



**Maison de santé  
Epinay-sur-Seine  
(Seine-Saint-Denis)  
8 avril au 11 avril 2014**

Contrôleurs :

- Betty Brahmy, chef de mission ;
- Philippe Lavergne ;
- Félix Masini ;
- Yanne Pouliquen ;
- Bernard Raynal.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite inopinée de la Maison de santé d'Epina-sur-Seine (Seine-Saint-Denis) du 8 avril au 11 avril 2014.

## 1- CONDITIONS GENERALES DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à la Maison de santé d'Epina-sur-Seine située 1 place du Docteur Tarrus à Epina-sur-Seine (Seine-Saint-Denis) le mardi 8 avril à 10h10. Ils en sont partis le vendredi 11 avril à 14h.

Une visite de nuit a eu lieu le mercredi 9 avril de 21h15 à 23h30.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par la directrice des soins infirmiers de l'établissement.

Un contact téléphonique a été pris avec le directeur de cabinet du préfet de Seine-Saint-Denis ainsi qu'avec le président et le procureur de la République près le tribunal de grande instance (TGI) de Bobigny afin de les informer de la visite.

Une réunion de début de visite a été organisée le mardi 8 avril à 10h30 avec :

- la directrice des soins infirmiers ;
- le psychiatre, président de la commission médicale d'établissement (CME);
- deux psychiatres ;
- la pharmacienne ;
- la responsable d'assurance qualité
- les quatre cadres de santé, responsables de chacune des unités d'hospitalisation ;
- l'assistante de direction en charge de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) ;
- la secrétaire administrative ;
- la secrétaire médicale.

Les contrôleurs ont rencontré :

- le directeur de l'établissement de santé avec son adjointe ;

- le psychiatre, président de la CME ;
- les six autres psychiatres exerçant dans l'établissement ;
- la pharmacienne ;
- la directrice des soins infirmiers ;
- l'assistante sociale
- un représentant de l'unique organisation représentative du personnel.

Les contrôleurs ont eu un entretien téléphonique avec :

- la directrice de la délégation territoriale de Seine-Saint-Denis de l'agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France ;
- le président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) ;
- la représentante de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) ;
- l'aumônier catholique.

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

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

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

Les contrôleurs ont disposé d'un local au sein de l'établissement de santé.

Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi 11 avril 2014 à 11h30 en présence du directeur de l'établissement, de son adjointe, de trois psychiatres, de la pharmacienne, de la directrice des soins et de la responsable de la qualité.

Un rapport de constat a été adressé le 25 septembre 2014 au chef d'établissement. Celui-ci a fait valoir ses observations par un courrier daté du 6 novembre 2014. Celles-ci ont été prises en compte pour la rédaction du présent rapport.

## 2- PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

### 2.1.1 L'accès au site

Les visiteurs utilisant leur véhicule personnel empruntent, depuis Paris, la nationale 14, puis au centre d'Epinay, l'avenue de la République où la clinique est signalisée. Le stationnement est difficile car le parking « visiteurs » de la Maison de santé est souvent plein. Quelques places de stationnement existent dans les rues adjacentes mais sont rarement disponibles. Un parking en sous-sol est accessible aux personnels disposant du badge d'accès.

Plusieurs moyens de transports en commun permettent de se rendre à la Maison de santé :

- par le train de banlieue Gare du Nord : arrêt Epinay-Villetaneuse puis bus 354, arrêt « Béatus », situé à 50 m de l'entrée de l'établissement ;

- par le métro ligne 13 : arrêt Saint-Denis, Porte de Paris, puis bus 154, arrêt « Béatus » ;
- par le RER C : arrêt Epinay-sur-Seine, puis bus 354, arrêt « Béatus » ;
- par le RER D : arrêt gare de Saint-Denis puis bus 154, arrêt « Béatus » ;

### 2.1.2 L'historique et la compétence

La Maison de santé d'Epinay a été créée en 1894 par le Docteur Jean Tarrius. Elle a été dirigée par des médecins de la famille Tarrius jusqu'à son rachat en 2008 par le groupe « Le Noble Age ».

Depuis 1990 le Noble Age s'est développé par création et acquisition de résidences médicalisées en France et en Belgique. Il s'agit d'un groupe français. Depuis 1999, il s'est diversifié dans le secteur sanitaire. Aujourd'hui il est constitué d'une soixantaine d'établissements de santé dont 75 % appartenant au secteur médico-social et 25 % au secteur sanitaire.<sup>1</sup> En 2014, le groupe compte plus de 6 200 lits et places et 4 000 salariés. Le groupe a bâti son projet d'entreprise autour de quatre valeurs fondamentales « le respect, la confiance, le sens du service et l'engagement ». Chaque établissement est autonome et dispose d'un budget annuel validé par la direction du groupe l'année n-1.

Le groupe est coté en bourse au second marché. Il a été proposé aux membres de l'encadrement d'être actionnaire. Les salariés sont concernés par l'activité de l'entreprise sous forme de deux primes annuelles de participation et d'intéressement.

La Maison de santé d'Epinay (MSE) est le seul établissement de soins psychiatriques au sein du Noble Age.

Le siège social du groupe se trouve à Nantes (Loire-Atlantique).

Selon tous les témoignages, l'identité de l'établissement a toujours été d'accueillir des patients admis sans leur consentement. La MSE a longtemps été le seul établissement de soins privés en France admettant des patients sans consentement.<sup>2</sup> Il est autorisé à assurer la mission de service public en application de l'article L. 3222-1 du code de la santé publique (CSP).

L'établissement a une autorisation pour quarante-six patients admis sans leur consentement selon les dispositions de l'arrêté n° 11-589 du 16 août 2011 de l'ARS Ile-de-France portant renouvellement d'autorisation d'exercer l'activité de soins psychiatriques sans consentement.

<sup>1</sup> Le pôle sanitaire comprend douze établissements : deux structures d'hospitalisation à domicile, neuf établissements de soins de suite et réadaptation (SSR) et la Maison de santé d'Epinay.

<sup>2</sup> Aujourd'hui il existe six établissements de soins privés admettant des patients sans consentement : la clinique de Beauvuy près de Toulouse (Haute-Garonne), la clinique San Ornello (Haute-Corse), la clinique du Val Dracy à Châlons-sur-Saône (Saône-et-Loire) et deux établissements privés ayant passé des contrats avec l'hôpital de proximité : la clinique d'Orgemont à Argenteuil (Val-d'Oise) et la clinique de l'Alliance à Villepinte (Seine-Saint-Denis).

Il n'est pas sectorisé et reçoit donc des patients de toute l'Ile-de-France mais aussi de province.

En 2013, la répartition des patients selon leur origine géographique était la suivante<sup>3</sup> :

- 72 % étaient issus de la petite couronne : 24 % sont domiciliés à Paris, 29 % en Seine-Saint-Denis, 15 % dans les Hauts-de-Seine et 4 % dans le Val-de-Marne ;
- 22 % provenaient de la grande couronne : 15 % dans le Val-d'Oise, 4 % dans les Yvelines, 1 % en Essonne et 2 % en Seine-et-Marne ;
- 6 % étaient domiciliés sur le reste du territoire national.

## 2.2 Les particularités de la prise en charge des patients à la Maison de santé d'Epinay

Le **projet d'établissement** « document de référence majeur de l'établissement, il permet de l'identifier et de le distinguer des autres structures de sa catégorie. Il est en quelque sorte 'la carte d'identité' de l'établissement ». Il indique : « l'établissement est non sectorisé et a développé une expertise dans trois domaines :

- l'hospitalisation sous contrainte
- la sismothérapie
- la prise en charge de patients atteints de pathologies psychiatriques lourdes en phase aiguë ».

**Quatre axes sont déclinés autour de ce projet :**

1. « Consolider la notoriété de la Clinique dans le réseau sanitaire départemental, régional et interrégional ;
2. Renforcer la politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la gestion des risques.
3. Mettre en œuvre une politique sociale axée sur l'amélioration continue des conditions de travail et la réduction des risques professionnels et sur l'optimisation des ressources.
4. Poursuivre la modernisation des structures, des équipements et de la gestion, tout en restant attentif aux orientations prioritaires du SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) en ce qui concerne les activités de psychiatrie ».

Chaque psychiatre de la clinique exerce en secteur 1 avec des honoraires de 23 euros. Chacun des sept suit ses propres patients répartis dans les quatre unités d'hospitalisation. Les patients conservent leur psychiatre en cas de réadmission. En cas d'absence, le remplacement de ces psychiatres est assuré par des psychiatres extérieurs et non par l'un des praticiens de la clinique.

Les psychiatres ont chacun plus ou moins vingt-quatre patients qu'ils voient tous les jours.

---

<sup>3</sup> Source : rapport d'activité 2014 de la Maison de santé

Il a été décidé que le montant total des honoraires perçus par les sept psychiatres était divisé en sept et remis à chacun tous les quinze jours. Selon les témoignages recueillis, ce système évite toute concurrence ou jugement de valeur entre les sept médecins.

Chaque psychiatre fait le choix de ses méthodes de traitement. A titre d'exemple, parmi les sept, trois sont psychanalystes.

Selon les psychiatres, « la spécificité de l'agrément pour recevoir des aliénés depuis la fin du 19<sup>ème</sup> siècle s'est maintenue par la volonté de l'équipe médicale, qui a trouvé auprès de la direction de l'établissement le soutien et la détermination nécessaires au maintien de cette mission. Cette spécificité, ainsi que notre conventionnement en secteur 1, font de la Maison de Santé d'Epinay sur Seine la seule alternative pour les hospitalisations sous contrainte à l'hospitalisation publique et aux contraintes géographiques et intersectorielles. Elle se place ainsi dans une situation intermédiaire entre l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée, lui conférant une originalité reconnue par tous, offrant ainsi un relais aussi bien à l'ensemble des psychiatres libéraux qu'aux hospitaliers ».

Tous les psychiatres prennent en charge des patients admis sans consentement. Certains utilisent l'ECT<sup>4</sup> dans la prise en charge de leurs patients, d'autres ont une pratique plus centrée sur la psychothérapie de type analytique.

Le matin, chaque praticien se rend successivement dans les quatre unités d'hospitalisation et fait le point sur les patients dont il a la charge avec l'équipe soignante. Ils se concertent pour ne pas se trouver au même moment dans une unité.

Il n'existe pas de réunion de synthèse dans les unités.

Les psychiatres ont des entretiens avec leurs patients sans la présence d'une infirmière. Celles-ci effectuent des entretiens infirmiers. L'ensemble des informations relatives à un patient sont transmises dans les réunions de chaque matin évoquées *supra*.

Tous les quinze jours, une réunion a lieu pour traiter le cas d'un patient avec les sept psychiatres et les soignants concernés.

Aucun psychologue ne travaille au sein de l'établissement.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « aujourd'hui in psychologue intervient dans l'établissement pour animer un atelier chorale à raison d'une fois par semaine. Par ailleurs, à titre indicatif, depuis le début du mois de novembre, l'établissement a procédé à l'embauche de 2 psychologues ».

Lorsque la sortie du patient est programmée, un courrier est adressé au psychiatre libéral traitant ou au praticien du CMP dont dépend le patient. Les sept psychiatres n'assurent généralement pas le suivi des patients ayant été hospitalisés à la clinique. En revanche, si une autre admission s'avérait nécessaire, le patient serait pris en charge par le même psychiatre.

Il est recommandé que le patient prenne lui-même son rendez-vous à l'extérieur « pour le responsabiliser » ; dans le cas où cela s'avère impossible, le rendez-vous est pris par le secrétariat médical. Si le rendez-vous est donné dans un délai important, le psychiatre traitant peut assurer le lien dans l'intervalle.

---

<sup>4</sup> ECT : électroconvulsivothérapie ou sismothérapie ou électrochocs.

### 2.3 La psychiatrie dans le département de la Seine-Saint-Denis

Au 1<sup>er</sup> janvier 2011, la population du département de la Seine-Saint-Denis s'élevait à 1 529 928 habitants <sup>5</sup>

Pour assurer les soins psychiatriques des adultes admis sans leur consentement, il existe cinq établissements de santé :

- l'établissement public de santé de Ville-Evrard qui couvre quinze secteurs ;
- le centre hospitalier général d'Aulnay-sous-Bois qui comprend trois secteurs ;
- le centre hospitalier universitaire Avicenne de Bobigny qui n'est pas sectorisé ;
- la clinique de l'Alliance à Villepinte ; établissement de soins privés ayant passé une convention avec le CHS de Ville-Evrard ;
- la Maison de santé d'Epinau-sur-Seine, établissement de soins privés, non sectorisé.

### 2.4 Le bâtimentaire

Lorsque l'établissement a été fondé en 1896, il était constitué de structures pavillonnaires sur un parc de 10 hectares. La seule structure datant de cette époque est le pavillon Béatus. Au moment du rachat de l'établissement par le Noble Age, une partie importante du domaine a été cédée à la mairie d'Epinau-sur-Seine qui l'a transformée en jardin public. C'est à cette époque que le bâtiment principal abritant les trois services d'hospitalisation a été érigé.



*Le bâtiment principal vu du parc*

<sup>5</sup> Source INSEE.

Durant la visite des contrôleurs, la Maison de santé faisait l'objet d'importants travaux d'agrandissement : une construction jouxtant l'accueil actuel permettra d'aménager un hôpital de jour comprenant vingt-cinq places de jour et deux places d'hôpital de nuit. La capacité de l'établissement passera de 176 à 184 lits.

Aujourd'hui l'établissement est constitué d'un bâtiment principal, construit en 1996, comprenant notamment trois unités d'hospitalisation, d'un pavillon, nommé Béatus, situé au bout du parc et d'un bâtiment de type « Algéco® » hébergeant provisoirement les services administratifs et les consultations des psychiatres. Certains bâtiments, dont le pavillon Béatus, sont répertoriés à l'inventaire des monuments historiques.

Les patients disposent d'un parc de 2 hectares situé en bord de Seine.

On accède à la Maison de santé par un escalier de huit marches ou par une rampe destinée aux personnes à mobilité réduite. Le perron est doté d'un cendrier-poubelle, fixé au sol. On pénètre alors dans le hall par une première porte automatique puis par une seconde dont l'ouverture est commandée par l'agent situé à l'accueil. Il existe également un accès menant au rez-de-jardin pour les livraisons.

Le hall est équipé d'un comptoir<sup>6</sup> où se trouvent les agents d'accueil, de sept chaises fixées au sol, de deux plantes vertes et d'un *point phone* à pièces. Il est équipé d'un local sanitaire<sup>7</sup> avec un lavabo doté d'essuie-mains et un WC avec abattant, papier de toilette et balayette.

Plusieurs informations sont à disposition :

- la composition de la CRUQPC avec un tableau des permanences pour l'année 2014 ;
- la charte « Hôpital sans tabac » ;
- la liste des sept praticiens de la Maison de santé avec la précision qu'ils exercent en secteur 1 avec des honoraires d'un montant de 23 euros ;
- les tarifs au 1er mars 2013 :
  - hospitalisation complète en HL : 132,78 euros ;
  - SPDT, SPDRE : 225,76 euros dont 13,50 pour le forfait journalier ;
  - forfait d'entrée : 65,89 euros ;
  - forfait pharmaceutique : 1,99 euros ;
  - chambre particulière pour raison médicale : 40,68 euros ;
  - chambre particulière pour convenance personnelle : 59 euros.

Un panneau indique :

- service rez-de-chaussée chambres 0 01 à 31 ;
- service premier étage chambres 101 à 131 ; salle de réveil ;

<sup>6</sup> Sur le comptoir est posée une boîte à idées destinée également à recevoir les questionnaires de satisfaction.

<sup>7</sup> Sur la porte est apposée une affichette sur la charte d'accompagnement, mission mains propres.

- service deuxième étage chambres 201 à 231, kinésithérapie, consultations, service social, culte ;
- une flèche désigne la direction de l'escalier pour l'accès au parc, au pavillon Béatus et à la salle de détente, au restaurant, à la boutique, à l'ergothérapie, à la coiffure et au gymnase. L'ouverture de cette porte est commandée par l'agent d'accueil.

## 2.5 L'organisation de l'établissement

La clinique comprend **176 lits** répartis ainsi :

- l'unité du rez-de-chaussée avec quarante-six lits – dont cinq chambres équipées de caméras (quatre chambres ordinaires et une chambre pour personne à mobilité réduite). Elle est dotée de deux chambres d'isolement, également sous vidéosurveillance ;
- l'unité du premier étage avec quarante huit lits – dont cinq chambres équipées de caméras (quatre chambres ordinaires et une chambre pour personne à mobilité réduite). Elle est dotée de deux chambres d'isolement, également sous vidéosurveillance ;
- l'unité du deuxième étage avec quarante huit lits – dont cinq chambres équipées de caméras (quatre chambres ordinaires et une chambre pour personne à mobilité réduite). Elle est dotée de deux chambres d'isolement, également sous vidéosurveillance ;
- le pavillon Béatus avec trente-quatre lits. Aucune caméra n'y est installée.

Les patients admis sans consentement sont accueillis seulement dans les trois unités du bâtiment principal. Le pavillon Béatus héberge uniquement des patients admis en soins libres pour préparer leur sortie.

Un Algeco™ abrite provisoirement au rez-de-chaussée le secrétariat médical, une salle d'attente et les bureaux individuels des sept psychiatres. On y pénètre par une porte fermée avec un code d'accès. Une porte métallique dotée d'un autre code permet d'emprunter un escalier métallique menant au premier étage où se trouvent les bureaux de la direction, ceux des personnels administratifs et une salle de réunion.

## 2.6 Les données financières

C'est par un avenant tarifaire que le directeur général de l'ARS arrête les tarifs applicables à compter du 1<sup>er</sup> mars de chaque année.

L'avenant tarifaire du 1<sup>er</sup> mars 2011 a été arrêté par le directeur général de l'ARS le 4 mai 2011 ; l'avenant tarifaire à effet du 1<sup>er</sup> mars 2012 a été arrêté le 26 avril 2012 ; celui du 1<sup>er</sup> mars 2013, le 15 juillet 2013 ; l'avenant tarifaire de 2014 devait être signé quelques jours après la visite des contrôleurs.

Les tarifs des différents avenants sont retracés dans le tableau ci-dessous pour les années 2011, 2012 et 2013 :

Disciplines et prestations	Tarifs en euros (toutes taxes comprises)		
	2011	2012	2013
Psychiatrie générale hosp. complète - forfait d'entrée	66,01	66,20	65,84
Psychiatrie générale hosp. complète - forfait psychiatrie de sécurité	53,27	53,42	53,13
Psychiatrie générale hosp. complète - forfait pharmacie	1,99	2,00	1,99
Psychiatrie générale hosp. complète - prix de journée (y compris forfait journalier)	133,09	133,44	132,78
Psychiatrie générale hosp. complète – PMSI	4,17	4,18	4,16
Psychiatrie générale hosp. complète - supplément chambre particulière	40,78	40,90	40,68
Psychiatrie générale accueil-prise en ch. ctre de crise psy - forfait d'entrée	66,01	66,20	65,84
Psychiatrie générale accueil-prise en ch. ctre de crise - forfait psychiatrie de sécurité	53,27	53,42	53,13
Psychiatrie générale accueil-prise en ch. ctre de crise - forfait pharmacie	1,99	2,00	1,99
Psychiatrie générale accueil-prise en ch. ctre de crise - prix de journée	224,43	226,93	225,76
Psychiatrie générale accueil-prise en ch. ctre de crise – PMSI	4,17	4,18	4,16
Psychiatrie générale accueil-prise en ch. ctre de crise - supplément chambre particulière	40,78	40,90	40,68

La baisse des tarifs de 2013 à 2012 est de 0,5 % ; de 2014 à 2013 la baisse devrait être de 0,37 %.

La masse salariale – sans le corps médical payé à l'acte – représente 55 % du budget.

Les dépenses pharmaceutiques dont le remboursement est arrêté à 1,99 euros par jour et par patient, sont en réalité de 3,50 euros.

Il a été indiqué aux contrôleurs que l'équilibre budgétaire est assuré par les recettes accessoires : la facturation de chambres particulières dont la prise en charge est assumée essentiellement par les différentes mutuelles, les bénéfices liés à la mise à disposition de distributeurs de boissons et à la location de téléviseurs (3 euros par jour).

Les tarifs sont affichés dans le hall d'accueil et sont intégrés en annexe dans le livret d'accueil.

Dans le livret d'accueil - qui reprend le « règlement intérieur des patients » - il est mentionné une information concernant les frais d'hospitalisation avec notamment en bas de page la mention suivante :

« Sur ces factures peuvent donc figurer les prestations suivantes :

- le ticket modérateur s'il n'est pas exonéré,
- le forfait journalier et le coût de la chambre particulière dite « pour convenance personnelle », si votre mutuelle ne les prend pas en charge,
- les éventuels suppléments liés à votre séjour : les frais de pharmacie non remboursables, les actes de radiologie, de biologie... »

Les dépenses d'**investissement** représentent 3,5 à 4 % des recettes ; elles peuvent être complétées par des emprunts. Au jour de la visite des contrôleurs trois types de dépenses étaient en cours :

- construction d'un bâtiment d'hospitalisation : 12 millions d'euros ;
- rénovation de deux chambres : 25 000 euros par chambre ;
- câblage informatique de l'établissement, réseau wifi : 200 000 à 300 000 euros prévus.

## 2.7 Le personnel

### Le personnel médical

L'effectif de la clinique comprend **sept psychiatres libéraux** à temps plein dont une femme. Le dernier a pris ses fonctions le 1er mars 2014. Leur contrat leur permet d'ouvrir un cabinet secondaire. Aucun d'eux n'a fait ce choix.

Ils sont présents du lundi au samedi. Un planning définit le psychiatre d'astreinte sur place du lundi au samedi de 9h à 18h et à domicile pour les nuits, les dimanche et jours fériés. Il passe dans tous les services le dimanche et s'occupe notamment des patients admis depuis moins de quinze jours. Il peut être appelé pour donner un avis spécialisé au médecin de garde ou se déplacer, notamment pour les urgences.

Durant leurs congés, un remplaçant désigné par chaque psychiatre assure la prise en charge des patients de ce praticien. Le psychiatre venant d'intégrer la MSE a assuré des remplacements durant dix ans avant d'être recruté.

Trois **médecins généralistes** assurent la prise en charge somatique des patients tous les matins.

Plusieurs médecins salariés effectuent la **permanence médicale** la nuit, les week-ends et jours fériés. Un document intitulé « mission du médecin de garde » définit son rôle à partir de 18h : accueil des éventuelles admissions, information sur les patients placés en isolement et examen somatique des patients admis dans la journée (fiche d'examen somatique à renseigner), réponse aux demandes des infirmiers avec consignation de son intervention dans le dossier patient, demande si besoin l'avis du psychiatre d'astreinte, contre visite dans tous les services à 22h ; lors des gardes du dimanche et des jours fériés, visite systématique dans tous les services dans la matinée.

