



Rapport de visite :

28 novembre au 2 décembre 2022-2^{ème} visite

Etablissement public de santé

Ville-Evrard, site d'Aubervilliers

(Seine-Saint-Denis)



SYNTHESE

Six contrôleurs ont effectué une visite annoncée du site d'Aubervilliers de l'établissement public de santé de Ville-Evrard (EPSVE), du 28 novembre au 2 décembre 2022. Cette visite s'inscrivait dans la continuité de celle du site historique de l'établissement qui se trouve à Neuilly-sur-Marne, effectuée au mois d'octobre 2022.

Les bâtiments d'hospitalisation, construits en 2004 et 2020, regroupent quatre unités d'hospitalisation à temps plein (91 lits) et offrent aux patients de bonnes conditions d'hébergement. En revanche, les espaces extérieurs sont très restreints. L'ensemble est bien entretenu même si les retards pris pour effectuer les réparations des équipements et des locaux sont à déplorer et pour résoudre les problèmes de chauffage récurrents.

Les chambres sont lumineuses, correctement meublées, équipées de sanitaires et, en grande majorité, individuelles. Elles sont différemment sûres pour les patients et leurs biens, toutes n'étant pas encore dotées de verrou de confort. Par ailleurs, les salons de visite familiale qui existent dans presque toutes les unités, méritent d'être repensés pour garantir la confidentialité des rencontres. Le site est dépourvu de cafeteria pour les patients et leurs proches ainsi que de points phone alors que la connexion internet est de piètre qualité.

Les difficultés de recrutement et le fort turn-over, notamment pour les infirmiers de jour, engendrent un recours très marqué aux heures supplémentaires, aux vacances et à l'intérim, et dans certains pôles, les médecins sont en sous-effectif alors que le site est marqué par une forte tension capacitaire. En effet, le taux d'occupation en unité adulte pour l'année 2021 était compris, selon les unités, entre 88% et 98 %. Il était bien plus élevé pendant le contrôle : les chambres hôtelières étaient toutes occupées et dans certaines unités, les chambres d'isolement servaient de chambres hôtelières. Par ailleurs, depuis le début de l'année 2022, faute de places disponibles dans les unités pour adolescents du département de la Seine Saint-Denis, onze adolescents de 16 à 18 ans ont été hospitalisés en secteur adulte.

En 2021, les admissions sur le fondement d'un seul certificat médical ont représenté 69,67% des admissions en soins sans consentement sur décision du directeur alors qu'il s'agit en principe des procédures dérogatoires. Le droit à l'information des patients hospitalisés en soins sans consentement n'est pas pleinement garanti : la lettre les informant de la décision d'admission ainsi que les autres vecteurs d'information (livret d'accueil, affichages, règlement intérieur) sont largement perfectibles pour répondre pleinement aux exigences légales.

La restriction de la liberté de circulation est très forte dans l'établissement : les portes de toutes les unités sont fermées, si ce n'est doublement fermées du fait de l'instauration d'un sas à l'entrée. Les patients hospitalisés en soins libres peuvent toutefois sortir de leur unité et se rendre à l'extérieur.

L'établissement a défini en 2019 une stratégie de rénovation des dix chambres d'isolement sans pour autant profiter des travaux réalisés en 2020 pour en réviser le nombre et le niveau d'équipement et garantir au patient isolé un accès à l'air libre.

D'un point de vue statistique, le traitement des données identifié comme défaillant sur le site de Neuilly-sur-Marne est le même à Aubervilliers. Pour autant, la contention ne concerne qu'une quinzaine de patients par an et les mesures sont tracées.

Des éléments encourageants se dégagent néanmoins en matière de mesures préventives ou alternatives à l'isolement et la contention (initiative de recueil des déclarations anticipées en

psychiatrie, recrutement d'un médiateur de santé pair, projet de création d'un premier espace d'apaisement) même si, au jour du contrôle, un seul pôle porte ces initiatives.

Un rapport provisoire a été adressé le 31 mars 2023 au chef d'établissement, au président et au procureur de la République du TJ de Bobigny ainsi qu'à l'agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France. Ce même rapport a été adressé au préfet de la Seine-Saint-Denis le 3 avril 2023.

Seul le chef d'établissement a émis des observations en date du 28 avril, d'ordre général reproduites ci-dessous, et portant sur un certain nombre d'observations, introduites au sein du rapport en italique.

Observations la directrice de l'établissement faisant suite au rapport provisoire :

« Les sites d'Aubervilliers étant implantés au cœur de la ville, les espaces extérieurs sont effectivement restreints. La rénovation du bâtiment Clos Bénard 1 n'avait pas pour objet la création d'un tel espace extérieur. S'agissant d'une modification structurelle, aucune solution à court terme n'est possible sur le bâtiment. Les dysfonctionnements [de chauffage] rencontrés lors de la visite du CGLPL étaient en cours de diagnostic (1er hiver depuis la rénovation du CB1). Un débouage du réseau de chauffage (qui n'a pas fait l'objet de rénovation) est programmé avant la prochaine saison de chauffe. A la livraison des bâtiments, toutes les chambres étaient munies d'un verrou de confort. Il s'est avéré que le fournisseur des serrures accuse un défaut sur ces serrures débrayables qui a occasionné au cours de deux années d'exploitation des situations où la serrure était bloquée en position fermée sans pouvoir ouvrir la porte. Ces serrures ont donc été partiellement déposées dans l'attente d'une solution fiable de substitution. Dans l'attente d'une solution équivalente et sûre, des canons de confort non débrayables vont être installés dans les six mois à venir. [Dans les salons de visite familiale], des films anti-regards ont été posés depuis la visite du CGLPL.

La Direction des Achats Hôteliers et de la Logistique (DAHL) conduit actuellement une opération de déploiement de distributeurs de boissons ; le hall du bâtiment CB1 est dans le périmètre du marché. La gouvernance promet un projet de loisirs pour les patients pour l'été 2023.

La totalité des points phones recensés dans les unités a été retirée à la suite de la visite de la HAS (certification V2014) en 2018/2019 qui estimait que ces espaces téléphoniques ne respectaient pas l'intimité et la confidentialité des conversations téléphoniques des patients (Réserve processus DIP). Tous les points phones de l'établissement (site de Neuilly-sur-Marne et sites distants) sont désactivés par la direction du système d'information puis physiquement supprimés par la direction du patrimoine et des travaux. Pour leurs communications, les patients peuvent utiliser leur téléphone portable personnel ou si besoin, ils pourront passer et recevoir leurs appels sur le téléphone du service dans un bureau libre. Les communications personnelles des patients sont intégrées dans le règlement de fonctionnement des services ».

Il est à relever que le procureur de la République a émis des observations le 17 avril 2023 relativement au rapport provisoire concernant le site de Neuilly-sur-Marne de l'EPSVE qui lui avait été transmis le 16 mars 2023.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

RECOMMANDATIONS

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

RECOMMANDATION 1 13

Le recrutement de médecins psychiatres doit être une priorité.

RECOMMANDATION 2 14

Les patients doivent avoir un accès équivalent à un psychologue, un ergothérapeute et un psychomotricien dans les différentes unités d'hospitalisation.

RECOMMANDATION 3 15

L'organisation des soins de chaque secteur doit définir les besoins de prise en charge en intra et extrahospitalier, prévoir des effectifs adaptés et stables auprès des patients, permettant aux professionnels d'assurer l'accès, la permanence et la qualité des soins.

RECOMMANDATION 4 16

Tous les professionnels doivent bénéficier de formations obligatoires relatives aux droits des patients hospitalisés en soins sans consentement ainsi qu'aux pratiques d'isolement, de contention et à l'évolution de leur cadre légal ainsi qu'aux alternatives à ces mesures.

RECOMMANDATION 5 17

Les formations mises en place au sein de l'unité G13 contribuant à la formation continue des soignants et à la consolidation des savoirs doivent être étendues à toutes les unités.

RECOMMANDATION 6 17

Dans chaque unité, des supervisions doivent être proposées aux soignants pour leur permettre d'échanger avec un professionnel indépendant, sur leur expérience et leurs pratiques.

RECOMMANDATION 7 19

La gestion en mode dégradé des événements indésirables doit prendre fin au plus vite. Les mesures correctrices identifiées doivent être réalisées dans les plus brefs délais.
Les matelas des chambres d'isolement doivent être remplacés au profit de modèles plus résistants au feu.

RECOMMANDATION 8 22

Il faut réduire les admissions selon les procédures dérogatoires de SDT « péril imminent » et « en urgence », qui offrent moins de garanties aux patients.

RECOMMANDATION 9 24

Chaque patient doit recevoir un livret d'accueil comportant des informations actualisées concernant l'ensemble des droits des personnes en soins sans consentement, ainsi qu'un règlement de fonctionnement conforme aux modalités de sa prise en charge et aux règles de vie de l'unité qui l'accueille.

RECOMMANDATION 10 25

Les patients doivent systématiquement recevoir, dès l'entrée et tout au long de leur hospitalisation, une copie des décisions d'admission et de maintien et des certificats médicaux qui les motivent.
Lors de toute décision médicale, le patient doit être mis en situation de faire valoir ses observations, qui doivent être tracées.

RECOMMANDATION 11	26
Les patients ne maîtrisant pas le français doivent bénéficier d'un interprète.	
RECOMMANDATION 12	28
Les chambres doubles doivent garantir l'intimité des patients. Toutes les chambres hôtelières doivent être équipées d'un verrou de confort pour préserver l'intimité du patient, d'un bouton d'appel accessible, d'un volet ouvrable par le patient, d'une penderie et d'un placard pouvant fermer à clef.	
RECOMMANDATION 13	31
L'efficacité du système de chauffage, la maintenance et l'équipement des locaux doivent répondre urgemment aux besoins des patients et aux demandes des services.	
RECOMMANDATION 14	32
Les patients protégés ne bénéficiant pas de possibilités de sorties ou de proches disponibles doivent pouvoir accéder sans frais à un retrait d'argent, se procurer du tabac et des produits d'usage courant.	
RECOMMANDATION 15	35
L'ouverture des portes des unités doit faire l'objet d'une réflexion et être favorisée. L'accès aux salles d'activité doit être libre pour tous.	
RECOMMANDATION 16	36
Les patients doivent pouvoir conserver leur chargeur de téléphone et leur tabac, sauf consigne médicale individuelle.	
RECOMMANDATION 17	36
Les soignants doivent recevoir une formation relative à la procédure d'anonymat de l'hospitalisation, qui doit être assurée.	
RECOMMANDATION 18	37
Le site doit être équipé d'un réseau informatique permettant aux patients d'accéder facilement à Internet afin de faciliter leurs communications avec l'extérieur et notamment la préparation de leur sortie de l'établissement.	
RECOMMANDATION 19	38
Toutes les unités doivent disposer d'un salon de visite permettant aux patients de recevoir leurs proches de manière confidentielle et respectueuse de l'intimité. Les patients doivent bénéficier d'une cafétéria.	
RECOMMANDATION 20	38
Les patients doivent être informés des modalités de l'exercice de leur droit de vote et pouvoir le mettre en œuvre.	
RECOMMANDATION 21	39
Les patients doivent bénéficier d'un affichage qui renseigne les coordonnées d'aumôniers de tous les cultes.	
RECOMMANDATION 22	40
Toutes les unités doivent désigner un référent du « Comité SIDA Sexualités Prévention » dont les actions doivent être équivalentes à celles mises en œuvre sur le site de Neuilly-sur-Marne.	
RECOMMANDATION 23	42
Les chambres d'isolement doivent respecter la dignité, l'intimité et la sécurité des patients, disposer d'un système de chauffage efficace, de dispositifs d'appel et de commande d'éclairage fonctionnels et accessibles par le patient ainsi que d'une horloge qui indique la date. Les patients doivent avoir accès à un espace extérieur sécurisé.	

RECOMMANDATION 24	43
Les chambres dites sécurisées du bâtiment CB2 ne doivent plus être utilisées dans l'attente de leur rénovation ou de leur réaffectation à un autre usage. La chambre d'isolement doit être strictement distincte de la chambre hôtelière.	
RECOMMANDATION 25	44
La chambre hôtelière du patient doit être conservée pendant toute la durée de son isolement.	
RECOMMANDATION 26	44
Le rapport annuel concernant l'isolement et la contention doit présenter des données fiables et statistiquement exploitables, et définir une politique pertinente de moindre recours à ces pratiques. Un médecin responsable du département d'information médicale doit être recruté.	
RECOMMANDATION 27	45
L'indication du port du pyjama institutionnel en chambre d'isolement doit être individualisée plutôt que systématique. La qualité et le pouvoir calorifuge des couvertures, des pyjamas et des chaussons remis aux patients isolés doivent être améliorés.	
RECOMMANDATION 28	46
Les substituts nicotiques doivent être systématiquement proposés lorsque le patient est isolé, en complément des rares opportunités de fumer.	
RECOMMANDATION 29	47
L'établissement doit mettre en œuvre une politique de réduction et d'alternative aux mesures d'isolement et de contention dans tous les pôles.	
RECOMMANDATION 30	50
Les coordonnées téléphonique et électronique des tiers demandeurs à la mesure doivent être notées dans la saisine du juge afin de permettre une convocation rapide pour l'audience. L'outil informatique à disposition du juge doit être amélioré pour permettre, dans la mesure du possible, un rendu immédiat des décisions et leur notification au patient par le greffe, et libérer ainsi les soignants d'une tâche éloignée de leur cœur de métier.	
RECOMMANDATION 31	51
Les patients doivent bénéficier, de façon équivalente dans tous les pôles, de réunions soignés-soignants, qui favorisent leur expression collective et la prise en compte de leur parole dans la vie de l'unité.	
RECOMMANDATION 32	52
Les patients relevant de prises en charge sociale ou médico-sociale par des structures plus adaptées, sans solution d'orientation, doivent bénéficier d'une prise en charge dans des unités dont l'ergonomie, l'effectif et la formation de son personnel répondent aux spécificités de leur situation clinique. Un lien pertinent doit être mis en place avec l'ensemble des structures sociales et médicosociales d'aval existantes, et l'équipement départemental doit être sérieusement évalué, afin d'obtenir son évolution adéquate.	
RECOMMANDATION 33	53
Les effectifs de soignants doivent garantir la réalisation des activités thérapeutiques prévues dans le cadre des projets de soins des patients.	
RECOMMANDATION 34	54
Tous les patients concernés par l'indication doivent bénéficier d'un accès formalisé à un processus de réhabilitation psychosociale, animé par des soignants spécifiquement formés.	

- RECOMMANDATION 35** **54**
L'administration d'une injection intramusculaire dans le cadre d'une situation d'agitation doit être précédée d'une évaluation médicale psychiatrique.
- RECOMMANDATION 36** **57**
Les patients doivent toujours être informés du contenu des certificats dont ils font l'objet.
- RECOMMANDATION 37** **57**
Chaque patient doit pouvoir choisir de rédiger des directives anticipées incitatives en psychiatrie. La formation et le recrutement de médiateurs de santé pairs doivent être mis en œuvre, afin de permettre leur intervention dans tous les pôles.
- RECOMMANDATION 38** **58**
La procédure de désignation, de contact, d'information, et d'association de la personne de confiance au projet de soins du patient doit être appliquée de façon équivalente dans tous les pôles.
- RECOMMANDATION 39** **60**
Le nombre de lits permettant l'hospitalisation à temps plein des mineurs dans le département de la Seine-Saint-Denis doit être augmenté.
- RECOMMANDATION 40** **60**
Aucun patient mineur ne doit être hospitalisé dans une unité de psychiatrie destinée aux adultes.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
RAPPORT	10
1. CONDITIONS DE LA VISITE	10
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	12
2.1 Le site d'Aubervilliers s'inscrit en zone urbaine	12
2.2 Les difficultés de recrutement des infirmiers ont des répercussions sur la prise en charge des patients et les conditions de travail	12
2.3 Les événements indésirables sont hiérarchisés et tracés mais les mesures correctrices peinent à être mises en place.....	17
3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	21
3.1 Les patients admis selon une procédure dérogatoire représentent plus de la moitié des patients admis en soins sans consentement.....	21
3.2 Les patients sont le plus souvent adressés par les services d'accueil des urgences du département.....	23
3.3 Les patients ne bénéficient pas d'une information suffisante concernant leurs droits et voies de recours	23
4. LES CONDITIONS DE VIE	27
4.1 Les locaux, quoique récents, souffrent d'un défaut de maintenance	27
4.2 Les conditions d'hygiène sont satisfaisantes.....	31
4.3 Les biens des patients sont globalement bien conservés	31
4.4 Les repas sont adaptés aux besoins des patients.....	32
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	34
5.1 La liberté d'aller et venir est très restreinte, particulièrement dans le bâtiment le plus récent	34
5.2 Les restrictions dans la vie quotidienne sont modérées et individualisées	35
5.3 La communication avec l'extérieur est facilitée par la situation géographique du site.....	36
5.4 L'information concernant le droit de vote est lacunaire.....	38
5.5 L'accès à tous les cultes n'est pas garanti	39
5.6 Les actions de prévention en santé sexuelle du comité « SIDA Sexualité Prévention » sont peu développées.....	40
6. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	41
6.1 Les chambres d'isolement sont mal équipées et leur maintenance insuffisante	41
6.2 Le registre des mesures d'isolement et de contention n'est pas exploitable.....	44

6.3	La politique de réduction des mesures d'isolement et de contention est portée par un seul pôle	46
7.	LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	48
7.1	Le livre de la loi est actuellement tenu à jour mais ne comporte toujours pas toutes les mentions prescrites par la loi.....	48
7.2	Le contrôle du JLD est effectif et porte tant sur la régularité de la procédure que sur l'adhésion aux soins	48
8.	LES SOINS.....	51
8.1	Aucun processus de réhabilitation psychosociale n'est formalisé.....	51
8.2	La permanence et l'accès aux soins somatiques sont garantis	55
8.3	Les projets en sortie d'hospitalisation des patients sont élaborés au mieux dans un contexte de pénurie d'hébergement	56
8.4	L'intervention d'un médiateur de santé pair est limitée à l'un des quatre pôles	56
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	59
9.1	Des mineurs sont hospitalisés dans les unités pour adultes du fait du manque de lits à temps plein en pédopsychiatrie	59

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Isabelle Servé, cheffe de mission ;
- Annie Cadenel ;
- Bertrand Lory ;
- Bénédicte Piana ;
- Julien Starkman ;
- Michel Thiriet.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite du site d'Aubervilliers de l'établissement public de santé Ville-Evrard (EPSVE, département de Seine-Saint-Denis) du 28 novembre au 2 décembre 2022.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 28 novembre à 10h. Ils l'ont quitté le 2 décembre à 10h30. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction. Le préfet de la Seine-Saint-Denis, l'agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France, le président du tribunal judiciaire (TJ) de Bobigny, ainsi que le procureur de la République près ce tribunal ont également été avisés de ce contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par la directrice de l'établissement, la vice-présidente de la commission médicale d'établissement (CME) et la directrice de la qualité, pour une réunion de présentation en présence d'une quarantaine de professionnels.

