



Rapport de visite :

3 au 14 octobre 2022 - 2^{ème} visite

Etablissement public de santé

Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne

(Seine-Saint-Denis)



SYNTHESE

Une équipe du CGLPL, constituée de huit contrôleurs, a effectué une deuxième visite du site historique de Neuilly-sur-Marne de l'établissement public de santé séquano-dionysien de Ville-Evrard (EPSVE), de ses antennes d'urgences psychiatriques au sein des services des urgences des centres hospitaliers Avicenne à Bobigny et Delafontaine à Saint-Denis, et de l'unité pour adolescents de Montreuil, du 3 au 14 octobre 2022. La première visite, ancienne, date du mois de décembre 2011. Un rapport provisoire a été adressé par courrier le 16 mars 2023 à la cheffe de l'établissement, au préfet de la Seine-Saint-Denis, à l'agence régionale de santé Ile-de-France, au président et au procureur de la République du TJ de Bobigny pour une période contradictoire de quatre semaines. Le président du TJ et la cheffe d'établissement ont fait valoir des observations par courrier, les 17 et 19 avril respectivement, qui ont été prises en compte et intégrées, dans une police de couleur distincte.

Le site historique est accessible en voiture, ou en bus depuis la gare de RER A de Neuilly-Plaisance, par un trajet d'une durée de 16 min. Ses bâtiments, ouverts en 1868 et inaugurés en 1875, présentent une architecture pavillonnaire et sont situés dans un vaste parc arboré, de part et d'autre d'un axe central. L'EPSVE comprend par ailleurs les trois sites relocalisés d'Aubervilliers, Bondy et Saint-Denis, qui font l'objet de visites et de rapports distincts. Il est doté d'une capacité totale de 423 lits, destinés à la prise en charge de l'ensemble des pathologies psychiatriques de personnes réparties dans trente-trois des quarante communes du département, soit 75 % de la population séquano-dionysienne, excepté celles des trois secteurs rattachés au centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger d'Aulnay-sous-Bois. La population desservie par l'établissement se distingue notamment par sa diversité, sa densité et sa pauvreté monétaire.

Le projet de restructuration complète du site historique de Neuilly-sur-Marne de l'EPSVE, prévu entre 2023 et 2030, comprend une amélioration de la qualité de l'hébergement et de l'accès aux soins, mais pourrait répondre insuffisamment aux enjeux, en l'absence, d'une part, d'un recrutement adéquat pour le fonctionnement des unités de soins et, d'autre part, du développement d'une prise en charge spécifique des patients hospitalisés au long cours et de solutions d'aval efficaces pour favoriser leur sortie.

Dans l'attente de la réalisation de ce projet, les constats du CGLPL démontrent que demeurent des atteintes spécifiques aux droits fondamentaux des patients hospitalisés en soins sans consentement sur le site historique, dans un contexte de tension capacitaire continue.

L'insuffisance de la dotation populationnelle en lits et les difficultés de recrutement du personnel médical comme paramédical ne permettent pas à l'établissement l'exercice serein de ses missions et un accès adapté des patients aux soins, et ce malgré une utilisation du budget qui les priorise. L'indignité des conditions de leur attente dans les services départementaux d'accueil des urgences est inacceptable. La prise en compte de l'adéquation des ressources nécessaires à la réalité des patients hospitalisés au long cours, et la création de partenariats efficaces avec les structures d'aval impliquées dans le processus de leur sortie, restent également un enjeu. Enfin, l'hospitalisation de mineurs dans les unités pour adultes, sans spécificité de prise en charge, requiert des solutions organisationnelles pour y mettre un terme.

Les patients subissent des conditions d'hébergement inappropriées dans des locaux vétustes, dégradés et insuffisamment entretenus. La limitation de leur liberté d'aller et venir dans des unités toutes fermées sauf une est marquée, malgré des restrictions mesurées et individualisées dans la vie quotidienne. Les patients concernés ont insuffisamment accès aux prises en charge

pertinentes relatives à leur réhabilitation psychosociale. Le processus d'alliance thérapeutique et la prévention de la ré-hospitalisation en soins sans consentement nécessitent le développement de l'utilisation des directives anticipées et la généralisation de l'implication des médiateurs de santé pairs. La désignation de la personne de confiance n'est que très peu suivie de son association au projet de soin.

L'évolution des pratiques d'isolement et de contention, et leur traçabilité, sont insuffisamment inscrites dans le cadre de l'évolution des dispositions législatives, au motif notamment du défaut d'une formation adaptée, régulièrement dispensée et destinée à l'ensemble du personnel soignant¹.

L'existence de chambres d'isolement nombreuses et indignes et l'absence de salons d'apaisement reflètent la mise en œuvre d'une politique faible d'alternatives à ces pratiques².

Le défaut d'un professionnel responsable du département d'information médicale requiert un recrutement urgent, s'agissant notamment d'un recueil pertinent et statistiquement exploitable des données concernant l'activité liée aux soins sans consentement et aux pratiques d'isolement et de contention.

L'information des patients est lacunaire, s'agissant des modalités d'hospitalisation en soins sans consentement et de leurs voies de recours, recours notamment impossible auprès de la commission départementale des soins psychiatriques, inexistante. Le renseignement du registre de la loi ne respecte pas les dispositions légales.

Toutefois, la qualité du dialogue entre l'administration et les soignants, également impliqués dans leurs missions respectives, favorise avec pertinence la qualité des soins psychiatriques dispensés, malgré des contraintes permanentes d'effectifs et de disponibilité des lits. Le pôle de soins somatiques assure une réponse adaptée aux besoins et le comité « SIDA sexualité prévention » garantit une prise en compte de la santé sexuelle rarement observée.

Le CGLPL encourage l'ensemble des équipes soignantes à poursuivre leurs indéniables efforts mis en œuvre pour soutenir cette qualité des soins, ainsi que l'établissement dans l'adaptation de son projet de restructuration, vers une logique d'amélioration des parcours de soins, individualisés et respectueux des droits fondamentaux des patients.

¹ La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « La formation isolement contention à destination des soignants et médecins a bien intégré les évolutions de la législation, il existe bien une formation adaptée et dispensée régulièrement. Des formations ont été mises en œuvre en supplément lors de la mise en place de la réforme 2022. Ces formations à destination des médecins, mais aussi des soignants et des secrétaires médicaux revêtaient trois aspects : juridique, pratique et informatique. Des formations actions à destination des médecins vont être renouvelées en 2023. Le groupe d'Evaluation des Pratiques Professionnelles « isolement contention », issu de l'Observatoire Consentement et Contrainte, mène une réflexion afin que cette formation soit accessible à un plus grand nombre de professionnels qui ont parfois des difficultés à quitter leur service durant deux jours : délocalisation de la formation, journée spécifique au sein d'une unité, etc. Enfin, cette formation va devenir obligatoire dans le plan de formation 2023 ».

² La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « L'établissement mène actuellement une réflexion sur l'ouverture d'espaces d'apaisement dans les services. Une expérimentation est en cours au Pôle 93G02 (mobilier 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 ».

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

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

BONNE PRATIQUE 1 22

Le recrutement d'une conseillère médicale pour assister les médecins dans la rédaction de projets facilite leur prise en considération par l'ARS et le financement de nouvelles formes d'offre de soins au bénéfice des patients.

BONNE PRATIQUE 2 35

Le bureau de la permanence et de l'organisation des soins établit la situation de tension capacitaire de l'établissement, quotidiennement et en temps réel, et contribue avec pertinence à répondre à l'indignité de l'attente prolongée des patients dans les services d'urgences du département.

BONNE PRATIQUE 3 59

Le comité « SIDA Sexualité Prévention », organisé à l'échelle de l'établissement et articulé avec l'activité des soignants par le biais de référents dans chaque pôle, favorise la prise en compte de la santé sexuelle des patients.

BONNE PRATIQUE 4 89

La plateforme intersectorielle, composée du centre CAIRE 93 et de l'unité UNIRRE, qui propose des prises en charge très diversifiées associant des ateliers cognitifs, de psycho-éducation, de bien-être, de création, et des activités sportives, contribue de façon très pertinente au processus de réhabilitation psychosociale des patients.

BONNE PRATIQUE 5 90

Le développement du dépistage de l'hépatite virale C, de la réalisation de l'examen fibroscan, et de l'accès à son traitement, dans le cadre d'un parcours simplifié dans l'établissement, permet la prise en charge précoce des patients de psychiatrie contaminés.

BONNE PRATIQUE 6 93

Le pôle G10 développe une politique de partenariat en direction d'associations et de bailleurs sociaux, et propose un accompagnement spécifique, afin de stabiliser les plus démunis dans un logement adapté à leurs besoins et de limiter la chronicité de leur hospitalisation.

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 14

La dotation populationnelle en lits de psychiatrie doit permettre à l'établissement de répondre sereinement à ses missions, dans le respect de la dignité et des droits fondamentaux des patients qu'il doit accueillir et dont il a la responsabilité des soins.

RECOMMANDATION 2 15

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement, signé avec l'ARS, doit comporter des indicateurs spécifiques des droits fondamentaux des personnes hospitalisées en soins sans consentement et des pratiques d'isolement et de contention.

RECOMMANDATION 3 17

Le projet de restructuration doit tenir compte de l'évolution démographique territoriale, afin de définir une répartition des lits qui permette de respecter une logique de soins dans l'accueil des patients hospitalisés en évitant leur hospitalisation dans des services ne correspondant pas à leur secteur ou pôle de domiciliation.

RECOMMANDATION 4 25

Les médecins différemment formés dans des facultés françaises, européennes ou extra européennes à l'exercice de la psychiatrie doivent bénéficier d'un accompagnement et de formations de nature à garantir un accès des patients à des soins d'une qualité équivalente dans tous les pôles.

RECOMMANDATION 5 27

Toutes les unités doivent disposer de postes de psychomotriciens et d'ergothérapeutes. Le nombre de psychologues doit être augmenté pour correspondre aux besoins des patients.

RECOMMANDATION 6 30

La procédure de signalement des événements indésirables doit être simplifiée et leur traitement doit apporter une réponse systématique au déclarant. Les analyses des comités de retour d'expérience et les plans d'actions consécutifs doivent faire l'objet de développements étayés.

RECOMMANDATION 7 31

Un patient victime d'une agression sexuelle ne doit pas demeurer hospitalisé dans la même unité que son agresseur.

RECOMMANDATION 8 34

Des mesures doivent être prises sans délai pour mettre un terme aux conditions indignes de l'attente des patients dans les services d'urgence, notamment ceux faisant l'objet d'une indication de prise en charge en soins psychiatriques sans consentement.

RECOMMANDATION 9 35

La cellule de régulation régionale des lits de psychiatrie mise en œuvre par l'ARS Ile-de-France doit être renforcée et composée d'agents spécifiquement compétents et représentatifs des entités qu'elle représente, et disposer de prérogatives lui permettant de constituer une instance de régulation pertinente.