Ce médecin de garde dispose d'une chambre située au 2<sup>ème</sup> étage du bâtiment principal.

Un anesthésiste est présent le mardi et le jeudi matin pour les séances d'électroconvulsivothérapie (ECT).

Par ailleurs il existe 1,5 ETP de pharmacien dont un mi-temps est consacré à la mise en œuvre des pharmacies de l'ensemble du groupe.

Un ophtalmologue, un neurologue un cardiologue et un kinésithérapeute libéraux assurent des consultations toutes les semaines.

### **Le personnel non médical**

En 2013, l'effectif non médical de la clinique comprenait :

- 5 cadres de santé ;
- 27,3 ETP d'infirmiers de jour ;
- 10,8 ETP d'infirmiers de nuit ;
- 16,4 ETP d'aides-soignants de jour ;
- 13,6 ETP d'aides-soignants de nuit ;
- 21 agents de service hospitaliers (ASH) dont 1 dédié aux locaux administratifs ;
- 1 assistante sociale ;
- 3 secrétaires médicales ;
- 6 agents administratifs ;
- 0,5 ETP d'infirmier hygiéniste ;
- 3 ergothérapeutes/chargés de l'animation ;
- 5 agents de maintenance ;
- 1,5 ETP d'agents en charge de la lingerie ;
- 4,4 ETP agents dédiés à l'accueil.

L'équipe de direction est composée de :

- deux directeurs ;
- une directrice des soins ;
- une responsable de la qualité.

Le jour du contrôle, un poste d'infirmier, en cours de recrutement était occupé par un salarié en contrat à durée déterminée. Aucun poste d'aide-soignant et d'ASH n'était vacant. Les postes sont proposés à *Pôle emploi* ou auprès d'un cabinet de recrutement.

Deux infirmiers avaient postulé : un par un cabinet de recrutement, le second par le « bouche à oreille ». Le recrutement s'effectue directement en CDI avec une période d'essai de deux mois.

Selon les informations recueillies, les salaires proposés à la MSE sont à peu près identiques à ceux du public mais les soignants peuvent effectuer des **heures supplémentaires**.

Les infirmières en congé maternité sont systématiquement remplacées par des agents recrutés en CDD. Il n'est jamais fait recours à l'intérim. Les infirmiers effectuent des heures

supplémentaires dans la limite maximale d'une présence de 44 heures par semaine. En 2012, 20 054 heures supplémentaires ont ainsi été effectuées correspondant à 11,02 ETP<sup>8</sup>.

Un accord d'entreprise signé en 2011 pour trois ans, – dénoncé en décembre 2013 – a déterminé ces modalités ainsi que le rythme de travail en 12 heures. Il a été indiqué aux contrôleurs que depuis le rachat de la MSE par le Noble Age, une augmentation du personnel et des moyens a été décidée : quatorze agents ont été recrutés (la directrice des soins, un cadre de nuit, huit infirmiers et trois aides-soignants, un mi-temps d'assistante sociale).

Les élections des délégués du personnel ont eu lieu durant la visite des contrôleurs. Un seul syndicat proposait des délégués.

Les infirmiers exercent leur activité de 8h à 20h et de 20h à 8h. Un temps dédié aux transmissions (dix à quinze minutes) fait l'objet de récupération. De plus, un infirmier exerce son activité de 8h à 17h. Il existe des équipes dédiées au service de nuit avec des infirmiers et des aides-soignants qui ont fait le choix d'exercer ainsi leur activité.

Il a été indiqué aux contrôleurs que des contrats étaient signés au bénéfice d'étudiants en soins infirmiers de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> année pour travailler le samedi matin de 8h à 14h en qualité d'aide-soignant.

Le **bilan social 2012**, communiqué aux contrôleurs, concerne l'ensemble de structures sanitaires du groupe Le Noble Age. Toutefois, quelques données sur la MSE ont pu en être extraites :

- le nombre d'ETP total sur l'année a été de 130,95 et 157 CDD ont été conclus en 2012, correspondant à 25,96 ETP soit 19,8 % ;
- le turn-over a été de 20,83 % en 2010, 13,57 % en 2011 et 14,70 % en 2012 ;
- l'absentéisme global des salariés en CDI a été en 2012 de 2638,9 jours correspondant à 11,49 ETP soit 10,74 % (2011 : 7,13 %, 2010 : 7,48 %).

Le « **plan de formation** prévisionnel » pour l'année 2014 et le « bilan du plan de formation » des années 2011, 2012 et 2013 ont été communiqués aux contrôleurs.

Le tableau suivant indique le montant des formations et le nombre de personnes concernées :

	Coût pédagogique prévisionnel	Coût salaires, hébergement, transport	Public concerné	Durée	Total
2011	25 190 €	33 353 €	60 personnes	25 jours	60 543
2012	15 676 €	30 900 €	43 personnes	20 jours	46 576€
2013	19 860 €	25 975 €	64 personnes	18 jours	45 835 €
2014	38 674 €	44 770 €			

<sup>8</sup> Source : bilan social du secteur sanitaire du Noble Age.

Chaque année des formations obligatoires ayant trait à la « sécurité incendie », à « l'hygiène », à la « qualité-informatique », à « la gestion des risques liés aux légionelles » et au Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail<sup>9</sup> (CHST) sont organisées au bénéfice des nouveaux collaborateurs.

Parmi les formations proposées plusieurs ont trait aux patients admis sans consentement :

- gestion administrative des admissions en établissement psychiatrique (2011) ;
- politique et droits du patient (2012) ;
- loi du 5 juillet 2011 et soins sans consentement (2012 et 2013) ;
- droits et devoirs du patient en psychiatrie (2013).

Chaque année les soignants émettent des vœux à la directrice des soins sur les thèmes qu'ils souhaitent être intégrés dans le plan de formation. Celui-ci est élaboré par l'adjointe au directeur et la directrice des soins et remis, chaque année, avec le bulletin de salaire de décembre. Les thèmes notamment retenus pour l'année 2014 étaient :

- la gestion du patient agressif ;
- la prise en charge de la douleur ;
- l'état de crise en début d'hospitalisation ;
- l'identitovigilance.

Un « livret d'accueil du personnel » est remis systématiquement à chaque agent recruté dans l'établissement, y compris ceux en CDD. Il comporte, outre la présentation de l'établissement, des chapitres sur la « vie professionnelle », la « vie pratique et sociale », « les principales instances de l'établissement » et « l'engagement qualité au sein de l'établissement ». En annexe, on trouve un document concernant « le patient et la charte de la personne hospitalisée », « comment lire sa fiche de paie ? » et un « questionnaire de satisfaction relatif à votre intégration dans l'établissement ».

## 2.8 L'activité

Toutes les données proviennent du rapport d'avril 2014 retraçant l'activité en 2013 de la Maison de santé.

En 2013, l'activité de l'établissement est indiquée dans le tableau suivant :

Service	Nombre de lits	Taux d'occupation	Nombre de lits moyens occupés au quotidien
Rez-de-chaussée	46	99,5 %	45,8
1 <sup>er</sup> étage	48	99,3 %	47,7
2 <sup>ème</sup> étage	48	99,6 %	47,8
Béatus	34	99,1 %	33,6
Total	176	99,4 %	174,9

<sup>9</sup> La formation CHST est réservée aux membres du CHST

Le tableau suivant indique pour les années 2009 à 2014 les données concernant les admissions sans consentement, le taux d'occupation et le nombre de patients bénéficiant de la CMU :

	2009	2010	2011	2012	2013	2014 (prévisions)
Taux d'occupation	98,5 %	97,5 %	97,9 %	98,3 %	99,4 %	99,5 %
Durée moyenne de séjour en jours	41	42	43,5	44,5	46	46
Entrées HO/HDT SPDT/SPDRE	185	191	160	132	130	140
% admissions sans consentement	12,0	12,7	10,8	8,3	10,2	10,5
Entrées CMU	189	183	175	184	157	185
% CMU	12,3	12,2	11,8	13,4	10,3	12,5

Le jour de l'arrivée des contrôleurs, **168 patients** étaient présents dans l'établissement ; un patient était hospitalisé au centre hospitalier Delafontaine de Saint-Denis. Parmi eux, dix personnes avaient été admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) soit 16,8 % et un sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) soit 0,59 %. Les quinze chambres dotées d'une caméra étaient occupées mais sans surveillance prescrite. Les six chambres d'isolement étaient vides.

L'âge moyen des patients est de 45,7 ans : 11 % des patients sont âgés de moins de 24 ans et 13 % de plus de 65 ans.

L'âge moyen des patients admis sans consentement est de 40 ans.

La majorité des patients (47 %) ont été admis pour des troubles affectifs bipolaires ou des épisodes dépressifs ou des troubles dépressifs récurrents ; 28 %, pour une schizophrénie, des troubles schizotypiques et des troubles délirants, 12 % pour des troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives...

60 % des patients sont de sexe féminin.

### 3- HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ET EXERCICE DES DROITS

#### 3.1 La décision d'admission

La décision d'admission d'un patient à la MSE se fait sur appel téléphonique d'un praticien libéral – médecin généraliste ou psychiatre – qui présente le cas du patient et ses éventuels antécédents à l'un des sept psychiatres. Chaque psychiatre a ses propres « correspondants » qui envoient ainsi leurs patients. Il peut arriver qu'il s'agisse d'un psychiatre de secteur pour un patient suivi au CMP ou déjà hospitalisé dans une unité d'un établissement de santé mentale.

Une date d'entrée est fixée avec le secrétariat médical.

Une consultation a lieu dans les bureaux du rez-de-chaussée de l'Algéco™. Elle permet de renseigner la fiche « observation psychiatrique d'entrée », celle ayant trait aux « autorisations de sorties et de contact et le traitement ».

### 3.2 L'arrivée des patients

L'organisation de l'arrivée des patients est structurée sur deux bureaux :

- le « bureau des admissions et des sorties » :

Situé dans le hall de réception, il mesure 2,80 m sur 3,20 m (8,96 m<sup>2</sup>) et comprend une banque d'accueil à 0,90 m de hauteur, il dispose de deux sièges, d'un photocopieur, d'un coffre, d'un terminal de carte bancaire, d'un terminal de carte vitale ; trois chaises se situent à l'extérieur du bureau.

Un agent est présent de 9h à 13h et de 14h à 17h du lundi au vendredi ainsi que tous les samedis de 8h30 à 12h30.

Les patients arrivants doivent se présenter à cet agent munis d'une pièce d'identité officielle, de la carte vitale, de la carte de mutuelle, éventuellement d'une attestation d'aide médicale de l'Etat et pour les étrangers la carte européenne, la carte de séjour ou l'attestation de prise en charge de l'assurance. D'autre part, le livret d'accueil stipule : « Des chèques de caution vous seront également demandés lors de votre entrée : – un chèque de caution de 202,50 € représentant 15 jours de forfait journalier – un chèque de caution de 100 € en cas d'éventuelles dégradations de matériels ou mobiliers ».

L'agent de ce bureau dispose d'un registre comportant les items suivants : numéro d'ordre, nom et prénom, date de naissance, domicile, date d'entrée, date de sortie, nombre de journées... Le registre en cours comportait à son ouverture le 7 février 2014 le numéro d'ordre 140 131 et le 9 avril 2014 le numéro d'ordre 140 340 ; ce registre ne fait pas état du régime de l'hospitalisation.

Un comptoir d'accueil est situé dans le hall d'entrée avec un « personnel d'accueil ». Ce personnel peut visualiser les patients présents dans le bureau des admissions et des sorties ; ce sont ces agents, présents tous les jours de 6h45 à 21h15, qui réceptionnent et vérifient les dossiers administratifs des différentes arrivées.

- le « bureau secrétariat médical » -

Il est situé au rez-de-chaussée du bâtiment « Algéco™ » à proximité des différents bureaux médicaux où sont reçus les patients par les médecins psychiatres.

Il comprend trois postes de travail ; au jour de la visite des contrôleurs deux agents étaient présents, le troisième travaillant en mi-temps thérapeutique.

Ces personnels sont chargés du secrétariat médical, de gérer les entrées et les sorties, de gérer les dossiers patients, de gérer les plannings d'affectations dans les unités, de gérer les dossiers pour les hospitalisations sans consentement : livre de la loi, dossiers pour le juge des libertés et de la détention, relations avec le secrétariat de l'agence régionale de santé, organisation de la visite de la commission départementale des soins psychiatriques.

L'établissement n'est pas sectorisé ; il peut accueillir des patients de différents départements :

- le 8 avril 2014, sur cinq patients arrivants, aucun ne provenaient d'Epinay-sur-Seine, trois habitaient la Seine-Saint-Denis un dans le Val d'Oise et un à Paris 19ème ;
- le 9 avril, sur cinq patients arrivants, un patient provenait d'Epinay-sur-Seine, deux de la Seine-Saint-Denis, un de l'Essonne et un de Paris 19ème.

Les admissions sont programmées soit par le médecin psychiatre qui suit le patient, soit par le médecin psychiatre de garde qui est sollicité pour une admission.

Le plus souvent les admissions ont lieu en journée, du lundi au vendredi.

C'est le médecin psychiatre ayant décidé de l'admission qui suit le patient quelle que soit l'unité dans laquelle il a été affecté.

### 3.3 L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT)

Plusieurs cas peuvent se présenter :

- un médecin libéral extérieur à l'établissement demande une ASPDT :

Le patient est orienté par ce médecin, avec la demande de tiers et son certificat médical - après avoir pris contact avec le médecin psychiatre concerné de la structure ou le médecin psychiatre de garde – vers un service d'urgence d'un établissement de santé – souvent pour la Seine-Saint-Denis, le centre hospitalier de Saint-Denis-hôpital Delafontaine.

Le certificat du médecin somaticien est établi au service des urgences.

Le patient est alors transféré vers la Maison de santé pour admission dans la chambre retenue ;

- le transfert d'un établissement public de santé mentale :

Le praticien hospitalier psychiatre assurant le suivi du patient dans l'établissement public prend contact avec un médecin psychiatre pour solliciter un transfert vers la Maison de santé.

Après acceptation du transfert, celui-ci est réalisé, le patient étant accueilli avec son dossier médical et administratif aux fins de poursuivre la procédure d'un tel type d'hospitalisation ;

- le médecin psychiatre de la Maison de santé peut décider d'une hospitalisation après consultation dans son bureau ; il doit avoir recueilli auparavant la demande d'un tiers ou solliciter une décision d'admission dans le cadre de l'article du 3212-1-2 du code de la santé publique pour péril imminent. Ce cas se présente essentiellement pour des patients suivis par le médecin assurant la consultation.

Le directeur effectue une décision « relative à l'admission d'une mesure de soins psychiatriques à la demande d'un tiers » dans laquelle il est noté qu'un recours contre cette décision peut être formé devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de Bobigny et devant la commission départementale des soins psychiatriques.

Cette décision n'est pas intégrée dans le registre de la loi mais comme l'ont constaté les contrôleurs dans le dossier administratif de la personne concernée.

### 3.4 L'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE)

Il n'est pas mis en œuvre d'admission directe en ASPRE que ce soit dans le cadre de l'article du code de la santé publique L 3212-1 (préfet) ou dans le cadre de l'article L 3213-2 (maire). Les patients en ASPDRE proviennent d'un établissement public de santé mentale, essentiellement l'établissement public de santé de Ville-Evrard situé dans le département de la Seine-Saint-Denis mais aussi d'un établissement de santé mentale desservant Paris.

Toute admission doit avoir fait l'objet d'un accord d'un médecin psychiatre de la Maison de santé et d'un arrêté préfectoral de transfert.

« L'arrêté portant transfert intra-départemental en soins psychiatriques » vise la décision initiale d'ASPRE, la demande de l'établissement d'origine, l'accord administratif et médical de transfert de la Maison de santé d'Epinay-sur-Seine.

Les établissements concernés s'étant mis d'accord sur la date, le transfert est effectué ; un, voire deux personnels infirmiers de l'établissement d'origine, accompagnent le patient avec le dossier médical et administratif.

Si le patient était admis en ASPRE hors du département, il convient de disposer d'un arrêté préfectoral de transfert du département d'origine et d'un arrêté d'admission du préfet du département de la Seine-Saint-Denis.

### 3.5 L'admissions en soins libres

La procédure est identique avec plusieurs cas :

- le médecin psychiatre de l'établissement, après consultation, décide de l'hospitalisation ;
- un médecin libéral sollicite l'admission qui peut être acceptée après avoir transmis un certificat motivé et établi un contact téléphonique ;
- un médecin d'un autre établissement de santé peut, après contact téléphonique, solliciter une telle admission pour un patient déjà hospitalisé ;
- un médecin d'un service d'urgence peut, après contact téléphonique, solliciter une admission.

### 3.6 Les dépôts d'argent et de valeurs

Le livret d'accueil stipule : « Lors de votre admission, il vous est conseillé, dans la mesure du possible, de confier vos objets de valeur à vos proches (bijoux, argent, chéquier, carte bancaire...).

Si ce n'est pas le cas, ces valeurs seront déposées au coffre situé dans le « bureau des admissions et sorties » contre signature. Vous pouvez ensuite les retirer aux horaires d'ouverture de ce bureau.

Si votre sortie est programmée un week-end ou un jour férié, prenez vos précautions pour les récupérer la veille. Vous avez aussi à votre disposition un coffre individuel dans votre chambre.

Sachez qu'en cas de perte ou de vol, la Maison de santé d'Epinay décline toute responsabilité pour les objets ou valeurs qui ne lui auraient pas été confiés ».

Une fiche spécifique à chaque patient est disponible au « bureau des admissions et des sorties ». Celle-ci reprend sur une face la liste des dépôts d'objets et de valeurs et sur l'autre face la liste des dépôts de fonds. Les dates d'entrée et de sortie sont mentionnées avec la signature de la personne ; il peut être effectué des retraits partiels.

Le coffre est d'une hauteur de 0,60 m, d'une largeur de 0,60 m et d'une profondeur de 0,47 m.

Au jour de la visite des contrôleurs, cinquante-huit pochettes de biens déposés se situaient dans ce coffre ; à titre d'exemple les contrôleurs ont pu constater qu'une pochette contenait une tablette numérique, une autre un portefeuille, un passeport, deux chèques, une feuille de soins, une carte bancaire, des cartes de fidélité.

L'argent liquide est déposé dans un coffre amovible, le contenu étant transféré dans un coffre fixe situé près des bureaux de la direction générale ; le retrait d'argent peut être programmé pour les patients sous protection juridique.

A l'arrivée du patient dans l'unité, un inventaire est établi avec le patient. Les objets de valeur, cartes bancaires et chèques sont remis à la famille ou déposés au coffre situé dans le bureau des admissions.

Si le patient refuse, il signe une décharge de responsabilité.

Une « fiche d'inventaire/ refus de dépôt d'objets et de valeurs-état des lieux » permet :

- d'enregistrer la signature du patient et d'un soignant sur la partie dédiée à l'inventaire ;
- de faire signer une reconnaissance de responsabilité de l'intéressé en cas de perte, de vol pour tout objet non déposé au coffre ;
- de faire signer, le cas échéant, le refus du patient de déposer ses objets de valeur ;
- de dresser un état des lieux à l'entrée avec la signature du patient et d'un soignant ;
- d'enregistrer une dégradation ou une réclamation avec la signature du patient et d'un soignant :
  - o sur l'état général ;
  - o sur la literie.

Il est indiqué que cette fiche doit être signée par deux soignants en cas d'impossibilité de faire signer l'inventaire par le patient.

### 3.7 La notification

Il est établi une fiche intitulée « Notification aux patients de décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement ».

Celle-ci comprend plusieurs items :

- les possibilités d'admission en soins sans consentement qu'il convient de cocher ;
- les droits rappelant : « le droit de communiquer avec le représentant de l'Etat dans le département, le président du tribunal de grande instance, le procureur de la République, le maire d'Epinais ; le droit de saisir la CDSP, le contrôleur général des lieux de privation de liberté ; le droit de prendre conseil d'un médecin ou d'un

avocat, d'émettre ou de recevoir des courriers, de consulter le règlement intérieur, d'exercer le droit de vote, de se livrer aux activités religieuses et philosophiques de son choix » ;

- les garanties et voies de recours.

Cette fiche doit être signée par la personne soignée et par le personnel ayant assuré l'information ou constaté l'incapacité de signer le document.

Un autre imprimé intitulé « Notification en soins psychiatriques en référence à la loi du 5 juillet 2011 », signé par le directeur constate une notification d'entrée ou une notification de levée ; un exemplaire est à destination du directeur, un autre à destination du service de soins et un troisième à destination du secrétariat médical.

Dans la plupart des cas, la notification est effectuée par le médecin psychiatre dans son bureau situé au rez-de-chaussée de l'Algéco™ avant l'hospitalisation, sauf si l'état du patient ne le permet pas.

Un des psychiatres a expliqué que d'emblée, il recherchait le consentement du patient pour son admission afin de demander le plus vite possible la main levée de la mesure.

### 3.8 Les modalités d'admission du patient dans l'unité

Chaque patient admis est toujours attendu par l'unité qui va l'héberger. Les documents concernant l'admission sont regroupés au niveau de la secrétaire en charge des admissions. Celle-ci vérifie l'identité du patient. Le psychiatre traitant a un entretien avec le patient au rez-de-chaussée du bâtiment Algéco™ et indique par téléphone à l'équipe soignante les particularités de la prise en charge et en assure la traçabilité dans le dossier médical. La secrétaire médicale récupère l'ensemble des documents et c'est le psychiatre qui confirme l'affectation du patient dans une des unités du bâtiment principal.

Un infirmier de l'unité va chercher au secrétariat médical le patient et prend les documents administratifs. Le patient est présenté à l'équipe ; ensuite il visite les locaux et s'installe dans sa chambre. L'affectation en chambre individuelle ou double est décidée par le psychiatre et la secrétaire médicale en fonction des disponibilités et de l'état du patient. Si le psychiatre demande une chambre individuelle et qu'il n'y en a pas, un patient hébergé en chambre individuelle ne sera pas transféré en chambre double pour libérer une chambre.

Chaque patient dispose dans sa chambre d'un coffre individuel doté d'un code. En cas d'oubli, il est fait appel à la maintenance pour l'ouvrir.

Un dossier de soins est établi pour le patient : il s'agit d'un classeur contenant quatorze fiches aisément maniables et reconnaissables par leur couleur spécifique :

1. Identification ;
2. Examen d'entrée (somatique) ;
3. Consultations par le médecin généraliste ;
4. Transmissions ;
5. Projet thérapeutique ;
- 6a. observation psychiatrique d'entrée ;
- 6b. Suivi et réévaluation psychiatrique ;

- 6c. Orientation/préparation à la sortie ;
7. Soins infirmiers ;
8. Suivi des examens complémentaires ;
9. Courbe de poids ;
10. Prescription du traitement psychiatrique ;
11. Prescription du traitement intercurrent et administration du traitement ;
12. ;<sup>10</sup>
13. Suivi de l'évaluation de la douleur physique ;
14. Autorisations de sorties et de contacts.