Une salle de travail et un équipement informatique permettant l'accès à l'ensemble des documents demandés ont été mis à leur disposition. Des affichettes signalant la visite avaient été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir avec de nombreux patients, des membres du personnel médical et non médical ainsi qu'avec des intervenants extérieurs.

Ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel médical et soignant ont été avisées de la présence des contrôleurs. Elles n'ont pas sollicité d'entretien.

Une réunion de restitution présentielle et distancielle a eu lieu le 2 décembre, avec la participation de quatre-vingt-deux professionnels.

Huit contrôleurs avaient visité le site historique de l'EPSVE situé à Neuilly-sur-Marne du 2 au 14 octobre 2022 et rédigé un rapport à l'issue. Le présent rapport portant sur le site d'Aubervilliers ne reprend pas en conséquence l'analyse de l'offre territoriale de l'établissement et son budget, les questions relatives à la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et à la place des usagers dans la vie de l'institution ni la question de l'attente des patients dans les services d'urgence avant leur admission. Il comporte par ailleurs des renvois au rapport relatif au site de Neuilly-sur-Marne.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LE SITE D'AUBERVILLIERS S'INSCRIT EN ZONE URBAINE

La mise en œuvre de la sectorisation en psychiatrie a entraîné progressivement le développement de l'EPSVE en dehors de son site historique de Neuilly-Sur-Marne. Trois structures permettant l'hospitalisation de patients à temps plein ont été ouvertes en 1999 à Saint-Denis, en 2000 à Bondy et enfin à Aubervilliers en 2003.

Ce site dit du « Clos Bénard », implanté en zone urbaine, est facilement accessible en transport en communs depuis Paris, notamment par les lignes 7 et 12 du métro.

Il regroupe quatre unités hospitalières à temps plein (UHTP), rattachées aux secteurs¹ G02 (22 lits), G05 (19 lits), G06 (25 lits), G13 (25 lits), une UHTP pour les adolescents, rattachée au secteur G02 (Escale, 6 lits) et une UHTP intersectorielle de soins pour enfants et adolescents, rattachée au secteur I02 (17 lits) dont dix lits d'internat de semaine et sept lits d'hospitalisation de nuit, située au centre Henri Duchêne distant de 800 mètres du site Clos Bénard (cf. § 9). Les unités G05 et G13, initialement implantées à Neuilly-sur-Marne ont été relocalisées à Aubervilliers aux mois de février et d'avril 2022.

Le bâtiment dénommé CB1 (41 lits en R+2) ouvert en 2003 et rénové en 2020 pour trois millions d'euros accueille G02 et G05 et le bâtiment dénommé CB2 (36 lits en R+1) ouvert en 2020², G06 et G13.

2.2 LES DIFFICULTES DE RECRUTEMENT DES INFIRMIERS ONT DES REPERCUSSIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ET LES CONDITIONS DE TRAVAIL

En 2021, l'EPSVE disposait de 2 318,57 équivalents temps plein rémunérés (ETPR). L'effectif intra et extra hospitalier du site d'Aubervilliers est de 418,34 ETP budgétés dont 70,2 ETP non pourvus. 152,7 ETP sont budgétés à l'intra-hospitalier dont 21,65 ETP non pourvus.

2.2.1 Les effectifs

a) Le personnel médical

L'effectif de psychiatres est variable selon les pôles. Deux des dix ETP du pôle G06 ne sont pas pourvus au moment du contrôle : le suivi quotidien des patients est garanti lors de la visite par l'intervention au sein de l'unité, du chef de pôle aux côtés d'un psychiatre, d'un praticien associé et d'une psychiatre associée. Un seul médecin certificateur à temps non complet intervient³ au sein du pôle G13 ce qui n'est pas sans répercussions sur le fonctionnement de l'unité qui accuse actuellement un déficit de 50 % de médecins psychiatres. Enfin, l'effectif de médecins pédopsychiatres du pôle 93I02 est de 11,2 ETP dont 1,6 non pourvu⁴. Ces signes de tension

¹ L'organisation sectorielle permet la prise en charge des patients adultes (G), enfants et adolescents (I) selon leur commune de domicile : G02 : Ile-Saint-Denis, quartier Plaine-Commune de Saint-Denis, Saint-Ouen - G05 : Drancy, Le Bourget - G06 : Aubervilliers - G13 : Bobigny, Pantin- I02 : Aubervilliers, Le Bourget, La Courneuve, Drancy, Dugny, Stains.

² L'EPSVE concentre dorénavant les priorités de son schéma directeur immobilier et foncier sur la reconversion du site historique de Neuilly-sur-Marne. Les derniers investissements programmés dans le plan pluriannuel d'investissement (P.P.I) à Aubervilliers ont concerné des dépenses d'équipement lié aux travaux de réhabilitation (90 000 euros) en 2022.

³ L'équipe comprend un praticien hospitalier comptabilisé 0,8 ETP.

⁴ Un poste d'interne est également budgété et non pourvu.

concernant les effectifs de psychiatres occasionnent dès à présent une rupture d'égalité dans la prise en charge des patients selon le secteur dont ils relèvent.

RECOMMANDATION 1

Le recrutement de médecins psychiatres doit être une priorité.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique qu'il « *ne reste que trois postes médicaux vacants au G06* ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

La continuité des soins, assurée par l'organisation de la garde (de 18h à 9h en semaine, de midi à 9h le samedi et de 9h à 9h le dimanche), associe la présence sur place d'un interne et l'astreinte opérationnelle d'un psychiatre senior à domicile, qui se déplace systématiquement en cas d'appel. Deux généralistes assurant les soins somatiques sont affectés sur le site pour les besoins des patients des quatre unités et disposent chacun d'une salle de consultation.

b) Le personnel non médical (PNM)

Selon les données produites par l'établissement, 69,23 % des ETP d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE) du pôle 93I02 sont non pourvus alors que d'après celles fournies par ce pôle font état de 36,25 % d'ETP IDE vacants au mois de décembre 2022.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que « *les données produites par le pôle sont exactes* ».

Le taux de vacance des IDE de jour dans les unités adultes est de 17,64 % au G02, 25 % au G05, 27 % au G06 et 36 % au G13. G02 et G06 fonctionnent en permanence en effectif de sécurité⁵ ce qui est fréquent à G05 et G13 où les effectifs des IDE de jour sont sous tension.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que « *les effectifs de sécurité sont différents entre CB1 et CB2 compte tenu du nombre de lits. Le G06 et le G13 bénéficient d'effectifs de fonctionnement à 4 (2 IDE et 2 AS) alors que le G05 et le G02 ont des effectifs de sécurité de fonctionnement fixés à 3 (2 IDE et 1 AS). En deçà de ce nombre, la procédure de remplacement est déclenchée. L'unité G06 est organisée en effectif de fonctionnement et de sécurité à 2 IDE et AS/jour. Seule la rupture de service, sans solution de remplacement autorise un effectif à 3 en journée, soit 2 IDE et 1 AS. La nuit : effectif systématisé à 2 IDE et 3 si besoin* ».

Les contrôleurs en prennent acte.

Chaque unité dispose d'un assistant de service social (ASS) à temps plein mais 4,6 ETP des 12,4 ETP budgétés du personnel socio-éducatif du pôle 93I02 sont vacants.

Les services n'ont pas d'effectifs théoriques équivalents d'intervenants spécialisés. Ils disposent de 0,10 à 0,7 ETP de psychologues mais G02 en est dépourvue ; de 0,25 à 1 ETP d'ergothérapeute mais G05 en est dépourvue ; de 0,25 à 0,40 ETP de psychomotricien mais G02 et G05 en sont dépourvues. Une podologue assure des soins spécifiques bimensuels auprès des seuls patients de G06.

⁵ Deux IDE et un aide-soignant (AS).

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que « le poste de psychologue de G02 est vacant depuis peu, mais budgétisé et en cours de recrutement ».

RECOMMANDATION 2

Les patients doivent avoir un accès équivalent à un psychologue, un ergothérapeute et un psychomotricien dans les différentes unités d'hospitalisation.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que « Le nombre de postes budgétés sur ces professionnels dépend du projet médical et soignant de chaque pôle. Néanmoins, leur nombre est relativement identique sur la plupart des pôles comparables en taille. Il y a par ailleurs en moyenne un psychomotricien budgété dans chaque pôle (le poste n'est pas toujours pourvu mais il est budgété).

Le nombre d'ergothérapeutes est en effet plus variable d'un pôle à l'autre (de 0 à 4 selon la taille des pôles). Par ailleurs le métier est également en forte tension sur 28 postes budgétés 5,5 sont vacants soit 20 % de postes vacants.

G02 : Le poste de psychologue est vacant depuis peu mais budgétisé et nous sommes en cours de recrutement. Une réflexion est en cours pour la transformation d'un poste de psychologue de l'extrahospitalier (départ à la retraite dans les prochains mois) en poste de psychomotricien ou ergothérapeute sur les différentes unités.

L'UHTP du G06 a 0,5 ETP ergothérapeute et 0,40 ETP assuré par une psychomotricienne. La prise en soins en UHTP par un psychologue est possible à la demande de l'équipe soignante sur indication médicale.

G05 dispose de deux psychologues cliniciens dont une qui est référente pour les activités thérapeutiques.

G13 : poste de psychomotricien 0,4 ETP Ergothérapeute 0,40 ETP. Présence d'une EAS pour les activités thérapeutiques à temps plein sur les horaires 9h-17h du lundi au vendredi ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

Le recrutement et la fidélisation de PNM s'avèrent très compliqués. Ces difficultés, également constatées sur le site de Neuilly-sur-Marne de l'EPSVE⁶, sont encore plus marquées à Aubervilliers. Par ailleurs, le personnel réside loin de son lieu de travail en raison du coût de l'immobilier ce qui renchérit considérablement les temps de trajet. Leur allongement a emporté une augmentation du nombre de postes vacants à la suite de la relocalisation de G05 et G13. Ainsi, trois IDE de G05 ont travaillé à Aubervilliers pendant un semestre avant de retourner sur le site de Neuilly-sur-Marne. A la date du contrôle, aucune solution de remplacement pérenne n'avait été trouvée.

Le paiement d'heures supplémentaires libéralisées à partir de 2020 dans la limite de 21h par mois a pallié dans un premier temps les vacances de poste et les absences inopinées. Les ressources de la plate-forme « Hublo » qui recense des soignants disponibles pour la gestion de telles situations ont été mobilisées dans un second temps. En 2021, 57 % des missions d'intérim de l'EPSVE ont concerné les IDE.

⁶ Rapport de visite du CGLPL relatif au site de Neuilly-sur-Marne de l'EPSVE au mois d'octobre 2022, chapitre 2.

Le turn-over et l'insuffisance des effectifs ont des répercussions pour les patients qui, pour certains, ont fait part pendant la visite d'une perte de repères relationnels dans les soins, notamment en termes d'alliance thérapeutique. Les contrôleurs constatent en outre l'urgence dans laquelle des remplacements ont été effectués, matérialisée par la présence à deux reprises, d'une IDE intérimaire portant la tenue de bloc opératoire ce qui n'a pu qu'interpeller, voire inquiéter, les patients.

RECOMMANDATION 3

L'organisation des soins de chaque secteur doit définir les besoins de prise en charge en intra et extrahospitalier, prévoir des effectifs adaptés et stables auprès des patients, permettant aux professionnels d'assurer l'accès, la permanence et la qualité des soins.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que : « G02 : le passage des équipes en 12 heures permet d'assurer plus facilement la continuité et la sécurité des soins. G06 : la vacance des postes infirmiers est compensée par les remplacements pour assurer la permanence des soins et la réponse aux besoins de santé prioritaires. En ambulatoire, l'accueil est assuré, les soins, les consultations, les psychothérapies sont effectives et l'offre de soins sur le Centre de jour (CATTP + HDJ) permettent une réponse personnalisée adaptée au projet du patient. G05 fait face à une augmentation des postes vacants au niveau paramédical. G13 : le passage en 12 heures facilite le recrutement (depuis la visite : un recrutement en IDE pour l'équipe de jour et un IDE pour la nuit). »

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

2.2.2 Les modalités de recrutement, l'action sociale et la formation

Les étudiants IDE inscrits à l'institut de formation aux professions de santé (IFPS) de l'EPSVE peuvent conclure un contrat d'allocation d'étude (CAE) dès leur deuxième année de formation avec l'hôpital et s'engagent à y exercer leurs fonctions pendant trois ans en contrepartie d'une allocation d'études annuelle de 9 000 euros. Les bénéficiaires de ce dispositif peuvent être recrutés, selon leur choix, en qualité de titulaire au premier échelon de leur grade ou d'agent public contractuel pour une durée de six mois avant la conclusion d'un engagement à durée indéterminée. La pénurie de soignants, et plus encore de ceux qui souhaitent exercer en psychiatrie à la sortie de l'école, rend ce levier de recrutement insuffisant.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement fait la correction suivante : « Les bénéficiaires de ce dispositif peuvent être recrutés selon leur choix en qualité de titulaire au premier échelon de leur grade et bénéficie de la prime de service ou d'agent public contractuel au 3ème échelon sans bénéfice de prime de service. ».

Les contrôleurs en prennent acte.

Le nombre de jours de formation par pôles, personnel médical et non médical confondus, a atteint en 2021, 290 journées au G02, 214 au G05, 267 au G06 et 369 au G13. Ces données par pôle produites par l'établissement ne permettent pas de quantifier les journées de formation dont les professionnels des unités contrôlées ont effectivement bénéficié. Les contrôleurs constatent que leur encadrement planifie les formations pour garantir, sauf impondérable, le remplacement de l'agent et sa participation au module choisi.

Les formations obligatoires se limitent aux gestes et aux soins d'urgence, à la sécurité incendie, à la prévention et à la gestion de la violence et de l'agressivité (OMEGA) et au dossier du patient informatisé (DPI) dans CORTEXTE. La formation relative aux droits des patients et des résidents, qui aborde les questions du consentement, la situation des personnes sous protection, les rôles et les places des tiers en matière d'information et de consentement, la personne de confiance, ainsi que la conciliation entre la sécurité et la liberté d'aller et venir du patient n'est pas obligatoire de même que celle relative aux droits des patients hospitalisés en soins sans consentement (SSC).

RECOMMANDATION 4

Tous les professionnels doivent bénéficier de formations obligatoires relatives aux droits des patients hospitalisés en soins sans consentement ainsi qu'aux pratiques d'isolement, de contention et à l'évolution de leur cadre légal ainsi qu'aux alternatives à ces mesures.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « Des formations relatives à l'application de la loi du 5 juillet 2011 sont dispensées régulièrement, et ouvertes à tous les corps de métier. Elles sont à ce jour obligatoires pour les assistants médico-administratifs.

La formation isolement contention est identifiée dans le plan de formation comme obligatoire.

Une requête sera transmise chaque année par le service de la formation aux cadres supérieurs et aux chefs de pôles afin de dresser le bilan des agents formés. Dans le cadre du plan de développement des compétences cette formation est inscrite dans le parcours professionnalisant de nos IDE intégrant l'établissement.

Par ailleurs, un triptyque diffusé en février 2023 à l'attention des professionnels dans le cadre de la préparation à la visite de certification, rappelle les principes fondamentaux des mesures d'isolement et de contention (Eléments de preuves : Triptyque « Restrictions de libertés : isolement contention » (pièces jointes 1).

G02 : Dans le plan de formation du Pôle G02, tous les professionnels sont inscrits aux différentes formations obligatoires. Le secteur G02 expérimente le projet Ré-confort, espace d'apaisement, comme outil d'alternative à l'isolement. Ce projet est porté par une psychiatre du service et une designeuse. L'équipe expérimente au travers d'atelier différentes médiations.

G06 : La formation sur les pratiques d'isolement, de contention est une priorité institutionnelle, comme le développement des compétences sur les droits des patients admis en soins sans consentement. L'évolution du cadre légal comme son application sont connus des équipes soignantes ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

Les soignants nouvellement diplômés ou débutants dans un service de psychiatrie bénéficient en principe d'un tutorat de trois à six semaines selon les unités, voire d'une année au G13, difficilement effectif en raison du nombre de postes vacants. Une formation de deux jours, non obligatoire, prévue pour les arrivants, porte sur le statut d'hospitalisation des patients, la gestion des situations de violence et l'isolement et la contention. Ce module, souvent programmé plusieurs mois après la prise de fonctions, est considéré comme trop court par de nombreux jeunes professionnels qui soulignent qu'une année de pratique est nécessaire pour être autonome.

Une formation interne relative aux pathologies psychiatriques abordées à partir de cas concrets a été instaurée au G13 par la cadre de santé. Les internes qui la dispensent recensent en amont les difficultés rencontrées dans leur pratique par les soignants.

RECOMMANDATION 5

Les formations mises en place au sein de l'unité G13 contribuant à la formation continue des soignants et à la consolidation des savoirs doivent être étendues à toutes les unités.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « G02 : Depuis janvier 2023 est mis en place sur le pôle G02 un temps de présentation clinique médico/soignant mensuel, participant à la formation des équipes avec un focus sur les nouveaux arrivants. G06 : Le staff clinique hebdomadaire, chaque mercredi consolide les connaissances des professionnels soignants en sémiologie, en nosographie des pathologies mentales, comme en appropriation du vocabulaire clinique et professionnel ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

Au moment du contrôle, la supervision est seulement effective au G13 où un psychologue extérieur à l'établissement intervient. Selon les indications données aux contrôleurs, sa mise en œuvre est prévue aux G05 et G06 en 2023.