RECOMMANDATION 10 37

Le plan de solutions mis en œuvre, pour mettre fin à l'indignité de la situation des patients qui attendent dans les services d'urgence départementaux, doit permettre une ouverture du CRUP, situé à l'hôpital de Saint-Denis, avec un effectif complet et anticiper les modalités de soins des patients qui ne seront plus reçus dans les centres d'accueil et de crise reconvertis. Il doit également considérer le nombre de lits utiles pour l'accueil dans les unités de psychiatrie aiguë et de psychiatrie des patients résistants, et prendre en compte le taux de représentation aux urgences et de ré-hospitalisation en raison d'une sortie trop précoce.

RECOMMANDATION 11 40

L'établissement doit mettre en œuvre une modalité de recueil fiable et exploitable des données de son activité concernant les soins sans consentement, et conduire urgemment une réflexion pour analyser la proportion très élevée des mesures dérogatoires de SDT « péril imminent » et « en urgence », responsable d'une atteinte aux droits fondamentaux des patients.

RECOMMANDATION 12 42

Chaque patient doit recevoir un livret d'accueil et un règlement de fonctionnement contenant des informations actualisées relatives à sa prise en charge et aux règles de vie de l'unité qui l'accueille.

RECOMMANDATION 13 43

L'ensemble des pièces administratives et médicales relatives aux soins sans consentement doit être remis au patient tout au long de son hospitalisation. La notification des décisions ne doit pas se limiter à l'évocation des voies de recours mais doit permettre au patient de connaître l'étendue des droits reconnus à toute personne placée en soins sans consentement. Cette information doit être communiquée sur un support pouvant être conservé. Le médecin doit recueillir formellement les observations du patient, lors de la décision d'admission en soins sans consentement, comme lors de toute modification concernant sa prise en charge.

RECOMMANDATION 14 47

Les locaux et leur maintenance doivent garantir la dignité des conditions d'hébergement, les travaux de remise à niveau ciblées sollicités par les unités doivent être réalisés, et l'équipement en accessoires des salles d'eau doit être partout présent. La situation indigne de privation d'eau chaude sanitaire et de dysfonctionnement du système de chauffage dans les unités doit ainsi cesser sans attendre l'échéance des travaux de reconstruction.

RECOMMANDATION 15 48

Les patients doivent bénéficier d'un accès permanent à des WC et des sanitaires qui garantissent le respect de leur intimité. Les services d'un coiffeur doivent être accessibles, notamment pour les patients qui n'ont pas la possibilité de sortir.

RECOMMANDATION 16 49

Les patients doivent partout bénéficier de draps propres dont le changement est effectué à fréquence adaptée et en cas de nécessité, de couvertures dont l'état leur permet de se réchauffer, et d'un stock de vêtements de secours qui réponde à leurs besoins.

RECOMMANDATION 17 50

Les patients doivent bénéficier de la réalisation d'un inventaire contradictoire contresigné de leurs effets à l'admission, et de la remise de sa copie, dans toutes les unités.

RECOMMANDATION 18 51

Les patients protégés ne disposant pas de possibilités de sorties ou de proches disponibles doivent pouvoir accéder sans frais à un retrait d'argent et à l'acquisition de tabac et des produits d'usage courant.

RECOMMANDATION 19 53

Les modalités de circulation doivent notamment garantir l'accès de tous les patients aux salles d'activités. Aucune sortie de l'unité d'un patient en soins libres ne doit être conditionnée à l'obtention d'une permission.

RECOMMANDATION 20 55

Les services de la sécurité et de la sécurité incendie doivent être informés en temps réel du nombre et de la localisation des personnes isolées ou contenues.

RECOMMANDATION 21 56

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.

RECOMMANDATION 22 57

Avant chaque scrutin, la direction de l'établissement et les soignants doivent procéder à l'information des patients relative au droit de vote et à ses modalités, de sorte à faciliter son exercice, en anticipant

notamment l'inscription sur les listes électorales et les demandes de vote par procuration. Des permissions de sortie et des accompagnements doivent être mis en œuvre pour permettre le vote direct.

RECOMMANDATION 23 60

Les personnes privées de liberté conservent, au titre de leur droit à la vie privée, leur liberté sexuelle, qui doit pouvoir s'exercer dans des lieux respectant la dignité, qu'il s'agisse d'espaces d'hébergement personnel ou d'accueil des proches.

RECOMMANDATION 24 61

La chambre d'isolement doit être strictement distincte de la chambre hôtelière et cette dernière doit être conservée lors de la période d'isolement du patient.

RECOMMANDATION 25 63

Les chambres d'isolement doivent respecter la dignité, l'intimité et la sécurité des patients, disposer d'un accès permanent à des WC et à un point d'eau, de systèmes de chauffage et de ventilation efficaces, et d'un dispositif d'appel fonctionnel, sans attendre la réalisation du projet de restructuration.

RECOMMANDATION 26 64

La traçabilité des décisions d'isolement et de contention doit respecter les dispositions légales et permettre une utilisation statistique pertinente.

RECOMMANDATION 27 65

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

RECOMMANDATION 28 66

Tout isolement d'un patient hospitalisé en soins libres, quoique contraire aux dispositions légales, doit faire l'objet d'une information puis d'une saisine du juge des libertés et de la détention.

RECOMMANDATION 29 66

L'indignité de la prise en charge des deux patients isolés au très long cours dans l'unité Peupliers doit cesser. La mise en œuvre de leur isolement, évoluant respectivement depuis 18 et 21 ans, doit respecter les dispositions légales.

RECOMMANDATION 30 69

Le personnel doit recevoir une formation rigoureuse relative aux pratiques d'isolement et de contention, à leurs alternatives et aux évolutions de leur cadre légal.

RECOMMANDATION 31 70

Le rapport annuel concernant l'isolement et la contention doit exposer 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 32 73

La prise en charge des patients au service des urgences doit être limitée au temps strictement nécessaire à l'évaluation de leur situation médicale et d'un suivi en soins sans consentement. Lors d'une hospitalisation complète, la mise en œuvre de cette mesure doit intervenir dans les plus brefs délais suivant le certificat médical indiquant la nécessité de cette prise en charge. La décision d'admission peut être différée du moment de l'arrivée du patient dans l'établissement, uniquement le temps nécessaire à l'élaboration de l'acte, soit quelques heures.

RECOMMANDATION 33 73

L'agence régionale de santé Ile-de-France doit remettre en œuvre la commission départementale des soins psychiatriques dans le département de Seine-Saint-Denis, afin de garantir le droit de réclamation des patients admis en soins psychiatriques et d'assurer l'examen de leur situation au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.

RECOMMANDATION 34 76

Conformément aux dispositions l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, doivent être transcrits ou reproduits dans le registre de la loi, dans les 24 heures, outre les éléments d'identité du patient et du tiers et toutes les décisions concernant la mesure, les dates de notification des décisions d'une part, des droits et voies de recours et garanties d'autre part.

Les décisions d'admissions du directeur, comme les arrêtés du préfet, doivent mentionner l'heure d'admission effective du patient afin de garantir le respect des délais impartis par la loi, et doivent être prises et notifiées sans délai.

RECOMMANDATION 35 79

Les coordonnées téléphonique et électronique des tiers demandeurs à la mesure doivent être notées dans la saisine du JLD afin de permettre une convocation rapide pour l'audience.

Sauf circonstance particulière nécessitant un temps de délibéré, le juge doit informer le patient de sa décision et libérer ainsi les soignants d'une tâche élognée de leur cœur de métier.

RECOMMANDATION 36 85

Les patients, que leur pathologie résistante aux soins dispensés rend dépendants de l'institution, 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.

RECOMMANDATION 37 86

Les patients doivent bénéficier dans toutes les unités de réunions soignés-soignants, qui favorisent leur expression collective concernant les règles de vie et les activités proposées.

RECOMMANDATION 38 88

Tous les patients, en fonction de leur état clinique, doivent bénéficier d'un accès équivalent à des activités thérapeutiques régulières et diversifiées.

RECOMMANDATION 39 89

La cafétéria doit bénéficier d'une rénovation qui la rende conviviale et accueillir les patients tous les jours.

RECOMMANDATION 40 91

La demande d'une permission de sortie de courte durée pour un patient en soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat ne doit pas être refusée au motif de sa précocité ni systématiquement être conditionnée à un deuxième avis médical ou un accompagnement.

RECOMMANDATION 41 91

Conformément à l'article L. 3212-7 du code de la santé publique, le collège des professionnels de santé doit procéder, pour tous les patients en soins sans consentement depuis plus d'un an, et ce quelle que soit la forme de prise en charge, après rencontre du patient et recueil de ses observations, à une évaluation médicale approfondie de son état de sorte à donner un avis sur la suite à donner à sa prise en charge.

RECOMMANDATION 42 92

Les patients hospitalisés en soins sans consentement ne doivent pas subir de privation de liberté non justifiée par leur état de santé mentale, au motif d'une insuffisance de communication et de

partenariat efficients de l'établissement avec la préfecture, les bailleurs sociaux et les structures d'hébergement sociales et médico-sociales.

RECOMMANDATION 43 93

Les soignants doivent recevoir une formation concernant l'existence et le rôle de la personne de confiance, dont la désignation doit être proposée aux patients à l'admission. Cette personne doit être informée de sa désignation, l'accepter et être associée au projet de soins.

RECOMMANDATION 44 94

Chaque patient doit se voir proposer 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 45 96

Les portes des chambres de l'unité Ados 93 doivent être pleines et équipées d'un verrou de confort, et les placards doivent pouvoir être fermés à clé par les patients, afin de garantir leur intimité et la préservation de leurs effets personnels.

RECOMMANDATION 46 97

La mise en œuvre de prescriptions « si besoin », sans le consentement du patient, doit être prohibée. L'administration d'un traitement refusé par le patient impose la recherche *in situ* du consentement par le médecin prescripteur et la traçabilité sur le dossier des motifs cliniques amenant l'usage de la force pour cette administration.

RECOMMANDATION 47 98

Le port du pyjama et des chaussons institutionnels, qui porte atteinte à la dignité des patients, ne doit pas être utilisé pour des motifs de sécurité mais sur consigne médicale et de façon individualisée.

RECOMMANDATION 48 99

L'interdiction du téléphone portable aux mineurs, qui constitue une restriction à l'exercice de la liberté individuelle, ne doit être mise en œuvre que de façon individualisée, nécessaire et proportionnée, et la confidentialité des échanges téléphoniques doit être assurée.

