journaux gratuits, type « 20 minutes ».

Il est prévu d'aménager, dans le cadre des travaux de l'espace d'hébergement, un lieu de convivialité dans l'actuel local d'entretien des agents techniques pour les personnes dont l'état clinique en permettra l'accès.

4.8 LES SOINS REPOSENT SUR L'INTERNE OU LE MEDECIN DE GARDE

La prise en charge repose essentiellement sur l'interne de garde ou le médecin de garde, présent de 13h au lendemain à 13h. C'est lui qui fait l'admission puis qui reverra le patient dans la journée, décidera d'une éventuelle contention (cf. § 5.3), effectuera une contre-visite à 22h. Tous les entretiens se font en présence au minimum d'un infirmier et d'un surveillant, porte du cabinet de consultation ouverte. La contre-visite de 22h se fait avec deux infirmiers et deux surveillants. Comme tous les patients sont passés par un service d'urgence (notamment l'Hôtel-Dieu), aucun examen somatique n'est pratiqué à l'arrivée à l'IPPP.

En revanche, à l'accueil, l'interne de garde doit s'assurer qu'aucun problème somatique ne constitue une contre-indication à l'admission à l'IPPP. A titre d'exemple, un patient n'a pas été admis car il avait subi une anesthésie générale et son état nécessitait encore une surveillance sous scope, impossible à mettre en œuvre sur place ; il a donc été renvoyé à l'hôpital qui l'avait soigné auparavant. Il a été admis ultérieurement dans un établissement hospitalier en soins psychiatriques pour péril imminent (SPPI) sans passage par l'IPPP.

Durant leur séjour les patients restent dans leurs chambres en pyjama. Lors de leurs sorties pour se rendre aux toilettes ou à la douche, ils sont systématiquement accompagnés par un infirmier et un surveillant.

4.9 LES MEDICAMENTS SONT ESSENTIELLEMENT PRESCRITS SOUS FORME DE GOUTTES

Il existe une convention pour la pharmacie avec le centre hospitalier Sainte-Anne tant pour le personnel que pour les médicaments. Un praticien hospitalier vient à l'IP tous les deux mois et davantage en tant que de besoin et un interne en pharmacie se rend deux fois par mois dans les locaux pour vérifier le local de la pharmacie, les conditions de stockage des médicaments et leur date de péremption.

Lors de l'admission d'un patient en cas de médicament manquant sur la prescription de l'interne, il est fait appel à la pharmacie de Sainte-Anne 24h/24 pour vérifier la disponibilité du médicament. Un infirmier se rend à pied (5mn) à la pharmacie pour récupérer ce traitement (somatique ou psychiatrique). Il en va de même pour les traitements de substitution aux opiacés pour lesquels il n'existe aucun stock même si un coffre pour les toxiques est installé dans l'armoire.

La grande majorité des traitements est prescrite sous forme de gouttes. L'infirmier les prépare pour chaque patient dans un gobelet en plastique et lui remet dans sa chambre en présence d'un surveillant. Le patient n'a pas connaissance du nom du médicament qui lui a été administré. « *C'est pour vous détendre* ». Il a été rapporté que, de manière générale, cela se passe bien avec le patient et que, si besoin, du temps est pris pour « *négozier* » la prise du traitement ».

Selon une étude réalisée par le médecin chef de l'IPPP, 70 % des traitements sont pris *per os*, 10 % par voie injectable et 20 % des traitements prescrits ne sont pas distribués.

Aucun prélèvement biologique n'est effectué au sein de l'infirmerie puisqu'aucun bilan biologique n'est prescrit.

5. ACTUALISATION DES CONSTATS - LE RESPECT DES DROITS DES PERSONNES ACCUEILLIES

5.1 LEURS DROITS NE SONT PAS CONNUS PAR LES PERSONNES ADMISES ET DONC PAS RESPECTES

5.1.1 La charte d'accueil

La « *charte d'accueil et de prise en charge des personnes conduites à l'infirmerie psychiatrique près la préfecture de police (IPPP)* » est un document de dix pages. En introduction, il est précisé qu'il leur est remis systématiquement dès leur arrivée dans le service si leur état le permet et que cette remise est attestée et tracée (cf. § 6.4).

Après avoir présenté l'accueil et la durée du séjour (n'excédant pas 48h), la charte évoque le diagnostic et la prise en charge, notamment la rédaction des certificats sans jamais faire référence aux différents modes d'admissions en soins psychiatriques sans consentement. L'information initiale de la personne admise et de sa famille est évoquée sans préciser le droit de visite et les conditions de celles-ci. Le chapitre concernant « *les libertés de la personne admise et leurs limites* » donne les adresses des autorités concernées (cf. § 5.1.6) et indique que la personne peut prendre contact avec un médecin ou un avocat de son choix, consulter le règlement intérieur, émettre du courrier, pratiquer l'activité religieuse ou philosophique de son choix. Ensuite un chapitre est consacré au « *respect de la personne et son intégrité physique et psychologique* (respect de la dignité, exigence de rigueur, de sang-froid et de professionnalisme puis au *respect de la vie privée et de la confidentialité* et un autre à *l'accès aux informations contenues dans les dossiers administratifs et médicaux*. Les différentes voies de recours sont citées (cf. § 5.1.6).

Le document se termine par l'indication de la tenue de registres « *pour permettre de contrôler les conditions dans lesquelles est garanti l'exercice des droits et liberté des personnes qui sont conduites à l'IPPP* » : registre mentionnant les droits qu'elles ont demandé d'exercer et registre permettant aux personnes admises de noter leurs réclamations et leurs observations ainsi que celles de leurs proches (cf. §.6.4 et 6.5).