RECOMMANDATION 6

Dans chaque unité, des supervisions doivent être proposées aux soignants pour leur permettre d'échanger avec un professionnel indépendant, sur leur expérience et leurs pratiques.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que : « G02 : une Analyse des pratiques professionnelles (APP) est demandée sur 2023. Une AAP est déjà en cours sur la plateforme jeunesse. G06 : Une Analyse des pratiques professionnelles est proposée en UHTP sur le G06 depuis 2023 et réalisée par un cabinet extérieur, à raison d'une séance tous les mois et demi. »

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

2.3 LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT HIERARCHISES ET TRACES MAIS LES MESURES CORRECTRICES PEINENT A ETRE MISES EN PLACE

Les événements indésirables (EI) sont gérés en mode dégradé depuis le mois de juin 2021 en raison des dysfonctionnements du logiciel de traitement des événements indésirables, ENNOV. Un formulaire de déclaration au format *Word*, réalisé par le service « qualité gestion des risques » de la direction de la qualité, de la gestion des risques, des affaires juridiques, des relations usagers et des admissions et tutelles (DQRJU), est disponible sur le site Intranet de l'établissement. Les tests effectués par quatre pôles dont G06 ont révélé des anomalies informatiques qui subsistaient à la date du contrôle. Le déploiement de la nouvelle version du logiciel, initialement prévu au 4^{ème} trimestre 2022 de la nouvelle version du logiciel, a donc été reporté.

Les EI sont saisis par les médecins, les soignants ou le personnel administratif de chaque unité, de façon anonyme, selon le choix du déclarant, peu important le seuil de gravité. 35 des 359 EI de

l'EPSVE en 2021 ont été saisis par le personnel du site d'Aubervilliers. A la date du contrôle en 2022, il a signalé 46 des 267 EI de l'EPSVE. La procédure de déclaration, connue de tous, est inégalement utilisée par les unités. Ainsi, en 2022, G02 et G06 ont rempli respectivement 13 et 23 fiches d'événements indésirables (FEI) alors que G13 n'en a saisi que 5. En 2021, 82,85 % des FEI ont été renseignées par des IDE, ce taux diminuant à 45,6 % en 2022. Les risques associés aux soins ou à la qualité et à la sécurité des soins ont représenté en 2021 et 2022, respectivement 40 % et 23,91 % des FEI.

La gestion actuelle des EI qui implique que le service « qualité gestion des risques⁷ » complète des tableaux Excel⁸ est chronophage et ne permet pas un suivi efficace de la réalisation des travaux actuellement demandés par courriel aux directions concernées. En outre, celles-ci n'informent pas systématiquement le service « qualité gestion des risques » de l'état d'avancement des chantiers. Des travaux et des réparations n'avaient toujours pas été effectués plusieurs mois après leur sollicitation comme la réparation d'un patio intérieur du G06.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement souligne que : « Une procédure d'expertise entre assurances est en cours pour la reprise de ce patio pour cause de malfaçons par l'entreprise en charge des travaux. A noter que le patio du G13 a subi les mêmes malfaçons et a fait l'objet d'une réparation par l'Etablissement avant la visite du CGLPL. »

Les contrôleurs en prennent acte.

L'examen des tableaux de suivi des FEI montre qu'un nombre important d'EI n'est pas traité et que le déclarant reçoit rarement un retour d'information.

Les événements indésirables graves (EIG) donnent lieu à une déclaration obligatoire à l'ARS d'Ile-de-France en cas de survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent, de mise en jeu du pronostic vital et de décès. Les autres EIG qualifiés par l'établissement d'événements « sentinelles » sont les violences, les agressions sexuelles, les erreurs médicamenteuses et le recours aux gestes d'urgence. Les contrôleurs relèvent que les propositions du CREX réalisé à la suite de l'incendie qui a éclaté dans la nuit du 17 décembre 2021 dans l'une des chambres d'isolement (CI) de G06 et détruit le matelas ignifugé n'ont pas été suivies d'effet : à la date du contrôle, le remplacement des matelas de toutes les CI au profit de matériaux plus résistants au feu n'a pas encore été effectué par la direction achats, hôtellerie et logistique (DAHL).

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement conteste le non-remplacement des matelas et souligne que : « Tous les matelas ont bien été remplacés par des modèles ad-hoc ; après vérification, effectivement celui de la chambre incriminée a été remplacé par un modèle non validé par la DPT, ce qui est en cours de modification ».

Les contrôleurs en prennent acte.

⁷ Le responsable de ce service était à la date du contrôle en cours de recrutement.

⁸ En fonction de la nature de la FEI, un tableau des personnes destinataires pour traitement et information par thématique est rempli. Un mail est adressé aux personnes destinataires pour traitement et pour information ainsi qu'au déclarant de la FEI. Les réponses des services sont également tracés dans le tableau de suivi des FEI. Les actions d'amélioration sont renseignées dans le plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS). Ce tableau de recensement inclut toutes les actions à mettre en place au niveau institutionnel et au niveau de chaque pôle et de chaque unité.

Le traitement des réclamations et des plaintes des patients appellent les mêmes constats que sur le site de Neuilly-sur-Marne⁹.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise s'agissant des EI et des évènements sentinelles que : « *La culture du signalement d'évènements indésirables (EI) et indésirables graves liées aux soins (EIG) est connue et maîtrisée par les professionnels. Chaque FEI et EIG fait l'objet d'une analyse en interne avec évaluations complémentaires remises à la DQRJU. L'EPS fait preuve d'une vigilance particulière à l'égard d'évènements dits sentinelle (ES), correspondant à des situations connues au sein de l'établissement comme pouvant être à l'origine de dommages graves. Les EI ayant pour objet une erreur médicamenteuse, un risque suicidaire, une pratique d'isolement et Contention, le processus d'admission, l'addiction, des violences ou des manifestations agressives, une fausse route, ainsi qu'une agression sexuelle (suspectée ou avérée) sont libellées Evènements sentinelles.* »

Les contrôleurs en prennent acte.

RECOMMANDATION 7

La gestion en mode dégradé des événements indésirables doit prendre fin au plus vite. Les mesures correctrices identifiées doivent être réalisées dans les plus brefs délais.

Les matelas des chambres d'isolement doivent être remplacés au profit de modèles plus résistants au feu.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « *La solution informatique Ennov, ayant centralisé la déclaration, l'analyse et le traitement Evènements indésirables, n'est pour l'heure fonctionnelle car déployée dans une version obsolète. La détermination d'une date de mise en production cette interface est en cours, considérant l'identification et l'adressage complexe des déterminants techniques auxquels incombent ces difficultés de paramétrage et d'architecture. Une procédure dégradée a ainsi été mise en place, résultante de ces difficultés récurrentes. Cette dernière repose sur une déclaration via un formulaire numérique, transmis par voie de courriel à une adresse à destination des agents du service Risques et Qualité, et consignés dans un tableur Excel. Son déploiement prochain permettra la simplification de la gestion des flux afférant au processus d'analyse et de traitement de ces signaux – notamment par une notification du déclarant à chaque étape du processus d'analyse et de traitement. Le déploiement de cette interface permettra une déclaration ergonomique, efficace et efficiente pour l'ensemble des personnels, ainsi qu'une gestion des risques par l'analyse qualitative et quantitative de ces signaux. Les sur- et sous-effectifs de déclaration pourront ainsi être détectés, pour analyse des déterminants de ces comportements déclaratifs et l'architecture d'actions dédiées. Ces discriminations par niveau de risque, par entité organisationnelle émettrice / locus de survenue et par typologie permettront également de simplifier le traitement par une orientation performante de ces signaux ; et des modalités de traitement, notamment cinétiques et spatio-temporels, adaptés à leur criticité, aux enjeux sous-jacents et aux défaillances identifiées. Les évènements indésirables sont en effet soumis à des circuits d'analyse et de traitement différenciés en fonction de leur typologie - orientation opérée par le service risques et qualité pour analyse et traitement. Pour un évènement indésirable non grave, un Comité de Retour d'expérience (CREX) peut être réalisé, sous*

⁹ Rapport de visite du CGLPL relatif au site de Neuilly-sur-Marne de l'EPSVE au mois d'octobre 2022, chapitre 2, § 4.2.

l'impulsion du chef de pôle notamment. Les évènements indésirables graves (EIG), font quant à eux l'objet d'une analyse des causes systématiques, en Revue de Mortalité et Morbidité -centrées sur l'analyse des pratiques médicales ou en Comité de Retour d'Expérience - où sont abordées les questions et enjeux organisationnels.

Au décours de ces instances sont établis des plans d'actions - et identifiés des responsables de mise en œuvre. Ces éléments sont transmis, au titre du Volet II, à l'Agence Régionale de Santé à leur issue. L'EPS fait également preuve d'une vigilance particulière à l'égard d'évènements dits sentinelle (ES), correspondant à des situations connues au sein de l'établissement comme pouvant être à l'origine de dommages graves. Les EI ayant pour objet une erreur médicamenteuse, un risque suicidaire, une pratique d'isolement et Contention, le processus d'admission, l'addiction, des violences ou des manifestations agressives, une fausse route, ainsi qu'une agression sexuelle (suspectée ou avérée) sont libellées Evènements sentinelles.

Ces ES font l'objet de CREX en interne.

Concernant l'efficacité du pilotage de ces actions : une reprise de l'antériorité des mesures de risque est également en cours au sein du service Risque et Qualité afin de réaliser un état des lieux, d'avancement des actions en cours - qui aura également vocation à être conduit par l'interface Ennov.

Un Guide, « Déclaration et Analyse des EI associés aux soins et autres évènements indésirables graves » est également en cours de mise à jour, afin de rendre plus intelligible la procédure et le devenir de ces déclarations.

Suite à l'incendie déclaré le 17 décembre 2021 dans une chambre d'isolement, un recensement a été effectué au sein de toutes les CI dans l'objectif de relever les éventuels dysfonctionnements. Suite à cette action, les matelas non conformes ont été changés. Les matelas des CI au G06 sont conformes. Une réflexion a été menée dans le cas d'un renouvellement lors des contraintes logistiques. Un code couleur a été mis en place soit, blanc pour les CI et gris pour les matelas hôteliers pour éviter les erreurs ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

3.1 LES PATIENTS ADMIS SELON UNE PROCEDURE DEROGATOIRE REPRESENTENT PLUS DE LA MOITIE DES PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

3.1.1 La tension capacitaire

En 2021, la file active des patients hospitalisés à temps plein sur le site s'est élevée à 904 contre 1 191 en 2020, soit une diminution de 24 %. Selon les données produites par l'établissement aux contrôleurs pour l'année 2021, les taux d'occupation des unités pour adultes étaient de 88 % au G02, de 96 % au G05, de 97 % au G06, de 98 % au G13 et à l'unité Escalade de 79,6 %.

Ces chiffres posent question dans la mesure où, par exemple, le taux d'occupation de G02 mentionné dans le rapport d'activité est de 112,4 % pour la même période. Par ailleurs, les contrôleurs ont observé pendant la semaine de visite une tension capacitaire dans les quatre unités pour adultes et cette situation est présentée comme régulière. Trouver un lit pour un patient en attente aux urgences est un exercice pluriquotidien au sein de chaque unité, épuisant pour le personnel :

- le service ne conserve pas la chambre hôtelière du patient isolé le temps de la mesure et les CI sont régulièrement utilisées comme chambre hôtelière aux unités G05 et G06 (cf.§ 6.1) ;
- des patients sont accueillis dans une unité ne correspondant pas à leur secteur d'origine ;
- des patients sortent d'hospitalisation prématurément pour libérer des lits et permettre l'accueil de patients en attente dans les services d'urgence.

3.1.2 Les données de l'activité des SSC

Toutes les unités pour adulte du site accueillent des patients hospitalisés en SSC.

Tableau : répartition des patients dans les UHTP selon le mode d'hospitalisation lors de la visite :

UHTP	Patients	SL ¹⁰	SDRE ¹¹	SDTU ¹²	SPI ¹³	SDT ¹⁴
G02	21	9	2	5	4	1
G05	21	12	2	1	4	2
G06	27	10	6	2	2	7
G13	25	10	8	5	1	1
TOTAL	94	41	18	13	11	11

Il ressort du registre de la loi que les admissions en SPDRE résultent très majoritairement d'un arrêté provisoire du maire et concernent des personnes examinées au cours d'un placement en garde à vue. Les contrôleurs relèvent qu'en 2021, 432 des 620 patients hospitalisés en SSC l'ont été sur le

¹⁰ Soins libres.

¹¹ Soins sur décision du représentant de l'Etat.

¹² Soins à la demande d'un tiers en urgence.

¹³ Soins à la demande d'un tiers en péril imminent.

¹⁴ Soins à la demande d'un tiers.

fondement d'un seul certificat médical, en qualité de SPI ou de SDTU. Ces admissions selon des procédures dérogatoires représentent donc 69,67 % des admissions. Cette tendance se confirme en 2022 : 35 des 121 admissions enregistrées entre le 28 octobre et le 23 novembre étaient des SPDTU (28,92 %) et 50 des SPI (41,32 %).

RECOMMANDATION 8

Il faut réduire les admissions selon les procédures dérogatoires de SDT « péril imminent » et « en urgence », qui offrent moins de garanties aux patients.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « Ces mesures sont déclenchées dans les différents SAU. Le groupe de travail, dans le cadre de l'EPP soins sans consentement, a entamé un travail de sensibilisation autour de ces mesures dérogatoires.

Néanmoins, les règles qui accompagnent les mesures dérogatoires permettent de garantir les mêmes droits à chaque patient, à savoir :

- Pour les SDT classiques 2 médecins établissent les certificats initiaux. Un même médecin peut établir les certificats des 24 et 72 heures, donc au minimum 3 médecins interviennent durant la période d'observation.
- Pour les SDT cas d'urgence : 1 médecin établit le certificat initial, puis 2 autres médecins établissent le certificat des 24 heures et celui des 72 heures. De nouveau, 3 médecins interviennent durant la période d'observation.
- Pour les mesures de périls imminents : 1 médecin établit le certificat initial, puis 2 médecins distincts établissent le certificat des 24 heures et celui des 72 heures. De nouveau, 3 médecins interviennent durant la période d'observation.

Par ailleurs, dans ces derniers cas, un proche est informé de l'hospitalisation complète dans les 24 heures (dans la mesure du possible). Cette modalité de prise en charge n'entrave pas l'application de l'article L3212-9 dans la mesure où un tiers (et non le tiers) peut tout à fait solliciter la levée de la mesure de soins sans consentement.

Nous notons que dans les 3 modalités de prise en charge, 3 médecins au minimum interviennent, ce qui semble être l'esprit de la loi.

Par ailleurs, il convient de prendre en compte l'aspect sociologique du département amené à accueillir une population parfois en grande précarité et totalement isolée, ne permettant pas d'avoir des coordonnées de familles susceptibles d'intervenir dans ces prises en charge. L'urgence et l'importance de la nécessité de soins sera alors le fondement du déclenchement de la mesure contraignante et caractérisées sur les certificats médicaux. ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

3.2 LES PATIENTS SONT LE PLUS SOUVENT ADRESSES PAR LES SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES DU DEPARTEMENT

3.2.1 La prise en charge de l'urgence et de la crise

Le sujet de la prise en charge des patients de l'EPSVE dans les services d'accueil des urgences (SAU) du département de Seine-Saint-Denis fait l'objet d'un développement dans la partie correspondante du rapport du CGLPL, relatif à la visite du site de Neuilly-sur-Marne au mois d'octobre 2022¹⁵.

3.2.2 L'accueil dans les services

Les patients sont le plus souvent adressés par les SAU du département, dans un état clinique déstabilisé voire critique. L'ensemble des étapes du processus d'admission est effectué de façon adaptée à l'état clinique du patient, immédiatement ou de façon différée.

Les SAU préviennent les unités, et les chambres sont préparées pour les patients accueillis. Le lit, désigné par l'IDE ou le cadre de santé qui sollicitent parfois l'avis du médecin, est attribué en fonction des chambres libres, en raison du taux élevé d'occupation des unités. Un patient à mobilité réduite ou mineur sera préférentiellement placé dans une chambre située à proximité immédiate du bureau des IDE.

Les psychiatres intervenant dans les SAU préconisent parfois un placement initial en CI. Le patient y est alors conduit dès son admission à l'EPSVE, par une entrée réservée qui le préserve des regards d'autrui, puis réévalué dès que possible par le psychiatre qui décide du maintien ou de la levée de la mesure.

Le médecin du service ou de garde est immédiatement avisé de l'admission et le patient est rapidement reçu en entretien, en présence d'une IDE. Son information concernant le mode d'hospitalisation, son évaluation clinique, celle de son adhésion aux soins, et la prescription d'un traitement sont ainsi réalisés.

L'examen somatique est réalisé le jour même, le lendemain en cas d'admission tardive et le lundi lorsque le patient entre le week-end.

La visite des locaux se déroule avec un ou plusieurs soignants.

Les certificats médicaux sont toujours établis par le médecin après examen clinique du patient. Ceux de 24 et 72h le sont par deux médecins différents.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement souligne que : « Dans les situations de SDT classiques et de SDRE, un même médecin peut tout à fait rédiger les deux certificats à établir durant la période d'observation, dans le respect de la loi du 5 juillet 2011 modifiée. ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments.

3.3 LES PATIENTS NE BENEFICIENT PAS D'UNE INFORMATION SUFFISANTE CONCERNANT LEURS DROITS ET VOIES DE RECOURS

3.3.1 L'information générale sur les droits

Le règlement intérieur, qui date de 2018, n'est consultable que sur l'Intranet dans la plupart des unités et largement méconnu des soignants. Les règles de vie des unités, toutes identiques, s'y

¹⁵ Rapport de visite du CGLPL relatif au site de Neuilly-sur-Marne de l'EPSVE au mois d'octobre 2022, chapitre 3, § 3.1.

réfèrent. Elles ne sont pas expliquées ni remises aux patients, essentiellement informés par les soignants de la gestion des cigarettes, de l'usage du téléphone et de la télécommande des téléviseurs.

La remise au patient, dès que son état clinique le permet, du livret d'accueil commun à l'EPSVE n'est pas systématique. Il n'est pas affiché à l'exception de G06. Comme indiqué dans le rapport de visite du site de Neuilly-sur-Marne de l'EPSVE¹⁶, ce livret, non actualisé, est lacunaire et parfois erroné. La liste des droits des patients hospitalisés en SSC prévus par l'article L. 3211-3 du CSP n'y figure notamment pas. Mal connue des professionnels, elle n'est pas affichée sur les tableaux d'affichage, d'ailleurs installés dans les unités peu de temps avant le contrôle.