Le classeur contient également :

- une fiche d'archivage ;
- la fiche de désignation de la personne de confiance (cf. § 3 .14) ;
- la fiche de suivi de la fonction hépatique pour les patients traités par un médicament susceptible de donner des effets secondaires ;
- la fiche retraçant l'administration de traitements retard ;
- le diagramme de soins ;
- les interventions sociales ;
- la prise en charge en ergothérapie ;
- la prise en charge diététique ;
- la prise en charge en kinésithérapie ;
- la surveillance dextro (glycémie capillaire) ;
- la surveillance alimentation et hydratation ;
- une fiche d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne non communicante.

L'ensemble de ces fiches permet de suivre parfaitement les différentes prises en charge et surveillances d'un patient.

### 3.9 La période initiale de soins et d'observation

Durant la période d'observation, pour leur protection, les patients présentant un risque suicidaire grave et avéré, installés dans une chambre dotée d'une caméra de surveillance, ceux présentant un risque de fugue lié à un état confusionnel et ceux placés en chambre d'isolement sont mis en pyjama.

---

<sup>10</sup> Il n'existe plus de fiche n°12 depuis le regroupement de deux fiches en une (fiche n°11). Par commodité, le numéro des fiches n'a pas été changé pour ne pas bouleverser les habitudes des soignants.

Durant les premières 24-48 heures, ces patients, y compris admis en soins libres considérés comme particulièrement à risque, doivent rester à l'étage. Ces derniers peuvent sortir dans le parc, accompagnés d'un soignant.

Chaque psychiatre définit les modalités de séjour des patients durant cette période ; visites, sorties, accès aux téléphones portables.

Un psychiatre a ainsi indiqué aux contrôleurs, que la période d'observations sans droit aux visites ni au téléphone pouvait durer sept jours en fonction de l'état du patient, même s'il a été admis en soins libres. Cette restriction est évidemment réévaluée quotidiennement par le psychiatre.

### 3.10 Les informations données aux malades

#### 3.10.1 Le livret d'accueil

Le livret est en format 21 x 29,7. Il comporte dix-huit pages et des feuillets annexes.

Il comprend les développements suivants :

- mot de bienvenue ;
- présentation de l'établissement ;
- votre admission ;
- votre séjour ;
- les règles de vie ;
- droits et informations du patient ;
- votre sortie ;
- démarche qualité ;
- plan et moyens d'accès.

Les différents feuillets annexes sont : règlement intérieur des patients, charte de la personne hospitalisée, votre opinion nous intéresse, désignation facultative d'une personne de confiance, composition de la CRUQ, tarifs au 1er mars 2013, indicateurs transversaux de qualité et de sécurité des soins, prise en charge de la douleur, prestation lavage-séchage-repassage.

Il n'est pas fait état des différents régimes d'hospitalisation (SL, ASPDT, ASPRE).

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « le livret d'accueil précise en page 4 : 'spécialisée dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques, la Clinique est habilitée à recevoir des patients hospitalisés sous contrainte' ».

Dans le chapitre « Droits et informations du patient » il n'est pas traité de la commission départementale des soins psychiatriques, ni des différents recours dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « cette 'discretion' est le résultat d'une volonté commune de la Direction et des psychiatres de ne pas stigmatiser les populations accueillies (soins libres/soins sans consentement). C'est pourquoi, le choix a été fait d'ajouter des annexes 'volantes' au livret d'accueil afin d'adapter l'information à la typologie des patients ».

Le livret d'accueil est remis systématiquement à l'admission.

### **3.10.2 Les informations concernant la loi du 5 juillet 2011<sup>11</sup>**

Les sept psychiatres rencontrés par les contrôleurs disent effectuer la notification de la mesure de placement lors de la première consultation. Ils expliquent la démarche de soins et les modalités de l'admission sous contrainte sauf si l'état du patient ne le permet pas (agitation, phase confusionnelle etc.).

Il existe un document intitulé « notification de décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement » (voir *supra*).

Le patient doit signer le document qui indique qu'il a reçu la notification. En cas d'incapacité à signer, une personne qui doit indiquer sa qualité signe le document.

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

Les voies de recours ne sont pratiquement pas abordées par les psychiatres.

L'audience avec le juge des libertés et de la détention n'est pas évoquée car les psychiatres attendent de voir l'évolution de l'état du patient.

Le document cité *supra* donne quelques indications.

Il n'existe aucune information sur ce sujet dans le livret d'accueil

Dans chaque unité une affichette est apposée sur la paroi vitrée du poste de soins. Elle précise l'adresse du procureur de la République et du président du tribunal de grande instance de Bobigny, sans davantage d'indications.

### **3.10.4 Le recueil des informations des patients**

Le recueil des observations avant l'audience avec le JLD, prévu par l'article L.3211-3 du code de la santé publique n'est pas effectué dans l'établissement.

### **3.10.5 Les modalités de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 modifiée par la loi du 25 septembre 2013**

Dès la publication de la loi du 5 juillet 2011, des réunions ont été organisées par l'agence régionale de santé avec la participation de magistrats du TGI de Bobigny et des représentants des établissements concernés.

Les agents du secrétariat médical ont reçu une formation particulière.

Un déploiement de la formation a été effectué dans l'établissement avec la présence des médecins et des cadres.

---

<sup>11</sup> Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Des réunions ponctuelles ont été mises en œuvre.

Dans le cadre de la revue interne « La feuille d'Epi narre » des informations ont été données.

A titre d'exemple : dans la revue de novembre 2011, un article est intitulé « Dossier du trimestre : la loi du 5 juillet 2011 » ; dans la revue de novembre 2013, un article est intitulé « Révision du dispositif de soins psychiatriques sans consentement ».

Les 25 septembre et 2 octobre 2013, une formation intitulée « Droits des patients en psychiatrie » a concerné les cadres soignants, des infirmiers, la responsable qualité, la directrice des soins, la direction et des secrétaires (1 médicale et 1 en charge des admissions) ».

### **3.10.6 Le contrôle des juges des libertés et de la détention (JLD)**

#### **3.10.6.1 La saisine du JLD**

Il a été mis en place un calendrier perpétuel<sup>12</sup>.

L'établissement saisit le JLD pour les patients admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers. Pour les patients admis sur décision du représentant de l'Etat, l'établissement adresse les documents utiles à l'agence régionale de santé.

L'acte de saisine transmis par mail comporte :

- l'identité de la personne concernée ;
- la décision du directeur relative à l'admission du patient de l'établissement d'accueil ;
- les certificats médicaux relatifs à l'admission du patient ;
- la demande de soins initiale du tiers ;
- l'identité du tiers avec photocopie d'une pièce d'identité ;
- la notification de la décision d'admission sous contrainte ;
- le certificat médical de 24 heures ;
- le certificat médical de 72 heures comprenant la décision du directeur de proposition de poursuite de soins en hospitalisation complète ;
- l'avis motivé du psychiatre se prononçant sur la poursuite de l'hospitalisation complète.

A réception, le greffe du tribunal transmet au secrétariat médical un avis d'audience dont il doit être accusé réception.

Un avis est également transmis à la personne concernée et cela même si le patient est dispensé de comparution personnelle ; dans cette lettre le patient doit indiquer s'il a choisi un avocat ou s'il sollicite un avocat d'office ; le patient doit attester avoir reçu le présent avis ; à défaut, un soignant doit indiquer les motifs pour lesquels sa signature n'a pas pu être apposée

<sup>12</sup> Ce calendrier permet, à partir d'une décision d'admission prise un jour donné, d'indiquer la date butoir à laquelle doit être établi chacun des certificats médicaux exigés par la loi.

« pas capable de répondre aux questions », « pas capable de signer elle-même », « refuse de répondre aux questions ».

La liste des avocats inscrits au barreau de Bobigny n'est pas apposée dans les unités de soins.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « la liste des avocats inscrits au barreau de Bobigny n'est pas apposée dans les unités de soins mais est disponible sur simple demande du patient. Depuis la visite du CGLPL, l'information de l'existence de cette liste a été rajoutée dans les classeurs d'informations patients de chaque service de soins et est affichée au bureau des admissions ».

C'est le greffe du tribunal qui saisit le tiers ou le curateur ainsi que le représentant du parquet.

Les avocats peuvent consulter le dossier deux jours avant l'audience ; le plus souvent l'avocat s'entretient avec le patient à son arrivée au tribunal avant l'audience.

Dans le cadre d'une ordonnance numéro 14/1815 du 4 avril 2014, le JLD a indiqué :

« Il résulte des dispositions du IV de l'article 3211-12-1 du code de la santé publique que, lorsque le juge des libertés et de la détention n'a pas statué dans les délais mentionnés au I, la mainlevée est acquise à l'issue de chacun de ces délais.

En l'espèce, le délai de quinze jours prévu par le 1° du I de l'article L-3211-12-1 du code de la santé publique a commencé à courir le 16.03.2014 et a expiré le 30.03.2014.

Il convient en conséquence de constater sans débat que la mainlevée de la mesure de soins est acquise ».

Dans le cas présent, l'établissement a indiqué avoir bien transmis par mail le dossier mais le greffe du tribunal indique ne pas l'avoir reçu. Le patient a pu être admis en service libre.

### 3.10.6.2 L'audience

Elle se tient au tribunal de grande instance de Bobigny.

Le trajet pour se rendre au TGI est estimé à une heure ; le temps du retour est identique.

Les patients y sont conduits dans une ambulance privée accompagnés d'un, voire de deux personnels.

Selon le directeur de l'établissement, le coût de chaque transport est de 250 euros ; celui-ci n'est pas considéré comme « transport sanitaire » et n'est donc pas pris en charge par l'assurance maladie.

Aucun patient n'a été présenté au JLD durant la visite. Il a été indiqué aux contrôleurs que pour se rendre dans le couloir des JLD, les patients accompagnés de personnels peuvent entrer par une porte leur évitant de passer sous le portique de détection de masse métallique. Des patients de différents établissements sont concernés.

Le juge demande au patient s'il souhaite que la porte soit fermée ou ouverte ; si le patient demande la présence du personnel soignant, celui-ci est admis pour « une audience en publicité restreinte ».

L'ordonnance est notifiée à la MSE avec l'avis de non appel du parquet dans le délai de six heures. La notification est également effectuée auprès du tiers.

Cette notification stipule :

« Cette décision peut être contestée, par les personnes ayant qualité pour interjeter appel, dans un délai de dix jours à compter du jour de réception de la présente notification.

Le point de départ de ce délai est le jour de la réception de ce courrier de notification. Vous voudrez bien nous retourner le récépissé ci-joint dans les meilleurs délais.

Le recours doit être formé par déclaration motivée transmise par tout moyen au greffe de la cour d'appel de Paris... (l'adresse est indiquée) ».

Sont également mentionnés les articles concernés du code de la santé publique et du code de procédure civile.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'une réflexion a été engagée sur le lieu de la tenue de l'audience, en application de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013. Des propositions devraient être émises dans le courant de l'été 2014.

### **3.10.6.3 Quelques éléments d'activité**

Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2014 et le 9 avril 2014 :

- trente saisines du JLD ont été effectuées, concernant dix hommes et vingt femmes ;
- vingt-neuf saisines concernaient des patients en ASPDT ;
- une saisine concernait un patient en ASPRE ;
- toutes les saisines effectuées en ASPDT concernaient des patients qui devaient être présentés avant le quinzième jour ;
- quatre patients ont fait l'objet d'une levée d'hospitalisation avant la date limite des quinze jours ;
- le patient en ASPRE relevait d'une procédure devant être effectuée à échéance d'un an ;
- sur les vingt-six patients convoqués, vingt-deux (vingt-et-une ASPDT et un ASPRE) ont été dispensés d'audience ;
- quatre patients ont été transportés au TGI.

### **3.10.7 La sortie des soins**

- Depuis la réforme opérée par la loi du 27 septembre 2013, ces sorties, désormais de deux types, peuvent être autorisées afin de favoriser la guérison, la réadaptation, la réinsertion sociale, également dans l'hypothèse – comme c'était le cas antérieurement – où des démarches extérieures sont nécessaires.

#### **3.10.7.1 Les sorties accompagnées inférieures à 12 heures**

L'établissement a élaboré un imprimé intitulé « Certificat de permission accompagnée de courte durée (moins de 12 heures) - Accordé par le directeur de l'établissement après avis favorable délivré par le médecin en application de l'article L.3211-11-1 du CSP ».

Cet imprimé comporte trois parties :

- la position du médecin indiquant le lieu de la sortie, le nom et la qualité de l'accompagnateur, la date et les horaires ;
- la position du directeur confirmant celle du médecin et attestant de la vérification de l'identité de l'accompagnateur ;
- la signature de l'accompagnateur avec sa qualité et l'engagement « J'assume la responsabilité de son retour à la Maison de santé et le bon respect des horaires comme défini par son médecin psychiatre ».

Les contrôleurs ont relevé quelques sorties qui ont été accordées à l'unité située au premier étage du bâtiment :

- dimanche 19 janvier 2014 : sortie de moins de 12 heures au domicile avec le mari ;
- mercredi 22 janvier 2014 : sortie de 4 heures avec le mari ;
- samedi 25 janvier 2014 : sortie avec le mari ;
- dimanche 16 mars 2014 : sortie de moins de 12 heures avec la sœur ;
- jeudi 27 mars 2014 : sortie avec la mère.

### **3.10.7.2 Les sorties de moins de 48 heures**

L'établissement a élaboré un imprimé intitulé « Certificat de permission non accompagnée de courte durée (moins de 48 heures) - Accordé par le directeur de l'établissement après avis favorable délivré par le médecin en application de l'article L.3211-11-1 du CSP ».

Cet imprimé comporte trois parties :

- le médecin, après avoir rappelé l'identité et l'adresse du patient, propose les horaires de sortie et indique « par le biais du certificat médical de situation du... j'assume que l'état mental du patient permet d'envisager ce mode de permission » ;
- le directeur doit autoriser la sortie sans accompagnement (il peut être prévu un accompagnement) mais doit indiquer que le tiers, à l'initiative de l'ASPD, a été informé ou que le préfet a été informé pour une ASPRE ;
- le patient doit s'engager à respecter l'horaire du retour défini par le médecin psychiatre.

Les contrôleurs ont relevé quelques sorties qui ont été accordées à l'unité située au premier étage du bâtiment :

- 4 au 5 janvier 2014 : sortie à son domicile avec son conjoint ;
- 11 au 12 janvier 2014 : sortie à son domicile avec sa mère ;
- 18 au 19 janvier 2014 : sortie à son domicile avec son fils ;
- 25 au 26 janvier 2014 : sortie à son domicile avec son compagnon ;
- 8 au 9 février 2014 : sortie « thérapeutique pour retourner chez elle toute seule pour préparer la sortie » - sans accompagnement.

### **3.10.7.3 Les séjours thérapeutiques**

Aucun séjour thérapeutique n'est organisé dans l'établissement.

### 3.11 Le livre de la loi

Par arrêté du 16 août 2011, le directeur général de l'ARS Ile-de-France a fait état de tous les établissements pouvant accueillir des patients sans consentement. Dans le territoire de santé - département de Saint-Denis, il est mentionné « Maison de santé d'Epinais-sur-Seine ».

Le livre de la loi est tenu au « bureau du secrétariat médical » (cf. § 3.1).

Il se situe dans une armoire fermant à clé, positionnée derrière le bureau d'une secrétaire médicale ; c'est dans cette armoire que se trouvent les dossiers administratifs des patients présents en ASPDT et en ASPDRE.

Les dossiers de patients admis en soins libres se trouvent dans une autre armoire.

Un seul registre existe pour les admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat et les admissions en soins psychiatriques à la demande de tiers.

Le registre comporte 100 folios de quatre pages chacun.

Sur la première page du registre sont indiqués les noms des médecins psychiatres avec le tampon les concernant.

Le commissaire de police de la commune appose son tampon et paraphe cette première page.

Lors de la visite des contrôleurs se trouvaient dans l'armoire trois registres, deux d'entre eux avaient leur cent folios remplis, un était en cours.

Le registre le plus ancien avait été ouvert en septembre 2012 par le commissaire de police ; le folio n°1 un concernait un patient admis en ASPDT entré le 7 septembre 2012 ; il provenait des urgences de l'hôpital Beaujon ; le folio n° 100 concernait un patient admis en ASPDT (péril imminent) entré le 23 avril 2013. Ce registre n'a pas été officiellement clos.

Le registre suivant avait été ouvert à l'identique du précédent ; le folio numéro 1 concernait un patient en ASPDT urgence entré le 24 avril 2013 ; le folio numéro 100 concernait un patient admis en ASPDT avec deux certificats médicaux, entré le 23 décembre 2013. Ce registre n'a pas été officiellement clos.

Le registre en cours a été ouvert à l'identique des précédents ; le folio n° 1 concernait un patient en ASPDT urgence entré le 24 décembre 2013 ; le folio n° 39, dernier utilisé, concernait un patient admis en ASPDT avec deux certificats médicaux, entré le 1<sup>er</sup> avril 2014.

C'est le 7 janvier 2014 qu'un patient est entré en ASPDT urgence sur cette année (folio n° 4) ; du 1<sup>er</sup> janvier au 8 avril 2014, trente-six patients ont été admis en ASPDT et un en ASPRE.

### 3.11.1 Les admissions

Les éléments d'activités suivants ont été relevés :

Situation des entrées du 01.01.2012 au 31.12.2012

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
SPDT	52	75	127
SPDRE	1	0	1
TOTAL	53	75	128

Situation des entrées du 03.08.2012 au 3 juin 2013

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
SPDT	50	75	125
SPDRE	1	0	1
TOTAL	51	75	126

Nombre de patients en SPDT et SPDRE au 3 juin 2013

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
SPDT	6	12	18
SPDRE	0	0	0
TOTAL	6	12	18

Au jour de la visite des contrôleurs, dix patients étaient en ASPDT, un en ASPRE.

Du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 8 avril 2014, trente-six patients ont été admis dont trente-cinq en ASPDT et un en ASPDRE.

Les modalités d'admission des patients en ASPDT étaient les suivantes :

ASPDT Classique 2 certificats	ASPDT Urgence 1 certificat	ASPDT Péril imminent Pas de tiers
7	24	4

Pour les trente-et-une personnes admises avec un tiers, celui-ci était : mère neuf fois, père huit, mari quatre, fils quatre, frère trois, fille une, sœur une, ex-épouse une.

### 3.11.2 De quelques éléments relevés sur le registre de la loi

Les différentes pièces sont réduites à 50 %, photocopiées et collées sur les folios du livre de la loi ; il n'est pas apposé de tampon permettant d'éviter des décollements éventuels des pièces.

A titre d'exemple les contrôleurs ont relevé les différentes pièces collées pour chacun des régimes d'hospitalisation.

Il a été indiqué aux contrôleurs que la décision d'admission du directeur en ASPDT ne se trouvait pas sur le livre de la loi mais dans le dossier du patient.

**Folio n° 4** : ASPDT urgence du 7 janvier 2014.

Les éléments suivants sont collés :

- nom et date de naissance ;
- motif du placement ;
- certificat médical du 7 janvier 2014 d'un médecin extérieur ;
- indication du nom du tiers : mari ;
- certificat médical initial ;
- notification d'hospitalisation en soins psychiatriques à la demande du tiers ;
- certificat médical de 24 h ;
- certificat médical de 72 h ;
- avis médical motivé (avant saisine JLD) ;
- ordonnance du JLD ;
- certificat de levée du 28 janvier 2014.

**Folio n°5** : ASPDT péril imminent provenant par transfert de l'hôpital Saint-Maurice (94)

- nom, date de naissance et adresse ;
- motif du placement (PI) ;
- certificat médical du 6 janvier 2014 d'un médecin extérieur ;
- décision du directeur de l'hôpital de Saint-Maurice ;
- certificat médical de 24 h ;
- certificat médical de 72 h ;
- certificat médical de sortie par transfert de l'hôpital de Saint-Maurice vers la Maison de santé d'Epinais ;
- notification d'hospitalisation en ASPDT ;
- avis médical motivé ;
- ordonnance du JLD de Bobigny du 16 janvier 2014 ;
- accord pour le transfert en retour à l'hôpital de Saint-Maurice.

**Folio n°7** : ASPDT avec deux certificats provenant par transfert de l'antenne EPSM Maison Blanche située à l'hôpital de Bichat (75)

- nom et date de naissance ;
- motif du placement ;
- deux certificats médicaux de médecins extérieurs ;
- demande de tiers (mère) ;
- certificat médical initial du 29 décembre 2013 et du 30 décembre 2013 ;
- certificat médical de 24 h ;

- certificat médical de 72 h ;
- avis médical motivé d'un praticien de Maison Blanche ;
- ordonnance du JLD du 10 janvier 2014 (TGI de Paris) ;
- certificat médical de transfert vers la Maison de santé d'Epina y (14 janvier 2014) ;
- notification d'admission ;
- certificat mensuel du 8 février 2014 ;
- certificat mensuel et de levée de l'hospitalisation du 10 mars 2014.

**Folio n°22** : ASPRE provenant par transfert de l'EPSM de Ville-Evrard (93)

- nom, date de naissance et domicile ;
- motif du placement (ASPRE) ;
- il est indiqué que les certificats et arrêtés préfectoraux de 2010 à 2014 effectués à l'EPSM de Ville-Evrard se trouvent dans le dossier administratif (ce qui a été constaté par les contrôleurs) ;
- certificat médical mensuel du 27 janvier 2014 effectué à l'EPSM de Ville-Evrard ;
- certificat médical de demande de transfert du 19 février 2014 ;
- certificat mensuel de demande transfert du 24 février 2014 effectué par un praticien hospitalier de Ville-Evrard ;
- arrêté préfectoral portant transfert intra départemental du 24 février 2014 (de l'EPSM de Ville-Evrard à la Maison de santé d'Epina y) ;
- notification de l'hospitalisation en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat ;
- avis médical motivé ;
- ordonnance du JLD du TGI de Bobigny du 18 mars 2014 ;
- certificat médical mensuel du 25 mars 2014 ;
- N.B. ce patient est toujours présent à la Maison de santé d'Epina y.

### 3.11.3 Le collège soignant

Une réunion du collège soignant est exceptionnelle eu égard aux modalités d'admission (souvent par transfert) et à l'absence de mise en œuvre de programme de soins.

A titre d'exemple, il a été relevé par les contrôleurs qu'un collège soignant avait été convoqué le lundi 3 février 2014 pour un patient hospitalisé en ASPDT depuis le 15 avril 2013 et pris en charge à la Maison de santé depuis le 18 mars 2013.

Le collège soignant ne s'est pas tenu car la levée de l'hospitalisation a eu lieu le 10 mars 2014.

Dans le cas présent étaient convoqués le psychiatre responsable à titre principal du patient dont la situation est examinée, le psychiatre qui ne participe pas à la prise en charge du patient et le représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient.

### 3.11.4 Le programme de soins

Il n'est pas élaboré de programme de soins ; l'établissement n'assure que les hospitalisations complètes.