La loi de 2011 n'est jamais évoquée dans l'ensemble du document.

5.1.2 Le règlement intérieur

Le règlement intérieur en vigueur au jour de la visite est un document daté du 19 mars 2016. Il aborde successivement :

- la définition et le rôle de l'infirmerie psychiatrique ;
- les autorités responsables ;
- les conditions d'admission des personnes présumées malades ;
- les limites de la compétence de l'IPPP ;
- l'accueil et le séjour des personnes admises à l'infirmerie psychiatrique ;
- les droits de la personne accueillie ;
- l'organisation et le fonctionnement de l'infirmerie psychiatrique ;
- l'organisation des relations de l'infirmerie psychiatrique avec les autres services.

La charte d'accueil prévoit que les personnes conduites à l'IPPP peuvent « consulter le règlement intérieur de l'infirmerie psychiatrique et recevoir les explications qui s'y rapportent ». Le document n'est affiché dans aucun lieu de la structure.

5.1.3 Le droit de communiquer

La charte d'accueil indique que les personnes conduites à l'infirmierie psychiatrique peuvent « **prendre contact dès leur admission et rencontrer un médecin ou un avocat de leur choix**⁷. L'infirmierie psychiatrique s'attachera à respecter la confidentialité des visites. Les contacts avec les familles pourront être différés dans le temps strictement nécessaire en raison de réserves médicales décidées dans l'intérêt de la personne admise. Le médecin l'informerá des raisons de cette mesure qui seront consignées et tracées dans le dossier médical ».

En pratique, ce droit n'est pas évoqué lors de l'entretien d'accueil. S'agissant du droit de communiquer avec la **famille**, il semble qu'il y ait une confusion avec la situation de la personne gardée à vue qui, en fonction de l'enquête, devrait se voir interdire de communiquer avec un proche... En fait la garde à vue est levée durant le séjour de la personne à l'IPPP ; de plus, les droits en garde à vue prévoient maintenant la possibilité de s'entretenir avec un proche (selon des modalités toutefois fixées par l'officier de police judiciaire). La question ne se pose donc pas.

Pour ce qui est du droit de communiquer avec un **médecin**, par anticipation, celui-ci ne serait pas en mesure de se déplacer, faute de temps. S'agissant de l'avocat, cf. *infra*, § 5.1.4.

5.1.4 Le droit d'assurer sa défense

Le droit de communiquer avec un avocat n'est pas non plus évoqué lors de l'entretien d'accueil.

Le tableau de l'ordre des avocats du barreau de Paris n'est pas affiché dans les locaux.

Il a été indiqué aux contrôleurs que « les avocats ne se déplaçaient jamais mais pouvaient être joints par téléphone ».

Il existe un bureau pour les entretiens avec les avocats ou l'assistante sociale du bureau des actions de santé mentale. (cf. 4.3.b).

5.1.5 Le droit d'avoir des informations sur sa situation administrative

Dès l'arrivée dans les locaux, la personne est informée des motifs de son admission et du déroulement de son séjour. Par la suite, elle pourra s'entretenir avec l'interne de garde puis sa situation administrative sera décidée par le médecin certificateur (cf. § 5.2.3).

5.1.6 Les droits de recours

La charte d'accueil précise que les personnes admises peuvent **communiquer avec les autorités** suivantes avec leurs adresses :

- préfet de police ;
- directeur des transports et de la protection du public ;
- directeur général de l'agence régionale de santé ;
- président du tribunal de grande instance ;
- maire de Paris ;
- procureur de la République près le tribunal de grande instance de Paris.

La personne peut également **saisir les autorités** suivantes (avec leurs adresses) :

- juge des libertés et de la détention près le tribunal de grande instance de Paris ;

⁷ Les caractères en gras sont dans le texte de la charte.

- commission départementale des soins psychiatriques ;
- Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Il a été indiqué aux contrôleurs que papier, enveloppe, stylo étaient remis à la personne qui souhaitait rédiger un courrier.

RECOMMANDATION 9

Les droits des personnes admises doivent être clairement énoncés lors de l'entretien d'accueil.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le préfet de police indique que « la charte d'accueil sera actualisée, l'affichage du règlement intérieur et du tableau de l'ordre des avocats sera réalisé. Par ailleurs, il sera rappelé aux internes et médecins de garde réalisant l'entretien d'accueil des patients qu'ils doivent énoncer clairement et dans le détail, les différents modes d'admission en soins psychiatriques sans consentement, ainsi que le droit de visite – et les conditions de celle-ci – ouvert à chaque patient ».

5.2 LES EXAMENS MEDICAUX SCANDENT LE SEJOUR

5.2.1 La « fiche d'accueil et de soins des personnes conduites à l'IPPP »,

La *fiche d'accueil et de soins des personnes conduites à l'IPPP* est remplie dès l'arrivée par les infirmiers qui ont accueilli la personne ; elle est destinée au dossier médical.

Ce document comporte un numéro d'entrée, la date et l'heure, le nom, le prénom, la date et le lieu de naissance, l'adresse de la personne concernée, ses antécédents (connue de l'IPPP, du CPOA⁸, du secteur) le motif d'envoi, les noms des infirmiers et celui de l'interne.