RECOMMANDATION 49 100

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

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
RAPPORT	12
1. CONDITIONS DE LA VISITE	12
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	14
2.1 Le site historique de Neuilly-sur-Marne fait l'objet d'un projet de restructuration complète prévu pendant la période 2023-2030.....	14
2.2 L'utilisation du budget priorise l'attractivité de l'établissement et l'amélioration du quotidien des patients et des équipes	22
2.3 Les difficultés de recrutement impactent la prise en charge des patients et les conditions de travail	24
2.4 Le traitement des événements indésirables est organisé mais l'appropriation de la démarche n'est pas consolidée	28
2.5 Le comité d'éthique est connu mais peu sollicité par les unités de soins.....	32
3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	33
3.1 De nombreux patients attendent quotidiennement dans les services d'urgence, durant plusieurs jours et dans des conditions indignes, leur transfert vers l'EPSVE	33
3.2 Les modalités de recueil des données ne permettent pas d'illustrer avec fiabilité l'activité très élevée des soins dispensés sans consentement.....	38
3.3 L'information essentiellement orale et les écrits remis ne permettent pas au patient de connaître l'étendue de ses droits	41
4. LES CONDITIONS DE VIE.....	45
4.1 Les locaux sont vétustes et les conditions d'hébergement parfois indignes	45
4.2 L'hygiène est globalement assurée dans les limites que permet la vétusté des installations.....	48
4.3 La réalisation d'un inventaire n'est pas systématique et l'accès de certains patients aux espèces numéraires et aux articles d'usage courant est onéreux .	50
4.4 La restauration s'inscrit dans la démarche de qualité des soins.....	51
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	53
5.1 La liberté d'aller et venir n'est pas garantie, excepté dans l'unité Provence	53
5.2 Les restrictions dans la vie quotidienne sont modérées et individualisées	55
5.3 Trois unités ne disposent d'aucun salon d'accueil familial	55
5.4 Le droit de vote, peu exercé, fait l'objet d'une information lacunaire des patients	57
5.5 L'accès aux différents cultes est pleinement garanti	57
5.6 L'existence du comité « SIDA Sexualité Prévention » favorise la prise en compte de la santé sexuelle des patients.....	58

6. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	61
6.1 Les chambres d'isolement sont nombreuses et indignes	61
6.2 Les pratiques d'isolement restent considérées comme un soin et leur traçabilité comporte des irrégularités	63
6.3 Le registre est inexploitable et la politique de moindre recours à l'isolement très insuffisante	68
7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	71
7.1 La procédure d'admission administrative présente de nombreuses irrégularités	71
7.2 La commission départementale des soins psychiatriques est inexistante tandis que la commission des usagers joue un rôle actif.....	73
7.3 Le registre de la loi n'est pas tenu conformément aux prescriptions légales.....	74
7.4 Le contrôle par le JLD est effectif et porte tant sur la régularité de la procédure que sur l'adhésion aux soins.....	77
8. LES SOINS.....	84
8.1 Les patients bénéficient de soins psychiatriques de qualité mais leur accès aux activités thérapeutiques dans les différents pôles n'est pas équivalent	84
8.2 L'organisation des soins somatiques répond aux besoins	90
8.3 L'insuffisance de solutions d'aval prolonge inutilement le temps d'hospitalisation	91
8.4 Les outils contribuant à la recherche du consentement et de l'alliance thérapeutique sont insuffisamment mis en œuvre.....	93
9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	96
9.1 Certaines restrictions aux libertés sont systématiques lors des prises en charge des patients adolescents dans une unité pourtant ouverte	96
9.2 Des mineurs sont hospitalisés dans les unités pour adultes.....	99

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Julien Starkman, chef de mission ;
- Annie Cadenel ;
- Jean-François Carrillo ;
- Cécile Dangles ;
- Jean-Christophe Hanché ;
- Bertrand Lory ;
- Bénédicte Piana ;
- Isabelle Servé.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, huit contrôleurs ont effectué, du 3 au 14 octobre 2022, une visite de l'établissement public de santé Ville-Evrard (EPSVE), département de Seine-Saint-Denis, de ses antennes d'urgences psychiatriques, au sein des services des urgences des centres hospitaliers Avicenne à Bobigny et Delafontaine à Saint-Denis, et de l'unité pour adolescents de Montreuil. Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 3 octobre à 10h. Ils l'ont quitté le 14 octobre à 11h30. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction, au préfet de Seine-Saint-Denis et à 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 le directeur de l'établissement par intérim, le président et la vice-présidente de la commission médicale d'établissement (CME) et la directrice de la qualité, pour une réunion de présentation en présence de soixante-deux agents administratifs, médicaux et soignants.

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

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site.

Par ailleurs, les contrôleurs 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 et trois entretiens ont été réalisés.

Une réunion de restitution présentielle et distancielle a eu lieu le 14 octobre, avec la participation de quatre-vingt-douze agents administratifs, médicaux et soignants.

Un rapport provisoire a été adressé par courrier le 16 mars 2023 à la cheffe de l'établissement, au préfet de la Seine-Saint-Denis, à l'agence régionale de santé Ile-de-France, au président et au procureur de la République du TJ de Bobigny pour une période contradictoire de quatre semaines. Le président du TJ et la cheffe d'établissement ont fait valoir des observations par courrier, les 17

et 19 avril respectivement, qui ont été prises en compte et intégrées, dans une police de couleur distincte.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LE SITE HISTORIQUE DE NEUILLY-SUR-MARNE FAIT L'OBJET D'UN PROJET DE RESTRUCTURATION COMPLETE PREVU PENDANT LA PERIODE 2023-2030

2.1.1 La place de l'établissement dans la prise en charge départementale

L'EPSVE comprend le site historique de Neuilly-sur-Marne et les quatre sites relocalisés d'Aubervilliers, de Bondy, de Saint-Denis et de Montreuil. Le site historique est accessible en voiture, ou en bus (ligne 113) depuis la gare de RER A de Neuilly-Plaisance, par un trajet d'une durée de 16 min. Ses bâtiments, ouverts en 1868 et inaugurés en 1875, sont d'une architecture pavillonnaire, situés dans un vaste parc arboré, de part et d'autre d'un axe central.

L'EPSVE dispose de 417 lits et constitue le deuxième hôpital psychiatrique le plus important par sa file active³, en hausse de 5,7 % entre 2020 et 2021. L'EPSVE prend en charge l'ensemble des pathologies psychiatriques, à tous les âges de la vie. Son offre de soins concerne 1,2 millions de personnes réparties dans trente-trois des quarante communes du département, soit 75 % de la population séquano-dionysienne, excepté celle des trois secteurs du Nord-Est du département, rattachés au CHIRB⁴ d'Aulnay-sous-Bois. La population desservie par l'établissement s'est accrue de 1,2 % en 2021 (par rapport à 2020), soit une augmentation de 14 966 habitants, dont 1740 enfants et adolescents. 27,9 % de ses habitants vivent sous le seuil de pauvreté monétaire.

La dotation populationnelle en lits de psychiatrie dans le département, de 3,7 lits pour 10 000 habitants, contre 7 à Paris⁵, ne permet pas à l'établissement de répondre sereinement à ses missions dans le respect des droits fondamentaux des patients dont il a la responsabilité des soins. L'EPSVE est ainsi confronté à une tension capacitaire continue. Cinq à trente patients attendent quotidiennement dans les services d'urgence leur transfert vers l'établissement, pour des soins libres (SL), comme sans consentement (SSC), dans des conditions indignes (cf. 3.1).

RECOMMANDATION 1

La dotation populationnelle en lits de psychiatrie doit permettre à l'établissement de répondre sereinement à ses missions, dans le respect de la dignité et des droits fondamentaux des patients qu'il doit accueillir et dont il a la responsabilité des soins.

³ L'établissement dessert une population de 985 241 adultes dans 33 communes (12 988 patients suivis, dont 2 950 en hospitalisation à temps plein et 10 038 en ambulatoire, soit 86,5 %) et 258 450 enfants et adolescents dans 27 communes (6 949 patients suivis, dont 95 hospitalisés à plein temps et 6854 en ambulatoire, soit 98,6 %).

⁴ CHIRB : centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger.

⁵ Données fournies par l'établissement.

L'établissement comporte quinze secteurs⁶ de psychiatrie de l'adulte, trois secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent⁷, un pôle de soins somatiques⁸ et une maison d'accueil spécialisée (MAS) de trente places.

L'EPSVE est l'ultime établissement à disposer d'une dérogation à l'obligation d'intégration d'un groupement hospitalier de territoire (GHT), formalisée par les dispositions de la loi relative à la modernisation du système de santé du mois de janvier 2016.

Son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2018-2023 (CPOM), signé avec l'ARS, ne comporte aucun indicateur spécifique des droits fondamentaux des personnes hospitalisées en soins sans consentement (SSC) ni des pratiques d'isolement et de contention.

RECOMMANDATION 2

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement, signé avec l'ARS, doit comporter des indicateurs spécifiques des droits fondamentaux des personnes hospitalisées en soins sans consentement et des pratiques d'isolement et de contention.

2.1.2 L'organisation interne de l'établissement

L'offre de soins compte, lors de la visite, quatre-vingt-dix sites et comprend :

- quatre antennes d'urgences psychiatriques, au sein des services des urgences des CH Delafontaine de Saint-Denis, Avicenne de Bobigny, et Montfermeil ;
- cinq sites d'hospitalisation à temps plein :
 - Neuilly-sur-Marne :
 - o 6 unités d'hospitalisation à temps plein (UHTP), rattachées aux secteurs G09 (Tournesols, 20 lits), G10 (Tamaris, 23 lits), G12 (Morvan, 23 lits), G15 (Champagne, 26 lits), G16 (Provence, 20 lits), G18 (Dauphiné, 22 lits) ;
 - o 3 UHTP intersectorielles pour les patients résistants dépendant de l'institution (PRDI), rattachées aux secteurs G01-02, G03 et G04 (Trèfles, 12 lits), G09 (Peupliers, 15 lits), G12 (Alize, 10 lits) ;
 - o 1 UHTP de psychiatrie infanto-juvénile (La Nacelle, 11 lits) ;
 - o 1 centre d'accueil et de crise (CAC), rattaché au secteur G09 (Cèdres, 7 lits) ;
 - o 1 pôle de soins somatiques (Cristales) ;
 - Aubervilliers :
 - o 4 UHTP, rattachées aux secteurs G02 (21 lits), G05 (19 lits), G06 (25 lits), G13 (25 lits) ;

⁶ Les quinze secteurs de psychiatrie adulte desservent en moyenne 65 683 habitants, et varient de 55 111 (secteur G15) à 84 275 habitants (secteur G13).

⁷ Les trois secteurs de pédopsychiatrie desservent en moyenne 86 150 habitants, 69 828 pour le I02 (6 communes), 88 466 pour le I03 (8 communes), et 100 156 pour le I05 (13 communes).

⁸ Le pôle de soins somatiques associe le service de médecine polyvalente, de spécialités, de santé publique et de prévention ; l'ethnopsychiatrie ; le département d'information médicale ; la pharmacie à usage intérieur ; la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) ; le comité SIDA-sexualité-prévention (CSSP).