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

Les représentants de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) ont visé le livre de la loi le 3 juin 2013 et le 19 décembre 2013.

Il a été indiqué aux contrôleurs que le visa du livre de la loi est effectué à chaque passage de la CDSP.

Il a également été précisé aux contrôleurs que le procureur de la République était passé à l'établissement le 5 août 2013, qu'il avait examiné le livre de la loi mais ne l'avait pas signé.

### 3.13 La protection juridique des majeurs

L'assistante sociale de l'établissement est chargée du suivi des majeurs protégés, notamment :

- en assurant le lien avec les associations tutélaires - problématique d'argent de poche, élaboration de projet, préparation à la sortie, obtention de certains documents... ;
- en assurant le lien avec le patient ;
- en préparant l'initiation et l'élaboration de la requête qui doit être présentée au juge des tutelles aux fins de placer des patients sous protection juridique.

L'assistante sociale est le référent de tous les patients qu'ils soient ou non sous protection juridique pour toutes les questions qu'ils souhaitent poser.

Les patients peuvent s'adresser à elle soit directement, soit par l'intermédiaire d'un praticien ou d'un autre agent.

A leur demande, l'assistante sociale reçoit les familles.

Les problématiques les plus évoquées concernent : des difficultés administratives, l'élaboration d'un projet de sortie, la demande d'une allocation, l'élaboration d'un dossier pour la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Du lundi au jeudi elle est présente de 8h30 à 17h, le vendredi un décalage horaire lui permet d'être présente jusqu'à 19h car c'est plutôt le vendredi que les familles souhaitent la rencontrer.

Elle assure ses entretiens au deuxième étage du bâtiment principal, dans l'aile des bureaux de consultations dont l'accès se fait soit par un ascenseur, soit par un escalier ; c'est dans cette aile que se situent les locaux de kinésithérapie, de cardiologie, de médecine du travail, d'électrocardiographie ; la salle d'attente est commune.

Les principaux organismes chargés de la protection juridique sont :

- l'Union départementale des associations familiales (UDAF 93) située à Bobigny ;
- l'association tutélaire indépendante du Val-d'Oise (ATIVO) ;

- les différents services de protection juridique des établissements dont les patients proviennent.

Au jour de la visite des contrôleurs, vingt-cinq patients étaient sous un régime de protection juridique : dix-neuf en curatelle renforcée, deux en curatelle simple, trois en tutelle à personne, un disposant d'un mandataire nommé uniquement pour le suivi des soins.

Quatre procédures de protection ont été instituées dans l'établissement ; trois patients sont en attente d'une mesure de protection.

La Maison de santé ne dispose pas d'un service de majeurs protégés.

Tout patient arrivant peut déposer son argent au coffre ; le retrait même partiel est possible.

Le patient ne disposant pas d'argent à l'arrivée doit solliciter, soit auprès de la famille, soit auprès de l'organisme tutélaire, un mandat cash ; il doit se rendre à un bureau de poste - souvent accompagné par l'assistante sociale - pour retirer les espèces et ensuite les déposer au coffre.

Cette procédure est lourde, parfois longue et toujours traumatisante pour le patient n'ayant pas l'argent dont il aurait pu bénéficier ; cela peut entraîner des marchandages avec d'autres malades.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « le principe du mandat cash est effectivement le seul moyen utilisé dans l'établissement pour gérer l'argent des patients hospitalisés. Dans le secteur privé, il est très difficile de mettre en œuvre d'autres solutions de type création d'associations loi 1901. C'est pourquoi, depuis des années, c'est un des salariés de la clinique qui se charge d'aller récupérer pour le compte des patients les mandats cash au bureau de Poste. Et en cas de besoin, la Direction peut procéder à l'avance des frais dans l'attente de la réception du mandat cash. C'est pourquoi, cette procédure est certes lourde, parfois longue mais elle n'est jamais en tant que telle traumatisante pour le patient »

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

Un document intitulé « désignation d'une personne de confiance » est systématiquement renseigné à l'admission du patient, sauf si son état ne le permet pas.

Le document rappelle les dispositions de la loi du 4 mars 2002 sur ce sujet.

Il comporte une partie où le patient peut cocher sa décision de désigner une personne de confiance et indiquer ses coordonnées, une autre pour indiquer son souhait de ne pas en désigner, une troisième pour le cas où le patient est dans l'incapacité d'être sollicité pour cette désignation et une quatrième permettant de révoquer cette personne de confiance.

Selon les informations recueillies, dans la majorité des cas les patients désignent une personne de confiance. Malgré les explications fournies, il s'agit souvent de la personne à prévenir en cas d'urgence. Dans de rares cas, un avocat ou un médecin généraliste est désigné comme personne de confiance.

Une étude portant sur quatre-vingts dossiers a mis en évidence que soixante-dix-neuf comportaient la désignation de la personne de confiance. Celle-ci est prévenue avec l'accord du patient si une décision d'ECT est prise ou lors d'un transfert.

### 3.15 L'accès au dossier médical

La demande de dossier médical doit être effectuée soit par le patient, soit par l'organisme tutélaire, soit par un médecin, par lettre recommandée adressée au directeur.

Les frais de copies et d'envoi postal sont à la charge du demandeur.

A la Maison de santé il a été élaboré un « Formulaire de demande d'accès au dossier médical » qui doit être complété par le demandeur. Ce formulaire inclut :

- l'identification du demandeur ;
- une copie du justificatif de son identité ;
- le souhait d'accès soit au dossier médical complet, soit à des informations médicales contenues dans son dossier pour une certaine période, soit à certaines pièces ;
- les modalités de communication : consultation sur place (gratuit), copie du dossier à adresser soit à la personne, soit au médecin.

Sur l'année 2013 :

- trente-deux demandes de dossiers patients ont été effectuées ;
- quatorze ont été transmis aux patients, cinq aux médecins, dans deux cas il est noté « Pas de suite après demande de chèque », dans un autre cas il est noté « En attente médecin » et dans un autre cas « Ne pas envoyer », dans deux cas le traitement de l'envoi était en cours, les autres cas ont été traités au début de l'année 2014 ;
- dix réponses ont eu lieu en moins de huit jours, quinze réponses ont eu lieu en moins de deux mois.

Sur l'année 2014, du 1<sup>er</sup> janvier au 9 avril :

- cinq demandes de dossiers médicaux ont eu lieu ; les réponses ont été adressées aux deux patients et aux trois médecins concernés, toutes dans un délai de moins de deux mois ;
- une demande d'un dossier médical effectuée par un médecin le 12 novembre 2013 a été transmise le 28 mars 2014 ; il a été indiqué aux contrôleurs que cela résultait d'un « problème de secrétariat ».

### 3.16 La commission départementale des soins psychiatriques

Un arrêté préfectoral en date du 3 avril 2014 fixe la composition de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP). Il s'agit d'un arrêté concernant le remplacement du médecin généraliste siégeant antérieurement.

La CDSP comprend dorénavant :

- la vice-présidente et juge des libertés et de la détention au TGI de Bobigny avec comme suppléante, un juge d'instance de cette juridiction ;
- un médecin généraliste exerçant en libéral à Montfermeil ;
- un représentant de l'UNAFAM ;
- un représentant de la fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie ;

- **les sièges de psychiatre sont à pourvoir.**

Les comptes-rendus de deux visites de la CDSP de 2013 à la Maison de santé d'Épinay-sur-Seine ont été communiqués aux contrôleurs. Avec une lettre d'annonce de visite, il est transmis une affichette aux fins de l'apposer dans les unités et il est sollicité la mise à disposition du livre de la loi.

Une visite menée par des membres de la commission – le médecin généraliste, président de la commission et le représentant de l'UNAFAM – a eu lieu le 3 juin 2013 à partir de 9h30. Il est indiqué que « les registres de la loi : bien tenus ». Trois patients ont été reçus : un en « hospitalisation libre », le deuxième « hospitalisé à la demande d'un tiers » et pour le troisième, aucune indication sur son mode d'admission n'est précisée.

Une seconde visite a été effectuée par deux membres – le médecin généraliste, président de la commission et par le magistrat, juge des libertés et de la détention – le 16 décembre 2013 à partir de 9h30. Le compte-rendu précise : « la Maison de santé dispose à ce jour de 163 lits et accueille des patients hospitalisés sous contrainte. En 2014, elle aura une capacité d'accueil de 276 lits avec un secteur d'hôpital de jour ». S'agissant des registres de la loi, il est indiqué : chaque patient hospitalisé sans consentement figure dans un registre avec copies des certificats médicaux (admission, maintien/renouvellement) de l'ordonnance du JLD et de la levée de la mesure. La commission a vérifié le registre de mai au 16 décembre 2013. Aucune irrégularité n'a été relevée ». Il est précisé qu'aucune réclamation n'a été reçue par la CDSP.

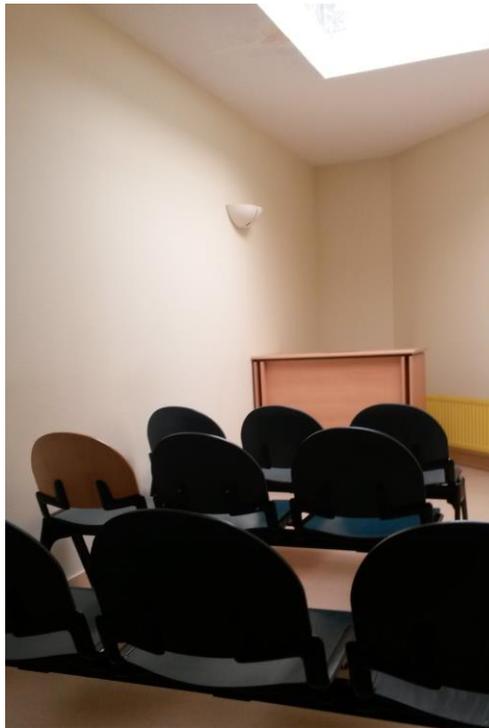
La visite de l'établissement a été réalisée avec le cadre de santé. Il est indiqué : la Maison de santé est propre et le personnel courtois ».

Le compte rendu aborde la question des audiences au tribunal de Bobigny : le personnel a évoqué : « l'importance dans certains établissements du nombre de malades dispensés, impact de la vidéoconférence ; interrogations des patients 'se demandant s'ils ont commis des infractions'.

La visite n'appelle pas d'observation »

L'accès à l'exercice d'un culte

L'établissement est doté d'une salle de culte de 20 m<sup>2</sup> au deuxième étage de l'aile Nord du bâtiment principal ; elle est équipée d'un petit autel et de treize chaises. Cet espace qui jouxte le bureau de l'assistante sociale sert aussi de salle d'attente pour cette dernière.



*Salle de culte*

Un prêtre vient rencontrer les patients et célébrer une messe une semaine sur deux. Le calendrier des offices pour l'année 2014 est affiché dans les étages. Le prêtre n'a pas l'autorisation de pénétrer dans les services et s'entretient avec les patients dans le parc ou dans la salle de culte.

Aucun officiant ne se déplace à la clinique pour les cultes musulman, israélite, protestant ou orthodoxe mais les soignants disposent d'une liste de contacts qu'ils peuvent en principe solliciter pour répondre à la demande des patients.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « malgré nos sollicitations régulières, aucun officiant ne se déplace à la clinique pour les cultes musulman, israélite, protestant ou orthodoxe mais les soignants disposent d'une liste de contacts qu'ils peuvent solliciter pour répondre à la demande des patients »

Selon les informations recueillies, il est possible de demander au service restauration d'établir des menus casher ou halal.

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

#### **3.17.1 Les visites**

Les visites ont lieu tous les jours de 14h à 20h dans les chambres, dans le parc, dans le hall ou dans la salle de détente située au sous-sol.

Les enfants âgés de moins de 13 ans ne pénètrent pas dans la clinique. Ils rencontrent leurs proches à l'accueil dans le hall.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il était prévu de créer un « espace familles » dans le hall à la fin de l'année 2014.

### 3.17.2 Le téléphone

Les patients peuvent disposer de leurs téléphones portables. Lorsque l'appareil est doté d'une fonction « photographie », le patient est prévenu qu'il n'a pas le droit de photographier les autres patients. Selon les informations recueillies, il est arrivé une fois que des photographies de patients soient effacées d'un appareil par le cadre infirmier.

Le cordon servant à recharger les portables n'est pas laissé à la disposition des patients. Les appareils sont rechargés dans le poste infirmier.

Une cabine téléphonique à pièces est à disposition dans le hall d'accueil.

En outre, les patients peuvent recevoir des appels de 18h à 21h sur le téléphone mobile du poste infirmier. Ils peuvent l'emporter et communiquer avec leurs proches dans un lieu confidentiel de l'unité

### 3.17.3 Le courrier

Le courrier n'est pas vérifié au départ comme à l'arrivée ; seuls les colis sont ouverts par le patient destinataire en présence d'un soignant.

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

Les patients peuvent, sur autorisation médicale, utiliser un ordinateur personnel et une clé 3G. Ils peuvent également utiliser internet dans le cadre d'un atelier thérapeutique informatique. Des démarches personnelles sur internet sont aussi possibles par l'intermédiaire de l'assistante sociale de l'établissement.

Lors de la visite, une dizaine de patients étaient en possession d'un ordinateur personnel au pavillon Beatus et aucun dans les autres unités. Il n'a pas été possible de savoir combien étaient en capacité de se connecter à internet *via* une clé 3G.

Il faut noter qu'un certain nombre de patients ont accès à internet par leurs téléphones portables.

Aucune connexion filaire à internet n'était possible dans les chambres ou les parties communes. Des travaux étaient en cours pour installer un réseau sans fil qui devrait être opérationnel à la fin de l'été 2014, avec la livraison du nouveau bâtiment. Les patients bénéficieront alors du réseau wifi.

### 3.17.5 La gestion du tabac

Les patients sortent dans le parc pour fumer, seuls ou accompagnés d'un soignant, selon les consignes médicales. Les patients admis sans leur consentement sortent sur autorisation médicale.

A chaque étage du bâtiment principal, un espace fumeurs, constitué par un local sans extracteur, est ouvert de 20h à 21h, de 22h à 23h et de 7h à 8h.

Selon les informations recueillies, il peut arriver que les soignants retirent leurs briquets aux patients qui fument dans leurs chambres.

Dans le nouveau bâtiment, chaque service sera doté d'un balcon extérieur couvert et sécurisé.

Lors du **comité d'éthique du 16 décembre 2010**, le thème de la gestion de la consommation du tabac a été abordé. « Il est conseillé aux patients souhaitant s'arrêter de

fumer de choisir un moment ‘approprié’ (vacances). Le moment de l’hospitalisation est un moment de crise et de souffrance Comment demander à une personne angoissée, déprimée, morcelée ou délirante d’avoir la volonté de gérer sa consommation de tabac ? Les soignants gèrent donc la limitation de la consommation de tabac, dans l’espace et dans le temps pour une partie des patients. Ils sont souvent confrontés à l’épuisement du non-respect des consignes telles que ‘fumer à l’extérieur’, ‘ne pas fumer la nuit’. Comment être respectueux de la liberté du patient, de ses droits et le restreindre en même temps dans ses habitudes de vie, comme la consommation du tabac ? »

### 3.17.6 L’éducation thérapeutique

L’établissement est attaché à la mise en œuvre d’actions d’éducation thérapeutique auprès des patients.

Les thèmes abordés sont les suivants :

- le sida ;
- le sommeil ;
- la santé dans l’assiette ;
- les interactions médicamenteuses ;
- l’obésité et la santé ;
- les médicaments et les conduites à risque ;
- les infections sexuellement transmissibles ;
- l’usage des médicaments ;
- le tabac.

### 3.18 La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)

Dans le livret d’accueil il est indiqué :

« L’établissement a mis en place une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

La CRUQ permet de faire le lien entre la Maison de santé d’Epinay et les usagers. Elle joue un rôle essentiel dans la mise en œuvre des mesures contribuant à améliorer votre accueil et celui de vos proches, ainsi que votre prise en charge. Elle veille en outre au respect de vos droits.

Dans le cadre de cette mission, elle peut être amenée à examiner vos plaintes et vos réclamations.

Une fiche d’information détaillant les missions de la CRUQ, sa composition, ainsi que les différentes étapes d’une plainte ou réclamation est consultable dans chaque service ».

Une décision fixant la composition de la CRUQ a été mise à jour le 14 mars 2014 ; elle est affichée dans le hall d’accueil de l’établissement ainsi que dans tous les services d’hospitalisation.

Un règlement intérieur a été élaboré, lequel rappelle les compétences de la CRUQ, avec un paragraphe en gras indiquant : « La commission peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayant droits si elle est décédée ».

Durant l'année 2013, la CRUQ s'est réunie les : 12 mars, 11 juin, 10 septembre, 10 décembre.

La programmation des réunions pour l'année 2014 est la suivante : 11 mars, 3 juin, 9 septembre, 9 décembre.

D'autre part, des représentants de la CRUQ tiennent une permanence les troisièmes mercredis de chaque mois de 14h à 15h ; pour obtenir un rendez-vous il est noté « Rapprochez-vous de l'équipe soignante de votre service d'hospitalisation ».

Pour l'année 2014, les permanences se tiennent : 15 janvier, 19 février, 19 mars, 16 avril, 21 mai, 18 juin, 16 juillet, 20 août, 17 septembre, 15 octobre, 19 novembre, 17 décembre.

Il est sollicité très peu de demande d'audience à ces rendez-vous mensuels.

A titre d'exemple l'ordre du jour de la CRUQ du 10 décembre 2013 était le suivant : présentation des nouveaux membres de la CRUQ - plaintes connues en instance (trois patients) - fiches d'évènements indésirables - analyse du bilan du questionnaire de satisfaction des patients pour 2013 - résultats du score agrégé - suivi des recommandations de la certification V2010 - actualités V2014 - plan de formation 2014 - semaine de la sécurité du patient - évaluation des pratiques professionnelles - programme du chantier - calendrier des réunions 2014.

### 3.18.1 Les plaintes et réclamations

Avec le livret d'accueil est remis un questionnaire intitulé « Votre opinion nous intéresse ». Celui comprend plusieurs items :

- votre information avec trois items ;
- votre séjour et vos souhaits avec neuf items ;
- l'hôtellerie, la restauration avec quatre items ;
- votre sortie avec deux items ;
- globalement avec deux items.

Sur l'année 2013, le taux de retour des questionnaires est de 57 %.

Une analyse détaillée de celui-ci est effectuée. Il en est repris un résumé dans le tableau ci-dessous :

	Taux de satisfaction
A propos de votre accueil - 7 points	De 62 % à 98 %
Lors de votre séjour dans le service - 6 points	De 90 % à 97 %
Vous êtes satisfait des soins - 9 points	De 88 % à 97 %
L'hôtellerie - 9 points	De 81 % à 94 %
Restauration - 6 points	De 63 % à 88 %
Sorties - 5 points	De 92 % à 93 %

D'après ce tableau les patients sont globalement à 94 % satisfaits. La totalité de ces résultats sont affichés dans les unités de soins.

### 3.18.2 Les évènements indésirables

Une fiche de signalement d'évènements indésirables a été élaborée. Le recto concerne le déclarant, le verso est réservé au responsable du service qualité et gestion des risques.

Durant l'année 2013, 192 déclarations d'évènements indésirables dont les plus importantes ont concerné :

- les risques associés aux soins : 118 ;
- les erreurs et presque erreurs concernant le circuit du médicament : 43 ;
- les risques liés à des erreurs d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge : 26.

Il est élaboré un « tableau de bord des fiches de signalement d'évènement indésirable ». Pour chaque déclaration il est indiqué le traitement opéré et par qui ; il a été relevé par les contrôleurs que :

- 62 déclarations ont été confiées au comité d'étude des risques associés aux soins (CERAS) ;
- 38 déclarations ont été confiées au comité de retour d'expérience (CREX)<sup>13</sup> ;
- 20 déclarations ont été confiées au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ;
- les autres déclarations ont été confiés soit aux autres comités et instances de la clinique soit ont été traitées directement.

### 3.18.3 Les violences hospitalières

Sur le tableau de bord des fiches de signalement d'évènement indésirable, il est possible de relever quelques points :

- 13 février 2013 : « Accident à la main lors de la gestion d'un patient délirant » ;
- 14 juin 2013 : « Menace d'agression d'une patiente à l'égard d'un aide soignant » ;
- 7 juillet 2013 : « Blessure du personnel suite en mise à l'isolement d'un patient très agité » ;
- 12 novembre 2013 : « Relations sexuelles non protégées : faut-il avoir des préservatifs à disposition » ;
- 17 décembre 2013 : « Agression d'un patient sur une IDE : lunettes jetées à terre, bleu sous l'œil ».

D'autre part il a été fait état aux contrôleurs d'une tentative d'étranglement d'un agent par un patient début 2012.

---

<sup>13</sup> Il s'agit d'analyser rétrospectivement les évènements indésirables liés aux soins détectés et signalés en vue de les gérer.

Une formation sur la technique de la gestion physique du patient agressif est mise en place.

Aux fins de faire connaître la procédure de déclaration d'évènement indésirable, il a été inclus dans la revue « La feuille d'Epi narre » un certain nombre d'informations : par exemple dans l'édition 2013 de juin à août, un article intitulé « Zoom sur la CRUQ » ; dans l'édition de novembre 2013 « Point sur les fiches d'évènement indésirable » ainsi que : « Résultats sur une enquête concernant la bientraitance ».

#### **3.18.4 Les recours contentieux**

Au jour de la visite des contrôleurs aucune procédure contentieuse avec des patients n'était en cours.

### **3.19 L'union nationale des familles et amis de malades psychiques (UNAFAM)**

Une représentante de l'union nationale de familles et amis de personnes malades (UNAFAM) participe à la CRUCPQ depuis décembre 2013, en remplacement d'un précédent adhérent présent depuis de nombreuses années. Cette nouvelle représentante, ex infirmière psychiatrique, est satisfaite de l'écoute qu'on lui témoigne et dit être associée dans de bonnes conditions aux travaux de la commission.

## **4- LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION**

### **4.1 Le règlement intérieur**

Le règlement intérieur est un document de quatorze pages et soixante-deux articles mis à jour en décembre 2010. Il est prévu de le réviser « chaque fois que nécessaire et au moins une fois tous les cinq ans ». Il est systématiquement donné à tous les patients avec le livret d'accueil au moment de l'admission. Il est divisé en trois grands chapitres intitulés :

- la garantie des droits des patients au sein de l'établissement ;
- le fonctionnement de l'établissement ;
- la sortie de l'établissement.

La première partie met en exergue les libertés fondamentales des patients : respect de la dignité et de l'intégrité, respect de la vie privée, liberté d'opinion, de culte, droit à l'information, liberté de circulation et droit aux visites. Il rappelle également les règles de confidentialité protégeant les patients, leur droit d'accès à leur dossier médical ainsi que les principes de prévention de la violence et de la maltraitance.