RECOMMANDATION 9

Chaque patient doit recevoir un livret d'accueil comportant des informations actualisées concernant l'ensemble des droits des personnes en soins sans consentement, ainsi qu'un règlement de fonctionnement conforme aux modalités de sa prise en charge et aux règles de vie de l'unité qui l'accueille.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « *Le livret d'accueil est en cours de mise à jour afin que les informations y soient actualisées et complétées, notamment concernant les droits des patients en soins sans consentement. Le règlement de vie de l'unité pourra être adapté au format du livret afin d'y être joint et ainsi être remis au patient lors de son admission.*

Une sensibilisation sera effectuée auprès de professionnels de l'établissement lors de la diffusion de la nouvelle version.

En parallèle, les affiches du règlement de fonctionnement seront toujours affichées dans les services.

G02 : Les livrets sont donnés aux patients dès leur admission ou dès que leur état clinique leur permet. Cette démarche est tracée.

G06 : La traçabilité effective du livret d'accueil sera assurée dans le Dossier Patient Informatisé et fera l'objet d'une information adaptée. La présentation des règles de vie deviendra systématisée.

G05 : Le livret d'accueil est remis systématiquement aux patients entrant dès lors que son état clinique le permet. Le règlement de fonctionnement est attribué à l'entrée de l'unité.

G13 : le livret est remis hors situation exceptionnelle (accueil d'une personne en CI). ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

3.3.2 L'information sur le statut, les décisions administratives et judiciaires, les droits spécifiques

Un médecin explique au patient la décision d'admission dans des termes adaptés à son état clinique et à son degré de compréhension. Depuis la visite du site de Neuilly-sur-Marne par le CGLPL au mois d'octobre 2022, un nouveau document, en principe joint à la décision d'admission, informe le patient des modalités d'admission en soins sans consentement, de ses droits résultant de l'article L. 3211-3 du CSP et des voies de recours.

¹⁶ Rapport de visite du CGLPL relatif au site de Neuilly-sur-Marne de l'EPSVE au mois d'octobre 2022, chapitre 3, § 3.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que : « Ce document existait avant la visite du CGLPL, des améliorations lui ont été apportées à la suite des remarques formulées lors de cette visite. Le délai de remise des informations aux patients fait actuellement l'objet d'un réajustement afin de tenir compte tant de la problématique de tension capacitaire rencontrée par l'établissement que des obligations en termes de délai ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments.

Le patient - le médecin ou le soignant, en cas d'impossibilité comme de refus - en accuse réception. La notification au patient peut également être différée du fait de son état clinique. Les contrôleurs constatent à la lumière du registre de la loi que cette note informative, lorsqu'elle est effectivement remise à l'intéressé, l'est souvent bien après son admission, en méconnaissance de la législation.

Par ailleurs, le patient ne reçoit pas de copie des décisions administratives d'admission et de maintien de la mesure ni des certificats médicaux sur lesquels elles se fondent.

Il n'est pas systématiquement informé de l'identité du tiers.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement objecte que : « L'établissement n'est pas tenu de révéler l'identité du tiers dans les situations de SDT eu égard à :

- L'article L. 1111-7 du CSP qui précise les informations accessibles aux patients : [...] à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.
- la position de la CADA 2007 et 2015 (pas d'accès à la divulgation de l'identité du tiers dès lors que divulgation de nature à lui porter préjudice) ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments.

Enfin, la mention selon laquelle le patient a été mis à même de présenter des observations ne figure que sur un nombre très restreint de certificats médicaux.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que : « Une attention particulière est portée à cette notion et fait souvent l'objet d'une vérification auprès du service lorsqu'elle n'est pas précisée. Des rappels seront effectués dans le cadre de la réflexion actuellement menée sur les droits des patients ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments.

RECOMMANDATION 10

Les patients doivent systématiquement recevoir, dès l'entrée et tout au long de leur hospitalisation, une copie des décisions d'admission et de maintien et des certificats médicaux qui les motivent.

Lors de toute décision médicale, le patient doit être mis en situation de faire valoir ses observations, qui doivent être tracées.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que : « Toutes les décisions sont transmises rapidement aux secrétariats médicaux afin qu'elles soient transmises aux patients. La procédure y afférent fait l'objet de rappels réguliers. Les certificats médicaux accompagnant les décisions et les arrêtés seront également transmis aux patients (CME du 20 avril 2023). Durant les entretiens précédant la rédaction des

certificats médicaux, le patient, suivant son état, reçoit les informations relatives aux modalités de sa prise en charge et peut alors s'exprimer par rapport à ces informations.

Le service des personnes protégées de l'établissement participe au droit à l'information du patient faisant l'objet d'une mesure de protection juridique en transmettant une copie de la décision rendue dans le cadre de la procédure judiciaire de contrôle des mesures de soins psychiatriques par la remise directe au protégé (accueil au service) ou par le biais de l'équipe soignante du lieu d'hospitalisation (sites relocalisés ou autres établissements tels que l'UMD).

G02 : Les décisions sont remises aux patients (ou un médecin si refus) et sont scannées et intégrées au DPI après signature. G06 : C'est fait sauf exception patient agité. GOS : patients reçoivent les notifications accompagnant chacun des certificats. Ils signent si leur état clinique le permet. G13 : Les notifications sont remises aux personnes hospitalisées, les impossibilités de remettre ces notifications sont tracées ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

Le recours à Inter Service Migrants (ISM) Interprétariat n'est pas systématique même en cas de difficulté de communication importante.

RECOMMANDATION 11

Les patients ne maîtrisant pas le français doivent bénéficier d'un interprète.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « *Le recours à un interprète est quasi systématique lorsque le patient ne maîtrise pas la langue française. Il arrive fréquemment que le personnel hospitalier assure cette mission de traducteur.*

Modalités : Un code téléphonique permet à chaque Unité Fonctionnelle (UF) de faire appel à l'interprétariat. Les professionnels maîtrisant une langue étrangère peuvent être également sollicités. L'établissement bénéficie de 2 marchés avec la société ISM. (Numéro 230016 téléphonie - 230016 présentiel) ».

La directrice précise également que le nombre de prestations effectuées pour l'année 2022 pour le site d'Aubervilliers sont notamment, s'agissant des unités contrôlées, de 22 pour G02 et d'une pour G06. »

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

4. LES CONDITIONS DE VIE

4.1 LES LOCAUX, QUOI QU'ILS SOIENT RECENTS, SOUFFRENT D'UN DEFAT DE MAINTENANCE

4.1.1 Les locaux

Le site du Clos Bénard, enchâssé dans un quadrilatère urbain bâti, laisse très peu de place aux espaces verts. Les deux bâtiments d'hospitalisation, séparés par une voie de circulation intérieure, regroupent les quatre unités des secteurs adultes et l'unité Escalier pour adolescents.

Les conditions d'hébergement répondent au besoin des patients. Toutefois, les espaces communs du CB1 sont bien plus vastes alors même que le nombre de lits est moindre qu'au CB2 où les salles et les patios sont exigus.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « *Le choix architectural a mis l'accent sur les conditions hôtelières, avec la prévalence de chambres individuelles, laissant peu de places aux espaces végétalisés* ».

a) Les unités pour adultes

Les murs des chambres et des locaux collectifs sont nus, peu décorés et apparaissent peu investis par les patients et les équipes.

La salle de sport et les deux salles d'art plastique situées à l'étage du CB1 sont mutualisées entre G02 et G05.

Les chambres sont individuelles à l'exception d'une à trois chambres doubles par unité¹⁷. Selon les soignants, ces chambres doubles permettent en premier lieu l'hébergement des patients socialement isolés ou de nationalité étrangères mais elles présentent des contraintes d'affectation dans un contexte de tension capacitaire. L'intimité des patients qui cohabitent dans ces chambres aux lits rapprochés n'est pas garantie.

Les chambres ne sont pas toutes équipées d'un verrou de confort et le barillet de la serrure est parfois manquant. Lumineuses et spacieuses, elles sont meublées d'un lit, d'une table de chevet, d'une chaise ou d'un fauteuil, d'une large tablette fixée au mur pouvant servir de bureau et d'un téléviseur protégé. Les placards de chambre qui abritent un coffre-fort à code, dépourvus d'une barre de penderie, ne ferment pas tous à clef. L'absence de manivelles de volets roulants mécaniques dans de nombreuses chambres empêche les patients d'occulter la pièce, dont les fenêtres ne s'ouvrent que par un vantail étroit. Dans l'unité G05, les boutons d'appel, situés dans le couloir, sont mal accessibles.

Toutes les chambres, accessibles en permanence, disposent de sanitaires équipés d'un lavabo, d'un miroir, d'un WC avec abattant et d'une douche à robinet-poussoir. Toutefois, des porte-serviettes ainsi que du savon liquide dans les distributeurs peuvent manquer.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « *A la livraison des bâtiments, toutes les chambres étaient munies d'un verrou de confort. Il s'est avéré que le fournisseur des serrures accuse un défaut sur ces serrures débrayables qui a occasionné au cours de 2 années d'exploitation des situations où la serrure était bloquée en position fermée sans pouvoir ouvrir la porte. Ces serrures ont donc été partiellement*

¹⁷ G02 : trois chambres doubles ; G05 : une chambre double ; G06 et G13 : deux chambres doubles chacune.

déposées dans l'attente d'une solution fiable de substitution. Dans l'attente d'une solution équivalente et sûre, des canons de confort non débrayables vont être installés dans les 6 mois à venir. Les barres de penderie ont été retirées car le modèle anti-pendaison prévu était démontable et pouvait constituer un objet contondant. La recherche d'une solution adaptée aux placards en place est en cours et sera déployée dans les 6 mois à venir.

[L'absence de manivelles de volets roulants mécaniques est un] cas isolé, à savoir 1 chambre au secteur G02 ; en effet les volets roulants des bâtiments CB1 et CB2 sont électriques sauf cette chambre. Un volet électrique a été installé depuis.

[Concernant les boutons d'appel de l'unité G05], il s'agit plus précisément des boîtiers d'effacement d'appel et de présence infirmière, et non des boutons d'appel. Cette implantation est liée à l'architecture des lieux (G05 mais aussi G02) qui n'a pas été remis en cause lors de la rénovation du bâtiment ; il est complexe à modifier à présent.

[S'agissant des porte-serviettes], les compléments nécessaires vont être réalisés sans attendre ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments.



G13- Chambre double



Chambre simple G02 - Patio commun G02-G05

RECOMMANDATION 12

Les chambres doubles doivent garantir l'intimité des patients. Toutes les chambres hôtelières doivent être équipées d'un verrou de confort pour préserver l'intimité du patient, d'un bouton d'appel accessible, d'un volet ouvrable par le patient, d'une penderie et d'un placard pouvant fermer à clef.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « G02 bénéficie de locaux répondant à ces exigences. G06 : Les chambres hôtelières sont équipées de verrou de confort, d'un bouton d'appel, d'un volet à

commande individuelle, d'un placard pouvant fermer à clef, d'un coffre individuel à code et d'une penderie. G05 : Nous n'avons qu'une seule chambre double. La mise en place de verrou de confort est en cours. G13 : une seule chambre double, nous prendrons en compte ces remarques prochainement ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

Enfin, la partie administrative située au rez-de-chaussée du bâtiment CB1 est dépourvue de toilettes ce qui oblige les professionnels qui y ont leur bureau à traverser le bâtiment pour s'y rendre.

b) L'unité Escale

Les locaux sont exigus : deux chambres ont été transformées en bureau d'entretien et en salle d'activités, une seule pièce constitue le salon et la salle à manger et le poste de soins est d'une superficie très réduite. Le bureau du cadre de santé est situé à l'extérieur de l'unité. La terrasse, équipée d'un modeste mobilier de jardin et utilisée comme fumeur, est peu investie.

4.1.2 La maintenance

La maintenance des locaux est assurée par les services techniques du site de Neuilly-sur-Marne. Les opérations de maintenance corrective font l'objet de demandes émanant des unités, chaque pôle disposant d'un correspondant de secteur auprès des services techniques.

Les réparations des équipements dégradés ou atteints de malfaçons tardent ou ne sont pas traitées ce qui altère petit à petit les conditions de vie des patients et celles de travail des soignants alors même que les locaux sont récents.

Ont été relevés :

- des infiltrations d'eau dans les unités G02, G05 et G06 ;
- dans l'unité G06, un double plafond du couloir principal au rez-de-chaussée est crevé. Des fils électriques sont apparents dans la salle d'activité, la salle télévision et la salle de soins ce qui présente un risque pour les patients et les soignants. Dans la chambre réservée aux personnes à mobilité réduite (PMR), une vitre cassée n'est pas réparée et un matelas, maintenu par une chaise, a été placé devant pour l'occulter. Des abatants de toilettes, arrachés, et des boutons poussoirs de chasse d'eau n'ont pas été remplacés ;
- les CI ont mal vieilli et nécessitent une maintenance accrue (G05, G06). Le sommier métallique de la CI 2 de l'unité G06, noirci à la suite d'un incendie au mois de décembre 2021, n'a pas été changé (cf. § 2.3) ;
- lors de la visite, les salles d'activité du 2^{ème} étage du bâtiment CB 1 étaient surchauffées. Plusieurs patients de l'unité Escale, dans laquelle quatre chambres sont totalement dépourvues de chauffage, se sont plaints d'avoir froid malgré les couvertures supplémentaires. Il est indiqué aux contrôleurs que dans ce bâtiment, les problèmes de régulation thermique sont récurrents.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « Sans que cela ne soit la seule justification, les tensions capacitaires reconnues de longue date de l'EPS Ville- Evrard compliquent la libération des chambres pour les interventions du pôle Technique.

En outre, l'établissement dispose d'un outil informatique ancien utilisé pour les demandes d'intervention. Cet outil est tombé en panne à deux reprises ces 3 dernières années ce qui engendre une perte du fil de l'eau et des demandes jamais reçues. En aggravation cet outil ne permet plus

d'informer le service demandeur de la prise en charge de la demande et cet outil n'a jamais été prévu pour réaliser des requêtes et des statistiques.

Depuis 12 mois, l'Etablissement est engagé au remplacement de ce dernier par un outil de Gestion de Maintenance Assistée par Ordinateur qui sera déployé à partir de septembre 2023 et opérationnel en 2023. Cet outil permettra d'identifier et de quantifier les carences relevées dans le rapport du CGLPL afin d'élaborer le cas échéant un plan d'action.

[S'agissant des infiltrations d'eau], la cause des infiltrations au CB1 (G02 et G05) ont été identifiées et les correctifs réalisés. La reprise des peintures est programmée dans le mois qui vient. Par contre, la recherche de fuite au CB2 (G06) est toujours en cours. 3 points d'impacts différents sans cause apparente.

[S'agissant des fils électriques apparents], il s'agit de sondes de température qui ont été arrachés par les patients et qui étaient en commande (délai de livraison certes long) lors de la visite du CGLGP. Situation résolue depuis, avec mise en œuvre d'une protection contre l'arrachement. Pour information, compte tenu de la tension électrique mise en jeu ici, cette situation ne présentait pas de risque de choc électrique pour les utilisateurs.

[S'agissant de la vitre cassée], la fenêtre était en commande lors de la visite du CGLPL ; elle est remplacée depuis 1 mois.

[S'agissant des abattants de toilettes arrachés et des boutons poussoirs de chasse d'eau], ces actes de dégradation sont quotidiens ; l'ouvrier polyvalent du pôle Technique et présent sur site possède du stock et procède au remplacement dès qu'il est informé. Il se peut qu'il ne soit pas toujours informé rapidement ; exemple : éclairage HS dans une salle de bain non déclaré depuis plusieurs semaines.

[S'agissant du sommier métallique de la CI 2 de l'unité G06], il s'agit d'un sommier sur mesure nécessitant une commande particulière ; le sommier sera remplacé sous 1 mois.

[S'agissant des problèmes de chauffage], les dysfonctionnements rencontrés lors de la visite du CGLPL étaient en cours de diagnostic (1^{er} hiver depuis la rénovation du CB1). Un désembouage du réseau de chauffage est programmé avant la prochaine saison de chauffe ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments.



Double plafonds, G06, rdc



Boîte électrique, G06, salle d'activité



Chambre PMR, G06

RECOMMANDATION 13

L'efficacité du système de chauffage, la maintenance et l'équipement des locaux doivent répondre urgemment aux besoins des patients et aux demandes des services.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « *les observations afférentes à cette recommandation sont analogues aux observations qui la précèdent* ».

4.2 LES CONDITIONS D'HYGIENE SONT SATISFAISANTES

L'entretien des locaux est parfaitement assuré par deux équipes intersectorielles d'agents des services hospitaliers (ASH) qui interviennent tous les jours. Les draps et les serviettes sont lavés tous les deux jours et plus souvent si nécessaire. Le linge des patients est pris en charge par les proches ou au sein de l'unité, par les soignants en l'absence de visite. Des produits d'hygiène sont régulièrement distribués à tous les patients. En l'absence de coiffeur sur le site, les patients sont accompagnés dans des salons, à l'extérieur. Un vestiaire de secours est à disposition des personnes démunies.

4.3 LES BIENS DES PATIENTS SONT GLOBALEMENT BIEN CONSERVES

4.3.1 Les biens des patients

Lors de l'admission, un inventaire contradictoirement signé par le patient est réalisé avec un ou deux soignants. Le formulaire est transmis au secrétariat et scanné dans le logiciel CORTEXTE et sa copie est remise au patient, sauf à G02.

Les valeurs peuvent être déposées dans le coffre de la chambre ou, à la demande de l'intéressé, conservées dans une armoire à casiers fermant à clé du bureau infirmier (G02) ou dans un coffre du même bureau. La fermeture à clef des placards n'étant pas possible dans toutes les chambres (cf. § 4.1.1), des patients préviennent les vols en demandant aux soignants de fermer leur chambre dans la journée. La règle est la conservation par le patient de ses biens, placés dans la bagagerie de l'unité lorsqu'ils sont trop volumineux.

4.3.2 Les personnes protégées

L'établissement dispose d'un service des personnes protégées compétent pour l'ensemble des sites. Le repérage des patients susceptibles de faire l'objet d'une mesure de protection juridique est effectué par l'équipe médico-sociale de l'établissement par un signalement au magistrat¹⁸.