- 1 UHTP pour les adolescents, à ressort départemental, rattachée au secteur G02 (Escale, 6 lits), et 1 UHTP intersectorielle de soins pour enfants et adolescents, rattachée au secteur I02 (10 lits) ;
- Bondy : 2 UHTP, rattachées aux secteurs G11 (21 lits) et G14 (19 lits) ;
- Saint-Denis : 3 UHTP, rattachées aux secteurs G01 (18 lits), G03 (22 lits), G04 (18 lits) ;
- Montreuil : 1 UHTP pour adolescents, située sur l'emprise du CH intercommunal André Grégoire ;
- des structures de consultations : des centres médicopsychologiques (20 CMP pour adultes et 21 pour enfants et adolescents), un CAC, et des antennes de psychiatrie d'urgence et de liaison dans les hôpitaux généraux⁹ ;
- des structures alternatives à l'hospitalisation : des hôpitaux de jour (HDJ), des centres d'accueil thérapeutiques à temps partiels (17 CATTP pour adulte et 18 pour enfant et adolescent), et des équipes mobiles (psychiatrie précarité, gérontopsychiatrie) ;
- des antennes de consultations spécialisées spécifiques des adolescents, de l'autisme, de la périnatalité, de l'addictologie, de la thérapie familiale, des troubles du comportement alimentaire, de la réhabilitation psychosociale, de la bipolarité (centre expert rattaché au réseau « FondaMental¹⁰ »), et du handicap ;
- un centre ressource pour les intervenants auprès d'auteurs de violence sexuelle (CRIAIVS¹¹) ;
- une unité de recherche clinique (URC), pilotée par une professeure des universités ;
- un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et un de formation des cadres de santé (IFCS).

L'organisation sectorielle permet la prise en charge des patients adultes (G), enfants et adolescents (I) selon leur commune de domicile :

- G01 : Saint-Denis à l'exception du quartier de la Plaine-Commune et de Carrefour Pleyel ;
- G02 : Ile-Saint-Denis, quartier Plaine-Commune de Saint-Denis, Saint-Ouen ;
- G03 : Epinay-sur-Seine, Pierrefitte, Villetaneuse ;
- G04 : Dugny, La Courneuve, Stains ;
- G05 : Drancy, Le Bourget ;
- G06 : Aubervilliers ;
- G09 : Neuilly-Plaisance, Rosny-Sous-Bois, Villemomble ;
- G10 : Montreuil (canton Est-Ouest) ;
- G11 : Montreuil (canton Nord), Noisy-le-Sec, Romainville ;

⁹ Les sites de psychiatrie d'urgences et de liaison sont situés dans les centres hospitaliers Delafontaine à Saint-Denis, Avicenne à Bobigny, Jean Verdier à Bondy, intercommunal Le-Raincy-Montfermeil à Montfermeil, et intercommunal André Grégoire de Montreuil.

¹⁰ « FondaMental » est une fondation de coopération scientifique créée par décret du 15 juin 2007, dont l'objectif est de promouvoir une prise en charge personnalisée des pathologies psychiatriques sévères, en alliant des soins et une recherche de pointe dans des approches multidisciplinaires, mais aussi des actions de formation scientifique et médicale, et d'information auprès du grand public, ainsi qu'un éclairage de l'action publique.

¹¹ Le CRIAIVS est à destination des Séquanos-Dionysiens, des Seine-et-Marnais, et des Val-d'Oisiens.

- G12 : Bagnolet, Les lilas, Le Pré-Saint-Gervais ;
- G13 : Bobigny, Pantin ;
- G14 : Bondy, Les Pavillons-sous-Bois ;
- G15 : Clichy-sous-Bois, Coubron, Le Raincy, Montfermeil ;
- G16 : Neuilly-sur-Marne, Gagny ;
- G18 : Noisy-le-Grand, Gournay ;
- I02 : Aubervilliers, Le Bourget, La Courneuve, Drancy, Dugny, Stains ;
- I03 : Bagnolet, Bobigny, Les Lilas, Le Pré-Saint-Gervais, Montreuil, Noisy-le-Sec, Pantin, Romainville ;
- I05 : Bondy, Clichy-sous-Bois, Coubron, Gagny, Gournay, Les Pavillons-sous-Bois, Le Raincy, Montfermeil, Neuilly-sur-Marne, Neuilly-Plaisance, Noisy-le-Grand, Rosny-sous-Bois, Villemomble.

L'établissement, qui a fait le choix de conserver son organisation sectorielle, a modifié le vocable « secteur » pour celui de « pôle », sans développer de regroupements qui auraient permis sa réorganisation en véritables pôles de soins. Seuls quelques secteurs, devant la nécessité de répondre à la baisse préoccupante de leur démographie médicale et soignante, ont décidé de mutualiser leurs ressources humaines, en formant des pôles de soins¹².

L'information concernant l'ancienneté de la répartition des lits par secteur n'a pas été communiquée aux contrôleurs, au-delà de sa qualification de « très ancienne ». Toutefois, cette répartition ne correspond plus aux réalités démographiques des secteurs actuels, et l'établissement se trouve dans l'obligation quotidienne d'héberger de nombreux patients dans des lits qui ne correspondent pas à leur secteur d'origine. Le projet d'uniformisation des ressources en lits dans les UHTP restructurées (cf. 2.1.3) prend ainsi le risque de ne pas répondre à cette difficulté d'accueil et de logique de soins.

RECOMMANDATION 3

Le projet de restructuration doit tenir compte de l'évolution démographique territoriale, afin de définir une répartition des lits qui permette de respecter une logique de soins dans l'accueil des patients hospitalisés en évitant leur hospitalisation dans des services ne correspondant pas à leur secteur ou pôle de domiciliation.

2.1.3 Le projet d'établissement et le projet de restructuration

Le projet d'établissement 2018-2022 (PE) est transversal et sa feuille de route a été concertée avec les représentants des usagers qui siègent à la CDU¹³ et les associations (UNAFAM 93, UDAF 93¹⁴). Le PE s'attache à répondre à l'enjeu d'une adéquation pertinente entre les réalités territoriales et

¹² Le pôle G01-G02 est formé, avec une cheffe de pôle et deux chefs de service ; l'élaboration était en cours lors de la visite pour les secteurs G15 et G18.

¹³ CDU : commission des usagers.

¹⁴ UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques ; UDAF : Union départementale des associations familiales.

démographiques, et la mise en œuvre des orientations stratégiques d'une offre de soins adaptée, en développant cinq axes :

- axe 1 : la formation, l'enseignement, la recherche et l'information médicale ;
- axe 2 : l'accès aux soins de proximité et à l'urgence coordonnée, la gradation des soins ;
- axe 3 : la prévention, la coordination de l'accès aux soins somatiques et à la prise en charge globale, l'éducation thérapeutique, le processus médicament ;
- axe 4 : l'articulation et les transitions des soins de l'enfance à l'âge adulte : handicap psychique et mental ; adolescents ;
- axe 5 : la prévention secondaire et tertiaire des pathologies psychiatriques invalidantes et la réhabilitation psychique, sociale et familiale.

Le plan pluriannuel d'investissement (PPI) 2022-2030, réactualisé chaque année, tentera de répondre aux objectifs de la modernisation des conditions d'hébergement des patients, actuellement très vétustes, et d'adaptation de son offre de soins aux besoins de santé sur son territoire, en cohérence avec les objectifs du plan territorial de santé mentale (PTSM) et aux axes du PE. Le PPI 2022-2030, dont le montant total s'élève à 191 308 554 euros, comporte deux volets :

- la reconversion du site historique de Neuilly-sur-Marne, pour un montant de 129 millions d'euros, concernera :
 - o le pôle santé avec l'humanisation des services de soins et des conditions d'hébergement, l'augmentation du nombre de lits à 25 par unité, le regroupement des UHTP des secteurs G09, G10, G12, G15, G16 et G18 dans des locaux au sein desquels les chambres individuelles seront majoritaires ; le déménagement de deux UHTP PRDI (Alizé, Trèfles) dans des pavillons rénovés et le rafraîchissement de la troisième (Peupliers) ;
 - o le pôle accueil médico-technique, avec le regroupement des activités de soins somatiques et la création d'un hôpital de jour somatique ;
 - o le pôle archives-transports, avec la disposition de ces deux services dans des locaux plus adaptés ;
 - o le pôle enseignement-formation (IFSI, IFCS), avec le regroupement de ces activités au sein d'un bâtiment moderne ;
 - o le pôle administration, avec le regroupement des services administratifs ;
 - o le pôle pharmacie, dans des nouveaux locaux, équipés d'un robot DJIN¹⁵ ;
 - o la création de l'USIP¹⁶ 93, de vingt lits et quatre chambres d'isolement (CI) ;
 - o le schéma directeur technique, les équipements et le système d'information.
- les autres opérations d'investissement, pour un montant de 62 millions d'euros, concernent :
 - o l'accessibilité handicap ;
 - o la relocalisation Aubervilliers, réalisée en 2022, avec la rénovation du bâtiment existant et la création d'un nouveau pour l'accueil des secteurs G05 et G13 ;

¹⁵ DJIN : dispensation journalière individuelle et nominative.

¹⁶ USIP : unité de soins intensifs psychiatriques.

- la relocalisation Montreuil, avec le regroupement des activités du secteur I03 dans un nouveau bâtiment et la création d'un espace « Ado » (cf. *infra*) ;
- la création d'une unité d'hospitalisation (CRUP) au sein des services des urgences des CH Delafontaine de Saint-Denis (12 lits) et Avicenne de Bobigny, dans l'objectif de répondre à la situation des patients qui attendent dans les services d'urgences leur transfèrement vers l'EPSVE, en l'absence de places disponibles (cf. 3.1) ;
- la rénovation du site Romain Rolland de Saint-Denis, pour l'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge des patients ;
- la construction par l'APHP¹⁷ d'un nouveau bâtiment au CH Jean Verdier de Bondy, dans lequel l'EPSVE disposera d'un espace pour le regroupement des activités du secteur I05 (UFITAA¹⁸, UNIDEP¹⁹, etc.) ;
- le schéma directeur ambulatoire, les équipements, les systèmes d'information, et les investissements courants.

La capacité en lits du site offrira à terme 321 lits ou places contre 354 précédemment, avant le départ des trois unités relocalisées, étant observé que celles-ci représentaient 81 lits ou places dont 25 places en hôpital de jour²⁰. Plus précisément, la restructuration du pôle santé sur le site de Ville-Evrard se traduira par une offre de 189 lits en UHTP (25 chacune) et PRDI (39 au total), 10 lits au CAC, 102 places en hôpital de jour et 20 lits à l'USIP.

La conception architecturale et fonctionnelle du projet prévoit de relier les UHTP conservées par un espace central ayant vocation à accueillir des locaux mutualisés. Un jardin, propre à chacune des composantes du pôle santé, est prévu, ainsi qu'un vaste espace extérieur dans la perspective centrale. Les changements les plus significatifs portent sur un nombre de chambre à deux lits ou plus, diminué à 26 contre 120 antérieurement, la mise en conformité des chambres hôtelières avec des sanitaires intégrés et celle des locaux de soins et d'activité, ainsi que la création de locaux d'accueil pour les familles qui font actuellement défaut.

Le calendrier du projet de restructuration, hors PRDI, est prévu entre 2023 et 2030, en plusieurs phases de travaux. La première, du premier trimestre 2023 à celui de 2025, inclut des opérations de déconstruction, la restructuration des pavillons devant accueillir le CAC et l'HDJ, la réhabilitation-extension de quatre UHTP²¹. La deuxième phase, prévue entre le premier trimestre 2025 et le quatrième de 2026, concerne les deux dernières UHTP²². La rénovation de deux unités PRDI est inscrite pour sa part, du début du troisième trimestre 2026 à la fin du premier de 2028. La construction du bâtiment « accueil médicotechnique » et la réhabilitation du pôle « enseignement formation » doivent débiter au début de l'année 2023. Enfin, la construction du bâtiment pharmacie et le regroupement des services administratifs interviendront entre le deuxième trimestre de 2028 et la fin de 2030.