La seconde partie, la plus développée avec quarante-deux articles, énonce les règles liées à l'admission (affiliation, garantie financière, dépôt des valeurs au coffre lors de l'admission...), les règles liées à la vie collective (respect d'autrui, tenue et comportement, visites des proches, horaires, pratique religieuse), à l'interdiction des produits stupéfiants et de l'alcool, à l'encadrement de l'usage du téléphone portable et des ordinateurs personnels. La liste des objets et substances prohibées est également indiquée. Il est par ailleurs précisé que les relations à caractère sexuel sont interdites dans l'établissement.

Le troisième chapitre évoque les sorties ponctuelles ou définitive de l'établissement ainsi que la facturation des prestations non incluses dans le prix de journée.

L'ensemble du règlement est clair, synthétique et d'une rédaction accessible à tous les patients.

## 4.2 La restauration

La restauration est confiée à un prestataire externe dans le cadre d'un « contrat de gestion à forfait » passé avec la société *SOGERES*, filiale de la *SODEXO*.

Le prestataire met à disposition une équipe composée d'un chef cuisinier gérant, de deux seconds de cuisine et de deux employés de restauration. Cette équipe réalise les repas sur place, dans les locaux et avec le matériel de la Maison de santé. Une moyenne de 400 repas est ainsi préparée chaque jour, pour les patients et le self du personnel. Les petits déjeuners sont préparés par les soignants dans les offices des unités.

Pour 2014, le coût de la journée alimentaire par patient est fixé à 11,67 euros, charges de personnel incluses.

La cuisine est située au rez-de-chaussée du bâtiment principal ; très propre, elle est conçue pour respecter le principe de la marche en avant et les normes HACCP<sup>14</sup>. Elle comporte une zone de préparation chaude, une légumerie, une zone de préparation froide, deux zones de plonge (vaisselles et ustensiles), quatre chambres froides aux températures différentes : pour les viandes (- 3°), les fruits et légumes (de 6 à 8°), les produits laitiers (de 0 à 3°) et les congelés (-18°).

La zone de préparation chaude est équipée de matériel professionnel moderne et en parfait état de marche ; elle comporte deux fours vapeurs, un fourneau, une cellule de refroidissement, un steam, une grande sauteuse et une friteuse.

Selon les indications recueillies, les services vétérinaires n'ont pas visité l'établissement depuis deux ans. Le laboratoire indépendant *Silliker* effectue des prélèvements de surface une fois par mois.

Selon le constat opéré lors de la visite, le chef cuisinier prépare les repas avec une majorité de produits frais. La variété et la qualité des préparations effectuées méritent d'être soulignées ; il en est de même pour l'organisation et la grande propreté de la cuisine.

Tous les régimes sont possibles : sans porc, allégés, végétarien, végétalien, haché, mixé, sans sucre, « confessionnel »...

Une fois préparés, les repas sont livrés par chariots chauffants dans les différents services, dans le réfectoire du rez-de-chaussée du bâtiment principal et dans celui du pavillon Beatus.

Les patients du bâtiment principal ont la possibilité de prendre leurs repas dans le réfectoire, ou bien dans l'espace « salle à manger » de leur étage, ou, sur prescription médicale, dans leur chambre. Les patients de Beatus prennent leur repas dans la salle à manger située au rez-de-chaussée bas du pavillon, ou bien, plus exceptionnellement et sur prescription médicale, dans leur chambre.

<sup>14</sup> « Hazard Analysis Critical Control Point » : méthode d'analyse et de prévention des risques sanitaires.

### 4.3 La blanchisserie

Le nettoyage du linge plat et des vêtements de travail du personnel est sous-traité auprès de la société *ELIS*. Les vêtements professionnels des soignants, les draps des patients, taies d'oreillers et de traversins sont changés une fois par semaine voire plus si nécessaire.

Le linge personnel des patients est lavé en interne ; il est collecté par les soignants tous les jours sauf le mercredi et confié aux lingères de l'établissement. Deux lingères sont présentes du lundi au samedi : la première de 7h30 à 15h30 et la seconde de 15h30 à 18h30. Le linge est livré propre aux patients deux fois par semaine ; le coût de la prestation varie selon la quantité de linge et selon qu'il est rendu repassé ou seulement plié.

Un barème précis est communiqué aux patients avec le livret d'accueil, lors de l'admission. Le tarif varie de 5 euros pour un sac « moyen » de linge lavé, séché et plié, à 15 euros pour un grand sac de linge lavé, séché et repassé.

### 4.4 Les soins somatiques

Trois médecins généralistes sont salariés de la MSE. Ils réalisent la prise en charge somatique des patients du lundi au vendredi, le matin. Tous ont par ailleurs une activité dans un cabinet libéral situé à proximité (Montmagny et Deuil-la-Barre, dans le Val-d'Oise). Ils se remplacent mutuellement pendant leurs congés.

La permanence des soins est assurée la nuit, les week-ends et jours fériés par des médecins thésés.

L'un est présent le lundi et jeudi matin, le deuxième le mardi et le mercredi matin et le troisième, le vendredi matin.

Les médecins généralistes ne disposent pas d'un bureau au sein de la clinique. Concrètement le médecin passe dans les quatre services et reçoit en consultation les patients signalés par les infirmières. L'examen a lieu dans la chambre du patient ; s'il s'agit d'une chambre double, le second patient est prié de quitter sa chambre ou à défaut l'examen peut avoir lieu dans le bureau médical situé à côté du poste infirmier car il est équipé d'un lit.

L'examen somatique d'admission est effectué par le médecin de garde qui remplit le dossier médical d'admission.

Un examen gériatrique est systématiquement réalisé par un des médecins ayant la qualification de gériatre pour les patients âgés de plus de 65 ans. Il contrôle notamment les effets des médicaments sur ces sujets et l'existence de pathologies somatiques intriquées avec les maladies mentales.

Un des trois médecins généralistes examine chaque jour les patients placés en chambre d'isolement.

Ils prescrivent, le cas échéant, les substituts nicotiniques.

Les médecins généralistes sont joignables au téléphone de 14h à 18h avant l'arrivée du médecin de garde.

En cas d'urgence, il est fait appel au centre 15. Le cas échéant, le SAMU conduit le patient au centre hospitalier Delafontaine situé à Saint-Denis.

Plusieurs **spécialistes** interviennent régulièrement à la Maison de santé :

- un ophtalmologue exerçant en libéral, tous les lundis pour effectuer le fond d'œil nécessaire dans le bilan en vue de l'électroconvulsivothérapie (ECT, cf. § 4.8) ;
- un cardiologue, exerçant aussi en libéral, deux fois par semaine ;
- un neurologue exerçant aussi en libéral, à raison d'une fois par semaine ;
- un kinésithérapeute, exerçant également en libéral, à raison de trois fois par semaine ;
- un anesthésiste, le mardi et le jeudi pour les ECT.

Les médecins généralistes adressent les patients dans un centre radiologique situé à Epinay-sur-Seine pour réaliser les examens d'imagerie tels que les scanners ou les échographies. Ces examens sont effectués le jour même en cas d'urgence ou dans la semaine. Les IRM sont pratiquées au centre hospitalier Delafontaine ou au centre cardiologique de Saint-Denis dans un délai de 15 jours.

Un défibrillateur est situé dans la salle de sismothérapie. Par ailleurs, chaque service de soins comporte un chariot d'urgence équipé d'un défibrillateur.

#### La pharmacie

La pharmacie se situe au niveau rez-de-jardin du bâtiment principal. On y parvient par la zone de livraison qui dispose d'une porte fermée à clé et donne accès à l'espace logistique et à la pharmacie ou par l'ascenseur qui nécessite l'usage d'une clé pour se rendre à ce niveau.

#### Le personnel de la pharmacie comprend :

- 1,5 ETP de pharmacien. La pharmacienne responsable de la Maison de santé est également le référent de l'ensemble des établissements du groupe Le Noble Age, ce qui lui laisse un mi-temps à la MSE ;
- la pharmacienne adjointe est présente à temps plein. Elle prépare actuellement un diplôme universitaire en hygiène à Paris ;
- un préparateur en pharmacie effectuant 11 heures par semaine réparties ainsi :
  - lundi de 8h30 à 16h ;
  - jeudi de 8h30 à 12h30.

#### Les locaux

La pharmacie est installée sur une surface de 160 m<sup>2</sup><sup>15</sup> ainsi disposés :

- un bureau pour le pharmacien ;
- un bureau pour le second pharmacien installé au sein de la pharmacie ;
- la pharmacie proprement dite qui comporte des étagères contenant les médicaments, un monte-charge permettant la livraison des médicaments (cf. *supra*), un réfrigérateur contenant notamment les vaccins, un coffre où sont placés les

<sup>15</sup> Après le déménagement dans les nouveaux locaux en cours de construction, la pharmacie disposera d'une surface de 178 m<sup>2</sup> avec deux bureaux individualisés, quatre postes informatiques. Un ascenseur permettra de livrer les médicaments dans les étages.

traitements de substitution et les morphiniques. Les médicaments périmés sont mis dans un coffre spécifique.

- le sous-sol où se trouve la réserve des consommables, des pyjamas et des plateaux à usage unique avec les couverts pour les patients placés en isolement, des serviettes hygiéniques, des couches...

### **Le fonctionnement**

Le circuit du médicament n'est pas informatisé. L'informatisation est prévue pour le premier trimestre de l'année 2015.

La pharmacienne valide toutes les ordonnances rédigées par les psychiatres : elle passe tous les après-midi dans chaque unité pour vérifier les prescriptions, les fiches de suivi métabolique. Elle demande si les électrocardiogrammes nécessaires au suivi des patients bénéficiant de certains médicaments ont été effectués, etc.

Une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a trait depuis 2011 au repérage du syndrome métabolique. Deux audits sont réalisés chaque année pour étudier notamment le taux de remplissage des fiches spécifiques : en 2013, ce taux a été de 58 %.

Dans le cadre des EPP, deux autres fiches de suivi ont été mises en œuvre : l'une concerne le suivi des patients sous un antidépresseur et la seconde, la prescription des antibiotiques.

Les quatre services font parvenir leurs commandes à la pharmacie le dimanche. Tous les lundis, la préparatrice effectue les commandes. Chaque unité dispose d'une dotation globale qui comprend les médicaments de psychiatrie et quelques traitements basiques (antalgiques, laxatifs...). Les médicaments parviennent dans les unités le lundi par le monte-charge qui dessert les trois unités du bâtiment principal. Pour le pavillon Béatus, la livraison s'effectue à pied. Il existe un registre de la traçabilité de la livraison des médicaments et des dispositifs médicaux.

Dans le cas où un médicament prescrit ne se trouve pas dans la pharmacie de l'unité, la pharmacienne effectue la livraison dans la journée par le monte-charge ; s'agissant du pavillon Béatus, le cadre de santé vient chercher le médicament et l'emporte dans une valise.

La pharmacienne contrôle les pharmacies des unités deux fois par an. Un procès-verbal est rédigé.

Parmi les événements indésirables (cf. § 3.19.2), 13,5 % concernent le circuit du médicament. Il existe une fiche de suivi des événements indésirables concernant la pharmacie. Tous les mois, une réunion est organisée pour traiter ces événements indésirables.

Les infirmières distribuent les médicaments quatre fois par jour :

- à 8h, au chevet du patient ;
- à 11h45 devant la chambre ;
- à 17h45 de la même façon qu'à 11h45 ;
- à 21 devant la chambre.

Dans le pavillon Béatus la distribution des médicaments est assurée dans le poste infirmier de façon complètement individuelle dans l'objectif de préparer la sortie.

Il existe un manuel de la politique de la qualité et de la gestion des risques qui comporte un volet « management de la prise en charge médicamenteuse ». Ce document a été validé par le directeur de l'établissement, le président de la CME, la responsable qualité et les pharmaciennes.

Il existe des « référents médicament » dans chaque unité de soins : le cadre et une infirmière. Des réunions sont organisées trois fois par an par la pharmacienne avec l'ensemble des référents.

A titre d'exemple, une formation sur la sécurité du médicament a eu lieu le 1<sup>er</sup> et le 2 avril 2014.

Le jour de la visite des contrôleurs, trois patients était sous Subutex<sup>®</sup>, deux sous méthadone<sup>16</sup>.

Le sevrage alcoolique est souvent effectué avec le Baclofène<sup>®</sup> ; ce traitement fait également l'objet d'une fiche de suivi de ses effets secondaires.

Un patient du rez-de-chaussée bénéficiait d'un neuroleptique d'action prolongée. Depuis le début de l'année 2014, trois patients ont bénéficié de ce type de traitement : un sorti en mars, un deuxième sorti en février, un troisième sorti en janvier.

Le sevrage tabagique est effectué grâce à tous les substituts nicotiques disponibles sur le marché. Le jour du contrôle, quatre patients bénéficiaient de patches, un de gommes. Il existe un comité de lutte contre le tabagisme (cf. § 4.7.7)

A la sortie du patient, les fiches de prescription et de suivi spécifiques lui sont remises.

## 4.5 Le laboratoire

Les examens sont prescrits par les médecins généralistes ou le médecin de garde. Le prélèvement est porté dans un laboratoire situé à Epinay-sur-Seine. Les résultats sont envoyés par télécopie le soir même et étudiés par le médecin de garde.

## 4.6 Les différents comités et commissions au sein de l'établissement

### 4.6.1 La commission médicale d'établissement et les réunions de médecins

La commission médicale d'établissement (CME) se réunit environ tous les deux mois en présence du directeur de l'établissement, des sept psychiatres, des trois médecins généralistes, de l'anesthésiste, de la pharmacienne et de la directrice des soins. Les décisions importantes ayant trait au fonctionnement de l'établissement y sont prises.

La direction a indiqué aux contrôleurs que la composition de cette instance n'était pas imposée mais issue de recommandations concernant l'hospitalisation privée.

A titre d'exemple, trois semaines avant la visite des contrôleurs, il a été décidé en CME de **suspendre les admissions des patients admis sans leur consentement** du fait de l'impossibilité pour le secrétariat médical d'assurer le suivi des certificats exigés par la loi du 5 juillet 2011 et en même temps de rédiger les comptes-rendus d'hospitalisation.

<sup>16</sup> Les patients sous Subutex<sup>®</sup> étaient accueillis au rez-de-chaussée, au premier et second étage ; ceux sous méthadone, au rez-de-chaussée et au second étage.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « ce problème n'est absolument plus d'actualité puisque la Clinique compte actuellement 25/30 patients sans consentement parmi les effectifs.

En effet, la situation évoquée peu de temps avant la visite des contrôleurs était une situation passagère. La décision de suspendre les admissions des patients sans consentement était un principe de précaution du fait d'une carence de poste au secrétariat médical. Le recrutement ayant été réalisé au courant du mois de mai, la situation est redevenue, depuis cette date, tout à fait normale.

Pour rappel, la Clinique dispose d'une autorisation de l'ARS d'accueillir 46 patients sous contrainte et qu'en moyenne, depuis, depuis une petite dizaine d'années, 10 à 12% des patients hospitalisés sont des patients admis sans consentement (entre 16 et 20 patients par jour) ».

Il n'existe pas de compte rendu de ces réunions. Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « même si certaines de ces réunions sont formalisées par écrit, ces réunions ne font pas l'objet systématiquement l'objet d'un compte-rendu ».

Tous les lundis, les psychiatres déjeunent ensemble dans une salle qui leur est dédiée au self des personnels.

Tous les quinze jours, une réunion sur un cas clinique est organisée le mardi de 12h30 à 14h.

Selon les informations recueillies, il arrive que des psychiatres évoquent ensemble des cas difficiles, en fonction de leurs affinités et méthodes de travail.

#### **4.6.2 Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHCST)**

Le CHCST s'est réuni trois fois en 2013 (quatre réunions étaient prévues).

Le directeur et au moins trois membres élus du comité assistent aux réunions auxquelles sont conviés son adjointe, le médecin du travail, la directrice des soins, le responsable de la maintenance, la responsable de la qualité, la responsable hôtelière et la pharmacienne.

Le bilan des **accidents de travail** s'étant produit en 2012 a été évoqué : quatorze accidents de travail dont neuf avec arrêt de travail. Il est noté une augmentation (non chiffrée) des agressions de patients sur le personnel. En 2012, les mêmes chiffres ont été communiqués aux contrôleurs, en 2011, huit déclarations dont sept avec arrêt de travail, en 2010, onze déclarations dont sept avec arrêt de travail.

En 2013, une enquête sur les chutes, une étude sur les répercussions des agressions subies par le personnel ainsi qu'une étude des actions contre le tabagisme ont été menées.

Il est notamment prévu pour 2014 « de mettre en place un suivi des accidents non déclarés d'améliorer le tableau de bord de suivi des accidents de travail et de modifier le support des enquêtes après accident ».

#### **4.6.3 Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)**

Le CLIN est présidé par un des psychiatres de l'établissement ; la pharmacienne en est la vice-présidente.

Dans chaque unité de soins, il existe des « référents hygiène ».

Depuis décembre 2013, un des médecins généralistes est référent des antibiotiques.

#### 4.6.4 Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Le CLUD est placé sous la responsabilité du président de la CME ; la pharmacienne en est la vice-présidente.

Dans chaque unité de soins, il existe des « référents douleur ».

La dernière réunion du CLUD a eu lieu en décembre 2013.

Lors de l'arrivée des contrôleurs, une formation sur la douleur était en train de se dérouler au bénéfice de douze personnes.

#### 4.6.5 Le comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS)

Le COMEDIMS s'est réuni trois fois en 2013 (janvier, juin et décembre) et en février 2014. Il est prévu d'organiser quatre réunions en 2014.

Les pharmaciens organisent ces réunions auxquelles assistent la directrice des soins, le président de la CME, la responsable d'assurance qualité, un des médecins généralistes, les quatre cadres de santé et une infirmière de chaque unité de soins.

Il existe une fiche d'évaluation d'un nouveau médicament. Les bénéfices/risques sont étudiés durant trois mois. Ensuite ce produit est présenté au COMEDIMS afin de donner les informations à l'ensemble des membres et mis en service s'il existe un accord.

Il existe également une commission des fluides médicaux et une autre concernant les antibiotiques.

#### 4.6.6 Le comité d'éthique

Le comité d'éthique est présidé par l'un des psychiatres de la MSE. Il se réunit quatre fois par an. La directrice des soins ainsi que la représentante de l'UNAFAM y assistent.

Il a pris position sur des sujets tels que la mise en vente des préservatifs à la boutique, la prescription, si besoin de la « pilule du lendemain » en cas de rapport sexuel non protégé.

Il a également préconisé en 2012 la suppression du recours à la contention.

La prochaine réunion est prévue en juin 2014 sur le thème « respect de l'intimité du patient ». Le précédent a eu pour thème « la prise en charge de la douleur et son évaluation ».

Par ailleurs, il a été indiqué aux contrôleurs qu'une formation organisée en 2013 par un organisme extérieur a traité du « droit des patients » au bénéfice de la DSI, des quatre cadres, de douze infirmières, de l'assistante sociale et de deux secrétaires médicales.

Cinq comptes rendus de réunions du comité d'éthique ont été remis aux contrôleurs :

- le 12 octobre 2010 : « la contraception d'urgence et les moyens de prévention au sein de la Maison de Santé (préservatif) » : décision de vendre des préservatifs à la boutique et de participer à la journée de prévention des maladies sexuellement transmissibles le 1er décembre 2010 ;
- le 16 décembre 2010 : « maltraitance, bientraitance dans les soins quotidiens (1) » ;

- le 3 février 2011 : « maltraitance, bientraitance dans les soins quotidiens (2) ». Les thèmes suivants ont été abordés durant les deux réunions : les soins d'hygiène, la mise en chambre d'isolement, l'annonce du diagnostic ; la liberté de circuler, la gestion de la consommation du tabac, les sollicitations des patients auprès de la CRUQ ;
- le 24 mars 2011 : « la restriction de liberté en question ». Le comité évoque le choix médical initial d'une « mixité des modes d'hospitalisation afin d'éviter une dérive ségrégationniste de nos pratiques et de centraliser les prises en charge de patients en phase aigüe, au détriment d'une qualité de prise en charge et d'une continuité des soins ; en effet, les malades dont le mode d'hospitalisation évolue auraient dû changer de service et donc d'équipe soignante [...] Au quotidien, les patients en HL témoignent de compréhension en acceptant la contrainte liée à la fermeture du service, souvent nécessaire pour des raisons thérapeutiques. La 'solidarité' des patients et leur compréhension entraîne dans les faits peu de réclamations. Au quotidien, la fermeture des services est organisée de telle façon que les patients dont la circulation n'est pas restreinte peuvent sonner, entrer et sortir ».
 

« Si le choix thérapeutique de fermetures périodiques des services de soins paraît être le meilleur compromis compte tenu de la spécificité de notre établissement, les équipes de soins explorent des pistes d'amélioration ; ainsi le projet d'agrandissement des infirmeries permettra une visibilité directe sur les 2 entrées du service et en optimisera l'ouverture ».
- le 28 février 2013 : question sur l'identitovigilance. Le comité a été sollicité par la cellule d'identitovigilance sur l'utilisation du bracelet d'identification pour les patients de la MSE. Le comité a décidé que : « la généralisation du bracelet n'est pas indispensable à la MSE. Il semble, au regard de tous les inconvénients qu'elle générerait, qu'elle ne soit pas adaptée aux patients ». par ailleurs, le comité « se prononce en faveur de l'utilisation du bracelet d'identification en sismothérapie ».
- le 27 mars 2014 : « évaluation de la douleur » : « les membres du comité ont décidé de se rapprocher du CLUD afin d'envisager une approche commune. Il a été évoqué une demande de formation de la part des professionnels sur la prise en charge de la douleur psychique. Le comité préconise une formation plus axée sur la prise en charge du patient douloureux que sur l'évaluation elle-même ».

#### 4.6.7 Le comité « clinique sans tabac »

Ce comité, présidé par la directrice des soins, a pour objectif de définir une stratégie de prévention et de conduire des actions visant à informer, sensibiliser et éduquer les patients et personnels dans la lutte contre le tabagisme, dans le respect de la réglementation en vigueur.

#### 4.6.8 Le comité de liaison alimentaire (CLAN)

Il n'existe pas de CLAN au sein de la MSE.

Une commission des menus, présidée par le directeur de la MSE, remplit en partie les missions dévolues au CLAN. « Elle a pour objectifs de valider les menus des repas des patients et d'évoquer les éventuels dysfonctionnements et suggestions constatées dans l'organisation du service des repas ». Elle a également pour mission « l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients et la coordination des actions des professionnels sur ce thème ».

## 4.7 L'électroconvulsivothérapie (ECT)

La pratique de l'ECT appelée également sismothérapie est réalisée tous les mardis et jeudis matin dans des locaux situés au premier étage à l'extrémité du service.