Comme sur le site historique, les mandataires judiciaires, majoritairement réactifs, font appel à des prestataires extérieurs qui facturent forfaitairement leur course, pour assurer l'accès au tabac, aux biens d'usage courant¹⁹, et au retrait d'argent des majeurs protégés ne disposant pas d'autorisations de sortie, d'un soignant pour un accompagnement, ni de proches. Le montant dû peut varier entre trente-quatre et quarante-cinq euros par commande en fonction de la nature des articles achetés.

¹⁸ Rapport de visite du CGLPL relatif au site de Neuilly-sur-Marne de l'EPSVE au mois d'octobre 2022, chapitre 4, § 3.2.

¹⁹ La mise à disposition des articles d'hygiène est réalisée par l'établissement pour les personnes qui en sont en démunies.

RECOMMANDATION 14

Les patients protégés ne bénéficiant pas de possibilités de sorties ou de proches disponibles doivent pouvoir accéder sans frais à un retrait d'argent, se procurer du tabac et des produits d'usage courant.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « Consciente de cette problématique, la direction a lancé un groupe de travail afin d'effectuer un état des lieux exact de la situation et émettre des pistes de réflexions qui permettront de proposer un plan d'action et revoir l'organisation actuelle. Plusieurs solutions sont à l'étude :

- La négociation des tarifs de livraison (voire des livraisons groupées) ;
- La mise à disposition d'espèces via les régies par opérations pour compte de tiers. Ces opérations n'engageant pas la responsabilité du comptable, cette proposition sera soumise à la future responsable de la trésorerie hospitalière, en complément des évolutions organisationnelles qu'elle suppose pour les régies ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

4.4 LES REPAS SONT ADAPTES AUX BESOINS DES PATIENTS

La production des repas pour les différents sites est assurée par l'unité centrale de production alimentaire²⁰ de l'EPSVE, rattachée à la DAHL, et située sur le site de Neuilly-sur-Marne.

Les repas sont livrés en barquette selon le principe de la liaison froide. Ils sont vérifiés et stockés dans une armoire réfrigérée par les agents des services hospitaliers (ASH) avant d'être chauffés à la bonne température. Le placement au réfectoire est libre et le service fait à l'assiette. Un goûter est servi l'après-midi, certaines unités proposant également une tisane en soirée.

Les salles à manger sont claires avec des revêtements en bon état. Les menus sont affichés. Une cuisine et une vaste salle de restauration est partagée entre G02 et G05. L'unité G06 utilise en revanche une salle d'activité comme annexe du réfectoire, qui ne comporte que 16 places pour 27 patients.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « La promiscuité des patients à table est une réalité au quotidien et ne permet pas le confort à table. L'affectation des salles a été décidée par le maître d'ouvrage conformément au choix du pôle G05 ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

²⁰ Cette centrale fournit également, depuis 2006, les unités de soins du GHU Paris psychiatrie et neurosciences, soit un volume annuel proche d'un million de repas, impliquant soixante agents, dont le responsable du service, trois responsables de production, un assistant qualité et quatre diététiciennes rattachées à la direction de soins.



Cuisine commune G02 – G05



Salle à manger G02- G05



G06 : salle d'activité, annexe du réfectoire

Les menus sont établis par les diététiciennes, en vue de répondre aux besoins spécifiques de patients hospitalisés en psychiatrie et pour tenir compte de leurs orientations culturelles et religieuses. Les informations nécessaires sont saisies après le premier examen somatique dans un progiciel destiné aux commandes de repas et à leur production, accessible au personnel soignant. Les diététiciennes, qui se déplacent régulièrement au sein des unités, procèdent régulièrement à des adaptations tenant compte de l'évolution de l'état de santé des patients. La variété des repas est assurée par l'élaboration de menus répondant à un plan alimentaire de huit semaines, décliné sur deux cycles. Un repas à thème est prévu mensuellement tout comme des améliorations à l'occasion des fêtes. La qualité des produits est assurée par la distribution privilégiée de denrées labellisées ou issues de l'agriculture biologique, favorisant le circuit court. Cependant cette volonté est limitée par la faiblesse de l'enveloppe budgétaire (2,50 euros par repas pour les matières premières) qui ne compense pas l'inflation des produits alimentaires. Une augmentation du coût des repas de 38 % a été indiquée aux contrôleurs, sans hausse de budget déjà prévue lors de la visite.

Les patients sont satisfaits de la quantité des portions servies mais considèrent les saveurs de qualité variables en fonction des plats proposés.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST TRES RESTREINTE, PARTICULIEREMENT DANS LE BATIMENT LE PLUS RECENT

5.1.1 La circulation des patients dans l'établissement

La fiche 12 du règlement intérieur indique que « *Selon les secteurs, les pavillons sont ouverts la journée. Ce droit peut être limité sur prescription médicale* ».

Cependant, les quatre unités adulte et l'unité Escalé sont fermées. Dans le bâtiment CB2, les patients sont enfermés derrière un sas comportant deux portes successives : la première ne s'ouvre, pour entrer comme pour sortir, qu'avec un badge magnétique et la deuxième avec une clef sécurisée. Cette dimension sécuritaire surajoutée à l'exiguïté des locaux est oppressante. La circulation des patients entre les deux unités n'est pas possible. Dans le bâtiment CB1, dont l'accès extérieur et la passerelle menant au bâtiment CB2 sont fermés par des serrures à badge, les patients peuvent librement circuler, à l'exception de ceux de l'Escalé. Cette unité est fermée et son accès implique de traverser G02 ou l'hôpital de jour (HDJ) du pôle 93102.

Tous les patients hospitalisés sur le site sont donc contraints de demander l'ouverture des portes pour sortir à l'extérieur.

Les patients accèdent librement à leurs chambres, mais pas aux salles d'activité. Ils ne peuvent s'y rendre qu'accompagnés par un soignant ou pendant des créneaux horaire imposés. A titre d'exemples, les contrôleurs constatent que :

- la bibliothèque de G13 n'est ouverte que de 15 à 18h²¹. Seule l'activité écriture, organisée ponctuellement, est en accès libre ;
- la salle de télévision de G05 n'est accessible qu'avec un soignant (cf. § 4.1) de même que les salles d'activité communes à G02 et G05 situées au second étage du bâtiment CB1.

Les patios intérieurs sont accessibles du lever au coucher des patients puis à la demande, accompagné d'un soignant. Le fumoir de G05 reste ouvert la nuit.

Il n'existe pas de cafétéria, de bibliothèque, de lieu de culte ni de banque des patients. En revanche, le Clos Bénard, proche du square Stalingrad, est localisé en zone urbaine ce qui est un atout, à même de faciliter les visites des familles.

Les autorisations de sortie²² sont peu accessibles aux patients en SSC²³ : quatre patients en SSC sur douze au G02, six SPDRE sur huit au G06 et deux SPDDE sur sept au G13 en ont bénéficié. La possibilité d'accéder à des sorties pour faire des activités à l'extérieur se développe à G05 et G13 y compris pour des patients en SSC.

²¹ Elle était fermée pour travaux lors du contrôle.

²² Sorties de moins de 12 heures accompagnées ou de moins de 48 heures non accompagnées.

²³ Les patients en SL peuvent sortir seuls.

RECOMMANDATION 15

L'ouverture des portes des unités doit faire l'objet d'une réflexion et être favorisée. L'accès aux salles d'activité doit être libre pour tous.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « Pour les Pôles G02 et G05 : les 2 agents de médiation assurent l'ouverture de la porte d'entrée selon les recommandations médico soignantes.

G06 : Cette recommandation est validée. Mais double sas à l'UHTP G06 requérant la disponibilité des professionnels pour faciliter la liberté d'aller et venir.

L'accès partagé aux salles d'activité du CB1 et du CB2 doit être possible. La restriction doit être temporaire, soumise à la prescription médicale ou à l'organisation de l'activité en groupe restreint dans un cadre thérapeutique défini.

Par ailleurs, un triptyque diffusé en février 2023 à l'attention des professionnels dans le cadre de la préparation à la visite de certification, rappelle les principes fondamentaux de la liberté d'aller et venir des patients. »

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

5.1.2 La gestion de la sécurité

Le site du Clos Bénard dispose de deux entrées chacune sécurisée par une grille. L'entrée principale de l'établissement, située 5 rue Léger Félicité Sonthonax, est contrôlée en journée par deux agents qui gèrent l'accueil des visiteurs et le standard tandis que la surveillance entre 20h30 et 7h30 est assurée par une société extérieure. Les incidents sont gérés par les équipes soignantes au sein des unités. Chaque professionnel est doté d'un PTI²⁴ qui précise l'unité et l'étage de la survenue de l'agression.

5.1.3 La sécurité incendie

Le site ne comporte pas de service de sécurité ni d'agents spécialisés dans la lutte contre l'incendie. Le personnel a été formé à l'utilisation des extincteurs, régulièrement contrôlés.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « L'organisation déployée sur le site d'Aubervilliers comme sur tous les sites de l'EPSVE est adaptée au classement des bâtiments et est conforme à la réglementation en matière de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public (ERP). L'établissement a rédigé en 2022 son schéma d'organisation de la sécurité incendie (SOSI) adopté après saisine des instances en mars 2023 ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments.

5.2 LES RESTRICTIONS DANS LA VIE QUOTIDIENNE SONT MODEREES ET INDIVIDUALISEES

Les patients sont sollicités pour le petit-déjeuner entre 7h30 et 8h et le coucher s'effectue au plus tard à 23h.

Le tabac est laissé à la disposition des fumeurs qui peuvent toutefois se voir imposer des restrictions sur consigne médicale ou en raison de l'insuffisance de leurs ressources, à l'exception de G02.

²⁴ PTI : dispositif portatif d'alarme pour la protection des travailleurs isolés.

La conservation des briquets, notamment la nuit, n'est pas autorisée dans toutes les unités. Des briquets muraux électriques sont à disposition dans les patios et dans le fumoir de G05.

Les patients conservent leur téléphone portable, sauf consigne médicale. Les chargeurs et les cordons sont en revanche remis aux soignants au motif d'une prévention d'un geste suicidaire, alors que les lacets et les ceintures sont autorisés.

RECOMMANDATION 16

Les patients doivent pouvoir conserver leur chargeur de téléphone et leur tabac, sauf consigne médicale individuelle.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « Au Pôle G02, cette recommandation est appliquée. G13 : cette pratique va être modifiée, les chargeurs, hors consignes particulières, seront remis ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

5.3 LA COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR EST FACILITEE PAR LA SITUATION GEOGRAPHIQUE DU SITE

5.3.1 La confidentialité de l'hospitalisation

La procédure d'hospitalisation sous anonymat n'est pas connue de tous les IDE et n'est pas assurée sur le site. Le standard ne filtre pas les communications et transmet toutes les demandes aux unités. Les correspondants peuvent aussi contacter directement les différents services. Les soignants sont toutefois particulièrement attentifs aux appels venant de l'extérieur et ne transmettent que ceux des proches déjà identifiés qu'ils reconnaissent.

RECOMMANDATION 17

Les soignants doivent recevoir une formation relative à la procédure d'anonymat de l'hospitalisation, qui doit être assurée.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « Cet aspect est évoqué dans la formation sur les droits des patients.

Un rappel sera effectué auprès des agents d'accueils pour les sensibiliser à cette problématique.

Enfin, dans le cadre de la préparation à la certification, un document intitulé « les essentiels - Droit et information des patients » et un triptyque relatif au respect de l'intimité et de la dignité du patient a été diffusé en février 2023 à l'attention de tous les professionnels ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

5.3.2 Le téléphone et le courrier

Les patients peuvent conserver leur téléphone portable ou avoir accès au téléphone mobile de l'équipe et les utiliser dans le respect de la confidentialité, sauf lors de rares exceptions médicalement consignées.

L'accès au courrier est totalement libre. Les patients remettent leur courrier à l'IDE qui le transmet au secrétariat pour affranchissement et envoi. Le matériel de correspondance est mis gratuitement à leur disposition, notamment pour leurs courriers administratifs.

Sauf consigne médicale contraire, les patients qui disposent d'un ordinateur peuvent l'utiliser. La connexion à internet *via* le réseau *WIFI* « Guest » de l'établissement, de faible émission, est régulièrement interrompue.

RECOMMANDATION 18

Le site doit être équipé d'un réseau informatique permettant aux patients d'accéder facilement à Internet afin de faciliter leurs communications avec l'extérieur et notamment la préparation de leur sortie de l'établissement.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « *La couverture Wi-Fi des sites d'Aubervilliers va être vérifiée avant l'été, ce qui inclut le réseau WIFI GUEST. Par contre nous ne pouvons pas garantir la bonne réception GSM à l'intérieur des bâtiments qui dépend de la densité du réseau opérateur* ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

Les unités sont équipées de téléviseur dans chaque chambre hôtelière et dans la salle commune prévue à cet effet. Les télécommandes conservées par les soignants sont accessibles à la demande mais des difficultés d'accès ont été rapportées dans certaines unités, en raison d'un rythme de renouvellement qui ne compense pas celui de leurs disparitions.

Les unités sont abonnées au journal « Le Parisien ». Les bibliothèques ne sont accessibles qu'avec un soignant et les livres peu nombreux.

5.3.3 L'accès aux familles

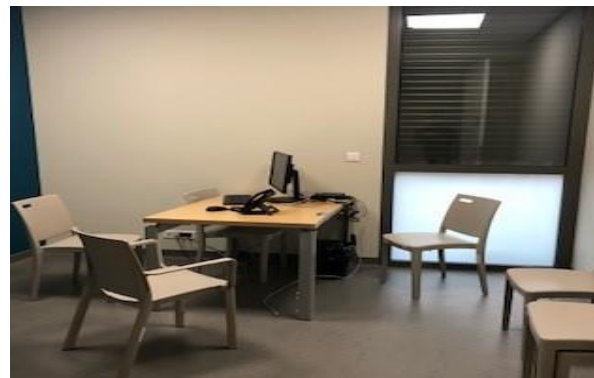
Les visites des proches sont autorisées tous les jours de 13h30 à 18h30 ou 19h selon les unités, avec une tolérance concernant les horaires. Les patients isolés ne peuvent pas recevoir de visiteurs. Les mineurs de moins de quinze ans sont interdits, sauf exceptionnellement sur décision médicale, dans une pièce qui leur évite de traverser un service. Chaque unité est équipée d'un salon de visite. Toutefois, le salon commun aux unités G02 et G05 situé à l'entrée du bâtiment est vitré et ne préserve pas l'intimité des patients et de leurs proches. Dans l'unité G06, les visites se déroulent dans un bureau. Le nombre de visites a considérablement augmenté depuis la relocalisation de G05 et G13. Le site ne dispose pas de cafétéria ni de distributeurs de boissons qui pourraient faciliter les échanges entre les patients, les visiteurs et les soignants.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « *Des films anti-regards ont été posés depuis la visite du CGLPL. La Direction des Achats Hôtelières et de la Logistique conduit actuellement une opération de déploiement de distributeurs de boissons ; le hall du bâtiment CB1 est dans le périmètre du marché* ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments.



Salon commun aux unités G02 et G05



Bureau servant de salon de visite au G06

RECOMMANDATION 19

Toutes les unités doivent disposer d'un salon de visite permettant aux patients de recevoir leurs proches de manière confidentielle et respectueuse de l'intimité.

Les patients doivent bénéficier d'une cafétéria.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « La DAHL réfléchit depuis le dernier semestre 2020 à la mise à disposition de distributeurs de boissons et de friandises qui seraient installés dans le salon famille. Emplacement prévu et réservé à cet effet. L'installation de film occultant sur les baies vitrées de la salle de familles a été réalisée fin 2022. G06 : L'UHTP G06 dispose de 2 salons de visite, dont l'un peut rester fermé, favorisant l'intimité des familles ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

5.4 L'INFORMATION CONCERNANT LE DROIT DE VOTE EST LACUNAIRE

La direction de l'établissement a adressé aux unités avant les élections présidentielles et législatives en 2022, une note relative aux modalités de vote par procuration et informé les patients par voie d'affichage. Aucune réunion portant sur l'accès au vote n'a toutefois été organisée entre les soignants et les soignés. Le livret d'accueil ne mentionne pas ce droit. Le règlement intérieur fait référence « aux patients en possession de leurs droits civiques », alors que depuis la promulgation de la loi du 23 mars 2019, les majeurs placés sous tutelle par décision judiciaire disposent du droit de vote sans appréciation préalable de leur capacité à l'exercer par le juge des tutelles. De fait, seuls de très rares patients en SL ont effectivement voté lors des derniers scrutins.

RECOMMANDATION 20

Les patients doivent être informés des modalités de l'exercice de leur droit de vote et pouvoir le mettre en œuvre.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « L'établissement profite de la mise à jour de son livret d'accueil afin d'y ajouter une partie informant les patients sur leur droit de vote ainsi que les modalités d'exercice

de celui-ci. La Direction en charge des relations avec les usagers (DQRJU) organise le vote des patients par procuration depuis des années.

Afin de permettre aux patients dont l'état clinique n'est pas compatible avec une permission de sortie, d'exercer tout de même leur droit de vote, le commissariat d'Aubervilliers est sollicité pour chaque élection afin d'établir les procurations auprès des patients qui le souhaitent. Un agent de police se déplace sur les unités d'hospitalisations.

Une information concernant l'organisation des procurations est faite préalablement auprès de tous les pôles à la suite de quoi une liste des patients souhaitant voter par procuration est retournée au service des relations avec les usagers qui organise ensuite la visite des agents du commissariat.

Ceux qui peuvent se déplacer bénéficient d'une permission de sortie.

Par ailleurs, s'agissant du droit de vote, le service des personnes protégées de l'établissement délivre l'information écrite et orale avec la remise des documents réglementaires dont la Charte des droits et libertés du majeur protégé.

Afin d'œuvrer à l'exercice de ce droit, une procédure sera en réflexion par le service afin d'assurer la délivrance de l'information, du recueil du souhait ou non à voter et à l'organisation de l'exercice du droit par ces personnes vulnérables.

G02 : Un affichage est assuré en période électorale.

G06 : Le droit de la citoyenneté est promu par l'institution mais n'est pas suivi d'une mise en œuvre effective.

G05 : Les patients sont systématiquement informés.

G13 : Les patients sont informés des périodes électorales et des modalités de vote par procuration ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

5.5 L'ACCES A TOUS LES CULTES N'EST PAS GARANTI

Les patients sont informés de l'offre cultuelle par le livret d'accueil et les visites hebdomadaires dans chaque unité d'un membre de l'équipe de l'aumônerie catholique située sur le site de Neuilly-sur-Marne. Toutefois, aucun affichage sur la possibilité de contacter un aumônier n'existe dans les unités. Il est indiqué aux contrôleurs que l'imam qui se déplaçait dans les unités est en arrêt maladie depuis plus d'un an et que les patients de confession musulmane n'ont plus d'accès effectif à un représentant de leur culte.