¹⁷ APHP : assistance publique des hôpitaux de Paris.

¹⁸ UFITAA : unité familiale inter hospitalière pour les troubles du comportement alimentaire des adolescents.

¹⁹ UNIDEP : unité de diagnostic et d'évaluation pluriprofessionnelle, de l'autisme des enfants et des adolescents.

²⁰ Les chambres d'isolement sont exclues de ce décompte.

²¹ UHTP 16, 18, 15, 12.

²² UHTP 9 et 10.

La qualité du dialogue de l'établissement avec l'ARS Ile-de-France a été rapportée aux contrôleurs et illustrée par les nombreux projets qu'elle a soutenus pendant les dernières années, notamment :

- le projet « *Together* » de télémédecine et d'équipe mobile du pôle I03, pour les adolescents reclus ou en souffrance psychique²³ ;
- le projet « Case Management » du pôle G01, pour la prise en charge précoce et intensive des patients présentant un premier épisode psychotique²⁴ ;
- l'extension aux mineurs de la consultation du CRIAVS, l'enjeu de leur prise en charge visant la prévention d'une récurrence à l'âge adulte ;
- les recrutements pour le renfort de l'équipe de l'UNIDEP du pôle I05, dans le cadre du plan national « autisme », pour la résorption des listes d'attente en vue du diagnostic « autisme » ;
- le projet « AMI Soutien aux familles » du pôle I05, qui vise à fonder un centre départemental d'appui et de ressource pour les familles en pédopsychiatrie²⁵ ;
- la montée en charge de l'UFITAA du pôle I05, unité innovante et unique en France, pour la prise en charge des troubles du comportement alimentaire²⁶ ;

²³ Le projet « *Together* » s'adresse aux pré-adolescents et adolescents de 12 à 18 ans en situation de souffrance psychique ou en situation de crise, repérés par les partenaires (santé scolaire, aide sociale à l'enfance, foyers, réseaux adolescents, etc.) ou signalés par leur famille. L'application numérique « *Together* » va proposer, notamment un espace de visio-consultations pour les adolescents avec des professionnels de la santé mentale, particulièrement indiqué pour les adolescents ayant difficilement accès aux soins, cloîtrés et isolés (syndrome Hikikomori, adolescents décrocheurs, addiction au cannabis entraînant un isolement, etc.) ; un espace de « *chat* » avec des professionnels de la santé mentale, et un espace de discussion entre pairs. Une équipe mobile est prévue afin de se déplacer en tant que de besoin au domicile ou auprès des partenaires (collèges, lycées etc.).

²⁴ Le projet « *Case management* » pour la prise en charge intensive et précoce des premiers épisodes psychotiques dans l'ouest du département de la Seine-Saint-Denis (soit une population de 270 000 habitants) fait suite à la mise en place dans le même territoire d'un programme intersectoriel de repérage précoce (« Plateforme Jeunesse et Santé Mentale »). Le terme d'« intervention précoce » désigne l'ensemble des stratégies thérapeutiques (médicamenteuses, psychothérapeutiques, éducationnelles ou de réhabilitation sociale), ciblées sur le début de la maladie, plus intensives que le traitement psychiatrique usuel, et visant à réduire l'impact au long cours de ces premières années de maladie. Ces stratégies d'interventions précoces, évaluées dans la littérature, s'articulent au mieux avec des programmes de repérage et d'orientation ciblés sur des populations jeunes et à risque. Elles s'appuient sur un accompagnement intensif par un soignant « *case manager* » pour permettre des soins sans rupture, avec un engagement mutuel, l'engagement du jeune patient dans les soins étant un levier thérapeutique essentiel. La corrélation a été démontrée d'une implication plus importante de la personne dans son traitement avec une diminution de la rapidité et de la fréquence des rechutes, et avec la moindre importance des atteintes cognitives et sociales à court et moyen terme.

²⁵ Le projet « AMI » s'appuie sur l'expérience durable et conjointe du secteur I05 et de l'UNAFAM. Le premier a développé depuis vingt ans des approches familiales ou centrées sur la famille, dans différentes structures et champs de pathologie (troubles du spectre autistique, troubles du comportement, troubles des conduites alimentaires, etc.), et la seconde dispose d'une solide compétence dans le domaine du soutien aux familles et de la formation à la pair-aidance familiale. Le projet proposera des interventions dans cinq dimensions : l'activité clinique et thérapeutique, activité d'implémentation et de formation ; l'activité d'évaluation (évaluation mixte des pratiques, recherche action, recherche qualitative sur l'expérience et la participation des usagers aux soins) ; l'activité associative et de ressource (permanence associative et « ressource » familiale) ; et l'activité de promotion de la pair-aidance familiale (« université des familles »).

²⁶ La prise en charge de l'unité UFITAA s'inspire du modèle « *Maudsley Institute* » et prend le contrepied du modèle traditionnel de prise en charge des troubles anorexiques en France. Elle propose une prise en charge en hôpital de jour,

- le renforcement de la prise en charge des patients précaires dans le pôle Cristales, qui associe le renfort de l'équipe PASS, l'augmentation des consultations, ainsi que les unités d'ethnopsychiatrie et le dispositif PRACTS ;
- le projet « Psychiatrie périnatale », en lien avec les maternités de Montreuil et de Montfermeil, avec la création d'une équipe mobile spécifique au sein de chacune de ces deux importantes maternités départementales²⁷ ;
- l'ouverture, début 2023, de l'espace « Ado » dans le futur bâtiment relocalisé de Montreuil, inédit dans le département, en raison de son dimensionnement et de la diversité cohérente de l'offre proposée²⁸, qui permettra le regroupement des activités actuellement dispersées du pôle I03²⁹ ;
- la réhabilitation psychosociale (RPS), avec la mise en place d'une plateforme dotée de l'équipe pilote « CAIRE³⁰ 93 » et de l'UNIRRE³¹, labellisée par l'ARS au mois de juin 2022 ;
- le renfort de la présence d'IDE de l'EPSVE au sein des services des urgences (des CH Delafontaine de Saint-Denis, Avicenne de Bobigny, Montfermeil) pour assurer la liaison ;
- l'ouverture fin 2022 de l'unité CRUP à côté du service des urgences du CH Delafontaine de Saint-Denis (cf. *supra*).

associant étroitement les familles (parents, fratrie), plutôt qu'une hospitalisation complète, centrée sur la jeune patiente, qui demeure la modalité de prise en charge la plus répandue pour les formes sévères.

²⁷ Le projet « Psychiatrie périnatale » est déjà amorcé, et les équipes espèrent que le projet sera retenu fin 2022 dans le cadre de l'appel à projet « Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ».

²⁸ L'espace « Ado » disposera d'un secteur « Accueil-Orientation-Consultations », de l'unité mobile « Together », d'un HDJ calibré de 15 places (notamment pour les adolescents présentant des pathologies sévères et qui devront bénéficier, du moins en début de prise en charge, de soins intensifs 8 à 9 demi-journées par semaine ; et pour d'autres d'une prise en charge à temps partiel ; pour une file active totale de 50 adolescents), et d'un CATTp de 25 places (pour des jeunes de 12 à 18 ans présentant des pathologies limites, névrotiques ou psychotiques, leur permettant néanmoins une insertion scolaire pratiquement à temps plein. Ce dispositif souple, ouvert en dehors des horaires scolaires, de 16h30 à 19h du lundi au vendredi et les mercredis après-midi, permettra des prises en charges intensives pour des patients nécessitant une approche de soins institutionnelle renforcée, notamment des contacts avec les partenaires, et un soutien des parents).

²⁹ Ce regroupement concernera notamment l'UHTP La Nacelle, l'HDJ (Régis et UPIDAPI pour les tout-petits), et quatre CMP (Les Lilas, Romainville, Bagnolet, Montreuil). L'unité d'hospitalisation « Ado Montreuil » restera ainsi à proximité immédiate, au sein de l'hôpital André Grégoire.

³⁰ CAIRE : Coordination d'actions pour l'inclusion, le rétablissement, l'*empowerment* en santé mentale (à visée de coordination, de formation, de recherche clinique et de documentation).

³¹ UNIRRE : unité référente de réhabilitation, 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.

Une conseillère médicale du directeur a été spécifiquement recrutée en 2018, pour favoriser la qualité de l'écriture des projets proposés par les médecins, avant leur présentation à l'ARS. Ces projets, avant d'être financés par l'ARS, ont pu bénéficier d'un amorçage³² sur le budget propre de l'hôpital par décision du directoire.

BONNE PRATIQUE 1

Le recrutement d'une conseillère médicale pour assister les médecins dans la rédaction de projets facilite leur prise en considération par l'ARS et le financement de nouvelles formes d'offre de soins au bénéfice des patients.

2.2 L'UTILISATION DU BUDGET PRIORISE L'ATTRACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT ET L'AMELIORATION DU QUOTIDIEN DES PATIENTS ET DES EQUIPES

Le budget de l'établissement est à l'équilibre et s'élève à 194 millions d'euros en 2021, dont 171 millions d'euros au titre de la DAF³³ (dont 18 millions d'euros de crédits non reconductibles), 0,8 millions d'euros au titre du FIR³⁴, et 16 millions d'euros au titre des mesures « Ségur³⁵ » et de l'investissement³⁶.

L'établissement a été délégataire de crédits DAF destinés à mettre en œuvre la réforme « isolement-contention » en 2021 :

- 304 883 euros pour les recrutements (renfort de la permanence médicale, renfort du service des admissions pour sécuriser la procédure juridique et administrative) ;
- 152 429 euros pour l'équipements des locaux et l'évolution du système d'information (logiciel CORTEXTE).

Le budget montre un excédent structurel pendant la période 2019-2021, avec un résultat positif des comptes financiers d'1,4 million d'euros en 2019, d'1,8 en 2020 et de 6,6 en 2021³⁷. Pour 2022, La projection d'atterrissage permet d'anticiper un excédent de 1,6 million d'euros, lors de la visite.

L'excédent de l'EPSVE s'explique principalement par deux facteurs :

- l'un favorable : l'évolution très favorable des recettes de DAF pendant la période 2018-2022. La forte hausse, qui a notamment compensé les mesures salariales liées au Ségur de la Santé,

³² L'amorçage est un pari sur l'avenir et une confiance faite au porteur de projet : un début de financement est octroyé au pôle porteur du projet (100 000 euros en moyenne par projet) pour l'initier, commencer à recruter par anticipation, etc. Au fur et à mesure de l'octroi des financements escomptés, la somme est « remise au pot » pour être redistribuée pour d'autres projets. Si les financements attendus ne viennent pas (échec d'une candidature à un appel à projet, etc.), le directoire valide le bien-fondé de la poursuite de l'amorçage.

³³ DAF : dotation annuelle de fonctionnement.