### 4.7.1 Les locaux

Les locaux comportent :

- une salle d'attente/salle de réveil équipée de six chaises et de deux fauteuils roulants ;
- un local sanitaire comprenant un lavabo – doté d'un miroir, d'un distributeur de savon, d'essuie-mains et d'une poubelle – et de deux WC ;
- un bureau médical équipé d'une armoire contenant les produits destinés à l'anesthésie et le matériel médical, d'un réfrigérateur et d'un bureau avec chaise ;
- la salle d'ECT comportant trois lits médicalisés séparés par un rideau amovible et les équipements médicaux relatifs à la surveillance des patients. Deux lits sont utilisés en même temps, le troisième sert à la surveillance éventuelle d'un patient.

### 4.7.2 Le fonctionnement

Le psychiatre décide de l'indication d'une sismothérapie lors d'un entretien avec son patient. Il doit obtenir son consentement signé, après lui avoir donné les explications nécessaires. La cure dure généralement six semaines à raison de deux séances par semaine ; cette modalité est évolutive en fonction de l'état du patient. Selon les informations recueillies, l'indication concerne essentiellement des patients présentant un état dépressif sévère résistant aux traitements médicamenteux ; peu de patients schizophrènes sont concernés par l'ECT.

Dès la prescription d'ECT rédigée sur la fiche de prescription du dossier de soins du patient, un dossier spécifique ECT est ouvert.

Un bilan biologique avec un électrocardiogramme est pratiqué. Un fond d'œil doit être réalisé par un ophtalmologiste.

Le patient bénéficie alors d'une consultation avec l'anesthésiste dans le bureau médical. Ce praticien vérifie le bilan et s'assure que le document de consentement est bien signé. Il explique les modalités de l'anesthésie.

Le patient est alors inscrit sur la liste de l'ECT.

A titre d'exemple, l'anesthésiste avait reçu trois patients, le jour de la visite des contrôleurs. Il avait saisi sur l'ordinateur toutes leurs données médicales et les patients avaient été inscrits pour les séances d'ECT.

L'infirmière responsable de l'ECT arrive à 7h30 pour préparer la salle et renseigner les registres (cf. *infra*). Deux ou trois patients sont appelés des services et placés en salle d'attente. Dans l'unité d'origine, une infirmière a vérifié que le patient était à jeun, a pris sa tension artérielle et lui a posé un bracelet d'identification dans le cadre des mesures de vérification de l'identitovigilance.

Parmi les patients inscrits pour des ECT, certains viennent en **ambulatoire**, soit de leur domicile, soit d'un autre établissement de santé, notamment l'EPSM de Ville-Evrard. Selon les informations recueillies, il s'agit souvent de patients admis sans consentement et placés en chambre d'isolement avant et après la séance.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « parmi les patients inscrits pour des ECT, nous distinguons :

- Les patients déjà hospitalisés à la Maison de santé qui bénéficient de ce traitement pendant leur séjour,
- Les patients qui viennent quant à eux spécialement pour ce traitement et qui font l'objet d'une hospitalisation de courte durée (2 jours). Ces patients viennent alors soit de leur domicile, soit d'un autre établissement de santé, notamment l'EPSM de Ville-Evrard.

Selon les informations recueillies, les patients, provenant d'autres établissements de santé peuvent être des patients admis sans consentement » ;

Lorsqu'un patient vient « en ambulatoire » pour des séances de sismothérapie, il est admis vers 15h ou 16h la veille, pour qu'on soit sûr qu'il est bien à jeun. Les ECT sont réalisées prioritairement pour les patients en ambulatoire car après leur retour en chambre, ils repartent à 16h accompagnés par un membre de leur famille.

A titre d'exemple, deux patients « ambulatoires » étaient prévus pour le jeudi 10 avril et pour le mardi 15 avril.

L'infirmière installe le patient –qui doit être à jeun depuis minuit – branche le scope pour la prise automatisée des constantes vitales, lui met un masque à oxygène, s'il est fumeur. L'anesthésiste pose le cathéter ; le psychiatre installe les électrodes sur le front. La décharge électrique dure trente secondes.

Dès que le patient est réveillé et que les constantes sont bonnes et stables, il est placé sur un fauteuil roulant et il est conduit à son unité d'hospitalisation. La surveillance infirmière dure une heure. Le test de déglutition permet d'affirmer que le patient va bien ; son traitement du matin lui est alors remis. Il pourra prendre sa collation 1h30 après son retour en chambre. Le bracelet d'identification sera ôté.

Selon les informations recueillies, il peut arriver que le patient soit confus ou agité après sa séance d'ECT. Dans ce cas, il est placé dans une chambre d'isolement pour une durée de trente minutes. Il arrive aussi que le patient soit capable de revenir à pied du service d'ECT.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « dans le cas où le patient est confus ou agité, une surveillance particulière est assurée par les infirmières du service. L'état confusionnel du patient ne sous-entend absolument pas une mise en chambre d'isolement systématique. En effet, cette pratique reste très exceptionnelle au sein de l'établissement. Il s'agit plus d'isolement thérapeutique dans une chambre dite 'standard' sous caméra de surveillance ».

Les séances durent de 8h à 14h.

Un **document intitulé « électroconvulsivothérapie »**, rédigé par la directrice des soins, vérifié par la responsable qualité et approuvé par le directeur de l'établissement est applicable depuis le 26 avril 2011.

Il a pour objectif de « définir le rôle de chaque personne intervenant au cours d'une ECT ». Il s'applique aux psychiatres, à l'anesthésiste, au pharmacien et aux soignants. Il comporte les rubriques suivantes :

- objectif et domaine d'application ;
- effets attendus ;
- responsabilités ;
- description de la procédure ;
- contrôle et enregistrements qualité ;
- documents de référence ;
- mode opératoire
  - o règles générales ;
  - o le rôle du psychiatre ;
  - o le rôle de l'anesthésiste ;
  - o le rôle de l'infirmier dans le service ;
  - o le rôle de l'infirmier en salle d'ECT ;
  - o le rôle de l'aide soignant en salle d'ECT ;
  - o le rôle des ASH dans les parties communes.

En annexe se trouvent des définitions, les indications et les contre-indications de l'ECT, les effets indésirables et les risques encourus.

Les différentes phases avant, pendant et après les séances d'ECT font l'objet d'une traçabilité.

#### 4.7.3 La traçabilité de l'utilisation de l'ECT

Au moment de la visite des contrôleurs, quatorze patients bénéficiaient de séances d'ECT le mardi et le jeudi matin.

Deux registres assurent la traçabilité du service d'ECT :

- un cahier d'activité du service ECT a été mis en service le 27 février 2011.
  - o La feuille de gauche permet de visualiser la vérification de la salle par le psychiatre et l'anesthésiste (signatures).
  - o La feuille de droite indique le nom et le prénom du patient ainsi que celui du psychiatre et l'heure où la séance de sismothérapie est programmée.
- Un registre de vérification globale des dispositifs médicaux – salle de sismothérapie – a été ouvert le 1er avril 2014. Il indique la vérification de la salle par l'infirmière et l'anesthésiste avec leurs signatures, le nom du patient et la signature de l'anesthésiste.

Les registres concernant les périodes antérieures sont conservées au-dessus de l'armoire du bureau médical. Les contrôleurs ont constaté qu'antérieurement un seul registre contenait toutes les informations, ce qui évitait à l'infirmière de recopier les données.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « ce sont pour des raisons de sécurité que deux registres ont été mis en place depuis 2011 et ce conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé. Il s'agit d'un registre pour l'ouverture de la salle, à l'instar d'un bloc opératoire, et un registre pour la traçabilité de la réalisation de l'acte. Sur ces registres, les infirmières apposent désormais des étiquettes patients afin d'éviter tout risque d'erreur d'identification lié aux éventuels recopages ».

#### 4.8 Le transport des patients

Le transport des patients est réalisé par les sociétés d'ambulances « *Romain* » et « *Alluets* », basées dans le Val-d'Oise à Sannois.

Selon les informations recueillies, tous les transferts sont effectués en ambulance, alors que des véhicules sanitaires légers sont demandés. Il serait impossible d'obtenir un VSL sauf pour se rendre dans les communes d'Epina-sur-Seine et d'Enghien-les-Bains.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « selon les cas (patients en soins libres ou patients sans consentement nécessitant un accompagnement par du personnel soignant), une demande de transport (VSL ou ambulance) est réalisée sur prescription médicale et avec discernement. A noter, en région parisienne, les temps de transport sont tels que les sociétés d'ambulance, pour le confort des patients, sont très majoritairement équipées d'ambulance et détiennent, dans les faits, peu de VSL.

Les transports pour assurer les présentations des patients devant le JLD au tribunal de grande instance de Bobigny ne sont pas reconnus par l'assurance maladie. Ils sont donc à la charge de l'établissement de santé.

« Si les audiences avec le JLD sont réalisées au sein de l'établissement de santé de Ville-Evrard à partir de septembre 2014, [conformément aux dispositions de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013], cela ne simplifiera en rien le transport ; de plus les patients provenant de Ville-Evrard seront très choqués d'y revenir ».

#### 4.9 L'entretien des locaux

L'entretien de l'ensemble des locaux est assuré par les agents de service hospitaliers (ASH).

Les contrôleurs ont constaté dès leur arrivée à l'établissement l'efficacité de leur travail car les locaux étaient parfaitement entretenus.

#### 4.10 La sécurité

Concernant la sécurité des soignants, ces derniers ont à leur disposition des boîtiers portatifs d'alarme du type PTI (protection des travailleurs isolés). Ils peuvent déclencher une alarme par simple pression sur le bouton de ce boîtier. Les autres boîtiers présents dans l'établissement ainsi qu'un récepteur placé dans les postes de soins indiquent alors la localisation du boîtier qui a été activé, entraînant la venue immédiate des autres personnels vers le lieu concerné. Lorsqu'un agent déclenche l'alarme, tous les soignants se dirigent vers le lieu signalé ; une seule infirmière reste dans chaque service. Le type d'incident (incendie, agression, intrusion) est signalé.

La Maison de santé ne disposant pas d'un service de sécurité, les quatre agents du service « maintenance » sont alertés comme l'ensemble du personnel et se déplacent aussitôt vers l'unité concernée.

Par ailleurs, lors de la visite, le système de vidéosurveillance extérieure est composé de :

- trois caméras extérieures (zone de livraison, portail lingerie, préfabriqué Algeco™), dont les images sont renvoyées sur le bureau d'accueil ;
- deux caméras pour la salle de détente du rez-de-jardin, dont les images sont également renvoyées sur l'accueil.

En interne, chacun des étages correspondant aux trois services du bâtiment principal, est équipé :

- d'une caméra par chambre d'isolement ;
- d'une caméra dédiée à chacune des cinq chambres « surveillées » ;
- d'une caméra pour le petit couloir les desservant, cette dernière se déclenchant automatiquement à partir de 23h ;
- d'une dernière pour le grand couloir.

Les images de chaque unité sont renvoyées sur un écran unique installé dans le poste de soins correspondant. Elles ne sont pas enregistrées. Le pavillon Beatus est dépourvu de toute caméra.

Lors de la visite des contrôleurs, il leur a été indiqué qu'aucune prescription médicale de surveillance dans les chambres sous caméra n'était en cours. Cependant, ils ont constaté que la caméra d'une chambre occupée et celle d'une chambre dont le patient s'était absenté, étaient en fonctionnement. Les images, notamment d'un patient alité, étaient renvoyées sur l'écran du poste de soins sans qu'aucun soignant n'y prête attention.



*Caméra de vidéosurveillance d'une chambre, placée près de l'écran de télévision*



*Retour caméra dans un poste de soins*

Il n'existe aucun registre retraçant le déclenchement et l'interruption de cette vidéosurveillance.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « les quinze chambres dotées de caméra sont également utilisées comme des chambres dites 'standard', c'est-à-dire avec des caméras inopérantes. En l'absence de prescription médicale, le système vidéo surveillance aurait dû rester inopérant. Malgré la procédure en vigueur, s'il était rendu possible de visualiser une image c'est que le système n'était pas encore éteint (ex. fin de prescription médicale nécessitant l'arrêt de la caméra) ou qu'une maintenance en cours s'opérait sur le matériel (réparation, vérification...) ».

Les règles d'utilisation des chambres caméra sont précisées dans la procédure de mise en chambre d'isolement (cf. § 6.1 et 6.6).

Ce dispositif est complété par une alarme anti-intrusion de 23h à 6h du matin, pour toutes les ouvertures situées en rez-de-jardin et en façade côté rue.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il existait antérieurement un poste d'aide-soignant dédié à la surveillance du parc de 8h à 17h. Le jour de la visite des contrôleurs, ce poste était vacant.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « depuis 2013, la Direction a réorganisé l'équipe ergothérapie/animation du parc dans le but d'accroître les activités thérapeutiques et occupationnelles proposées aux patients hospitalisés. C'est pourquoi, c'est désormais une infirmière qui est notamment en charge de la surveillance du parc de 9h30 à 17h30 ».

Une caméra à déclenchement infrarouge est installée à chaque étage du bâtiment principal dans les petits couloirs où sont situées les chambres dotées d'une surveillance caméra. Cette caméra infrarouge se déclenche automatiquement à partir de 23h dès qu'une personne circule dans ce couloir.

Lors de leur visite de nuit, les contrôleurs ont testé ce dispositif qui permet d'éviter les intrusions et de protéger l'intimité des patients, ces derniers ne pouvant pas fermer leurs

chambres à clé. Les contrôleurs ont par ailleurs constaté que la caméra d'une des chambres, occupée, était en fonctionnement malgré l'absence de prescription médicale.

## 4.11 Les activités

Les diverses activités proposées aux patients ont lieu, soit dans les différentes unités de soins sur les trois étages, soit dans les locaux situés au rez-de-jardin.

### 4.1.5.1 Disposition des locaux

On pénètre dans les locaux situés au rez-de-jardin par des portes vitrées intégrées dans une baie de 9 m linéaires, ce qui donne un éclairage naturel tout à fait satisfaisant. Les portes sont en accès libre tant à l'entrée qu'à la sortie.

A partir de cet espace se trouvent les lieux de vie suivants :

Immédiatement en entrant :

- la salle de détente.

Sur la droite :

- la salle de sport ;
- la salle d'ergothérapie et la bibliothèque ;
- le salon de coiffure ;
- la salle d'activités diverses.

Sur la gauche :

- la salle à manger des patients ;
- la boutique.

**La salle de détente** se situe immédiatement en entrant en face de l'entrée principale. L'éclairage naturel de bonne qualité est complété par des néons sur le plafond ainsi que des appliques fixées aux murs. Sa superficie est de 83 m<sup>2</sup>.

Le sol est revêtu de dalles en matière plastique de couleur saumon et gris. Le revêtement mural est en toile de verre peint en mauve.

Cet espace comporte deux tables de ping-pong, un baby-foot, un piano, trois tables rondes d'un diamètre de 1,30 m, des chaises sont disponibles, cependant les patients les déplacent à l'extérieur dans le jardin quand le temps le permet.

Sur la gauche de cette salle se situent la salle à manger des patients et une boutique. Un distributeur de boissons chaudes est à disposition. Le prix des consommations varie entre 0,60 et 0,70 euro. Des locaux sanitaires sont disponibles, hommes et femmes ; comportant chacun deux lavabos avec eau chaude et froide, savon liquide, sèche-mains électrique et miroir. L'ensemble est parfaitement entretenu.

**La salle à manger**, d'une superficie de 184 m<sup>2</sup>, s'ouvre sur le parc. Une baie vitrée de 12 m linéaires permet un bon éclairage naturel, complété par plusieurs lampes halogènes fixées aux murs.

Le sol, gris, est carrelé. Les murs, en toile de verre, sont peints en beige. Quatre tableaux de peintures abstraites décorent les lieux.

L'équipement de la salle comprend dix-huit tables rectangulaires (0,80 m sur 1,60 m), quatre tables rondes d'un diamètre de 1,20 m et des chaises en bois permettant l'accueil d'une centaine de personnes. En réserve se trouvent cinq tables et vingt chaises à disposition.

L'ensemble est en bon état général.

Les contrôleurs ont constaté que la température ambiante était régulée par un système de ventilation particulièrement bruyant, pouvant s'avérer inconfortable voire gênant.

**La salle de sport** comporte deux parties

- **une première partie**, d'une superficie de 90 m<sup>2</sup>, dont le sol est constitué d'un revêtement en matière plastique de couleur mouchetée rose et bleu. Les murs sont également recouverts d'un revêtement plastifié de couleur beige.

Une porte-fenêtre permet un accès sur l'extérieur et plusieurs fenêtres favorisent un bon éclairage naturel :

- deux fenêtres de 2,10 m sur 1,20 m à 1,40 m du sol ;
- une fenêtre de 1,20 m sur 1,20 m à 1,40 m du sol ;
- une fenêtre de 0,70 m sur 2 m à 2 m du sol.

L'équipement de cette salle se compose de :

- sept appareils de musculation ;
  - deux tapis de marche ;
  - six vélos d'intérieur ;
  - une vingtaine de ballons ;
  - une douzaine de tapis de sol.
- **la seconde** partie est constituée d'une petite salle de 11 m<sup>2</sup> complétant cet espace sportif ; on y trouve quatre appareils de musculation.

Les locaux et les matériels sont en très bon état.

**La salle d'ergothérapie**, située à droite de la salle de détente est d'une superficie de 90 m<sup>2</sup>. Elle sert également de bibliothèque et de salle de cinéma.

Elle est décorée de très nombreux dessins et travaux exécutés par des patients.

Elle est équipée d'une vingtaine de tables individuelles, d'une vingtaine de chaises, d'un évier, d'un four, d'un réfrigérateur, d'une plaque de cuisson électrique et de deux cafetières.

Des étagères permettent le rangement des livres de la bibliothèque, on y dénombre environ 900 ouvrages variés, classés alphabétiquement et/ou par genre.

Cet espace peut être sonorisé, il permet également d'organiser des séances de cinéma le samedi.

L'éclairage naturel est très satisfaisant, grâce à une porte-fenêtre de 2 m sur 2,50 m donnant sur le parc, ainsi qu'une baie vitrée de 11 m linéaires.

Le sol est recouvert de dalles en matière plastique mouchetées jaune et turquoise, les murs sont beiges.

Durant la visite des contrôleurs cette salle était très fréquentée. L'ensemble est en bon état.

**Un salon de coiffure**, d'une surface de 19 m<sup>2</sup>, équipé de deux fauteuils spécifiques « coiffure » et d'un lavabo est accessible sur la gauche en sortant de la salle d'ergothérapie.

#### 4.1.5.2 L'organisation des activités

Le projet d'ensemble du service animation est coordonné par une infirmière. L'ergothérapie est pilotée par une ergothérapeute et une aide-soignante. Le sport est animé à temps partiel par un professeur de l'éducation nationale et une kinésithérapeute.

Diverses activités sont proposées du lundi au samedi :

- un service d'ergothérapie proposant des activités thérapeutiques et occupationnelles du lundi au vendredi de 10h à 16h30. Les groupes thérapeutiques se déroulent le matin et les ateliers libres l'après-midi (perles, peinture sur supports, modelage, sculpture sur pierre, peinture sur soie, dessin sur papier) ;
- une boutique, ouverte du lundi au vendredi de 14h à 16h, permet aux patients d'effectuer des achats (confiseries, boissons froides, glaces). Les prix des confiseries varient de 0,20 à 2 euros, ceux des boissons de 0,50 à 1 euro, deux glaces sont proposées au prix de 1 euro et 1,80 euros. Il est également possible de se procurer des produits d'hygiène, de 0,80 à 4 euros et de la papeterie de 0,20 à 4 euros.
- des séances de sport, animées par des professionnels qualifiés, en salle de gymnastique, quatre après-midi par semaine.
- un atelier « chorale », animé par une psychologue vacataire le vendredi après-midi. Depuis la visite des contrôleurs, la psychologue a été recrutée en CDI à temps partiel.
- des séances de cinéma le samedi.
- des activités diverses proposées dans chaque service, sur les trois niveaux de soins, animées par le personnel soignant de l'unité : manucure, maquillage, jeux de société, danse, confection de gâteaux, chant, jardinage, relaxation, organisation de goûters etc.

*Planning hebdomadaire des activités*

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'un budget annuel de l'ordre de 4 000 euros était consacré aux activités (hors frais de personnel).

Trente à quarante personnes fréquentent l'ergothérapie sur une journée ; en ce qui concerne les activités sportives, le cahier de liaison laisse apparaître une fréquentation de l'ordre de quinze à vingt patients par séance.

Il n'est pas organisé d'activités ou de sorties à l'extérieur de l'institution. Aucune convention spécifique n'est signée avec des organismes extérieurs.

Il n'existe pas de cafétéria.

Tous les patients, admis en soins libres ou sans consentement, ont accès aux activités.

#### 4.12 Le service de nuit

Les contrôleurs ont effectué une visite de 21h à 23h30.

Ils ont pu tester le système de détection des mouvements mis en service à partir de 23h. (cf. § 4.13).

Un cadre de nuit (en congés durant la visite) est présent sur le site deux nuits par semaine. Le médecin de garde assure la permanence de soins sur le site. Un infirmier et un aide-soignant sont présents à chaque étage. Un aide-soignant prenant son service à 19h30 vérifie qu'aucun patient ne se trouve dans le parc, que toutes les portes sont fermées, il éteint les lumières et compte les patients. A 23h, il prend contact avec l'administrateur de garde pour le tenir informé de la situation.

Il est possible de faire appel à l'un des quatre administrateurs de garde qui sont de permanence à tour de rôle et au psychiatre d'astreinte.

Trois rondes sont effectuées la nuit vers minuit, 3h et 6h, de manière aléatoire.

Les images des caméras de surveillance des quatre chambres et des chambres d'isolement sont reportées dans le poste infirmier.

Le soir de la visite, une infirmière, travaillant de jour est revenue à la MSE à 22h10. Elle avait conduit un patient à 16h30 aux urgences du centre hospitalier Delafontaine à Saint-Denis pour des points de suture. Elle a expliqué la situation aux contrôleurs et les a informés qu'elle prendrait son service le lendemain sans modifier ses horaires.

### 5- LES UNITES DE SOINS

Trois unités de soins sont situées au sein du bâtiment principal. Leur capacité est de :

- quarante-six lits au rez-de-chaussée, dont cinq chambres équipées de caméras (quatre chambres ordinaires et une chambre pour personne à mobilité réduite). Elle est dotée de deux chambres d'isolement, également sous vidéosurveillance ;
- quarante-huit lits au premier étage, dont cinq chambres équipées de caméras (quatre chambres ordinaires et une chambre pour personne à mobilité réduite). Elle est dotée de deux chambres d'isolement, également sous vidéosurveillance ;

- quarante-huit lits au second étage, dont cinq chambres équipées de caméras (quatre chambres ordinaires et une chambre pour personne à mobilité réduite). Elle est dotée de deux chambres d'isolement, également sous vidéosurveillance ;
- le pavillon Béatus, comportant quarante-huit lits, se trouve au fond du parc.