Viennent ensuite des données actuelles, les constantes puis à cocher (oui/non) : résultat de l'alcootest, douche, chambre seule, linge lavé, contention, famille prévenue, viendra à l'IPPP et enfin la décision : HO⁹, HDT, HL, sortie, repris CP, le diagnostic de sortie et le traitement.

Sur la deuxième page figurent les observations du personnel infirmier et sur la dernière page les **traitements** prescrits, l'éventuelle **contention** avec l'heure de début et de fin avec la signature de l'infirmier et le nom et la signature du médecin et les recherches de toxiques urinaires.

Les contrôleurs ont examiné cinq fiches d'accueil (février 2018 et avril 2018). Elles ont constaté que, pour deux des cinq patients, la case douche était cochée « non », rien n'était indiqué sur les trois autres à ce sujet. Les constantes avaient été relevées pour tous les patients ainsi que la décision (deux SDRE, un SDT, deux sorties) et le traitement prescrit. Un des cinq patients était connu de l'IP, pour les autres, rien n'était coché sur les antécédents.

Lorsque l'interne a besoin d'un interprète, il est fait appel à la liste de la cour d'appel de Paris. Dans de rares cas, c'est l'interprète qui a assisté la personne durant la garde à vue qui sera sollicité pour les entretiens médicaux à l'IPPP. Les interprètes sont rémunérés par la préfecture de police. Contrairement aux services de soins, il n'est pas fait appel aux services d'*ISM, interservices migrants*.

⁸ CPOA : centre psychiatrique d'orientation et d'accueil situé au sein de l'hôpital Sainte-Anne, rue Cabanis.

⁹ Le document conserve les anciennes dénominations : HO : hospitalisation d'office, actuellement soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat ; HDT : hospitalisation sur demande d'un tiers=SDT : soins sur demande d'un tiers ; HL : hospitalisation libre=soins libres ; CP : commissariat de police.

5.2.2 Entretien d'admission

Après les formalités d'admission, la personne est reçue en entretien par le médecin de garde (interne ou médecin). Cet entretien a lieu dans le bureau du médecin de garde, porte ouverte, en présence d'un infirmier et d'un surveillant. Il a pour objectifs de réaliser un examen clinique du patient mais aussi de recueillir le maximum d'informations sur les antécédents du patient (suivis en centre médico-psychologique ou hospitalisations), sur les liens familiaux.

Il s'agit d'établir une fiche d'observation à l'attention du médecin certificateur mais aussi d'obtenir des renseignements pour éventuellement pouvoir joindre un tiers. Le médecin a toutes les facilités pour joindre les familles ou les proches y compris à l'étranger ou pour prendre contact avec les ambassades ou les services consulaires. Il prend contact avec les centres médico-psychologiques et les services où le patient a été hospitalisé pour obtenir les renseignements sur la durée des suivis et des hospitalisations, les traitements prescrits, les coordonnées des proches.

Il doit prévenir la personne admise de ses droits concernant la possibilité de prévenir un proche et de prendre contact avec un avocat ou un médecin.

Il a été rapporté aux contrôleurs le cas relativement fréquent d'étudiants américains en décompensation psychiatrique pour lesquels les familles étaient contactées aux Etats-Unis ; celles-ci effectuaient souvent le voyage jusqu'à Paris pour venir prendre en charge leur enfant et le ramener à leur domicile. Cette situation nécessite alors le maintien du patient dans les locaux de l'IPPP durant 48 heures pour laisser le temps aux parents d'arriver (cf. §.5 4)

Les contrôleurs ont pu assister à l'entretien d'admission d'une personne de 29 ans arrivée à l'IPPP à 16h30.

L'entretien s'est déroulé en présence d'un infirmier et d'un surveillant dans le bureau de l'interne de garde, porte ouverte, deux surveillants se tenant dans le couloir.

Le patient a évoqué un suivi psychiatrique durant ses incarcérations à la maison d'arrêt de Villepinte (Seine-Saint-Denis) de 2011 à 2015 puis en 2016 et un suivi épisodique au centre psychiatrique Henri Ey à Paris 13^{ème} en 2015.

Sa situation familiale a paru complexe : il a évoqué un contrôle judiciaire lui interdisant de prendre contact avec sa mère domiciliée à Paris 19^{ème} alors qu'il annonçait un domicile à cette adresse. Il n'a pas donné de coordonnées permettant de joindre un membre de sa famille. « *Je veux bien prévenir ma mère si elle peut me faire sortir d'ici* ».

Il a dit n'avoir ni frère ni sœur puis a évoqué un rendez-vous avec son frère militaire à la gare de l'Est, lieu de son interpellation.

Malgré les difficultés de cet entretien, le patient était calme et a accepté avec réticence son hospitalisation, même s'il a refusé de prendre un repas.

L'analyse d'urine effectuée lors de son arrivée a mis en évidence la présence de tetrahydrocannabinol (THC).

A la suite de cet entretien, un traitement en gouttes a été prescrit et accepté par le patient.

Des informations ont été recherchées auprès du bureau des actions de santé mentale : il en ressort que le patient a été admis en soins psychiatriques pour péril imminent (SPPI) au centre hospitalier Henri Ey à Paris 13^{ème} du 5 au 17 juin 2015.

L'interne a téléphoné au CH Henri Ey. Le service a fourni les coordonnées de la mère qui n'a pas pris contact avec l'IPPP, malgré plusieurs messages laissés sur son répondeur téléphonique.