RECOMMANDATION 21

Les patients doivent bénéficier d'un affichage qui renseigne les coordonnées d'aumôniers de tous les cultes.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « Des permanences hebdomadaires sont assurées par l'aumônerie de l'établissement qui organise également l'accès aux autres cultes pour les patients qui en font la demande. L'implantation du site du Clos Bénard en ville permet l'accès aux différents lieux de culte ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

5.6 LES ACTIONS DE PREVENTION EN SANTE SEXUELLE DU COMITE « SIDA SEXUALITE PREVENTION » SONT PEU DEVELOPPEES

Au moment du contrôle, le « Comité SIDA Sexualités Prévention » (CSSP) de l'EPSVE²⁵ ne réalise que quelques interventions de dépistage et des entretiens individuels à la demande des soignants. Seule l'UHTP du secteur 93G05 a désigné un soignant référent ce qui favorise les interventions du comité dans l'unité.

La contraception est proposée et des préservatifs externes et internes sont disponibles et remis à la demande. Il est indiqué aux contrôleurs que les professionnels sont vigilants dès qu'ils observent des rapprochements entre les patients pour protéger les plus vulnérables et qu'ils abordent alors le sujet en équipe. Pour autant, la question de la vie affective et sexuelle des patients ne fait pas l'objet d'une réflexion institutionnelle et n'est pas abordée avec les intéressés.

RECOMMANDATION 22

Toutes les unités doivent désigner un référent du « Comité SIDA Sexualités Prévention » dont les actions doivent être équivalentes à celles mises en œuvre sur le site de Neuilly-sur-Marne.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « G06 : Un référent SIDA Sexualités, Prévention est nommé sur le G06. Des consultations ponctuelles du pôle Cristales existent également sur le site et dans le service selon un calendrier. G05 : Une aide-soignante est nommée ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

²⁵ Cf. rapport de visite du CGLPL relatif au site de Neuilly-sur-Marne de l'EPSVE au mois d'octobre 2022, chapitre 6 § 6.

6. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

6.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT SONT MAL EQUIPEES ET LEUR MAINTENANCE INSUFFISANTE

Le site compte huit CI et deux chambres dénommées « chambres sécurisées » (CS), qui ne sont rien d'autre que des CI. L'établissement a défini une stratégie de rénovation des CI du site en 2019 sans pour autant mettre à profit les travaux menés en 2020 pour réviser leur nombre et la qualité de leur équipement²⁶.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique, relativement à la note de bas de page n°26 que : « *Le site d'Aubervilliers bénéficiant d'investissements dédiés et spécifiques (nouveau bâtiment CB2 et rénovation totale du bâtiment CB1), le plan triennal visait n'intégrait pas le site d'Aubervilliers* ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments.

La répartition des CI et leur agencement diffèrent entre les bâtiments CB1 et CB2. Dans le premier, chaque unité dispose de deux CI par unité situées au 1^{er} étage en bout de couloir, contiguë à la salle de soins au G02. Dans le second bâtiment, les trois CI de chacune unité sont installées au rez-de-chaussée (cf. § 3.2).

Les CI du bâtiment CB1, d'une surface d'environ 16 m², sont situées au bout d'un couloir fermé par une porte grillagée qui permet d'y conduire un patient sans traverser l'unité. Elles sont accessibles, à partir d'un sas commun, par une porte percée d'un oculus avec des bandes dépolies. Elles sont toutes équipées d'un lit fixé au centre de la pièce²⁷ revêtu d'un matelas en plastique protégé par un drap housse, d'une fine couverture et d'un oreiller. Les murs et le sol des CI du G05 sont entièrement revêtus de carrelage, dont le descellement peut constituer des débris dangereux. Les fenêtres ne s'ouvrent pas. Les patients ne peuvent pas manipuler le volet roulant télécommandé du sas. Le bouton d'appel est inaccessible en cas de contention de même que l'interrupteur d'éclairage, non fonctionnel ou cassé. Les horloges n'affichent pas la date. Le coin sanitaire, équipé de mobilier en inox, comporte un WC, une douche, un lavabo et un miroir.

Aucun accès direct à l'extérieur n'est possible pour prendre l'air ou fumer. Les patients sont parfois autorisés à fumer dans la CI en présence d'un soignant. Les plateaux repas sont posés sur des poufs en mousse, parfois sur le lit. Les patients sont munis de couverts en bois ou en inox pour manger.



CI du G02



Plateau repas en CI

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique relativement aux CI du CB1 que : « *L'Etablissement a mis en place un système d'appel malade compatible avec la technologie de médaillon radio mais est toujours à la*

²⁶ Le plan triennal de réfection des chambres d'isolement 2019-2021 ne mentionne pas le site d'Aubervilliers.

²⁷ Dans l'une des CI de G05, le lit n'est pas fixé au sol.

recherche d'une solution pour l'intégration de ces médaillons pour la contention. L'interrupteur cassé est un cas isolé : l'ouvrier polyvalent du pôle Technique et présent sur site possède du stock et procède au remplacement dès qu'il est informé. Il se peut qu'il ne soit pas toujours informé instantanément. La rénovation du bâtiment CB1 n'avait pas pour objet la création d'un tel espace extérieur. S'agissant d'une modification structurelle, aucune solution à court terme n'est possible sur le bâtiment. »

La directrice indique par ailleurs que le constat selon lequel les horloges n'affichent pas la date est erroné dans la mesure où « *L'Etablissement a généralisé en 2021-2022 pour tous ses sites un seul modèle d'horloge et ce modèle affiche bien l'heure comme constaté sur le site de Neuilly-sur-Marne par le CGLPL. Une erreur de paramétrage est peut-être à l'origine du constat. Le dysfonctionnement va être corrigé sans attendre* ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et corrections.

Les quatre CI du bâtiment CB2, d'une surface d'environ 10 m², équipées de façon analogue à celles du CB1, présentent de nombreuses dégradations, notamment l'absence de pommeau de douche et la présence de carreaux cassés. Les horloges font défaut.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « *Ces actes de dégradation sont quotidiens ; l'ouvrier polyvalent du pôle Technique et présent sur site possède du stock et procède au remplacement dès qu'il est informé. L'Etablissement a généralisé en 2021-2022 pour tous ses sites la pose d'horloges ad hoc dans les chambres d'isolement, ce qui a notamment été constaté par le CGLPL sur le site de Neuilly-sur-Marne. De façon identique, le site Aubervilliers est équipé d'horloges ; il manque effectivement 2 horloges au G06 (parmi les 8 chambres d'isolement) la commande initiale n'a pas pris en compte la quantité d'horloges nécessaires aux chambres sécurisées qui in fine ont été équipées. Une commande complémentaire est en cours et les horloges manquantes seront posées sous 1 mois* ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments.

RECOMMANDATION 23

Les chambres d'isolement doivent respecter la dignité, l'intimité et la sécurité des patients, disposer d'un système de chauffage efficace, de dispositifs d'appel et de commande d'éclairage fonctionnels et accessibles par le patient ainsi que d'une horloge qui indique la date.

Les patients doivent avoir accès à un espace extérieur sécurisé.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « *au G02 : une horloge a été installée en chambre d'isolement. L'espace extérieur n'a pas été prévu dans le projet architectural du CB2* » et renvoie à ces précédentes observations concernant le chauffage.

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.



G06 – CI n°1- Pommeau de douche cassé



G06- CI n°2- Etat rouillé du bloc sanitaire

Les chambres dites « sécurisées » du bâtiment CB2 sont dépourvues de sas et s'ouvrent directement dans le couloir des unités. Elles sont le plus souvent utilisées « porte ouverte », en chambres hôtelières sans pour autant disposer de leur niveau d'équipement. Les CS font partie de la capacité hôtelière des unités mais servent indifféremment de CI ou de chambre hôtelière, pour faire face à la tension capacitaire.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement commente la photographie illustrant l'état rouillé du bloc sanitaire de CI n°2 du G06 : « L'état est anormal car ces équipements sont neufs et ont été posés il y a moins de 3 ans. Une expertise est en cours avec la Direction des Achats Hôtelières et Logistiques qui assure l'entretien des locaux et avec le fournisseur ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments.

RECOMMANDATION 24

Les chambres dites sécurisées du bâtiment CB2 ne doivent plus être utilisées dans l'attente de leur rénovation ou de leur réaffectation à un autre usage.

La chambre d'isolement doit être strictement distincte de la chambre hôtelière.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « un état des lieux a été initié par le groupe EPP isolement contention afin d'émettre des recommandations sur le devenir des chambres sécurisées. G06 : Un espace d'apaisement devra être pensé et mis en œuvre à partir d'un projet à construire ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

Aucune pratique d'isolement n'est mise en œuvre dans les chambres hôtelières. Les patients isolés lors de l'admission ne le sont pas systématiquement dans leur unité de référence.

L'absence de conservation de la chambre hôtelière du patient, pendant son placement en CI, ne garantit pas la dignité de son hébergement à l'issue de la mesure. Des sorties séquentielles de la CI sont réalisées dès que possible mais des maintiens en CI ont été constatés, en l'absence de chambre hôtelière disponible, comme l'illustre le cas d'un patient de l'unité G05, dont la CI était ouverte le premier jour du contrôle.

RECOMMANDATION 25

La chambre hôtelière du patient doit être conservée pendant toute la durée de son isolement.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « *l'établissement s'efforce de mettre en œuvre cette recommandation qui se heurte cependant aux tensions capacitaires connues par le département* ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

Les affaires personnelles des patients isolés, qui n'ont droit à aucun objet en CI, sont disposées dans un petit placard du sas ou dans le bureau des soignants.

6.2 LE REGISTRE DES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION N'EST PAS EXPLOITABLE

Les bonnes pratiques d'isolement et de contention sont décrites dans deux guides datant du mois de mai 2019 qui s'appuient sur les recommandations de la haute autorité de santé (HAS). Les modifications apportées le 22 janvier 2022 par le législateur à l'article L. 3211-12 du CSP n'ont pas été prises en compte : ainsi le document rédigé par l'établissement, dénommé « *la procédure dégradée isolement contention* »²⁸ datée de janvier 2022 utilise le terme de « prescription d'isolement et de contention » alors qu'il s'agit d'une décision susceptible de recours devant le JLD. La formation « isolement et contention », d'une durée de deux jours, est peu investie par les soignants en l'absence de caractère obligatoire et d'agrément au titre du développement professionnel continu (DPC)²⁹ (cf. § 2.2.2.)

Pour les mêmes raisons que celles décrites dans le rapport de visite du site de Neuilly-sur-Marne³⁰, les données chiffrées, issues du registre et reflétant l'activité d'isolement et de contention, produites dans le rapport annuel publié depuis 2019 ne sont ni fiables ni exploitables. Par conséquent, elles ne sont pas à même de constituer un outil de d'évaluation et de réflexion partagée sur les pratiques, au niveau des unités, des pôles et de l'établissement alors que la loi l'exige depuis le mois de janvier 2016. La vacance du poste de médecin en charge du département de l'information médicale depuis presque une année au moment du contrôle explique pour partie cette absence préjudiciable de production de données exploitables.

RECOMMANDATION 26

Le rapport annuel concernant l'isolement et la contention doit présenter des données fiables et statistiquement exploitables, et définir une politique pertinente de moindre recours à ces pratiques. Un médecin responsable du département d'information médicale doit être recruté.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « *La réunion d'un groupe de travail pluriprofessionnel (médecin,*

²⁸ PRO 400 – janvier 2022.

²⁹ DPC : Le développement professionnel continu a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences, ainsi que l'amélioration des pratiques, et constitue une obligation pour tout professionnel de santé, quel que soit son mode ou secteur d'activité.

³⁰ Rapport de visite du CGLPL relatif au site de Neuilly-sur-Marne de l'EPSVE au mois d'octobre 2022, chapitre 6 § 3.

Direction, SIH, DQRJU, pôle clinique) en mode projet pendant 6 mois a permis de faire le diagnostic exhaustif des problèmes de fiabilité du registre dans sa forme actuelle :

- *Des mesures anciennes qui n'ont jamais été fermées (2019 et années antérieures) : demande de fermeture à l'éditeur de logiciel (séjours finis) ;*
- *Des problèmes liés à la requête elle-même :*
 - *Prescripteur systématiquement erroné.*
 - *Durée de la mise en isolement fautive : le logiciel calcule la différence entre une date de fin de mesure et une date de début de mesure, sans prendre en compte d'éventuelles interruptions entre ces deux dates => le temps calculé est supérieur à la réalité, l'état des lieux de départ est donc impossible.*
 - *L'export un jour donné ramène des mesures qui n'ont rien à voir avec la période sélectionnée ;*

A la suite de la dernière réunion du groupe le 6 avril dernier, l'éditeur de logiciel a répondu qu'il livrerait une nouvelle version fin avril corrigeant les bogues. Le groupe continuera de se réunir jusqu'à obtention d'un résultat conforme aux données saisies dans le DPI.

Le médecin DIM est recruté et prend ses fonctions le 1^{er} juin 2023 ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

L'examen psychiatrique des patients isolés est réalisé deux fois par 24h. Les psychiatres, mais aussi des praticiens non titulaires de la thèse de médecine ou d'une qualification à l'ordre, comme des internes de psychiatrie qui bénéficient du tutorat d'un senior lequel confirme la décision par téléphone, se rendent auprès du patient, avant de prendre une décision d'isolement. L'examen du patient isolé est ensuite bi quotidien dans toutes les unités. Les mesures sont inscrites dans le dossier patient informatisé (DPI). Les fréquences de surveillance infirmière ont lieu toutes les heures et, en cas de risque suicidaire, toutes les 30 minutes.

L'examen somatique des patients isolés est systématiquement pratiqué au début de la mesure, puis à la demande en fonction de la nécessité clinique. La prescription d'une prévention de la thrombophlébite est mise en œuvre systématiquement en cas de risque.

Le recours à la contention ne concerne qu'une quinzaine de patients par an mais les mesures les concernant sont nombreuses.

Le port du pyjama bleu institutionnel est exceptionnellement imposé, habituellement lors de l'entrée en CI pour toute la durée de la mesure y compris durant les sorties séquentielles. Il est obligatoire pour tout patient de G13 hébergé dans une CI utilisée comme chambre hôtelière. Les contrôleurs constatent que les couvertures, les pyjamas et les chaussons sont de piètre qualité et plusieurs patients se sont plaints d'avoir froid.

RECOMMANDATION 27

L'indication du port du pyjama institutionnel en chambre d'isolement doit être individualisée plutôt que systématique.

La qualité et le pouvoir calorifuge des couvertures, des pyjamas et des chaussons remis aux patients isolés doivent être améliorés.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « *Le guide de bonnes pratiques relatives à l'isolement recommande le*

port du pyjama pour des questions de sécurité. Il va être mis à jour afin que cette recommandation ne soit pas systématique mais adaptée à l'état de santé du patient. Le port du pyjama sera sur prescription médicale dûment argumentée.

G02 : Cette recommandation est appliquée.

G06 : Le port du pyjama reste une indication particulière pour chaque patient.

G05 : Cette recommandation est appliquée.

G13 : Les pyjamas ne sont plus systématiques en CI depuis la visite du CGLPL.

Une vérification de la qualité des matériaux et la correspondance par rapport aux cahiers des charges du marché va être réalisée ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

Le patient isolé a un accès à la lecture, sauf restriction médicale. La restriction du tabac est marquée, sauf en cas d'isolement séquentiel. Les patients de G02 et de G05 peuvent être accompagnés par un soignant pour fumer dans le patio commun à la différence des autres patients qui fument, sous surveillance, en CI.

RECOMMANDATION 28

Les substituts nicotiques doivent être systématiquement proposés lorsque le patient est isolé, en complément des rares opportunités de fumer.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « Au G02, G05 et G06 les substituts nicotiques sont systématiquement proposés. Au G02 et au G05 une IDE addictologue est présente sur le site un jeudi sur deux pour évaluation et suivi patients ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

6.3 LA POLITIQUE DE REDUCTION DES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION EST PORTEE PAR UN SEUL POLE

Le projet d'établissement ne comporte aucune fiche action présentant une stratégie de prévention du recours aux mesures d'isolement et de contention.

Pour autant, des éléments encourageants se dégagent en matière de mesures préventives ou alternatives. Ainsi, les données semestrielles retraitées extraites de CORTEXTE pour la période de juillet 2021 à décembre 2022 montrent une baisse de 50 % du volume d'heures d'isolement entre 2021 et 2022, ainsi qu'une forte réduction de la durée des mesures, à l'exception de G05.

Le pôle G02 est toutefois le seul à avoir élaboré un projet d'alternative aux mesures d'isolement et de contention. Il prévoit la création d'une chambre d'apaisement. L'aménagement et les règles d'usage de cet espace ont été élaborés au cours de huit ateliers participatifs associant des patients et animés selon le processus du « Design Thinking³¹ ». Lors de la ré hospitalisation d'un patient, des déclarations anticipées sont recueillies et un médiateur de santé pair intervient au sein de l'unité

³¹ Le Design Thinking est une méthodologie innovante de design collaboratif et de co-création avec les utilisateurs.

(cf. § 8.4). Le contrôle des mesures d'isolement et de contention par le JLD appelle les mêmes constats que sur le site de Neuilly-sur-Marne³².

RECOMMANDATION 29

L'établissement doit mettre en œuvre une politique de réduction et d'alternative aux mesures d'isolement et de contention dans tous les pôles.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « L'établissement mène actuellement une réflexion sur l'ouverture d'espaces d'apaisement dans les services. Une expérimentation est en cours au Pôle 93G02 (mobilié spécifique, appel à un designer, intervenants extérieurs et un travail sur les différents sens). A l'issue de cette expérimentation, une généralisation à l'ensemble des unités est prévue, tenant compte du retour d'expérience sur l'espace actuel.

En parallèle, le groupe EPP isolement contention est saisi de cette question et a effectué un état des lieux auprès des différentes unités de l'établissement afin de réaliser des recommandations. Cette question fait également partie des objectifs fixés au groupe EPP isolement contention. Cependant, les problématiques liées à l'éditeur de logiciel doivent être résolues en amont. Une fois les données fiabilisées, une synthèse sera faite dans le rapport annuel et permettra de définir une politique de réduction et d'alternative aux mesures d'isolement contention basée sur les données fiabilisées.