## 5.1 L'unité du rez-de-chaussée

Les deux accès se situent :

- l'un, à partir du hall d'accueil dans l'entrée principale de la clinique par une porte située en face de la banque d'accueil. L'ouverture de cette porte est commandée par les agents en poste au guichet d'accueil ;
- l'autre, par les locaux du rez-de-jardin : un ascenseur (commandé par le personnel) et un escalier dont la porte est en accès libre, tant en entrée qu'en sortie, sont disponibles dans le hall de détente et permettent de monter dans les étages.

### 5.1.1 Les espaces communs

Les locaux communs de ce niveau d'hospitalisation se composent des espaces suivants :

Un hall en forme de "L" de 182 m<sup>2</sup>, un distributeur de boissons chaudes est à disposition (les prix varient de 0,60 à 0,70 euro). Le mobilier comprend trois tables rondes de 1,20 m de diamètre, une dizaine de chaises, deux tables basses, dix-huit fauteuils. Un revêtement plastifié orangé et jaune recouvre le sol. Les murs en toile de verre sont de couleur beige. Une baie vitrée de 8 m linéaires sur 2,50 m de hauteur fait bénéficier cet espace d'un très bon éclairage naturel.

Ce hall donne accès à :

- la salle commune de télévision d'une surface de 12 m<sup>2</sup>, équipée d'un écran plat de 65 cm, d'un lecteur de DVD et de cinq chauffeuses ;
- un espace fumeur de 10 m<sup>2</sup>, ouvert à la demande par le personnel soignant. L'ouverture de fenêtres sur l'extérieur n'est pas possible ;
- un bureau médical de 7 m<sup>2</sup> équipé d'une table, de deux chaises et d'un lit ;
- un local sanitaire dans lequel se trouvent deux WC à l'anglaise, un lavabo distribuant eau chaude et froide, avec du savon et des essuie-mains ;
- le bureau des soignants d'une surface de 11 m<sup>2</sup> ; l'équipement de bureau est classique avec un matériel informatique et des mobiliers permettant le rangement des dossiers des patients ;
- un office d'une surface de 8 m<sup>2</sup> comprenant un évier, un four à micro-ondes, une cafetière et un chariot équipé pour le service du petit déjeuner en chambre.

### 5.1.2 Les chambres

Trente-cinq chambres sont disponibles : vingt-quatre individuelles et onze à deux lits. Les chambres doubles ont une surface de 22 m<sup>2</sup>, les individuelles, 15 m<sup>2</sup>.



*Chambre individuelle*

Un espace réservé à l'isolement comprend, deux chambres de 6 m<sup>2</sup>, une salle de bains équipée d'une baignoire et des sanitaires. Cet espace avait été détérioré par un patient ; il était donc inutilisé et en rénovation (cf. § 6.3).

L'équipement des chambres est identique à savoir :

- un lit de 1,90 m sur 0,90 m fixé au sol ;
- une chaise ;
- une table de chevet ;
- un espace bureau fixé à un mur ;
- une liseuse au néon est fixée au-dessus du lit, la commande est à la tête de lit ;
- un éclairage central est fixé au plafond, la commande est situé à l'entrée de la chambre ; une prise de courant est à disposition ;
- une fenêtre de 2 m sur 1,15 m permet un éclairage naturel suffisant, l'ouverture est de 10 cm ;
- les portes des chambres ne peuvent pas être fermées de l'intérieur ; elles sont équipées d'un œilleton ;
- un placard de 1 m sur 2,50 m, qui peut être fermé à clef, comporte quatre étagères, intégrant également un petit coffre-fort équipé d'une serrure à code ;



*Coffre à code*

- un téléviseur est fixé au plafond, face au lit, l'écran est protégé par une vitre en verre sécurisé ;
- un espace sanitaire, d'une surface de 2,50 m<sup>2</sup>, est installé dans chaque chambre ; la porte peut être fermée à clef. Son équipement comporte une douche à l'italienne, un WC à l'anglaise, un lavabo avec eau chaude et froide, un miroir et un éclairage avec une prise de courant au-dessus du lavabo, un dévidoir de papier hygiénique et une patère pour les serviettes de toilette.



*Sanitaire de la chambre avec douche à l'italienne*

Les chambres doubles sont identiques. Les mobiliers et équipements sont doublés. Les sanitaires sont semblables.



*Chambre double*

### 5.1.3 Les patients

Le jour de la visite des contrôleurs, cinq patients avaient été admis sur demande d'un tiers, quarante et un, en soins libres.

### 5.1.4 Le personnel

Le personnel soignant comprend :

- un cadre de santé ;
- cinq infirmiers de jour dont un homme ;
- trois infirmiers de nuit dont deux hommes ;
- trois aides-soignants de jour dont un homme ;
- trois aides-soignants de nuit, tous de sexe masculin ;
- quatre ASH.

Le jour de la visite des contrôleurs, deux infirmiers et deux aides-soignants exerçaient leur activité de 8h à 20h et une infirmière était présente à l'effectif de 8h à 17h, mais était en formation.

### 5.1.5 Le fonctionnement

Le jour de la visite, les deux chambres d'isolement étaient hors service à la suite de dégradations effectuées en mars 2014 par le même patient, admis en SPDT. Elles étaient en cours de réfection. Le patient, à la suite de ces événements a été placé dans une chambre dotée d'une caméra de surveillance. Il a été indiqué aux contrôleurs que son agitation s'était calmée dès son installation dans cette chambre.

Le jour de la visite des contrôleurs, tous les patients – sauf un – avaient le droit de sortir, de recevoir des visites et de téléphoner. Un patient admis en soins libres pour un problème d'addiction avait signé un contrat de soins comportant une limitation de ses sorties.

Les activités proposées sont les suivantes :

- jeux de société ;
- menuiserie, presque tous les jours, avec un soignant ou un étudiant d'un institut de formation en soins infirmiers<sup>17</sup> ;
- « zumba » (danse permettant d'effectuer un travail sur le corps), dans le hall une fois par semaine ;
- relaxation le vendredi de 15h à 16h.

## 5.2 Les unités du premier étage et du second étage

Les services du premier et second étage ont un plan identique à celui du rez-de-chaussée hormis l'aménagement du poste de soins qui diffère au second étage : une avancée a été récemment ajoutée afin de créer une zone d'accueil plus fonctionnelle et conviviale pour les patients. Les chambres sont en tous points identiques.

Le nombre de lits diffère cependant. Le premier et le second étage comportent quarante-huit lits répartis en :

---

<sup>17</sup> Des étudiants des IFSI du CH Delafontaine, du CHS de Moisselles (Val-d'Oise), de l'IFSI Chaptal de Sarcelles (Val-d'Oise) ...viennent en stage à la clinique.

- vingt-deux chambres individuelles ;
- treize chambres à deux lits.

Chaque chambre est équipée d'une douche et d'un WC à l'anglaise suspendu. Cinq chambres, dont une conçue pour les personnes à mobilité réduite, sont équipées d'une caméra.

Par ailleurs quatre chambres du premier étage ont bénéficié d'un **réaménagement** conséquent pour un coût de 25 000 euros chacune, main d'œuvre comprise. Ce réaménagement qui inclut, outre la peinture, la réfection de la salle d'eau, des placards et du mobilier, a été l'occasion pour le service maintenance de concevoir et de tester des éléments de sécurité innovants. L'objectif a été d'améliorer le séjour des patients et de limiter les risques pour ceux présentant un risque suicidaire : cintres aimantés, élimination de tout point d'accroche, mobilier intégré.



*Chambre individuelle rénovée*



*Sanitaires d'une chambre rénovée avec douche à l'italienne*

Les contrôleurs ont constaté que la conception et la réalisation de ces quatre chambres sont de qualité et offrent un surcroît de confort aux patients. Il est prévu de rénover très progressivement l'ensemble des chambres.

Lors du contrôle, l'une d'entre elles était en travaux au deuxième étage.

### **5.2.1 Les patients admis au premier étage**

Au 9 avril, le premier étage accueillait quarante-quatre patients (vingt-huit femmes et seize hommes) dont un homme admis en soins sous contrainte sur décision du représentant de l'Etat, deux femmes admises sous contrainte à la demande d'un tiers. Le patient le plus âgé avait quatre-vingt-deux ans et le plus jeune dix-neuf.

Trois patients étaient en isolement thérapeutique sans visite, dont deux avec une restriction de l'usage du téléphone. Il a été précisé aux contrôleurs que ces limitations sont toujours temporaires et réévaluées quotidiennement ; par ailleurs l'accord du patient est toujours recherché. Les autres patients, en soins libres, n'avaient pas de restriction quant à leur sortie du service. Aucun ne possédait un ordinateur ni une tablette numérique.

### **5.2.2 Les patients admis au second étage**

Au 9 avril, le second étage accueillait quarante-cinq patients (vingt hommes et vingt-cinq femmes) dont un homme et une femme admis en soins sous contrainte à la demande d'un tiers. Le patient le plus âgé avait soixante-dix-huit ans et le plus jeune dix-huit.

Tous les patients sans exception avaient accès à leur téléphone portable et tous pouvaient recevoir des visites. Seuls deux patients étaient concernés par une restriction d'aller et venir en étant soumis à une autorisation de sortie accompagnée de moins de douze heures.

Selon les indications données aux contrôleurs, aucun patient ne possédait un ordinateur ou une tablette.

### 5.3 L'unité Beatus



*Pavillon Béatus*

Le service Beatus occupe le seul pavillon ancien subsistant sur le domaine. Il comporte trente-quatre lits répartis sur trois niveaux :

- vingt-huit chambres individuelles ;
- trois chambres à deux lits.

Le service est dépourvu de chambre d'isolement et de chambre sous vidéo surveillance comme celles existant au bâtiment central.

Toutes les chambres sont équipées d'un appareil téléphonique (accès sur abonnement) et d'un cabinet de toilettes avec douche, lavabo et wc à l'anglaise. Bien qu'aucun rafraichissement ne soit programmé du fait de l'achèvement en cours du nouveau bâtiment qui doit héberger l'unité en septembre, l'équipe de maintenance de la clinique assure un entretien régulier du pavillon. Seuls les cabinets de toilette des chambres laissent apparaître une certaine vétusté. Toutes les chambres, couloirs et parties communes sont d'une grande propreté. Chaque niveau bénéficie d'une salle de bain avec baignoire thérapeutique et d'un wc supplémentaire.



*Chambre individuelle*

Le rez-de-jardin bas, côté Seine, est occupé par le réfectoire des patients ; au-dessus, le rez-de-chaussée haut comporte une loggia utilisée en salle d'activité. Les différents niveaux sont desservis par ascenseur, à l'exception des trois chambres situés au dernier étage. Contrairement aux trois unités du bâtiment principal, le pavillon Beatus est dépourvu d'espace pour les fumeurs, ces derniers sont contraints de fumer dans le parc, quelle que soit la météo.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « ce problème a été résolu puisque l'extension immobilière qui accueillera les patients de Béatus à l'automne 2014 est dotée de balcons et terrasses sécurisées notamment à destination des fumeurs ».



*Salle d'activité du pavillon Béatus*

### **5.3.1 Les patients accueillis à Béatus**

Au 9 avril, le pavillon hébergeait trente-quatre personnes (vingt-six femmes et huit hommes). Tous les patients présents avaient été admis en soins libres. Le plus âgé avait quatre-vingt-un ans et le plus jeune dix-neuf.

Un seul patient était concerné par une restriction de ses droits de visite et de téléphone. Il bénéficiait cependant de sorties de moins de douze heures. Ces restrictions, temporaires, étaient prescrites par le médecin et en accord avec le patient.

Deux équipes composées chacune d'une infirmière, d'une aide-soignante et de deux agents de service hospitalier assurent une présence permanente par service de douze heures. La cadre de santé est également présente.

Selon les indications données aux contrôleurs, dix patients conservaient dans leur chambre un ordinateur personnel. Il n'a pas été possible de savoir combien d'entre eux avaient une clé « 3G ».

#### 5.4 L'hospitalisation des personnes détenues

La Maison de santé d'Epina y n'accueille jamais de personnes détenues hospitalisées dans le cadre des dispositions de l'article D. 398 du code de procédure pénale.

#### 5.5 La suroccupation et les transferts

Le mode d'admission des patients permet d'éviter tout problème de lit puisque chaque patient est attendu.

Dans le cas où un psychiatre souhaiterait procéder à une admission et qu'il n'y aurait aucun lit à la MSE, deux solutions sont possibles : le patient attend à son domicile qu'un lit se libère, ou il est admis dans son secteur d'origine, dans l'attente d'un lit.

Il a été indiqué aux contrôleurs, que « les déménagements » de patient pour libérer une chambre individuelle pour un arrivant ne faisaient pas partie des pratiques de la MSE.

Lorsqu'un psychiatre considère que l'état du patient qu'il soigne n'est plus compatible avec le fonctionnement de la MSE, il organise son transfert vers l'unité d'hospitalisation de son secteur. « Il s'agit essentiellement de patients trop agités qui se mettent en péril ».

## 6- L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

### 6.1 La procédure d'isolement

Il existe un document intitulé « Mise en isolement » daté du 15 décembre 2010.

Un document sur le même sujet, non encore validé au moment de la visite a été remis aux contrôleurs.

Il a pour objet de « définir les pratiques thérapeutiques et décrire la mise en place, l'organisation, la surveillance concernant les mises en isolement thérapeutique, pratiques réglementées :

- les mises en isolement thérapeutique en chambre d'isolement ;
- les mises en isolement thérapeutique en chambre caméra fermée à clé.

Les objectifs :

- définir les responsabilités ;
- adopter les bonnes pratiques et décrire l'organisation de cette prise en charge ;
- assurer la sécurité du patient et sa surveillance ;
- respecter le cadre juridique ;
- limiter les facteurs de risque ;

- harmoniser cette pratique dans l'ensemble des services ;
- guider les professionnels pour la traçabilité des prescriptions médicales, de délivrance de soins et de surveillance infirmière ;
- garantir la bienveillance et la bienveillance lors d'un acte ».

Le document donne les références de tous les textes ayant trait à cette pratique.

Il définit l'isolement thérapeutique en donnant la définition du dictionnaire, celle de la psychiatrie et la pratique de l'établissement : « l'isolement est un moyen de contrôle (exceptionnellement accompagné de contention physique), empêchant la personne soignée de se blesser ou de blesser d'autres personnes, générant un perpétuel dilemme pour les soignants entre respect de la liberté et assurance de la sécurité. C'est un processus de soins, entre contrainte et bienveillance, justifié par une situation clinique initiale et se prolongeant jusqu'à l'obtention d'un résultat clinique.

C'est une méthode appropriée pour :

- diminuer les stimulations reçues de l'environnement immédiat ;
- aider à retrouver le contrôle perdu de comportements verbaux ou non verbaux ;
- empêcher de provoquer des dégâts dans l'environnement ;
- éviter une rupture dans le programme de traitement en cours ;
- prévenir d'une violence imminente ou traiter une violence avérée ;
- prévenir le risque de rupture thérapeutique par fugue ;
- répondre à la demande du patient lui-même en cas d'angoisse ;
- éviter les contentions répétées ».

Les contre-indications sont citées :

- « punition ;
- confort de l'équipe de soins, réduction de l'angoisse du soignant ;
- liée à la charge de travail ou manque de personnel ».

Dans les règles générales sont distinguées la chambre d'isolement et les chambres caméra surveillance. **« Les prescriptions et les surveillances sont donc absolument identiques ».**

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « en revanche, puisqu'il s'agit d'une même procédure d'isolement thérapeutique, les prescriptions et les surveillances sont quant à elles absolument identiques. Le principe de base de l'isolement demeure dans les deux cas (1 seule procédure) : l'isolement a un effet protecteur et contenant qui diminue la dispersion des contenus psychiques. Mais selon les cas, deux modalités d'isolement existent (2 modes opératoires). L'une étant une alternative ou une étape intermédiaire (la chambre à caméra surveillance) à l'autre dans les cas ultimes (chambre d'isolement). En effet l'établissement a fait volontairement le choix de se doter de chambres à caméra parce qu'elles restent identiques dans leur aménagement à toutes les autres chambres dites 'standard' (mobilier, salle de bains, TV...) et ce par souci de mise en sécurité du patient et afin d'éviter le recours aux contentions ou les mises en chambres d'isolement. Si une mise en chambre d'isolement est prescrite par un psychiatre c'est que l'état de santé du patient nécessite qu'il soit isolé de tout stimulus extérieur et pour diminuer tout morcellement paranoïde. Le mobilier y est alors adapté : pouf, lit et couvertures anti déchirables ».

Le document définit ensuite concrètement l'acte proprement dit : « mise en chambre d'isolement ou en chambre fermée à caméra surveillance » avec le rôle du psychiatre ou du médecin de garde, le traitement de l'environnement, l'information au patient et sa mise en pyjama, l'installation dans la chambre avec mise à disposition d'une bouteille d'eau, la mise en fonctionnement de la caméra de surveillance, l'ouverture du dossier spécifique (cf. *infra*).

Il est noté que la directrice des soins ou l'administrateur de garde doit être prévenu de la mise en isolement ainsi que le rez-de-chaussée pour la sécurité incendie qui l'enregistre sur la main courante « sécurité maintenance des chambres d'isolement ».

La surveillance des chambres d'isolement et des chambres à caméra surveillance doit être effectuée toutes les deux heures. Le rôle et les obligations des infirmiers et du médecin de garde ou psychiatre sont définis.

La phase de sortie fait l'objet d'une page spécifique du document avec le rôle du médecin, des infirmiers, de l'aide-soignant et de l'ASH.

Il existe un « **dossier mise en isolement** », destiné à être inséré dans le dossier patient.

Il indique le nom du psychiatre référent, les dates d'ouverture et de fermeture du dossier et le nombre de jours d'isolement. L'étiquette permettant d'identifier le patient est également collée sur la première page.

Le document comporte l'**inventaire** des effets personnels du patient retirés lors de la mise en isolement avec une distinction entre les objets à remettre dans la chambre du patient et ceux à déposer au coffre. Cet inventaire est signé par deux soignants.

La **pertinence et la prescription** occupent la deuxième page. Y sont indiqués :

- le mode d'hospitalisation (HL, SPDT et SPDRE) ;
- la modification du mode d'hospitalisation en SPDT avec la date et le mode de décision (médecin ou équipe, dans l'urgence) ;
- l'évaluation du patient par l'équipe soignante ;

- l'avis médical motivé avec description de l'état clinique, le programme thérapeutique, l'adaptation du traitement médicamenteux et les plaintes somatiques ;
- l'indication :
  - déstructuration/dissociation majeure ;
  - confusion/désorganisation majeure ;
  - risque majeur d'acting hétéro-agressif ;
  - risque majeur de tentative de suicide ;
  - risque de rupture thérapeutique ;
  - agitation psychomotrice majeure ;
  - risque majeur de pyromanie ;
  - demande du patient ;
- la prescription de contention ;
- la surveillance des facteurs de risque ;
- les sorties temporaires planifiées avec leurs modalités ;
- les modalités pour les chambres à caméra :
  - autorisation des vêtements ;
  - objets autorisés ;
  - « mobilier autorisé : chaises, cabinet de toilette, téléphone, visite » ;
- l'information donnée au patient concernant l'isolement et ses conditions :
  - au patient ;
  - à la famille ;
  - non adapté, avec les motifs

Le troisième feuillet concerne la « **sortie et bilan** » avec des indications sur :

- l'évaluation du patient par l'équipe soignante ;
- l'avis médical motivé ;
- la prescription médicale de sortie définitive d'isolement avec la date, l'heure, le nombre de jours d'isolement, le nom et la signature du praticien.

**L'installation dans la chambre d'isolement ou avec caméra** est notée sur des feuillets intitulés « renouvellement et surveillance » avec l'intervention soignante et la sécurité (appel de renfort, température de la chambre, l'information du rez-de-chaussée de la mise en isolement ou du changement de chambre).

Il est noté également tous les éléments de la surveillance infirmière avec la date et l'heure. Il s'agit de noter les paramètres (tension artérielle, pouls et température), la prise du traitement, l'état psychique et la conscience, l'état physique, le sommeil, l'alimentation, l'hydratation, l'élimination (intestinale et urinaire), l'hygiène et la gestion du tabac (patch, cigarettes).

Sur le verso du feuillet, l'état clinique du patient associé aux éléments de surveillance est noté ainsi que l'heure de l'évaluation.

## 6.2 La procédure de contention

Depuis une recommandation émise par le comité d'éthique en 2012, aucune contention n'est mise en œuvre dans l'établissement. On recourt à la contention lors du transfert d'un patient dans son secteur, lorsque son état est incompatible avec son séjour à la MSE.

Toutefois, une **procédure « mise en contention physique »**, rédigée par la directrice des soins, était en attente de validation au moment de la visite des contrôleurs, pour être en conformité avec les exigences de la Haute autorité de santé (HAS). Elle a pour objet de « définir les pratiques thérapeutiques et décrire la mise en place, l'organisation, la surveillance concernant les mises en contention physique ».

Le document indique « les objectifs » qui sont les mêmes que ceux définis dans la procédure de mise en isolement (cf. *supra*).

Le document donne les références de tous les textes ayant trait à cette pratique.

Il est précisé : « les contentions physiques ne sont qu'exceptionnellement utilisées à la Maison de Santé d'Epina y et uniquement dans l'urgence et sur prescription, dans l'attente du transfert en ambulance ».

La mise en contention proprement dite est ensuite abordée avec la description de l'acte : prescription médicale, mise en place des bandes de contention, mise du patient en pyjama, ouverture d'un dossier spécifique de mise en isolement, surveillance etc.

## 6.3 Les chambres d'isolement

Il existe six chambres d'isolement au sein de l'établissement. Elles sont situées dans les trois unités d'hospitalisation du bâtiment principal, à raison de deux par étage.

Le jour de la visite des contrôleurs, les deux chambres d'isolement du rez-de-chaussée faisaient l'objet de travaux de réfection à la suite de la destruction du revêtement mural de chaque chambre par le même patient. Il est à noter que, selon les informations recueillies, à la suite de cet épisode d'agitation ayant eu pour conséquence le placement du patient successivement dans chacune des deux chambres d'isolement, celui-ci a été conduit dans une chambre sous surveillance d'une caméra où son état s'est amélioré rapidement.

Aucune des quatre chambres d'isolement en service n'était occupée le jour de la visite des contrôleurs. Les chambres d'isolement sont sensiblement identiques.

La première chambre d'isolement mesure 2 m de largeur et 3 m de longueur, soit une surface de 6 m<sup>2</sup>. La hauteur sous plafond est de 2,60 m. La pièce est éclairée par une fenêtre en bandeau de 1,70 m de longueur sur 0,50 m de hauteur à 1,90 m du sol. Cette fenêtre coulissante est en grande partie occultée par un volet également coulissant laissant passer la lumière du jour de chaque côté, par un espace libre de 10 cm<sup>18</sup>. L'éclairage est complété par un plafonnier équipé d'une fonction veilleuse. Une caméra est installée dans un coin au ras du plafond. Une pendule électronique fixée au mur, protégée par une plaque de plexiglas,

<sup>18</sup> Un des psychiatres a parlé de « meurtrières » à propos des fenêtres des chambres d'isolement.

indique l'heure, la date, le jour de la semaine, la température de la pièce et les phases lunaires. La ventilation est assurée par deux bouches de VMC. La pièce qui ne comporte aucun meuble est équipée d'un matelas au sol de 15 cm d'épaisseur, de 1,90 m de longueur et de 0,90 m de largeur. Il est en mousse de latex recouverte d'une housse plastifiée beige. Il ne comporte pas de dispositif permettant de fixer les sangles de contention.