Aucun document n'a été laissé au patient qui n'a pas non plus été informé de sa situation au plan juridique ni de ses droits et de ses voies de recours : la possibilité de contacter un avocat n'a pas été évoquée lors de cet entretien.

5.2.3 Entretien avec le médecin certificateur

Les médecins qui établissent les certificats sont au nombre de quatre auxquels il faut ajouter le médecin-chef et le médecin-chef adjoint¹⁰.

Deux médecins certificateurs¹¹ sont présents de 8h à 14h, un seul le dimanche.

Depuis la visite du CGLPL en 2009, il a été mis en place une « astreinte de médecin certificateur » effectuée par semaine par chacun des cinq médecins (quatre certificateurs et le médecin-chef adjoint).

Il semble que la vocation essentielle de cette astreinte réside à améliorer la situation des lits en cas de saturation de la capacité¹², comme le met en évidence le logigramme contenu dans le document intitulé « *entretien de gestion année 2017* ». Il est apparu que dans de très rares cas, notamment d'erreurs sur la personne admise, le psychiatre d'astreinte pouvait se déplacer pour effectuer une sortie.

Par conséquent, la personne admise dans l'après-midi doit forcément passer la nuit dans les locaux de l'IPPP pour attendre l'entretien avec le médecin certificateur le lendemain matin.

RECOMMANDATION 10

Comme cela avait déjà été souligné dans le rapport de visite de 2009, il faut revoir l'organisation de la présence médicale afin qu'une personne ne soit pas privée de liberté, pour la seule raison que le médecin certificateur n'est pas présent. La création de l'astreinte médicale ne répond pas à cette problématique.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le préfet de police indique l'astreinte opérationnelle peut tout à fait répondre à la problématique évoquée. Les contrôleurs maintiennent leur position.

Le médecin certificateur dispose de l'ensemble du dossier d'admission (procès-verbal d'interpellation, procès-verbal de garde à vue, le cas échéant, compte-rendu du passage à de l'UMJ ou de l'UMC de l'Hôtel-Dieu), de la fiche d'observation remplie par l'interne. Il effectue un entretien pour faire un diagnostic et prendre une décision d'orientation.

Les contrôleurs ont assisté à l'entretien avec le médecin certificateur pour le patient admis la veille à 16h30.

L'entretien a eu lieu en présence de l'interne, du chef d'équipe, d'un surveillant dans le bureau du médecin certificateur.

¹⁰ Il existe une liste de médecins certificateurs aux fins de remplacement.

¹¹ Deux médecins certificateurs pour éviter que le médecin certificateur qui exerce une activité professionnelle en plus de celle de l'IPPP rédige un certificat d'admission pour l'établissement hospitalier où il travaille.

¹² En 2017, il y a eu huit pré-alertes de saturation et sept fermetures temporaires. La durée moyenne de fermeture a été de 8h45.

Le patient a évoqué sa situation familiale et personnelle. Des éléments cliniques délirants ont permis au psychiatre de décider une hospitalisation. En l'absence de tiers, il a décidé une admission en SPPI au CH Henri Ey, où le patient avait déjà été hospitalisé.

A la suite de l'entretien, le médecin rédige son certificat, le transmet au secrétariat qui le dactylographie et le remet au médecin afin qu'il le signe. Le dossier est finalisé.

Le chef d'équipe des infirmiers prend attache avec le centre hospitalier Henri Ey pour qu'il admette le patient.

Dans le cas où l'hôpital n'aurait pas de lit, c'est l'administration de l'hôpital qui a la responsabilité de trouver un lit et non l'IPPP.

5.3 LA CONTENTION S'EFFECTUE DANS LA CHAMBRE DU PATIENT SELON UN PROTOCOLE

La contention est décidée par le médecin ou l'interne de garde présent 24h/24.

En l'absence de chambre d'isolement, elle s'effectue dans la chambre du patient.

Il existe un protocole de contention daté du 21 août 2014. Il a été indiqué qu'un nouveau protocole était en cours de rédaction.¹³

Celui-ci évoque comme indications de la contention : « un état d'agitation, un passage à l'acte auto ou hétéro-agressif, une menace ou un danger évalués et validés collégialement ou une demande du patient. En urgence, une mise en contention peut être réalisée sur l'initiative de l'équipe soignante. Cette contention devra systématiquement être validée sous forme d'une prescription a posteriori dans les plus brefs délais ».

La surveillance est effectuée au minimum toutes les heures. La visite médicale d'un patient sous contention physique doit intervenir au minimum dans un délai inférieur à 12h.

Les éléments de la surveillance de la contention¹⁴ sont retranscrits sur la feuille d'observation et le registre dédié (cf. § 6.3). Aucun médecin généraliste ne participe à la surveillance des patients sous contention. Au-delà d'un délai de 3 heures (durée standard nécessaire à la sédation chimique), le bénéfice/risque de la contention doit être interrogé. Au-delà de 24h, la mise en place d'un traitement anticoagulant doit être interrogée.

5.4 PRES DE LA MOITIE DES PERSONNES ENTRES A L'INFIRMERIE PSYCHIATRIQUE EN SORTENT SANS MESURE D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

Comme il a été dit *supra* c'est le médecin certificateur qui prend la décision d'orientation.

Dans un premier temps une décision d'« ajournement » peut être prise : le séjour à l'IPPP va être prolongé jusqu'à 48 heures. Ceci peut arriver dans plusieurs cas :

- lorsque le patient a pris des toxiques psychodysléptiques (notamment, crack, LSD) et que le médecin souhaite voir le tableau clinique après l'élimination de ceux-ci ;

¹³ Lors de la visite de mars 2019, le nouveau protocole n'était toujours pas mis en œuvre ; il s'agissait d'attendre l'installation des nouvelles sangles de contention à adapter sur les nouveaux lits installés dans les chambres après leur réfection.