G02 : de plus, les temps de présentation clinique médico-soignant offrent des outils de médiation thérapeutiques et cliniques qui contribuent à cette politique de restriction de mise en isolement.

G13 : l'ensemble des IDE titulaire ont eu la formation Omega, centrée sur les bonnes pratiques isolement et sur les techniques de désescalade qui est une alternative à l'isolement.

G05 : les décisions d'isolement et de contention sont toujours des mesures du dernier recours et précédées d'un temps d'échange clinique avec l'ensemble des professionnels de l'unité permettant de prioriser le rapport bénéfice / risque ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

³² Rapport de visite du CGLPL relatif au site de Neuilly-sur-Marne de l'EPSVE au mois d'octobre 2022, chapitre 7 § 4.4.

7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

7.1 LE LIVRE DE LA LOI EST ACTUELLEMENT TENU A JOUR MAIS NE COMPORTE TOUJOURS PAS TOUTES LES MENTIONS PRESCRITES PAR LA LOI

Les contrôleurs constatent que depuis la visite du CGLPL sur le site de Neuilly sur Marne au mois d'octobre 2022, la tenue du registre de la loi s'est grandement améliorée :

- le retard dans la retranscription des mesures et des informations sur leur suivi est presque intégralement résorbé ;
- l'information relative à la recherche d'un tiers est désormais mentionnée pour les patients en SSC admis pour péril imminent.

Les autres constats faits en octobre 2022 à l'examen du registre restent d'actualité³³.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement fait valoir que la mention relative au retard est inexacte dans la mesure où : « il s'agissait d'un retard ponctuel, vite résorbé. La retranscription est aujourd'hui régulière » et précise relativement à la recherche d'un tiers que « l'établissement réajuste ses pratiques régulièrement ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments.

7.2 LE CONTROLE DU JLD EST EFFECTIF ET PORTE TANT SUR LA REGULARITE DE LA PROCEDURE QUE SUR L'ADHESION AUX SOINS

La convention EPSVE/TJ, signée le 25 mars 2019, prévoit que l'établissement dispose de salles d'audience sur le site de Neuilly-sur-Marne³⁴ et sur celui d'Aubervilliers. Celle-ci est installée au centre Henri Duchêne ce qui rend nécessaire un transport en véhicule et la mobilisation de soignants accompagnateurs pendant l'audience.

Les audiences sont fixées le mardi et le vendredi matin pour les patients des sites d'Aubervilliers et de Saint-Denis³⁵. La salle, bien signalée dès l'entrée sur le site, est installée au rez-de-chaussée du bâtiment et équipée pour la bonne conduite des audiences. Les avocats s'entretiennent avec les patients dans un bureau dédié. La salle d'attente, lumineuse et meublée de nombreux fauteuils, donne sur l'extérieur, permettant ainsi au patient de s'aérer et de marcher avant la rencontre avec l'avocat puis le juge.

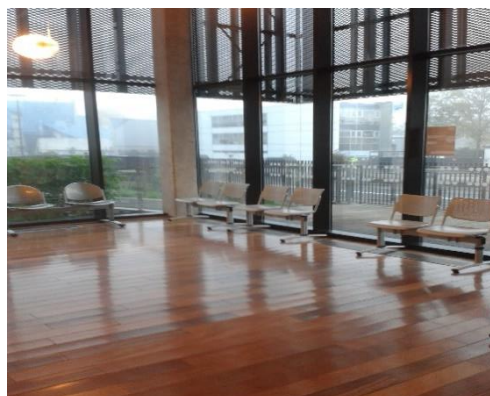
³³ Non retranscriptions des décisions du directeur - Absence des notifications des mesures autres que celles d'admissions et des décisions du JLD – Décisions administratives et majorité des certificats médicaux non horodatés – Décisions administratives ne reprenant pas expressément les termes des certificats médicaux - Notifications des droits et voies de recours faites avec un retard de 3 à 8 jours.

³⁴ Le CGLPL a visité cette salle d'audience lors du contrôle de site de Neuilly-sur-Marne au mois d'octobre 2022.

³⁵ Ces audiences sont mutualisées avec le centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger, la maison de santé d'Epinay et la clinique de l'Alliance qui traitent chacun les procédures qui concernent leurs patients.



Salle d'audience



Salle d'attente

Les procédures sont entièrement traitées par le service des admissions situé à Neuilly-sur-Marne qui, comme constaté lors du contrôle de ce site, entretient des relations de qualité avec les magistrats et les greffiers du service du JLD du TJ de Bobigny. Les modalités d'organisation de l'audience sont également inchangées³⁶.

La convocation pour l'audience est le plus souvent notifiée par le médecin et à défaut par le cadre ou un infirmier et copie est remise au patient. Dans la majorité des unités, le rôle du juge³⁷ et le déroulement de l'audience sont alors expliqués ce qui inciterait des patients, d'abord réticents, à être présents à l'audience. Pour autant, ceux rencontrés avant l'audience à laquelle les contrôleurs ont assisté ont manifesté une certaine inquiétude et étaient demandeurs d'explications supplémentaires. Les données transmises par l'établissement montrent qu'en 2022 le pourcentage des patients non comparants à l'audience du JLD et celui des certificats médicaux d'incompatibilité de l'audition du patient ont nettement diminué par rapport à 2021.

Comme constaté sur le site de Neuilly sur Marne :

- l'audience se déroule en général porte ouverte, sauf demande contraire du patient, et en la seule présence de l'avocat. L'administration n'est pas présente ni représentée. L'avis écrit du procureur de la République figure dans le dossier transmis aux avocats par courriel sécurisé dans les jours précédents l'audience ;
- les tiers demandeurs de la mesure, convoqués par courrier, ne se présentent que très rarement à l'audience. Les tuteurs et les curateurs, également convoqués par courriel, ne se déplacent jamais et ne se manifestent qu'exceptionnellement ;
- la décision est envoyée dans l'après-midi à l'hôpital pour être notifiée au patient, selon les unités par le médecin, le cadre de santé ou un infirmier, contre un émargement et la remise d'une copie. Le temps entre l'audience et la notification de la décision, qui intervient parfois le lendemain matin, est un facteur d'inquiétude et de stress pour le patient ;
- les avocats interviennent le plus souvent dans le cadre d'une permanence assurée par des volontaires, formés au droit des patients en SSC et rémunérés au titre de l'aide juridictionnelle, accordée sans examen des ressources du patient.

³⁶ Rapport de visite du CGLPL relatif au site de Neuilly-sur-Marne de l'EPSVE au mois d'octobre 2022, chapitre 7, § 4.2.

³⁷ Le terme « détention » attaché au juge des libertés n'est jamais employé.

RECOMMANDATION 30

Les coordonnées téléphonique et électronique des tiers demandeurs à la mesure doivent être notées dans la saisine du juge afin de permettre une convocation rapide pour l'audience. L'outil informatique à disposition du juge doit être amélioré pour permettre, dans la mesure du possible, un rendu immédiat des décisions et leur notification au patient par le greffe, et libérer ainsi les soignants d'une tâche éloignée de leur cœur de métier.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « ces précisions (dans la mesure où nous les détenons) sont dorénavant mentionnées sur les documents de saisine ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

Entre le 1^{er} janvier et le 23 novembre 2022, les JLD ont été saisis de 442 requêtes, dont 350 SDDE et 92 SDRE pour les patients suivis à Aubervilliers³⁸. La très grande majorité de ces saisines intervient dans le cadre du recours obligatoire, essentiellement au début de la mesure à douze jours, plus rarement à six mois. Les recours des patients ou des proches³⁹ sont quant à eux exceptionnels.

Les décisions qui ordonnent la poursuite de la mesure d'hospitalisation représentent 74,88 % des ordonnances rendues en 2022. L'examen des décisions de mainlevée de l'hospitalisation complète prononcées en 2022 révèle que 39 sur 48 l'ont été pour vice de forme⁴⁰. 32 des 39 mainlevées ont été prononcées avec un effet différé de 24h pour permettre la mise en place d'un programme de soins ou d'une autre forme de prise en charge. Les 14 appels interjetés en 2022 par les patients ont été rejetés alors que 9 des 14 formés par le préfet ont prospéré.

³⁸ Ceux du pôle G05 sont comptabilisés à compter du 17 février 2022 et ceux du G13 à compter du 13 avril 2022, dates de leur relocalisation.

³⁹ Le JLD peut être saisi à tout moment en vertu du I de l'article L. 3211-12 du CSP.

⁴⁰ Principales motivations constatant l'irrégularité de la procédure, par ordre décroissant : absence d'examen médical du patient en fugue ; décision d'admission tardive ; saisine du JLD hors délai ; absence d'interprète au cours de la procédure d'admission ; péril imminent ou atteinte à l'intégrité physique (urgence) non caractérisés par le certificat médical ; absence de convocation du curateur ; décision d'admission insuffisamment motivée.

8. LES SOINS

8.1 AUCUN PROCESSUS DE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE N'EST FORMALISE

8.1.1 L'organisation des soins

L'établissement a choisi d'élaborer un projet d'établissement 2018-2022 transversal, cette forme macroscopique ayant nécessité ensuite la définition d'un projet médical de déclinaison dans chaque pôle⁴¹.

Chaque pôle met en œuvre des réunions institutionnelles pluriprofessionnelles⁴². Des staffs quotidiens permettent les transmissions d'informations et l'évocation de l'évolution clinique des patients, et des réunions de synthèse clinique hebdomadaires garantissent l'élaboration de leurs projets de soins. Une réunion hebdomadaire avec les équipes des structures ambulatoires est tenue dans le pôle G06, et sa mise en œuvre a été annoncée dans le pôle G13.

Les patients sont régulièrement reçus en entretien par les psychiatres en semaine, selon un rythme adapté à leur état clinique, parfois en présence d'un IDE.

Le pôle G13 est le seul qui tient des réunions soignés-soignants.

RECOMMANDATION 31

Les patients doivent bénéficier, de façon équivalente dans tous les pôles, de réunions soignés-soignants, qui favorisent leur expression collective et la prise en compte de leur parole dans la vie de l'unité.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « Au G02 : des réunions soignés-soignants sont faites si besoin (à la demande des soignants ou des patients) à mettre en place d'une manière systématique courant 2023.

G06 : ils sont largement prescrits.

G05 : cette réunion faisait partie de nos pratiques avant la relocalisation de l'UHTP vers le site d'Aubervilliers. Nous réfléchissons à la remettre en place.

G13 : cette réunion est actuellement en place ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

Aucune réunion d'analyse des pratiques professionnelles n'est mise en œuvre.

Des patients relevant de prises en charge sociale ou médico-sociale par des structures plus adaptées, sans solution d'orientation, restent hospitalisés pendant plusieurs semaines ou mois dans leurs unités respectives, subissant une forme de prolongation inappropriée de privation de liberté et bloquant des lits pour l'accueil de nouveaux patients. Globalement ces patients pâtissent de la forte tension sur les structures médico-sociales de la Seine-Saint-Denis même si certains d'entre eux sont adressés au centre de postcure du site Henri Duchêne, en séjour de rupture à la clinique

⁴¹ Le projet médical existe entre les pôles G02, G05 et G06, celui du pôle G13 est toujours en cours d'écriture lors de la visite.

⁴² Associant les médecins, les internes, le cadre de santé, l'assistante sociale, les IDE, les AS, et parfois la psychomotricienne.

d'Epina y avec un engagement de reprise, en EHPAD⁴³, vers les foyers de Bobigny ou de Drancy. Un des patients du pôle G02 était hospitalisé en SDTU depuis le 28 octobre 2021, sans solution d'orientation. Il en est de même de deux patients de G06 et de G13 qui présentent des troubles autistiques, l'un d'eux étant régulièrement placé en CI pour des durées pouvant atteindre plusieurs semaines. Selon les données produites par l'établissement, trente patients sont hospitalisés au long cours dans les quatre UHTP du site d'Aubervilliers en 2022, chiffre comparable à celui de 2021.

RECOMMANDATION 32

Les patients relevant de prises en charge sociale ou médico-sociale par des structures plus adaptées, sans solution d'orientation, doivent bénéficier d'une prise en charge dans des unités dont l'ergonomie, l'effectif et la formation de son personnel répondent aux spécificités de leur situation clinique. Un lien pertinent doit être mis en place avec l'ensemble des structures sociales et médicosociales d'aval existantes, et l'équipement départemental doit être sérieusement évalué, afin d'obtenir son évolution adéquate.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « Sur le plan institutionnel : la mission relative au parcours des patients longuement hospitalisés qui a débuté en janvier 2023 vise à mieux identifier les besoins en termes d'orientations vers des structures adaptées qui relèvent fréquemment du champ médico-social. Les besoins repérés impacteront les axes de travail du futur projet d'établissement. D'autre part, ils permettront d'accroître stratégiquement les contractualisations par voie conventionnelle avec des établissements sociaux et médico-sociaux. Ainsi, le foyer l'Amandier géré par l'AEDE va ouvrir prochainement à Drancy. Cette création s'est articulée avec les pôles avoisinants le territoire d'Aubervilliers et apportera une réponse adéquate à une partie des patients en attente de solution de ces pôles.

Sur le plan structurel : conscientes du sous-équipement médico-social du territoire de la Seine-Saint-Denis, les équipes pluridisciplinaires tentent de trouver des solutions d'aval adaptées au projet thérapeutique du patient tout en recherchant son adhésion. Ce travail au long cours est suivi de près par les assistants sociaux des UHTP qui s'assurent de la qualité du dossier MDPH, suivent la décision de la CDAPH, recherchent les structures adéquates et organisent les accompagnements des patients lors des visites d'établissement. Les assistants sociaux s'attachent à développer le réseau afin de s'adapter à la variété des besoins.

G06 : nous avons le FPC mais l'orientation RPS est peu mise en place faute de professionnels formés. L'approche thérapeutique est plutôt de l'ordre de la thérapie institutionnelle ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

8.1.2 Les activités occupationnelles et thérapeutiques

Les patients, dont certains ont rapporté un sentiment d'ennui, ont dans chaque unité accès à quelques activités occupationnelles. Chaque chambre est équipée d'une télévision. Des salons de télévision, des livres et des jeux de sociétés sont accessibles (cf. § 5.3.2).

Les unités disposent également de patio, exigus au CB2, pour prendre l'air, et d'une à deux salles d'activités pour la réalisation d'activités manuelles, à l'exception de celle de G02, où elle est utilisée

⁴³ EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendante.

pour ranger le linge des patients. Des activités thérapeutiques formalisées⁴⁴, sur le site ou à lors de sorties à l'extérieur, sont organisées, de façon distincte selon les unités, parfois selon un planning hebdomadaire prédéfini et affiché (G05, G13). Tous les patients sont sollicités, et peuvent choisir ou non de s'investir.

Des groupes de huit patients de G06 et une patiente du G05 peuvent participer aux activités sportives de l'association du site de Neuilly-sur-Marne de l'EPSVE chaque jeudi de 9h à 17h, accompagnés en minibus par les soignants du centre Henri Duchêne ou ceux de l'unité s'ils sont disponibles. Des activités sont également organisées sur le canal les lundis.

Plus rarement, certains patients hospitalisés en SL ou en SSC peuvent se rendre seuls au CATTP du centre Henri Duchêne, en fonction de leur projet personnalisé.

Certaines activités sont animées par les ergothérapeutes ou les psychomotriciennes dont les postes sont pourvus (cf. § 8.1.1), par l'accompagnatrice éducative et sociale récemment recrutée (G13), ou par des intervenants extérieurs (G02, G05).

Certaines unités disposent de matériel de balnéothérapie (G05, G06).

Un atelier « cuisine » et un repas thérapeutique hebdomadaire sont tenus à G05.

La participation des IDE aux activités occupationnelles et thérapeutiques est aléatoire et fonction de la disponibilité des effectifs présents. De même, la traçabilité de l'évolution clinique des patients pendant les activités dans leur dossier informatique, décrite comme chronophage, est peu réalisée par les IDE.

RECOMMANDATION 33

Les effectifs de soignants doivent garantir la réalisation des activités thérapeutiques prévues dans le cadre des projets de soins des patients.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « G02 : un temps de médiation pour les patients hospitalisés a lieu : médiation sportive, artistique, théâtrale. Ainsi que des activités par les agents de régulation : karaoké, sorties en ville...

G06 : la présence d'un ergothérapeute à 50% et d'une psychomotricienne à 50% permet la tenue d'activités thérapeutiques.

G05 : la psychologue référente mène des activités thérapeutiques à l'intérieur et à l'extérieur de l'unité : chant, jardin partagé, conservatoire, activités manuelles. En commun avec le G02, des activités sportives et des animations sont mises en place.

G13 : le planning des activités est affiché dans le service. Cinéma une semaine sur deux, et toutes les semaines : escalade, mandala, groupe écriture avec un écrivain et possibilité d'activité individuelle avec un psychomotricien ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

⁴⁴ Les activités thérapeutiques diffèrent selon les unités : G02 (deux séances de sport hebdomadaires, théâtre, peinture, dessin), G05 (café-partage à l'aumônerie, jardins partagés, promenades dans le parc Stalingrad, ateliers « organisation et communication, chant, théâtre, trois séances hebdomadaires dans la salle de sport, cinéma, musée, restaurant) G06 (peinture, coloriage, « battle de musique », soins esthétiques), G13 (cinéma, escalade, modelage, activités manuelles, activité « éveil corporel », « écriture et image », mandala, pâtisserie et danse le week-end).

Seul le pôle G05 organise des séjours thérapeutiques, accessibles aux patients hospitalisés en SSC⁴⁵, le dernier de cinq jours s'étant déroulé lors de l'été 2022, et le suivant étant organisé pour la période des congés de Noël.

Aucun dispositif spécifique du processus de réhabilitation psychosociale (RPS) n'est mis en œuvre de façon formalisée dans le site d'Aubervilliers, et la fréquentation de l'UNIRRE⁴⁶ reste exceptionnelle⁴⁷.

RECOMMANDATION 34

Tous les patients concernés par l'indication doivent bénéficier d'un accès formalisé à un processus de réhabilitation psychosociale, animé par des soignants spécifiquement formés.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « Le G02 offre un vaste dispositif de réhabilitation au sein de l'HDJ (temps privilégié du rétablissement). Les patients hospitalisés découvrent cette offre de soins dès l'hospitalisation à temps plein lors de demi-journées passées à l'HDJ.