La deuxième chambre d'isolement est légèrement plus grande avec une surface de 6,20m<sup>2</sup> et est éclairée par deux fenêtres en bandeau selon une double exposition. La seconde fenêtre, du même type que celle déjà décrite, est plus petite : elle mesure 0,80m de longueur et 0,50m de hauteur. Un volet coulissant laisse le jour passer de chaque côté par une ouverture de 10 cm. Les autres équipements sont en tous points identiques à ceux de la première chambre. Les contrôleurs ont constaté lors de la visite, qu'une des deux chambres d'isolement du deuxième étage dégageait une forte odeur d'urine.

Les chambres d'isolement sont dépourvues de sanitaire, un cabinet de toilette est situé dans le couloir de la zone d'isolement. Le patient doit faire signe à la caméra ou frapper à la porte pour demander à se rendre aux toilettes. Il peut arriver qu'un seau soit mis à disposition dans la chambre.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « cette affirmation est erronée puisque conformément à la procédure 'mise en isolement', l'équipe soignante assure toutes les 2 heures une visite auprès du patient pour assurer notamment la prise de ses constantes et satisfaire ses besoins naturels. Un appel malade est situé dans chacune de ces chambres. Le patient n'a donc ni à faire signe à la caméra ni à frapper à la porte.



*Chambre d'isolement avec fenêtre      Matelas posé contre le mur de la chambre*

## 6.4 La traçabilité de l'occupation des chambres d'isolement

Un seul registre est mis en place pour les trois étages de soins. Il est centralisé au rez-de-chaussée.

Ce registre comporte sept colonnes :

- étage ;
- chambre du patient ;
- N° du dossier du patient ;
- chambre d'isolement attribuée ;
- date, heure, d'entrée et de sortie ;
- nom du soignant référent ;
- durée de l'isolement.

Le registre qui a pu être consulté par les contrôleurs a été ouvert le 14 mars 2014.

Le 8 avril 2014 a eu lieu le dernier placement d'un patient en isolement.

Depuis le 14 mars 2014 jusqu'au moment du contrôle le 9 avril 2014, seize personnes ont fait l'objet d'une telle mesure :

- dix au premier étage ;
- quatre au deuxième étage ;
- deux au rez-de-chaussée.

La durée de l'isolement a été de :

- neuf jours, pour une personne ;
- quatre jours, pour une personne ;
- trois jours, pour trois personnes ;
- deux jours, pour deux personnes ;
- un jour, pour six personnes ;
- huit heures et vingt minutes, pour une personne ;
- quatre heures, pour une personne ;
- deux heures, pour une personne.

Les malades ayant été placés en isolement avaient tous été admis sous contrainte, à l'exception de la personne dont l'isolement a duré 8h20.

Les personnes faisant l'objet d'une surveillance par caméra dans leur chambre ne sont pas répertoriées dans un registre particulier, il en est fait état sur leur dossier médical personnel. Cela n'a pas pu être vérifié.

## 6.5 Le recours à l'isolement

Les psychiatres rencontrés par les contrôleurs ont tous affirmé vouloir restreindre au maximum le recours à l'isolement.

Certains psychiatres évoquent l'obligation de placer un patient en isolement thérapeutique avant une séance de sismothérapie quand il n'est pas sûr qu'il reste vraiment à jeun ou juste après une séance lorsqu'il existe un état de confusion mentale.

S'agissant du placement en isolement d'un **patient admis en soins libres**, leur position est variable :

- transformation immédiate du placement en ASPDT ;
- transformation du placement dès la douzième heure ;
- transformation du placement en ASPDT à 24 heures ;
- transformation plus tardive après 24 ou 48 heures.

La position officielle de l'établissement est de limiter le placement à l'isolement d'un patient admis en soins libres à moins de 12 heures.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « conformément à la procédure 'mise en isolement', la position officielle la plus régulièrement pratiquée, de l'établissement est de limiter le placement d'un patient admis en soins libres à moins de 12 heures. Cependant chaque psychiatre peut quelquefois être amené à se donner une latitude (entre 24h et 48h) d'appréciation clinique et individuelle proposant au patient de prendre le temps de l'élaboration psychique et de comprendre la situation ».

A titre d'exemple, il a été évoqué le cas d'un patient admis en soins libres, rentré d'une permission de sortie ivre et menaçant. Il a été placé en chambre d'isolement durant la nuit pour le dégrisement. Le lendemain il lui a été demandé de rester au sein de l'unité. Le surlendemain il n'avait plus aucune restriction de circuler.

Les patients placés en chambre d'isolement revêtent une tenue indéchirable composée d'un bermuda et d'un tee-shirt.

Lors du **comité d'éthique** du 16 décembre 2010, le thème de la **maltraitance lors de la mise en chambre d'isolement** a été abordé. « Quel que soit le savoir faire des équipes dans les circonstances de mise en chambre d'isolement, les membres insistent sur l'effet traumatisant pour le patient, pour eux-mêmes et les autres patients qui peuvent être amenés à assister aux événements. Les points essentiels retenus par les membres du groupe afin d'éviter ou de diminuer le sentiment de maltraitance sont :

- pour le patient : prendre le temps nécessaire pour la verbalisation ;
- pour les autres patients : les mettre à distance et verbaliser dans un deuxième temps si nécessaire ;
- pour les soignants : évaluer le bénéfice/risque et pouvoir en parler en équipe.

Dans le cas d'un patient ayant choisi de désigner une personne de confiance, la question se pose de l'information de celle-ci. Dans notre pratique, il n'y a pas de protocole établi et la décision est prise à chaque fois en fonction de la situation. Il n'est pas toujours évident que le patient souhaite que cette information soit diffusée à ses proches. En tout état de cause il est nécessaire d'informer les proches de la restriction de visite sans en donner les raisons de façon à respecter la confidentialité. Il est important de trouver la juste mesure pour la délivrance de l'information et de prendre en considération la dimension personnelle et éthique ».

## 6.6 Les chambres sous surveillance caméra

Il existe quatre chambres ordinaires par unité du bâtiment principal, et une chambre dédiée aux personnes à mobilité réduite dotées d'une caméra dont la mise en service se fait par un bouton situé au sein du poste infirmier. Au total il existe donc quinze chambres équipées de vidéosurveillance.

La procédure d'isolement (cf. § 6.1) concerne à la fois la mise en chambre d'isolement et celle dans une « chambre à caméra surveillance ».

Le dossier « mise en isolement » (cf. § 6.1) comprend une rubrique ayant trait aux chambres à caméra. Elle concerne le mobilier autorisé, les objets autorisés, l'accès au téléphone et le droit à des visites.

Il n'existe pas de traçabilité spécifique sur l'usage de ces chambres.

Selon les informations recueillies, aucun enregistrement des images n'est effectué. L'usage de ces chambres permettrait de diminuer significativement la durée du placement des patients dans les chambres d'isolement.

Dans sa réponse au rapport de constat, le chef d'établissement indique : « l'usage de ces chambres permet de diminuer significativement la durée de placement des patients dans les chambres d'isolement ».

Le jour de la visite des contrôleurs, les douze chambres étaient occupées sans, en principe de prescription de l'utilisation des caméras (cf. 4.11).

## 6.7 Le recours à la contention

Depuis une décision du comité d'éthique datant de 2012, aucune contention n'est mise en œuvre dans l'établissement.

Selon les informations recueillies, le recours à la contention ne se fait qu'en attente du **transfert** d'un patient dans son secteur, lorsque son état est incompatible avec son séjour à la MSE. Durant cette période qui dure de deux à trois heures, le patient est hébergé dans une chambre dotée d'une surveillance caméra.

Les lits des chambres d'isolement ne permettent pas d'y fixer des sangles de contention.

## 7- ELEMENTS D'AMBIANCE

Malgré l'incompréhension, surtout de son caractère inopiné, de la visite des contrôleurs du CGLPL, il a été constaté l'implication des différents acteurs dans le respect des droits fondamentaux des patients.

L'établissement accueille des patients sans leur consentement, non sectorisés, avec une procédure particulière ; les considérations juridiques sont prises en compte ; les conditions d'admission sont connues ; une attention doit être portée à ces domaines pour que les critères de sélection soient connus.

Tous les personnels rencontrés – médecins et soignants – avaient travaillé antérieurement dans des unités de soins des secteurs de psychiatrie publique. Ils ont fait part de leur satisfaction de travailler au sein de la Maison de santé d’Epinay où ils considèrent que la prise en charge des patients est plus satisfaisante que dans leur exercice antérieur.

L’envie de bien faire, le souci d’efficacité et le professionnalisme de l’ensemble des agents étaient perceptibles durant la visite.

## CONCLUSION

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

Observation n° 1 : Le projet d'établissement définit clairement les missions de l'établissement : les hospitalisations sous contrainte, la sismothérapie et la prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques lourdes en phase aiguë (cf. § 2.2).

Observation n° 2 : L'organisation de la présence des psychiatres et des médecins généralistes au sein de l'établissement est un facteur de la bonne marche de l'établissement (cf. § 2.7).

Observation n° 3 : Le choix du rythme de travail du personnel soignant en douze heures et la possibilité de recourir aux heures supplémentaires est apparu comme un facteur de satisfaction pour les personnels (cf. § 2.7).

Observation n° 4 : La décision d'admission pour des soins psychiatriques à la demande d'un tiers devrait être intégrée dans le registre de la loi mais pas seulement dans le dossier administratif de la personne concernée (cf. § 3.4 et 3.11.2).

Observation n° 5 : Les modalités d'admission des patients sont bien organisées (cf. § 3.1, 3.6 et 3.8).

Observation n° 6 : La notification des mesures d'admission est parfaitement protocolisée contrairement à ce qui a souvent été observé dans les établissements de santé visités (cf. § 3.7).

Observation n° 7 : Le livret d'accueil ainsi que le règlement intérieur sont remis systématiquement au patient. Une feuille volante ayant trait aux admissions sans consentement est remise aux patients concernés (cf. § 3.10 et 4.1).

Observation n° 8 : Il serait indispensable que les psychiatres effectuant la notification des mesures d'admission sans consentement, évoquent les voies de recours et l'audience avec le juge des libertés et de la détention (cf. § 3.10.3).

Observation n° 9 : Il serait nécessaire de recueillir les observations des patients avant leur audience avec le JLD (cf. § 3.10. 4).

Observation n° 10 : La liste des avocats inscrits au barreau de Bobigny doit être apposée dans les unités et pas seulement au bureau des admissions (cf. § 3.10. 4).

Observation n° 11 : La proportion importante de patients « dispensés d'audience avec le JLD devrait interroger les psychiatres sur les critères de leur décision (cf. § 3.10. 6).

Observation n° 12 : Il existe un protocole ayant trait aux sorties de moins de douze heures et de moins de quarante-huit heures ce qui en facilite la mise en œuvre (cf. § 3.10.7.1 et 3.10.7.2).

Observation n° 13 : L'assistante sociale joue un rôle important dans l'établissement : outre ses missions habituelles de préparation à la sortie, elle a la responsabilité des patients sous protection juridique (cf. 3.13).

Observation n° 14 : Contrairement à la plupart des établissements de santé visités, la désignation d'une personne de confiance est effectuée à la MSE grâce à un document spécifique (cf. § 3.14).

Observation n° 15 : Les patients peuvent disposer de leurs téléphones portables. Il s'agit d'une bonne pratique qui pourrait être étendue à d'autres établissements de santé visités par le CGLPL (cf. § 3.18.2).

Observation n° 16 : Contrairement à la plupart des établissements de santé visités par le CGLPL, l'accès à l'informatique est à internet est possible pour les patients (ordinateur personnel, atelier informatique ou démarches avec l'assistante sociale (cf. § 3.18.4).

Observation n° 17 : La gestion du tabac pour les patients est bien organisée et fait l'objet d'une réflexion du comité d'éthique (cf. § 3.18.5).

Observation n° 18 : L'établissement met en œuvre des actions d'éducation thérapeutique (cf. § 3.18.6).

Observation n° 19 : Contrairement à ce qui est observé dans les établissements de santé visités, le taux de retour des questionnaires de satisfaction est élevé (57 %) Les résultats montrent un taux de satisfaction de 94 % (cf. § 3.19.1).

Observation n° 20 : La procédure ayant trait aux événements indésirables est très opérante et permet de responsabiliser les différents acteurs (cf. § 3.19.2).

Observation n° 21 : Une formation sur la technique de la gestion physique du patient est proposée au personnel (cf. § 3.19.3).

Observation n° 22 : Avec un coût de la journée alimentaire de 11,67 euros (charges de personnel incluses) pour 2014, la qualité des repas est appréciée par les patients et les soignants (cf. § 4.2).

Observation n° 23 : Les patients ont la possibilité de faire laver leur linge sur place moyennant paiement (variable selon la prestation) (cf. § 4.3).

Observation n° 24 : Les soins somatiques sont parfaitement assurés aux patients y compris pour ceux placés en chambre d'isolement (cf. § 4.4).

Observation n° 25 : Malgré l'absence de circuit informatisé du médicament (prévu en 2015), la pharmacie fonctionne bien grâce à la mise en place de protocoles et de fiches de suivi ayant trait à tous les domaines (cf. § 4.5).

Observation n° 26 : Les différents comités mis en place dans l'établissement fonctionnent bien, notamment le comité d'éthique qui propose une vraie réflexion sur les pratiques (cf. § 4.7).

Observation n° 27 : L'électroconvulsivothérapie bénéficie d'une organisation, d'un fonctionnement et d'une traçabilité qui méritent d'être soulignés (cf. § 4.8).

Observation n° 28 : Il n'est pas acceptable que l'assurance maladie paie des transports en ambulance alors que les médecins ont demandé un VSL (cf. § 4.9).

Observation n° 29 : Les locaux sont parfaitement entretenus (cf. § 4.10).

Observation n° 30 : L'installation de caméras de vidéosurveillance dans des « chambres surveillées) pose problème vis-à-vis de la protection de la dignité. Il a été dit aux contrôleurs que ce dispositif permettait de réduire les placements en chambre d'isolement. Toutefois, il n'existe pas de traçabilité de l'utilisation de ce dispositif et des dérives ont été observées (cf. 4.11 et 6.6).

Observation n° 31 : L'établissement propose un grand nombre d'activités aux patients – y compris ceux admis sans consentement – sur le site ce qui évite de voir des patients inoccupés traîner sans but dans les unités de soins comme l'ont souvent vu les contrôleurs dans leurs visites (cf. § 4.12).

Observation n° 32 : Les bonnes conditions d'hébergement sont à souligner : mobilier choisi avec recherche, local sanitaire avec douche dans chaque chambre ... En outre, la conception et la réalisation de quatre chambres sont de qualité et offrent un surcroît de confort aux patients. Il est prévu de rénover très progressivement l'ensemble des chambres. (cf. § 5.1.2).

Observation n° 33 : La procédure d'isolement et la traçabilité des mises en isolement sont opérantes. Cependant il conviendrait d'offrir aux patients isolés de meilleures conditions de séjour (cf. 6.1, 6.3 et 6.4).

Observation n° 34 : Depuis une recommandation émise par le comité d'éthique en 2012, aucune contention n'est mise en œuvre dans l'établissement. Ce choix doit être souligné (cf. 6.2).

Observation n° 35 : Le climat de travail est bon ; L'envie de bien faire, le souci d'efficacité et le professionnalisme de l'ensemble des agents sont perceptibles (cf. § 7).

## SOMMAIRE

<b>1- Conditions générales de la visite .....</b>	<b>2</b>
<b>2- Présentation générale de l'établissement .....</b>	<b>3</b>
2.1.1 L'accès au site.....	3
2.1.2 L'historique et la compétence .....	4
<b>2.2 Les particularités de la prise en charge des patients à la Maison de santé d'Epina y ...</b>	<b>5</b>
<b>2.3 La psychiatrie dans le département de la Seine-Saint-Denis.....</b>	<b>7</b>
<b>2.4 Le bâtimentaire .....</b>	<b>7</b>
<b>2.5 L'organisation de l'établissement.....</b>	<b>9</b>
<b>2.6 Les données financières .....</b>	<b>9</b>
<b>2.7 Le personnel .....</b>	<b>11</b>
<b>2.8 L'activité.....</b>	<b>14</b>
<b>3- Hospitalisation sans consentement et exercice des droits.....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 La décision d'admission .....</b>	<b>15</b>
<b>3.2 L'arrivée des patients.....</b>	<b>16</b>
<b>3.3 L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT) .....</b>	<b>17</b>
<b>3.4 L'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE).....</b>	<b>18</b>
<b>3.5 L'admissions en soins libres .....</b>	<b>18</b>
<b>3.6 Les dépôts d'argent et de valeurs.....</b>	<b>18</b>
<b>3.7 La notification .....</b>	<b>19</b>
<b>3.8 Les modalités d'admission du patient dans l'unité .....</b>	<b>20</b>
<b>3.9 La période initiale de soins et d'observation.....</b>	<b>21</b>
<b>3.10 Les informations données aux malades .....</b>	<b>22</b>
3.10.1 Le livret d'accueil.....	22
3.10.2 Les informations concernant la loi du 5 juillet 2011.....	23
3.10.3 Les informations sur les voies de recours.....	23
3.10.4 Le recueil des informations des patients.....	23
3.10.5 Les modalités de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 modifiée par la loi du 25 septembre 2013.....	23
3.10.6 Le contrôle des juges des libertés et de la détention (JLD).....	24
3.10.7 La sortie des soins.....	26
<b>3.11 Le livre de la loi.....</b>	<b>28</b>
3.11.1 Les admissions.....	29

3.11.2	De quelques éléments relevés sur le registre de la loi.....	29
3.11.3	Le collège soignant.....	31
3.11.4	Le programme de soins.....	32
<b>3.12</b>	<b>L'information sur la visite des autorités .....</b>	<b>32</b>
<b>3.13</b>	<b>La protection juridique des majeurs .....</b>	<b>32</b>
<b>3.14</b>	<b>La désignation d'une personne de confiance.....</b>	<b>33</b>
<b>3.15</b>	<b>L'accès au dossier médical.....</b>	<b>34</b>
<b>3.16</b>	<b>La commission départementale des soins psychiatriques .....</b>	<b>34</b>
<b>3.17</b>	<b>L'accès à l'exercice d'un culte .....</b>	<b>35</b>
<b>3.18</b>	<b>La communication avec l'extérieur .....</b>	<b>36</b>
3.18.1	Les visites.....	36
3.18.2	Le téléphone .....	37
3.18.3	Le courrier.....	37
3.18.4	L'informatique et l'accès à l'internet.....	37
3.18.5	La gestion du tabac .....	37
3.18.6	L'éducation thérapeutique .....	38
<b>3.19</b>	<b>La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) .....</b>	<b>38</b>
3.19.1	Les plaintes et réclamations .....	39
3.19.2	Les évènements indésirables.....	40
3.19.3	Les violences hospitalières.....	40
3.19.4	Les recours contentieux.....	41
<b>3.20</b>	<b>L'union nationale des familles et amis de malades psychiques (UNAFAM).....</b>	<b>41</b>
<b>4-</b>	<b>Les conditions d'hospitalisation .....</b>	<b>41</b>
<b>4.1</b>	<b>Le règlement intérieur.....</b>	<b>41</b>
<b>4.2</b>	<b>La restauration .....</b>	<b>42</b>
<b>4.3</b>	<b>La blanchisserie.....</b>	<b>43</b>
<b>4.4</b>	<b>Les soins somatiques.....</b>	<b>43</b>
<b>4.5</b>	<b>La pharmacie .....</b>	<b>44</b>
<b>4.6</b>	<b>Le laboratoire.....</b>	<b>46</b>
<b>4.7</b>	<b>Les différents comités et commissions au sein de l'établissement.....</b>	<b>46</b>
4.7.1	La commission médicale d'établissement et les réunions de médecins.....	46
4.7.2	Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHCST).....	47
4.7.3	Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN).....	47

4.7.4	Le comité de lutte contre la douleur (CLUD).....	48
4.7.5	Le comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS).....	48
4.7.6	Le comité d'éthique.....	48
4.7.7	Le comité « clinique sans tabac » .....	49
4.7.8	Le comité de liaison alimentaire (CLAN).....	49
<b>4.8</b>	<b>L'électroconvulsivothérapie (ECT).....</b>	<b>50</b>
4.8.1	Les locaux.....	50
4.8.2	Le fonctionnement .....	50
4.8.3	La traçabilité de l'utilisation de l'ECT.....	52
<b>4.9</b>	<b>Le transport des patients .....</b>	<b>53</b>
<b>4.10</b>	<b>L'entretien des locaux .....</b>	<b>53</b>
<b>4.11</b>	<b>La sécurité .....</b>	<b>53</b>
<b>4.12</b>	<b>Les activités.....</b>	<b>56</b>
<b>4.13</b>	<b>Le service de nuit .....</b>	<b>59</b>
<b>5-</b>	<b>Les unités de soins .....</b>	<b>59</b>
<b>5.1</b>	<b>L'unité du rez-de-chaussée.....</b>	<b>60</b>
5.1.1	Les espaces communs.....	60
5.1.2	Les chambres.....	60
5.1.3	Les patients .....	63
5.1.4	Le personnel .....	64
5.1.5	Le fonctionnement .....	64
<b>5.2</b>	<b>Les unités du premier étage et du second étage.....</b>	<b>64</b>
	<i>Chambre individuelle rénovée .....</i>	<i>65</i>
5.2.1	Les patients admis au premier étage.....	66
5.2.2	Les patients admis au second étage.....	66
<b>5.3</b>	<b>L'unité Beatus.....</b>	<b>67</b>
5.3.1	Les patients accueillis à Béatus.....	68
<b>5.4</b>	<b>L'hospitalisation des personnes détenues.....</b>	<b>69</b>
<b>5.5</b>	<b>La suroccupation et les transferts .....</b>	<b>69</b>
<b>6-</b>	<b>L'isolement et à la contention .....</b>	<b>69</b>
<b>6.1</b>	<b>La procédure d'isolement.....</b>	<b>69</b>
<b>6.2</b>	<b>La procédure de contention .....</b>	<b>73</b>
<b>6.3</b>	<b>Les chambres d'isolement .....</b>	<b>73</b>

---

<i>Chambre d'isolement avec fenêtre</i>	<i>Matelas posé contre le mur de la chambre</i> .....	74
6.4	La traçabilité de l'occupation des chambres d'isolement .....	75
6.5	Le recours à l'isolement.....	75
6.6	Les chambres sous surveillance caméra .....	77
6.7	Le recours à la contention .....	77
7-	Elements d'ambiance.....	77