¹⁴ Eléments de la surveillance : constantes (température, pouls, tension), saturation ou fréquence respiratoire sur prescription médicale ; hydratation, alimentation, élimination ; hygiène ; état psychique, dispositif de contention.

- lorsque la famille se déplace de province voire de l'étranger pour venir signer une admission pour soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou pour ramener son proche dans un pays étranger ;
- pour les personnes admises sous X : il faut parfois du temps à partir de la prise des empreintes pour récupérer l'identité de la personne ;
- lors des fugues de patients admis sans leur consentement : dans ce cas c'est l'hôpital où était accueilli le patient qui doit venir le rechercher que ce soit de Paris ou de province ; la mise en œuvre de ce transfert peut prendre du temps ; l'IP demande à l'administration du CH un engagement de reprise du patient sous 48 heures.

Au cours des trois dernières années, le taux d'ajournement a augmenté, passant de 7,6 % des admissions en 2016 à 8,9 % en 2017 et atteignant 9,2 % en 2018.

A l'issue du séjour du patient, le médecin certificateur a plusieurs options possibles : soit une hospitalisation en soins psychiatriques sans consentement, soit une hospitalisation en soins libres, soit une sortie (mais parfois avec une reprise de la garde à vue par le commissariat d'où la personne provenait).

Il convient de remarquer une très forte proportion de patients non hospitalisés à l'issue de leur passage à l'IPPP, même si ce taux baisse : 45,77 % en 2016, 43,64 % en 2017 et 40,31 % en 2018. C'est pour ceux-là que se pose la question de l'utilité de la présence d'un médecin certificateur au-delà de la durée actuelle (8h-13h) afin d'écourter la durée de séjour à l'IPPP et ainsi d'éviter notamment d'y passer la nuit.

Parmi les personnes hospitalisées, celles admises en SPDRE sont les plus nombreuses et leur proportion a augmenté au cours des trois dernières années : 30,77 % en 2016, 30,82 % en 2017 et 37,49 % en 2018.

Il convient également de noter le nombre élevé de patients en soins psychiatriques pour péril imminent (SPPI) (à l'instar de ce que les contrôleurs observent dans les établissements de santé), même s'il est proportionnellement en baisse au cours des trois dernières années (16,61 % des personnes arrivées à l'IPPP en 2016, 15,99 % en 2017 et 13,45 % en 2018). Ces taux sont nettement supérieurs à ceux des personnes admises en SPDT à la sortie de l'IPPP (4,94 % en 2016, 3,58 % en 2017 et 3,43 % en 2018).

Il a été indiqué aux contrôleurs que, lorsque le patient sort librement mais que son état était directement lié à une prise de toxiques, il lui était remis les coordonnées du centre de soins, de prévention et d'accompagnement en addictologie de La Terrasse situé à Paris 18^{ème} qui reçoit des patients de tous les arrondissements de Paris.

L'infirmierie assure le transfert des patients vers les lieux d'hospitalisation. Ils sont accompagnés 24 heures sur 24 par une équipe composée d'un infirmier et d'un surveillant dans un véhicule¹⁵ conduit par un adjoint de sécurité (ADS).

Le patient part dans son service d'hospitalisation avec une note de synthèse décrivant toutes les démarches entreprises durant le séjour à l'IPPP, le traitement reçu et le certificat d'admission qui comporte les symptômes justifiant l'hospitalisation.

¹⁵ Lors de la visite du 21 mars 2018, l'IP disposait d'un véhicule pour les transferts de patients et un autre était en cours d'aménagement chez un carrossier.

6. ACTUALISATION DES CONSTATS – LES REGISTRES ET LES CONTROLES

6.1 LE REGISTRE D'ADMISSION DU POLE ADMINISTRATIF PERMET DE TRACER AVEC PRECISION LE SEJOUR DES PERSONNES CONDUITES A L'INFIRMERIE PSYCHIATRIQUE

Ce document tenu par les agents du pôle administratif sert à enregistrer les personnes admises à l'IPPP et à suivre leur parcours jusqu'à leur sortie. Leur identité ainsi que le jour et l'heure d'arrivée, leur provenance (avec ou sans garde à vue), l'horaire de la consultation et de la remise du certificat du médecin certificateur puis la date et l'heure de sortie ainsi que les modalités de cette sortie (avec ou sans mesure d'admission en soins psychiatriques sans consentement, ainsi que, éventuellement, le lieu de d'hospitalisation).

Depuis le 1^{er} janvier 2019, 447 entrées étaient ainsi tracées. Les contrôleurs ont examiné les 112 mesures prises entre le 1^{er} et le 21 mars 2019. Ils ont ainsi noté que 88,4 % des personnes concernées étaient sorties de l'infirmerie psychiatrique moins de 24 heures après leur entrée et que les trois quarts l'avaient quitté sans qu'une mesure de soins sans consentement n'ait été prononcée. Parmi ces dernières personnes, toutefois, deux tiers étaient retournées dans le commissariat de police d'où elles provenaient pour une reprise de leur garde à vue. Parmi celles admises en soins psychiatriques sans consentement, la moitié l'était en SPDRE et l'autre moitié en SPPI ; aucune ne l'avait été en SPDT.