G06 : pour l'instant, une partie des professionnels infirmiers du FPC a été sensibilisée à l'approche RPS. En revanche, les professionnels ergo du G06 sont toutes formées à la RPS et l'utilisent dans l'approche thérapeutique.

G05 : nous travaillons avec le service UNIRR.

G13 : 5 personnes hospitalisées actuellement bénéficient ou ont bénéficié d'un programme spécifique du service de réhabilitation de l'hôpital UNIRR ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

8.1.3 La dispensation des traitements

Les IDE confectionnent les piluliers et administrent les traitements aux patients individuellement dans la salle de soins, dans le respect de la confidentialité. Les patients connaissent leurs traitements, bénéficient d'une information les concernant lors de entretiens médicaux, et leur compliance est recherchée. Des injections intramusculaires « si besoin » de médicaments psychotropes sont parfois prescrites, notamment lors des situations d'agitation, et leur traçabilité ne s'accompagne pas systématiquement de celle de la contextualisation clinique dans lesquelles elles doivent être mises en pratique.

RECOMMANDATION 35

L'administration d'une injection intramusculaire dans le cadre d'une situation d'agitation doit être précédée d'une évaluation médicale psychiatrique.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « Un système de case à cocher a été instauré dans le cadre d'un

⁴⁵ Un seul patient, hospitalisé en SDRE dans le cadre d'une irresponsabilité pénale, a fait l'objet d'un refus préfectoral.

⁴⁶ UNIRRE : unité référente de réhabilitation du site historique de l'EPSVE, qui désigne un HDJ destiné aux personnes vivant avec des troubles psychiques sévères, adressées par l'ensemble des acteurs du territoire, et souhaitant bénéficier d'une prise en charge de RPS.

⁴⁷ Une seule patiente de G05, hospitalisée en SPDRE dans le cadre d'une irresponsabilité pénale, se rend à l'UNIRRE.

groupe de travail afin d'attester sur chaque certificat médical relatif à une mesure de soins sans consentement (hormis les certificats des 24 et 72 heures) que le patient a été informé de ses droits, voies de recours, situation juridique et qu'il a été mis en situation de faire valoir ses observations. Ce dernier item correspond aux observations relatives au contenu du certificat qui va être rédigé à la suite à l'entretien.

Dans les faits, les médecins, durant l'entretien qui précède la rédaction des certificats, expliquent aux patients la nécessité de maintenir/ de poursuivre l'hospitalisation ou les soins en ambulatoire. Suivant l'état des patients, les médecins adaptent la nature des informations qui peuvent lui être expliquées.

Au G02 : l'administration d'une injection intramusculaire dans le cadre d'une situation d'agitation est faite en présence d'un psychiatre avec évaluation en amont.

Au G02, l'injection IM dans le cadre d'une agitation est quasi jamais faite en l'absence d'un médecin du service.

G06 : C'est fait. L'injection intramusculaire est faite en dernier recours.

G05 : l'administration d'une injection intramusculaire dans le cadre d'une situation d'agitation est faite en présence d'un psychiatre avec évaluation en amont.

Au G05 : l'injection IM dans le cadre d'une agitation n'est quasi jamais faite en l'absence d'un médecin du service.

G13 : lors d'une agitation nécessitant un traitement intra musculaire, un médecin est présent, même en période nuit» .

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

8.2 LA PERMANENCE ET L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES SONT GARANTIS

Les soins somatiques sont dispensés au sein des quatre unités par deux médecins généralistes présents du lundi au samedi matin. Chacun est médecin référent pour deux unités (G05 et G13 pour l'un ; G02 et G06 pour l'autre). Après 17h et le week-end à compter du samedi midi, les urgences sont assurées par le médecin de garde et, en cas de besoin, par le SAMU.

La prise en charge somatique est réalisée par des visites quotidiennes dans les unités et par une réponse favorable à toutes les demandes d'examens. Les médecins généralistes s'assurent également de l'accès aux soins dentaires et gynécologiques qui sont prodigués au pôle Cristales⁴⁸ situé à Neuilly-sur-Marne, de ceux dispensés à l'extérieur de l'EPSVE dans les hôpitaux publics (Avicenne à Bobigny, Delafontaine à Saint-Denis) et auprès de praticiens privés. Il est fait état aux contrôleurs de la stigmatisation fréquente des patients de psychiatrie hospitalisés pour une urgence somatique : la durée d'hospitalisation est alors la plus brève possible, si ce n'est insuffisante, au point de donner lieu à un second adressage du patient aux urgences du même hôpital, voire d'un autre hôpital.

Les médecins généralistes collaborent avec la diététicienne pour adapter les régimes alimentaires des patients (cf. § 4.4). La prise en charge en addictologie reste limitée à la disponibilité de l'équipe de liaison et de soins addictologiques (ELSA).

⁴⁸ Cf. § 8.2 du rapport EPSVE, site de NSM.

8.3 LES PROJETS EN SORTIE D'HOSPITALISATION DES PATIENTS SONT ELABORES AU MIEUX DANS UN CONTEXTE DE PENURIE D'HEBERGEMENT

Les projets de sortie des patients sont travaillés en équipe pluridisciplinaire lors des staffs quotidiens et hebdomadaires auxquels participent les assistants de service social et lors des réunions de synthèse qui regroupent en plus les membres des équipes extrahospitalières et des mandataires judiciaires. Les projets sont anticipés au regard de l'état clinique de chaque patient. Les patients en SSC bénéficient de sorties accompagnées de moins de 12h à condition que les effectifs des unités le permettent. Plus spécifiquement, le préfet ne s'oppose pas aux permissions de sortie accompagnée de 12h de patients en SPDRE ce qui est bien moins fréquemment le cas pour celles non accompagnées d'une durée de 48h ainsi que pour la levée des mesures d'hospitalisation concernant ces patients, un deuxième certificat médical étant le plus souvent exigé par le préfet.

Les proches sont informés du projet de sortie en cas de retour au domicile familial.

Les programmes de soins (PDS) sont exclusivement conduits en ambulatoire, sauf pour certains qui viennent consulter à l'hôpital et déjeuner dans l'unité d'hospitalisation.

Les assistants de service social, fortement investis, réactivent au besoin les droits sociaux des patients dès leur admission, initient ou suivent les dossiers devant la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et apportent leur aide aux demandes de pièces d'identité et titres de séjour. L'assistant de service social contacte les familles sous réserve de l'accord du patient ainsi que les acteurs du champ social susceptibles d'intervenir eu égard à sa situation. Les relations avec les mandataires des associations tutélaires (UDAF, ATR, Evolène tutelles) ou libéraux sont contrastées, de nombreux mandataires se reposant sur les travailleurs sociaux des unités pendant l'hospitalisation de leurs protégés.

Pour l'ensemble des professionnels rencontrés, la problématique de l'hébergement à la sortie de l'hôpital est cruciale dans un contexte de saturation des dispositifs d'hébergement et d'isolement et de grande précarité de nombreux patients. Les intervenants et dispositifs mobilisés sont nombreux : bailleurs sociaux (G02 et G06), appartements associatifs de secteur (G02, G06 et G13), résidence accueil et maisons relais (G06 et G13), accueil familial thérapeutique (les 4 unités). Lorsque l'état clinique d'un patient nécessite une consolidation de soins, le recours à des partenaires dans le département (foyer de postcure, maison hospitalière, cliniques) pallie parfois le manque d'hébergement ou de logement.

Les patients en situation irrégulière sont confrontés à une difficulté accrue d'accès à un hébergement d'urgence dans le cadre du dispositif de veille sociale, alors qu'aucune condition de régularité du séjour n'est exigée par les textes⁴⁹. Des hôtels meublés sont utilisés dans l'attente de solutions plus pérennes. Par ailleurs, l'accès aux EHPAD est difficile pour les patients âgés qui ont été hospitalisés en psychiatrie.

8.4 L'INTERVENTION D'UN MEDIATEUR DE SANTE PAIR EST LIMITEE A L'UN DES QUATRE POLES

Les projets de soins individualisés sont abordés en équipe pluriprofessionnelle lors des réunions institutionnelles et expliqués par le psychiatre au patient. Les patients ne participent pas aux réunions qui les concernent et ne sont pas systématiquement informés du contenu des certificats dont ils font l'objet (G02 et G05).

⁴⁹ Le dispositif général de veille sociale est prévu par l'article L. 345-2 du code de l'action sociale et des familles. Dans chaque département, l'opérateur est le service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO).

RECOMMANDATION 36

Les patients doivent toujours être informés du contenu des certificats dont ils font l'objet.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « *Les certificats médicaux accompagnant les décisions et les arrêtés seront également transmis aux patients (CME du 20 avril 2023). Par ailleurs, dans le cadre de la préparation à la certification, un document intitulé « les essentiels – Droit et information des patients » et un triptyque relatif au devoir d'information et au recueil du consentement a été diffusé en février 2023 à l'attention de tous les professionnels* ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

Un système de référence médicale et IDE est seulement mis en œuvre dans l'unité G05.

Aucun patient ne peut rédiger de directives anticipées incitatives en psychiatrie, sauf au sein de G02 en cas de ré hospitalisation et également pour des patients suivis en CMP (cf. § 6.3).

L'intervention d'un médiateur de santé pair est limitée au pôle G02. Il est prévu, au mois de janvier 2023, de transformer son contrat en engagement à durée indéterminée et de le rémunérer selon la grille des assistants de services sociaux et éducatifs, corps de catégorie A.

RECOMMANDATION 37

Chaque patient doit pouvoir choisir de rédiger des directives anticipées incitatives en psychiatrie. La formation et le recrutement de médiateurs de santé pairs doivent être mis en œuvre, afin de permettre leur intervention dans tous les pôles.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « *Le modèle proposé par un pair aidant et testé au Pôle G02 va être généralisé à l'ensemble des Pôles, sous réserve de trouver des personnes pour pourvoir les postes. Par ailleurs, dans le cadre de la préparation à la certification, un triptyque relatif à la personne de confiance et aux directives anticipées, a été diffusé en février 2023 à l'attention de tous les professionnels. Ce triptyque aborde les directives anticipées en psychiatrie (plan de prévention partagé)* ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

Les soignants connaissent le rôle de la personne de confiance (PC). Les patients sont informés oralement de leur droit de la désigner⁵⁰, dès l'entrée si leur état clinique le permet ou de façon différée, sans qu'aucun formulaire spécifique ne leur soit remis, sauf à G06. La PC désignée est contactée et invitée à se présenter pour signer le formulaire à G06 et G02, contactée et reçue par le psychiatre référent du patient à G05, mais non contactée à G13. Toutefois, l'association de la PC au projet de soin des patients n'est mise en pratique qu'au G05 ; elle était inexistante à G06 et G13 lors de la visite.

⁵⁰ 21 patients de G02, 13 de G05, et 15 de G06 avaient désigné une PC lors de la visite.

RECOMMANDATION 38

La procédure de désignation, de contact, d'information, et d'association de la personne de confiance au projet de soins du patient doit être appliquée de façon équivalente dans tous les pôles.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « *Un triptyque à destination des professionnels a été diffusé en février dernier, présentant les essentiels à savoir sur la personne de confiance. Ce document est venu compléter la procédure « désignation de la personne de confiance et rédaction des directives anticipées » qui était déjà à disposition de tout agent de l'établissement sur l'intranet. Par ailleurs, une plaquette à destination des patients sur ces thématiques est elle aussi disponible sur l'intranet afin que les professionnels puissent la communiquer aux patients.*

G02 : le nouveau plan personnalisé de soins permet de respecter cette recommandation, en incluant le patient et ses proches à la réflexion. Ce document est mis en place depuis avril 2023.

G06 : sur l'UHTP, la recherche de la personne de confiance est réalisée. L'association de celle-ci au PPS n'est pas toujours effective.

G05 : la procédure est appliquée.

G13 : l'amélioration du taux de remplissage de la personne de confiance sur les documents médicaux fait l'objet d'une prime annuelle pour tous les agents du service ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent leur recommandation.

L'association des familles aux projets de soins respecte le choix des patients.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 DES MINEURS SONT HOSPITALISES DANS LES UNITES POUR ADULTES DU FAIT DU MANQUE DE LITS A TEMPS PLEIN EN PEDOPSYCHIATRIE

9.1.1 Les unités d'hospitalisation du pôle 93I02

Le pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent I02 prend en charge les patients des communes d'Aubervilliers, Le Bourget, La Courneuve, Dugny, Drancy et Stains, soit un bassin de population d'environ 300 000 habitants. Il dispose d'une offre de soins ambulatoires diversifiée qui comprend six CMP/CATTP, trois hôpitaux de jour, un institut hospitalier soins études pour adolescents (IHSEA) doté de 36 places dont dix en internat de semaine⁵¹, conçu en partenariat avec l'Education nationale et une unité clinique d'hospitalisation séquentielle pour adolescents (UCA) comprenant sept lits d'hospitalisation de nuit en semaine. L'IHSEA et l'UCA qui accueillent des jeunes de 12 à 21 ans permettent, sans déscolarisation, d'éviter des hospitalisations temps plein ou d'accueillir des patients en consolidation après une telle hospitalisation.

Ces deux unités d'hospitalisation accueillent uniquement des patients en SL.

9.1.2 L'unité Escale pour adolescents et jeunes adultes

L'unité Escale, à compétence départementale, co-sectorielle et rattachée au pôle 93G02, dispose de six lits⁵² en hospitalisation du lundi au vendredi et accueille des patients en SL, âgés de 16 à 21 ans. Seuls quatre des neuf postes d'IDE sont pourvus à la différence des effectifs d'aide-soignant (AS), d'éducateur spécialisé et de médecins, au complet⁵³.

Les délais d'attente pour une admission à l'Escalé sont d'environ un mois. Selon les chiffres produits par l'établissement, en 2021, la DMS était de 8,8 jours pour une file active de 25 patients alors que selon les propos recueillis, elle serait de deux à trois mois.

Les hospitalisations séquentielles et de semaine développées à l'UCA et à l'Escalé⁵⁴ ne répondent pas aux besoins des adolescents dont la clinique nécessite une hospitalisation à temps plein. L'absence de lits à temps plein implique d'hospitaliser des mineurs loin de leur domicile, de leur famille et de leur territoire de vie, dans un autre pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Seine-Saint-Denis, voire à Paris ou même plus loin en Ile-de-France. Les projets de l'établissement ne prévoient pas d'augmenter le nombre de lits d'hospitalisation à temps plein des adolescents⁵⁵ alors que les besoins sont croissants, comme constaté pour le site de Neuilly sur Marne de l'EPSVE⁵⁶.

⁵¹ Il dispose également d'un suivi ambulatoire de 26 places.

⁵² Les deux lits supplémentaires ne peuvent pas être déployés car les locaux sont trop petits.

⁵³ Trois AS et trois éducateurs spécialisés. Les effectifs médicaux comprennent 2,8 ETP tous pourvus : 1 ETP de PH, 0,8 ETP d'assistant, 0,2 ETP de généraliste et 0,8 ETP d'interne.

⁵⁴ Le projet initial de l'Escalé prévoyait l'hospitalisation à temps plein pour répondre à des situations aiguës que des contraintes d'effectifs n'ont pas permis de maintenir, malgré le souhait de l'équipe médicale et soignante.

⁵⁵ Cf. rapport de visite du CGLPL relatif au site de Neuilly-sur-Marne de l'EPSVE au mois d'octobre 2022, chapitre 2 § 1.3.

⁵⁶ Cf. chapitre 9 § 2 du même rapport.

RECOMMANDATION 39

Le nombre de lits permettant l'hospitalisation à temps plein des mineurs dans le département de la Seine-Saint-Denis doit être augmenté.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « *L'établissement a un projet d'unité grands adolescents jeunes adultes dont le dimensionnement pourrait être de 12 lits, avec création d'une filière globale comportant HJ et extension des plages d'accueil au CMP ados de Neuilly-sur-Marne. Cette unité concourra à étoffer l'offre à destination du public jeune et à réduire l'hospitalisation inadéquate en unité pour adultes* ».

9.1.3 La présence de mineurs dans les unités pour adultes

En 2022, quatorze patients mineurs, dont trois en SDRE, ont été hospitalisés dans les UHTP de psychiatrie générale à Aubervilliers⁵⁷. Le plus jeune était âgé de 15 ans. Aucun n'a été hospitalisé en unité adultes sur ordonnance judiciaire de placement provisoire.

La situation s'est donc nettement dégradée par rapport à 2021 qui a vu l'hospitalisation de cinq patients mineurs en unité adultes, dont un en SDRE.

En principe, les patients adolescents sont hébergés dans des chambres individuelles à proximité des postes de soins et la surveillance est renforcée notamment la nuit. Toutefois, faute de place, le patient mineur, âgé de 17 ans et 7 mois, hospitalisé dans l'unité G06 au moment du contrôle, partage avec un adulte une chambre double à proximité du poste de soins, ce qui est intolérable. Les patients mineurs ne bénéficient pas d'activités adaptées à leur âge ni de la poursuite de leur scolarité et sont globalement astreints au même rythme de vie que les patients adultes⁵⁸.

RECOMMANDATION 40

Aucun patient mineur ne doit être hospitalisé dans une unité de psychiatrie destinée aux adultes.

Dans ses observations du 28 avril 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que : « *Si la recommandation du CGLPL est partagée par les acteurs de la psychiatrie, le manque de place dans des structures spécifiques adaptées aux mineurs en psychiatrie fait que cette recommandation ne pourra malheureusement pas être mise en œuvre à court terme.*

Cependant un protocole spécifique à l'accueil des mineurs en secteur adulte va être mis en place au sein de l'établissement. Par ailleurs, plusieurs dispositions sont prises par l'établissement :

- Transformation du CAC en unité 16-25 ans ;
- Augmentation du nombre de places de l'Escale (unité Ado 93G02).

Enfin, cette recommandation suscite une modification du code la santé publique puisque l'article R. 3221-1 dispose que « les secteurs psychiatriques prévus à l'article L. 3221-4 sont appelés : 1° Secteurs de psychiatrie générale lorsqu'ils répondent principalement aux besoins de santé mentale d'une population âgée de plus de seize ans ».

⁵⁷ Trois au 93G02, deux au 93G05, six au G06 et trois au 93G13.

⁵⁸ Les mineurs hospitalisés dans l'unité G02 peuvent être accueillis en journée à l'Escale dont les locaux sont voisins.