³⁴ FIR : fond d'intervention régional.

³⁵ La loi « Ségur », promulguée le 26 avril 2021, pour concrétiser les mesures non budgétaires du Ségur de la Santé, traite des professions paramédicales, rénove la gouvernance des hôpitaux et permet de déployer les services d'accès aux soins, ainsi que la plateforme « Mon Parcours Handicap ».

³⁶ L'ensemble des données a été communiqué par l'établissement.

³⁷ En 2021, le résultat est notamment lié à la vente d'une parcelle de terrain à la ville de Neuilly-sur-Marne pour construire un lycée (3,65 millions d'euros).

- les surcoûts liés à la crise de la Covid-19 et soutenu l'investissement, reste supérieure à la hausse des dépenses de personnel (hors Covid et hors Ségur) ;
- l'autre défavorable : les difficultés de recrutement qui se sont accentuées, synonymes de salaires non versés et qui rendent aujourd'hui difficiles :
 - o le maintien d'une ouverture des lits toute l'année, alors-même que l'EPSVE est sous-doté en lits au prorata de sa population ;
 - o le déploiement des projets nouveaux au rythme initialement prévu.

Cette situation favorable a permis à l'établissement de prévenir les renoncements faute de crédits et de mettre en œuvre des dépenses nouvelles, pour compenser les postes vacants, renforcer l'attractivité de l'établissement, et améliorer le quotidien des équipes et des patients, notamment :

- les difficultés de recrutements ayant produit un accroissement du nombre de postes vacants ont conduit à assumer, sans limitation autre que celle imposée par les textes réglementaires, des dépenses supplémentaires (cf. 2.3) :
 - o le paiement des heures supplémentaires pour le personnel non médical (2,8 millions d'euros en 2021, soit une augmentation de 167 % par rapport à 2019) ;
 - o le recrutement de CDD (1,7 million d'euros en 2021, soit une augmentation de 29 % par rapport à 2019) ;
 - o le paiement du temps additionnel des médecins³⁸ à partir de 2020, qui était récupéré auparavant (0,86 million d'euros en 2021) ;
 - o le recours à l'intérim médical, alors que l'EPSVE n'y avait pas recours avant 2019 (2,8 millions d'euros en 2021, soit une augmentation de 991 % par rapport à 2019) ;
- l'enveloppe d'activités thérapeutiques au bénéfice des patients (1,19 million d'euros délégués en 2021 à l'ensemble des pôles) ;
- l'enveloppe « repas de pôle », permettant des temps de convivialité annuels ;
- l'encouragement à la dynamique de projets par l'octroi d'une enveloppe financière d'amorçage des projets nouveaux (cf. infra) ;
- l'achat de petit matériel du quotidien : tonnelles dans les jardins, équipements de jeux pour les services de pédopsychiatrie et la crèche, etc. ;
- l'achat d'équipements : renouvellement de la flotte automobile et des véhicules de service (1,2 millions d'euros), équipement de l'URC en matériel de pointe (440 000 euros), anticipation d'achats dans le pôle Cristales (appareil de panoramique dentaire), renouvellement du parc informatique PC et portables (351 000 euros en 2021), etc. ;
- l'enveloppe supplémentaire pour des formations spécifiques et la supervision, les dépenses non remboursées par l'ANFH³⁹ et prélevées sur le budget propre de l'hôpital ;
- les nettoyages exceptionnels (décapage des sols et des murs) pour tous les pôles qui en ont fait la demande ;
- la réhabilitation de logements au sein du parc de l'hôpital, pour les proposer au personnel ;

³⁸ Temps additionnel : équivalent pour le personnel médical des heures supplémentaires pour le personnel non médical.

³⁹ ANFH : Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier.

- les chèques-cadeaux pour l'ensemble du personnel, chaque année depuis 2019 (75 euros par personne) ;
- l'attribution de la PECH⁴⁰ pour les jeunes médecins remplissant les critères réglementaires, depuis 2020.

La part du budget consacré à l'intérim constitue 1,47 % des dépenses totales de fonctionnement de l'EPSVE en 2021 et représente l'importante proportion de 9,82 % des dépenses de personnel médical.

La somme déléguée aux pôles chaque année (1,19 millions d'euros en 2021) pour la réalisation d'activités thérapeutiques au bénéfice des patients s'effectue selon les principes suivants :

- une confiance totale faite aux pôles concernant l'opportunité de la dépense ;
- une fongibilité des dépenses entre les sous-enveloppes : l'alimentation (ateliers repas thérapeutiques, courses, etc.), les fournitures et l'ergothérapie, les conventions et les prestations externes (dont 545 000 euros pour des artistes extérieurs venant animer des ateliers), les sorties et les séjours thérapeutiques ;
- une souplesse dans le mode de dépense : articulation avec la DAHL⁴¹ (pour les dépenses importantes ou les conventions), ou la régie du pôle (équipée d'une carte bancaire qui lui est propre) ;
- un contrôle de la régularité des dépenses régies par la DAHL ;
- une formation des pôles pour la gestion des régies, l'animation d'un réseau des régisseurs, et la transmission chaque mois aux pôles du détail de leurs dépenses.

S'agissant du PPI, l'EPSVE a été bénéficiaire d'une subvention de 78,5 millions d'euros, au titre du « Ségur de la Santé – Investissements structurants », ce qui lui permet, en complément de ses fonds propres (capacité d'autofinancement) et d'un recours limité à l'emprunt, de mettre en œuvre les opérations prévues, et en priorité celle du Pôle Santé (cf. 2.1.3).

2.3 LES DIFFICULTES DE RECRUTEMENT IMPACTENT LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ET LES CONDITIONS DE TRAVAIL

2.3.1 Le personnel médical

a) Les vacances de postes

L'EPSVE fait face aux départs nombreux de praticiens seniors depuis trois ans, pour une activité libérale ou intérimaire. L'EPSVE a vu diminuer de 12,6 % le nombre de ses équivalents temps plein (ETP) médicaux en 2021. 20 % des postes médicaux de psychiatrie adulte sont vacants et 16 % de ceux de pédopsychiatrie. Au sein des UHTP du site de Neuilly-sur-Marne, le nombre de psychiatres en fonction est de 15,3 ETP et le nombre de postes vacants de 7.

Les effectifs des unités intra hospitalières ont été et sont encore particulièrement impactés par les vacances de postes :

- le département d'information médicale ne dispose d'aucun médecin ;

⁴⁰ PECH : prime d'engagement dans la carrière hospitalière.

⁴¹ DAHL : direction des achats, de l'hôtellerie et de la logistique.

- l'unité Tamaris a fermé plusieurs lits au cours de l'été 2022, en raison du manque de médecin ;
- l'effectif de l'unité Provence ne dispose plus, lors de la visite, que d'un seul praticien hospitalier, les médecins de l'extra hospitalier intervenant à tour de rôle, afin d'assurer la régularité des entretiens avec les patients ;
- l'effectif de l'unité des Peupliers ne bénéficie que de l'affectation de la cheffe de pôle et référente de l'unité trois demi-journées par semaine. *La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, ajoute : « Une permanence est assurée par l'ensemble des médecins des deux autres unités sur le site, afin de répondre aux urgences et d'assurer le remplacement de la référente d'unité ».*

b) Les solutions mises en œuvre

L'établissement recourt à l'intérim médical depuis l'été 2019. Un appel d'offres a été rédigé. Trois entreprises ont été sélectionnées mais une seule affecte des médecins car les deux autres demandent un surplus de rémunération, refusé par l'établissement. En 2021, 1643 journées ont été effectuées (1358 journées en 2020), correspondant à 7,93 ETP (6,6 en 2020), pour un budget de 2,70 millions d'euros (2,22 en 2020).

Le recours aux praticiens associés est important. Dix-sept ont été recrutés pour l'ensemble de l'EPSVE, dont sept psychiatres et dix généralistes. Ils sont désormais majoritaires dans l'effectif des généralistes, qui compte quatorze médecins.

Les stagiaires associés faisant fonction d'interne et les praticiens associés, tous diplômés hors de l'Union européenne, sont impliqués dans des parcours de consolidation des compétences sur place auprès d'un médecin senior et à l'université pour préparer un diplôme universitaire⁴².

Des praticiens cliniciens interviennent dans deux unités dans le cadre de contrats attractifs⁴³ définis par l'article L. 6152-3 du code de la santé publique.

RECOMMANDATION 4

Les médecins différemment formés dans des facultés françaises, européennes ou extra européennes à l'exercice de la psychiatrie doivent bénéficier d'un accompagnement et de formations de nature à garantir un accès des patients à des soins d'une qualité équivalente dans tous les pôles.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « Des actions sont proposées au plan de développement des compétences médicales et des crédits de service sont mis à leur disposition dans le cadre d'enveloppe formation déléguée pour la formation des personnels médicaux. Il est à noter deux éléments structurants pour le personnel médical. La part des crédits

⁴² Après une épreuve de vérification des connaissances organisée par le Centre National de Gestion, ces praticiens bénéficient d'une autorisation d'exercice dans un établissement de santé pour une durée de deux ans au cours de laquelle ils doivent compléter leur formation. A l'issue des deux ans, ils présentent un dossier au Conseil de l'Ordre des médecins qui validera cette formation, demandera un complément ou rejettera leur demande d'inscription à l'Ordre.

⁴³ Ces contrats, créés par la loi du 21 juillet 2009, sont destinés à pallier les difficultés de recrutement dans les établissements publics de santé.

dont la gestion est déléguée au personnel médical représente 90% de l'enveloppe totale. Les arbitrages sont faits par une commission qui est composée de médecins et du service de la formation permanente, l'avis définitif rendu sur les demandes émane des médecins composant cette commission. Compte tenu des enjeux liés au nouveau DPC (développement professionnel continu) et à la certification des professionnels de santé, l'EPSVE va modifier la gestion de cette commission pour accompagner efficacement les professionnels dans leur parcours de formation. Enfin, à la lumière de ce rapport et des indicateurs sociaux, d'autres critères pourront être définis et pris en compte afin que les formations suivies correspondent à des problématiques identifiées, notamment sur des prises en charge. L'établissement est vigilant au suivi des formations des professionnels. Toutefois, plusieurs précisions doivent être apportées. D'abord, les praticiens attachés associés bénéficient, conformément à leur statut, de 8 jours de congés formation. En 2022, 73 départs pour 296 jours et un montant de plus de 45 000 euros. Et pour 2023 à la date du 07/04/2023, 28 départs pour 236 jours et un montant de plus de 37 000 euros. Toutefois, ce statut est en voie d'extinction. Ensuite, les praticiens associés sont recrutés depuis 2022. Ce nouveau statut prévoit que les intéressés effectuent leur parcours de consolidation au sein d'une structure dans laquelle ils sont affectés. Le statut n'accorde aucun jour de congés formation aux intéressés considérant que c'est précisément leur parcours qui permet de développer et vérifier les compétences acquises. L'établissement a toutefois, comme les autres établissements du département, reconnu aux praticiens associés les mêmes droits à congés formation que les praticiens attachés associés afin qu'ils puissent notamment suivre des formations qualifiantes en vue du dépôt de leur dossier d'autorisation d'exercice. Enfin, s'agissant des stagiaires associés, leur statut prévoit expressément qu'ils doivent effectuer l'intégralité de leurs obligations de service au sein d'un service. Contrairement aux internes et faisant fonction d'internes, aucune demi-journée de formation ne leur est accordée par le statut. Néanmoins, ils peuvent suivre des formations dispensées au sein de l'établissement ».