Ce registre est bien tenu.

6.2 LE REGISTRE DES ADMISSIONS ET DES SORTIES DU BUREAU DES INFIRMIERS EST PLUS SUCCINCT QUE CELUI DU POLE ADMINISTRATIF MAIS EST BIEN TENU

Ce registre, tenu par les infirmiers, est conservé dans leur bureau et est renseigné par eux.

Il comporte le nom et le prénom de la personne admise, le commissariat d'où elle provient, l'heure d'arrivée, le nom du médecin de garde, celui du médecin certificateur et la décision prise.

La colonne « départ » indique le nom et le prénom de la personne prévenue, le service d'accueil, le nom des accompagnateurs et celui de l'adjoint de sécurité, la date et l'heure du départ et celles du retour.

Lors de la visite effectuée en avril 2018, le registre en cours avait été ouvert le 18 mars 2018. Lors de la visite du 21 mars 2019, il était ouvert depuis le 20 novembre 2018. Ils étaient bien tenus.

6.3 LE REGISTRE DE CONTENTION NE PERMET PAS D'ANALYSER LE RECOURS A CETTE MESURE DE PRIVATION DE LIBERTE

Les contrôleurs ont examiné le registre de « *surveillance infirmière pour les patients mis en contentions* » qui se trouve dans le bureau des infirmiers. Il a été ouvert le 10 juillet 2017. Une page est ouverte pour chaque patient faisant l'objet d'une mesure. Ce registre n'est ni coté, ni paraphé. Aucun visa de contrôle n'a été relevé sur le registre.

Il comprend les items suivants :

- nom, prénom, date, motif, visa de l'interne, heure de début ;
- tension artérielle, température, pouls, hydratation, alimentation, toilette, traitement, entretien médical.

Il convient de noter que l'heure de fin de la mesure ne figure pas dans le tableau et que celle-ci est indiquée (quand elle figure) sous forme d'une flèche↕.

Sur 156 admissions, en janvier 2018, on note, 40 mesures de contention (33,89 %), 30 en février pour 118 admissions (25,42 %), 43 en mars pour 159 admissions (27 %) et 15 jusqu'au 10 avril sur 43 admissions (34,88 %).

Les contrôleurs ont plus particulièrement étudié les quinze mesures du mois d'avril 2018.

Sur ces quinze mesures, il s'agit essentiellement d'hommes (treize hommes, une femme, une identité non précisée) :

- onze indiquaient l'heure de début et de fin de la mesure ;
- deux avaient duré respectivement 25 et 30 minutes ;
- pour les autres les durées s'échelonnent entre 2h40 et 16h25 ;
- pour trois mesures (dont l'une a duré 30 minutes), il est noté l'hydratation du patient ;
- l'entretien médical est souvent noté ainsi que l'administration d'un traitement ;
- en revanche, aucun élément de surveillance n'est indiqué y compris lors des contentions de longue durée ;
- les motifs de la contention sont systématiquement indiqués : « tendu, menaçant », opposant, sthénique », opposant à l'admission », « risque de passage à l'acte », « agitation, opposant », « opposant, tendu », « imprévisibilité, désorganisé ».

Il apparaît que le recours à la contention est fréquent et pour des motifs peu clairs (« imprévisibilité, désorganisé »).

Il a été précisé aux contrôleurs que les éléments de la surveillance figuraient non pas dans le registre de contention mais dans le dossier infirmier du patient.

Les contrôleurs ont à nouveau examiné le registre lors de leur visite en mars 2019. Celui en cours a été ouvert le 28 juin 2018. Depuis le 1^{er} janvier 2019, on note trente-quatre mesures de contention en janvier, quarante et un en février et vingt-neuf entre le 1^{er} et le 20 mars.

Les **motifs** demeurent les mêmes que ceux relevés en avril 2018 : « opposition », sténicité », « agitation », mais aussi de manière plus surprenante : « imprévisible » ou « vocifère », « tendu », « agitation modérée ».

Sur les vingt-neuf mesures de mars 2019, on note la présence de cinq femmes.

Le registre est mal renseigné dans cinq cas (omission de l'heure de début ou de fin de la mesure) ; il est mal renseigné sur les actes se déroulant durant la mesure, notamment sur la surveillance du patient.

Les durées de la contention sont variables allant de 20mn à 17h20 et 19h30 dans deux cas

RECOMMANDATION 11

Il est indispensable de tenir correctement le registre de contention afin qu'il puisse servir à analyser les pratiques tel que le prescrit l'article L3222-5-1 du code de la santé publique.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le préfet de police indique que « le recours à la contention fait l'objet d'une analyse par la direction médicale de l'IP en référence aux recommandations de février 2017 de la Haute autorité de santé ».

6.4 LE REGISTRE DES DROITS DES PATIENTS NE PERMET PAS DE CONNAITRE LES SUITES DONNEES NI LES RAISONS DES NON REMISES DE LA CHARTE D'ACCUEIL

Ce registre a été ouvert le 18 septembre 2017. Il contient, sous forme de tableau, les items suivants :

- nom, prénom, date ;
- charte remise, non remise ;
- règlement intérieur remis, non remis ;
- avocat, demande, contact, visite ;
- famille, proches, demande, contact, visite ;
- médecin traitant, demande, contact ;
- CDHP¹⁶, demande, contact ;
- TGI, demande, contact ;
- CGLPL, demande, contact.

Le 21 mars 2019, 86 des 447 personnes entrées depuis le 1^{er} janvier n'avaient pas reçu la charte d'accueil (soit 19,2 %). Dans quelques cas seulement, une explication est portée en bout de ligne.

Depuis l'ouverture de ce registre, seuls quatre patients ont formulé une demande :

- le 16 février 2018 : la personne a demandé l'assistance d'un avocat, un examen par un médecin et un contact avec le Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Le registre ne fait état d'aucune suite ;
- le 26 avril 2018 : la personne a demandé l'assistance d'un avocat ; le registre mentionne l'appel à l'avocat et un contact établi avec lui ;
- le 8 octobre 2018 : la personne a demandé l'assistance d'un avocat ; le registre fait état de la demande mais ne donne aucune information sur la suite donnée ;
- le 20 mars 2019 : la personne, arrivée à 14h30, a demandé l'assistance d'un avocat ; le registre fait état d'un contact établi avec l'avocat avant son départ le 21 mars 2019 à 14h30, vers un hôpital dans le cadre d'une admission en SPPI.

Les contrôleurs se sont plus particulièrement intéressés à ce dernier cas. Ils ont constaté que la demande et le contact étaient tracés dans le dossier de l'intéressée de façon précise.

¹⁶ CDHP : commission départementale des hospitalisations psychiatriques, ancienne dénomination de la CDSP, commission départementale des soins psychiatriques depuis 2011

RECOMMANDATION 12

Le registre des droits des patients doit permettre de vérifier facilement que les demandes formulées par les personnes admises à l'infirmerie psychiatrique ont été traitées. La suite donnée pourrait être portée en bout de ligne, dans la colonne « observations ».

6.5 LE REGISTRE DES OBSERVATIONS NE FAIT ETAT QUE DE QUELQUES RECLAMATIONS MAIS LES SUITES DONNEES N'Y SONT PAS ENREGISTREES

Les contrôleurs ont examiné le registre des observations qui a été ouvert par la sous-directrice de la protection sociale et de l'environnement le 30 septembre 2009. Il débute par une observation en date du 7 novembre 2002 et a été visé le 14 juin 2016 par la sous-directrice de la protection sanitaire. Les patients sont informés de la possibilité de noter leurs réclamations et leurs observations sur un registre en place au sein de l'infirmerie. Mention en est faite dans la charte de l'accueil remis à leur arrivée.

En 2015, une observation concerne « *la bonne prise en charge d'écoute et d'accompagnement* ».

Aucune observation n'a été portée en 2016 et une seule l'a été en 2017 : le patient note qu'il a séjourné à l'IPPP plus que 24 heures à compter de la décision du commissaire de police sans qu'on lui ait donné de motivation à la prolongation de son séjour.

En 2018, seules trois observations figurent dans ce registre.

L'une concerne la situation des enfants d'un patient qui pense qu'ils sont en danger avec leur mère ; il refuse qu'ils quittent le pays et partent au Sénégal.

Les deux autres sont signées par un patient qui a demandé à faire appel à un médecin et à un avocat. Le 16 février, il écrit : « *je voudrais saisir le juge des libertés et de la détention ou la commission départementale des soins psychiatriques ou la direction des transports et de la protection du public. Je voudrais contacter le plus rapidement possible un avocat (j'en connais deux) et mon père ou ma mère. J'aimerais contacter un médecin : le Dr [...]* ».

La seconde observation du même patient est datée du 17 février 2018. Il note qu'il a séjourné à l'IPPP plus que 24h à compter de l'heure de la décision du commissaire de police sans qu'on lui ait donné de motivation à la prolongation de son séjour.

Depuis le 1^{er} janvier 2019, aucune observation n'a été portée sur le registre.

Chaque observation est lue par la cadre supérieure de santé, comme en atteste la présence de son cachet. Toutefois, rien n'indique la suite donnée.

RECOMMANDATION 13

Chaque remarque ou demande portée par les patients sur le registre des observations doit faire être accompagnée d'un paragraphe mentionnant la suite réservée.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le préfet de police indique que « toute annotation mentionnée par un patient dans l'un des registres est traitée. La traçabilité du suivi de l'ensemble de ces éléments consignés sera inscrite dans les priorités de modernisation de l'IP et sera améliorée ».

7. LES CONTROLES

7.1 LES MAGISTRATS N'EFFECTUENT PAS DE CONTROLE AU SEIN DE L'INFIRMERIE PSYCHIATRIQUE.

Ni les magistrats du parquet ni ceux du siège ne se déplacent à l'IPPP pour y contrôler ce local dans lequel des personnes sont privées de liberté par décision d'une autorité publique. Aucune des personnes interrogées par les contrôleurs n'a le souvenir d'une telle visite alors que certaines sont affectées à l'infirmierie depuis de nombreuses années.

L'article L.3222-4 du code de la santé publique¹⁷ ne prévoit de tels contrôles que dans les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1 or l'IPPP n'en fait pas partie. L'infirmierie psychiatrique semble ainsi échapper au contrôle de l'autorité judiciaire.

Ce sujet a déjà été abordé lors de la précédente visite. Le 24 septembre 2010, dans sa réponse au rapport de visite, le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales avait joint les éléments de réponse fournis par le directeur général de la police nationale qui précisait : « *le parquet de Paris procède néanmoins à des visites. Afin d'en formaliser le principe, un accord pourra être recherché avec le procureur de la République près le tribunal de grande instance de Paris* ».