2.3.2 Le personnel non médical

a) Les vacances de postes et les conditions de travail

428 des 2 290 agents de l'EPSVE l'ont quitté en 2021, dont 144 pour un départ en disponibilité.

10 % des postes des infirmiers diplômés d'état (IDE) de l'EPSVE sont vacants. Sur le site de Neuilly-sur-Marne la situation est variable suivant les unités, avec un poste d'IDE vacant en moyenne dans chacune d'elles. Les cadres de santé (CS) absents pour congés maladie sont rarement remplacés ; deux ne l'étaient pas pendant la période de contrôle. Les cadres supérieurs de santé (CSS) doivent régulièrement suspendre leur fonction et intervenir dans les unités pour suppléer les absences.

Les postes d'assistants de service social (ASS) et d'éducateurs spécialisés sont particulièrement difficiles à pourvoir en raison de la concurrence du conseil départemental, qui attribue une prime mensuelle supplémentaire de 437 euros à ces agents. Trois postes d'ASS sont vacants dans les unités d'hospitalisation et dix-sept en extra hospitalier. Cette situation complexifie la préparation de la sortie des patients, le travail d'amont qui pourrait prévenir les hospitalisations, et la situation des nombreux patients qui connaissent des difficultés sociales.

Dans plusieurs secteurs (G09, G16, G18), les UHTP ne disposent ni de psychomotricien ni d'ergothérapeute ; le secteur G10 ne bénéficie pas d'ergothérapeute. Cette sous-représentation limite singulièrement les activités proposées aux patients (cf. 8.1). **La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : » L'UHTP Tournesol du G09 dispose d'un ergothérapeute à**

temps plein, d'une psychomotricienne à temps plein et d'une éducatrice spécialisée à 60% (à 40% au CMP) qui assure le lien entre les 2 équipes pour la fluidité du parcours de soin du patient ».

Le nombre de psychologues a également fortement diminué dans les unités, de neuf en 2019 à sept en 2022, ne répondant pas aux besoins.

RECOMMANDATION 5

Toutes les unités doivent disposer de postes de psychomotriciens et d'ergothérapeutes. Le nombre de psychologues doit être augmenté pour correspondre aux besoins des patients.

Tous les postes d'aide-soignant (AS) et d'agent de service hospitalier (ASH) sont pourvus et leur recrutement ne pose pas de difficultés.

Les effectifs minimums (2 IDE et 1 AS le jour, 2 IDE la nuit) sont considérés comme insuffisants par les professionnels, compte-tenu de la suractivité et du temps de plus en plus important devant être consacré à la saisie informatique par l'intermédiaire d'un matériel peu performant : « *on devrait disposer de plus de temps d'échange avec les patients, particulièrement ceux qui sont isolés* ».

La durée quotidienne du travail est de 7h30 en général mais de 12 heures à l'antenne psychiatrique du service des urgences de l'hôpital Delafontaine et au CAC du site de Neuilly-sur-Marne pendant la période du 15 juillet au 15 septembre.

Le travail est assuré par le roulement de trois équipes de 7h00 à 15h00, de 13h00 à 21h00 et de 21h00 à 7h00. Les transmissions du matin et du soir durent entre 15 et 30 minutes. La période de travail en double équipe de 13h à 15h permet de programmer les soins, les rendez-vous et les activités proposées aux patients. Une réunion mensuelle associe l'ensemble des agents de nuit et de jour dans l'unité G18.

Des difficultés particulières de travail ont été signalées pendant les week-ends, lors de levées de mesures d'isolement par le magistrat. Jusqu'à sept suspensions d'isolement ont pu être prononcées au cours d'un week-end : leur nombre et la présence d'un seul médecin de garde ont mis les équipes en difficultés et insécurisé les patients.

b) Les solutions mises en œuvre

Dès que les effectifs de sécurité ne sont plus assurés, des heures de travail supplémentaires sont proposées dans un logiciel accessible sur le portable des agents qui peuvent répondre en temps réel aux besoins exprimés.

Le recours aux heures supplémentaires a été particulièrement important entre le 1^{er} juin et le 15 septembre, période pendant laquelle leur montant a été majoré, sur décision gouvernementale. Le nombre d'heures supplémentaires par agent et par an est limité à 240, et des dérogations peuvent être autorisées par la direction des ressources humaines, en cas de difficultés majeures dans un service.

Le recours à l'intérim est faible : 155 heures en 2021, 108 du 1^{er} janvier au 30 septembre 2022.

L'absentéisme est modeste : 4,48% en 2021, 6% pendant la période de contrôle du 3 au 7 octobre 2022.

Les étudiants IDE se voient proposer un contrat d'allocation d'étude, à partir de la deuxième année de formation, avec le versement d'une allocation annuelle de 9 000 euros sous réserve d'un engagement à servir de trente-six mois.

Après l'obtention de leur diplôme, les candidats peuvent opter entre deux formes de recrutement, une titularisation au premier échelon de leur grade (salaire brut mensuel de 1 836 euros), ou la contractualisation au troisième échelon (salaire de 2 085) avec un CDD de six mois, prolongé par un CDI.

Tous les agents bénéficient, dès leur embauche, d'une reprise de leur ancienneté et des actions du comité local d'œuvres sociales, dont le budget s'élève à un million d'euros. Ils peuvent accéder à une crèche hospitalière à Neuilly-sur-Marne et à Saint-Denis, pour lesquelles n'existe pas de liste d'attente et à des logements réservés sur le site principal.

La formation professionnelle est particulièrement développée et son budget représente 3 % de celui de la masse salariale. Les nouveaux diplômés et les nouveaux arrivants sont accompagnés par un tuteur. Les IDE bénéficient d'un parcours de formation réalisé au cours de l'année d'arrivée et les deux années suivantes.

Les principaux thèmes de formation associent la gestion de l'agressivité, la sécurité incendie, l'isolement et la contention, la réforme des soins psychiatriques sans consentement et le droit des patients. Les professionnels n'ont pas fait part de difficultés d'accès aux formations.

Toutefois, le nombre de soignants ayant bénéficié de la formation « Omega », relative à la gestion et à la prévention des situations de violence et d'agressivité, a diminué substantiellement entre 2019 et 2021⁴⁴.

La démarche d'analyse des pratiques professionnelles (APP), en cours dans plusieurs unités, bénéficie d'un budget annuel de 55 000 euros. Neuf évaluations des pratiques professionnelles (EPP) ont été réalisées, concernant notamment le dossier patient, la prise en charge des mineurs placés sur décision judiciaire et les personnes placées sous main de justice ; cinq sont en cours concernant l'évaluation des transmissions soignantes, les SSC, l'isolement et la contention, les violences et le suivi nutritionnel des patients.

Au total, les actions mises en œuvre localement ne permettent pas de maîtriser les nombreux départs de personnel médical et non médical constatés depuis trois ans. L'exercice serein des missions de soins, grevé par les 10 % de postes infirmiers et les 20 % de postes médicaux vacants lors de la visite, n'est plus garanti de façon équivalente dans tous les pôles de l'établissement.

2.4 LE TRAITEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES EST ORGANISE MAIS L'APPROPRIATION DE LA DEMARCHE N'EST PAS CONSOLIDEE

2.4.1 Le traitement des faits de violence et des incidents

La gestion des faits de violence et des incidents, identifiés sous le terme générique d'« événements indésirables (EI) », figure dans le PE, notamment dans son volet spécifique « projet des usagers ». Son axe intitulé « développer le management par la qualité et la gestion des risques par pôle et par

⁴⁴ 2019 : 76 ; 2020 : 43 ; 2021 : 24. Source : rapport d'activité du comité de coordination des vigilances et des risques associées aux soins (COVIRIS) pour l'année 2021.

processus », a notamment pour objectif d'amplifier et d'améliorer le signalement des EI et leur traitement.

Cette démarche, mise en œuvre par la DQRJU⁴⁵, en lien avec la CME et le comité des vigilances liées aux soins (COVIRIS), s'appuie sur le service « qualité et gestion des risques », avec un responsable et deux assistants, en relation avec les cellules « qualités et risques » de chaque pôle⁴⁶.

L'accès au formulaire de signalement des événements indésirables s'effectue actuellement⁴⁷ sur le portail Intranet, en mode dégradé, et nécessite un adressage par messagerie et des manipulations supplémentaires, parfois chronophages pour les soignants.

Les professionnels recrutés reçoivent une information concernant la rédaction d'une fiche d'événement indésirable (FEI), dans le cadre du parcours arrivant.

Les déclarations d'EI portent sur 92 risques répartis en trois grandes familles⁴⁸. 234 FEI avaient été produites, entre le 1^{er} janvier et le 4 octobre 2022, dont 65 pour les « risques associés à la qualité et à la sécurité des soins », 80 pour les « risques professionnels et conditions de travail » et 89 pour les « risques techniques, logistiques, et de sécurité ». A titre comparatif, 255 FEI avaient été produites en 2021. Une tendance à la baisse est observée depuis 2019, que n'explique pas forcément ou totalement la crise sanitaire⁴⁹.

L'exploitation du tableau de bord des EI révèle que l'usage de ce mode de signalement est inégal⁵⁰. En effet, 65 FEI ont été émises depuis le début de l'année sur le site de Neuilly-sur-Marne, de manière très variable en fonction des unités⁵¹, les UHTP Dauphiné et Morvan utilisant davantage ce procédé⁵².

Les FEI adressées à la cellule qualité sont enregistrées dans le tableau de suivi⁵³ et adressées par courriel à la direction concernée, pour leur traitement, avec en copie l'unité et son déclarant. En principe, le service saisi prend en charge l'incident, lui apporte une réponse par courriel, et informe le déclarant et la cellule qualité. La consultation du tableau révèle qu'une réponse n'est pas toujours fournie (certains incidents n'en appelant pas). Les soignants ont signalé que l'absence d'une réponse attendue constituait une source de désinvestissement de l'utilisation systématique de la procédure

⁴⁵ DQRJU : direction de la qualité, de la gestion des risques, des affaires juridiques, de la relation avec les usagers, des admissions et des tutelles.

⁴⁶ Généralement constituées du chef de pôle, du cadre supérieur de santé, d'un ou plusieurs médecins, des cadres de santé des unités, avec pour certaines unités d'autres professionnels.

⁴⁷ Il s'agit d'une solution dégradée dans l'attente du déploiement d'un nouvel outil, en remplacement de l'ancien, devenu obsolète. Le nouveau logiciel offrira de nouvelles fonctionnalités, qui faciliteront le signalement à l'ARS, le renseignement des fiches des comités de retour d'expérience (CREX) et de revue de morbidité et de mortalité (RMM), le suivi des plans d'action associés, et le traitement statistique des données.