Malgré cela, lors de la visite effectuée par les contrôleurs le 21 mars 2019, la situation reste inchangée : aucune visite des magistrats n'a eu lieu ; aucune convention ou protocole n'a été établi entre la préfecture de police et le parquet.

RECOMMANDATION 14

Les magistrats doivent visiter l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police chaque année, comme ils le font pour les établissements de santé mentionnés à l'article L.3222-1 du code de la santé publique, même si l'infirmierie n'appartient pas à cette catégorie. La présence de personnes privées de liberté par une décision d'une autorité publique le nécessite.

7.2 DES VISITES SONT REALISEES PAR DIFFERENTES AUTORITES

Il a été indiqué aux contrôleurs que d'autres visites avaient été effectuées depuis 2017 :

- la ministre de la fonction publique le 27 janvier 2017 ;
- le député Denys Robillard le 1^{er} février 2017 ;
- le conseiller diplomatique du préfet de police le 25 septembre 2017 ;
- le préfet de police le 6 octobre 2017 ;
- la rapporteure spéciale des Nations Unies pour les droits des personnes handicapées le 11 octobre 2017 ;

¹⁷ Les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1 sont visités sans publicité préalable **au moins une fois par an** par le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, par le président du tribunal de grande instance ou son délégué, par le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement et par le maire de la commune ou son représentant.

Ces autorités reçoivent les réclamations des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement ou de leur conseil et procèdent, le cas échéant, à toutes vérifications utiles. Elles contrôlent notamment la bonne application des dispositions des [articles L. 3211-1, L. 3211-2, L. 3211-2-1 et L. 3211-3](#) et signent le registre de l'établissement dans les conditions prévues à l'article L. 3212-11.

– le préfet de police le 12 avril 2018.

7.3 LA DERNIERE VISITE DE LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES (CDSP) DATE DE 2016 ET LA PRECEDENTE DE 2012

Le compte-rendu de la dernière visite de la CDSP, effectuée le 15 juin 2016, a été remis aux contrôleurs. Cette visite avait été réalisée par le président de la commission (psychiatre), le vice-président du tribunal de grande instance de Paris, un membre de l'UNAFAM (union nationale des familles et amis des personnes malades et/ou handicapées psychiques), un membre de la FNAPSY (fédération nationale des usagers en psychiatrie) et un médecin membre du conseil de l'ordre.

Le compte-rendu indique : « *les améliorations se poursuivent depuis la dernière visite : en particulier la réécriture de la charte et du [règlement intérieur]. En conclusion la commission note une évolution dans le sens d'une humanisation commencée il y a bien longtemps et qui se poursuit pour permettre le respect des personnes en favorisant l'entrée ou le retour aux soins pour celles qui le nécessitent avant d'être adressées dans les structures dont elles relèvent* ».

La précédente visite a eu lieu en mars 2012.

RECOMMANDATION 15

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) de Paris doit visiter plus fréquemment l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police.

8. CONCLUSION

Depuis la précédente visite, le statut juridique de l'infirmierie psychiatrique n'a pas évolué : elle est toujours hiérarchiquement dépendante de la préfecture de police de Paris. Cette situation entraîne toujours la même confusion, déjà relevée par la recommandation du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 15 février 2011. Toutefois, la réflexion actuelle, menée pour modifier le statut des psychiatres, semble présenter une avancée sous réserve que cette évolution permette toujours à l'infirmierie psychiatrique de poursuivre sa mission dans le respect des règles fixées par le code de la santé publique, notamment par les dispositions relevant de la loi du 5 juillet 2001 et de ses modificatifs introduits par la loi du 27 septembre 2013.

Certaines des autres recommandations formulées à l'issue de la visite de 2009 ont été prises en compte : création d'une pièce affectée aux entretiens avec la famille et avec les avocats, également utilisée par les assistantes sociales ; distinction des infirmiers et des surveillants par des tenues distinctes et rôle respectif plus clair des uns et des autres ; formation spécifique des agents nouvellement affectés ; mise en place d'un comité d'éthique ; charte d'accueil systématiquement remise aux patients lorsque leur état en permet la compréhension ; douche systématiquement proposée à l'arrivée même si un certain nombre de personnes la refuse ; volets des chambres remis en état dans le cadre de la réfection des chambres ; installation de sonnettes dans les chambres ; règlement intérieur mentionné dans la charte d'accueil.

D'autres, en revanche, doivent toujours être mises en application : les personnes arrivants après 14h ne sortent toujours que le lendemain même si leur état ne justifie pas un maintien aussi long, faute d'une véritable continuité de la présence des médecins certificateurs, malgré une astreinte dont le rôle reste encore trop limité ; des horloges doivent être remises en place pour que les patients puissent se repérer dans le temps ; des pyjamas de différentes tailles doivent être mis en place ; les droits des patients admis doivent être effectivement notifiés à l'entrée, malgré la création d'un registre des droits des patients ; les registres doivent être tenus avec plus de rigueur ; les motifs de placement sous contention doivent être plus clairs.

La bonne volonté de l'équipe en place mérite toutefois d'être soulignée et l'attention portée au contrôle des équipes doit aussi être remarquée : la présence de cadres en dehors des horaires traditionnels de journée et la sanction des dérives sont symptomatiques de cette volonté nettement affirmée.

En conclusion, les évolutions positives du fonctionnement de l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police sont indéniables mais des marges de progrès existent encore et son statut pose toujours problème. Une évolution de ce statut doit être envisagée. L'élaboration en cours d'un projet de service auquel est associé l'ensemble du personnel pourrait contribuer à des avancées.