⁴⁸ Les risques associés à la qualité et à la sécurité des soins ; les risques professionnels et liés aux conditions de travail ; les risques techniques, logistiques, et concernant la sécurité (des biens, des personnes et des installations).

⁴⁹ 730 en 2017, 749 en 2018, 758 en 2019, et 480 en 2020. Source : rapport d'activité du comité de coordination des vigilances et des risques associées aux soins (COVIRIS) pour l'année 2021.

⁵⁰ Données fournies par une extraction du 30 septembre 2022.

⁵¹ Ce nombre inclut les trois unités relocalisées.

⁵² 3 déclarations dans le pôle G09 (CAC, pavillons Peupliers et Tournesols), 1 dans le G10 (pavillon Tamaris), 14 dans le G12 (12 dans le pavillon Morvan, 2 dans le pavillon Champagne), 8 dans le G16 (pavillon Provence), 17 dans le G18 (pavillon Dauphiné). Source : tableau de bord des FEI.

⁵³ Le tableau de bord des FEI comporte une cotation en termes de criticité, un état du suivi, des réponses et des actions correctrices apportées, la mention d'un retour d'information au déclarant ou son absence.

de signalement des EI. Le processus en vigueur apparaît fastidieux et potentiellement générateur d'erreurs.

Les événements indésirables graves (EIG) sont suivis dans un tableau particulier, et font l'objet d'une analyse sous forme de comité de retour d'expérience (CREX), donnant lieu à un plan d'actions. Neuf faits qualifiés de « suspicion de manifestation agressive à caractère sexuel » ont été recensés et un fait apparenté⁵⁴, pendant l'année 2022 jusqu'à la date de la visite. Huit décès ont également été enregistrés⁵⁵. Dans trois cas, il a été conclu à une mort naturelle et dans deux cas à un suicide, l'un s'étant produit hors de l'établissement. Deux cas ont fait l'objet d'une levée de l'obstacle médico-légal par le parquet et l'un devait donner lieu à une médiation avec la famille. Deux CREX restaient à programmer, concernant des faits à caractère sexuel⁵⁶ et quatre pour les décès⁵⁷. Le contenu des supports d'aide à l'analyse d'un événement indésirable pour les CREX réalisés et les plans d'action associés sont succincts, sauf un.

RECOMMANDATION 6

La procédure de signalement des événements indésirables doit être simplifiée et leur traitement doit apporter une réponse systématique au déclarant. Les analyses des comités de retour d'expérience et les plans d'actions consécutifs doivent faire l'objet de développements étayés.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *La solution informatique Ennov, ayant vocation à centraliser la déclaration, l'analyse et le traitement des événements indésirables n'est pour l'heure pas fonctionnelle, du fait de difficultés récurrentes inhérentes au paramétrage de cette dernière (version obsolète). Une procédure dégradée est mise en place via un traitement par mail, dans l'attente du déploiement de la nouvelle version du logiciel Ennov en cours de paramétrage. 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 du personnel ; 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. Par ailleurs, en matière de CREX et de RMM, au décours desquels sont notamment adressés les facteurs contributifs et élaborés des plans d'actions, une vigilance particulière a été portée quant au développement de ces contenus. Il est également à relever qu'une vigilance particulière est accordée à l'information aux déclarants à chaque étape du processus d'analyse et de traitement, pour maintenir engagés les professionnels dans cette démarche de signalement, d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ».*

⁵⁴ Le fait apparenté, qui associait l'exhibition et la masturbation d'un patient devant une patiente a été classé « autre ».

⁵⁵ 8 en 2019, 9 en 2020, 2 en 2021.

⁵⁶ Les 16 et 18 août 2022.

⁵⁷ Le plus ancien remontant au 21 juillet.

Une cellule de crise spécifique « agression sexuelle » a été créée en urgence le 26 avril 2022, dans les suites d'une recrudescence de faits d'agressions sexuelles, notamment trois survenus pendant le même week-end. Elle a élaboré plusieurs recommandations en vue de prévenir et, le cas échéant, traiter ce type de violence⁵⁸. Le COVIRIS⁵⁹ a été chargé, sur la base d'une analyse globale de tous les CREX réalisés, d'émettre des recommandations de bonne pratique.

Une patiente, victime d'une agression sexuelle survenue au mois d'août 2022 et signalée à l'autorité compétente⁶⁰, était toujours hospitalisée dans la même unité que son agresseur lors de la visite, sans considération pour l'état de vulnérabilité de la patiente-victime ni pour la gestion des contacts avec le patient-auteur.

RECOMMANDATION 7

Un patient victime d'une agression sexuelle ne doit pas demeurer hospitalisé dans la même unité que son agresseur.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « Cette modalité est déjà préconisée dans le cadre de la procédure « agression sexuelle » et intégrée dans nos pratiques. Elle est mise en œuvre et rappelée au Pôle à chaque nouvel incident sauf dans de rares exceptions.

Faute de place disponible dans les autres UHTP correspondant au profil du patient (patient au long cours, hospitalisé en SDRE et en CI), l'équipe des peupliers n'a pas pu transférer le patient dans une autre unité mais a veillé à aménager les temps de présence dans les parties communes pour éviter que la patiente « agressée » soit en contact direct avec son présumé agresseur ».

2.4.2 Le traitement des réclamations et des plaintes

Le traitement des plaintes et réclamations est assuré par la DQRJU, qui dispose d'un service « affaires juridiques » en lien avec les pôles de soins et d'une responsable des relations avec les usagers. Une procédure dite « gestion des réclamations » est en place pour assurer l'enregistrement des réclamations dans l'Intranet, en accuser réception auprès du plaignant, assurer le traitement par échange avec les pôles et y répondre, dans un délai de dix jours. Une relance est opérée à défaut avec une demande de réponse immédiate. Le rapport annuel d'activité de la CDU pour l'année 2021 relève un délai moyen de réponse de 28 jours, en augmentation par rapport à 2020 (20 jours). Ces délais peuvent varier en fonction de la nature de la réclamation et des informations demandées.

76 réclamations ont été reçues par la DQRJU en 2021 (83 en 2020, 74 entre le 1^{er} janvier et le 7 octobre 2022), dont 72 étaient clôturées au 1^{er} mars 2022, dont 9 clôturées sans suite le 31 décembre 2021, par absence de retour des pôles concernés⁶¹. Une seule réclamation a porté sur le respect de la dignité et de l'intimité.

L'information des patients concernant les modalités de réclamation auprès de la direction de l'établissement et de saisine de la CDU est donnée par voie d'affichage dans les unités, et le livret d'accueil indique les coordonnées de cette dernière. Un processus de médiation animé par la CDU

⁵⁸ Relevé de décisions du 26 avril 2022.

⁵⁹ COVIRIS : comité de vigilance et de gestion des risques sanitaires.

⁶⁰ La patiente n'a pas souhaité porter plainte et l'agression a été signalée par la cheffe du service de protection des majeurs au juge des tutelles.

⁶¹ Données du rapport annuel d'activités de la CDU pour 2021.

est également en place. Le commissariat de police de Neuilly-sur-Marne, territorialement compétent, est avisé des faits considérés comme les plus graves⁶². Le dépôt de plainte est proposé aux patients. Ils sont accompagnés dans ce processus. Deux situations mettant en cause le comportement de soignants à l'égard de patients ont été portées à la connaissance des contrôleurs. Elles ont donné lieu à une convocation devant le conseil de discipline d'établissement et à la mise en œuvre des sanctions qu'il a proposées.

2.5 LE COMITE D'ETHIQUE EST CONNU MAIS PEU SOLLICITE PAR LES UNITES DE SOINS

Le comité d'éthique (CE) se réunit en moyenne cinq fois par an en séances plénières et cinq fois en réunion de bureau. Un rapport annuel est remis par le président du comité au directeur de l'établissement et mis en ligne sur le site Intranet de l'hôpital. Le CE a été conduit ces dernières années à s'interroger sur :

- le respect des droits fondamentaux des patients-détenus ;
- une demande d'accompagnement à l'étranger d'une patiente atteinte de troubles somatiques graves pour son euthanasie ;
- le maintien des oculi sur les portes des chambres du service de pédopsychiatrie ;
- les mesures de contention et d'isolement à propos desquelles le CE a rédigé un rapport ;
- la demande de communication de ce rapport et du registre⁶³ « contention et isolement » rédigés par le comité, à la commission des citoyens pour les droits de l'homme, liée à l'église de scientologie.

Les réflexions en cours portent sur l'augmentation des mesures d'isolement et l'allongement de leur durée.

Les unités de soins connaissent l'existence du comité mais font peu appel à lui, particulièrement depuis la crise sanitaire liée à la Covid-19. Dans ce contexte, le comité vient de décider de mener une campagne d'information auprès de l'ensemble des agents de l'hôpital.

⁶² Les agressions sexuelles principalement.

⁶³ Terme utilisé par le CE pour désigner le recueil des mesures d'isolement et de contention à des fins d'analyse.

3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

3.1 DE NOMBREUX PATIENTS ATTENDENT QUOTIDIENNEMENT DANS LES SERVICES D'URGENCE, DURANT PLUSIEURS JOURS ET DANS DES CONDITIONS INDIGNES, LEUR TRANSFERT VERS L'EPSVE

3.1.1 Les prises en charge de l'urgence et de la crise

a) La défaillance du système

Une quinzaine de patients en moyenne attendent quotidiennement, dans des conditions indignes, dans les services d'urgence des CH départementaux dans lesquels l'EPSVE dispose d'une antenne de prise en charge des urgences psychiatriques (cf. 2.1.2) et d'une activité de liaison. Les patients concernés attendent pendant une période variant d'un à huit jours (cf. 7.1), en position assise sur le siège plus qu'inconfortable de la salle d'attente pour les personnes calmes, ou en position allongée et contentionnées sur un brancard de 70 cm de large pour celles qui présentent une agitation, sans liberté de mouvement, et sans accès permanent et spontané à un point d'eau ni à des WC.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « *Le temps d'attente moyen des patients en attente d'hospitalisation, tous SAU confondus, calculé depuis la semaine 46 de 2022 est de 20h52 (source : données du BPOS ci-dessous). Bien entendu cette moyenne recoupe des situations individuelles qui peuvent être disparates : pour illustration, le minimum des moyennes hebdomadaires sur la période est de 10h, le maximum de 34h28. En 2022 : Semaine 46/47-temps d'attente moyen : 17h48, S47/48-13h12, S48/49-22h18, S49/50-21h09, S50/51-23h49, S51/52-15h08, S52/S1-24h04. En 2023 : S1/S2-16h52, S2/S3-25h21, S3/S4-34h28, S4/S5-19h29, S5/S6-18h40, S6/S7-27h24, S7/S8-20h55, S8/S9-25h59, S9/S10-16h02, S10/S11-24h45, S11/S12-21h31, S12/S13-10h07, S13/S14-11h33, S14/S15-25h15, S15/S16-23h08* ».

Les causes de cette situation, multiples, sont structurelles :

- l'inadéquation de la dotation populationnelle départementale des lits de psychiatrie, qui participe de l'insuffisance du nombre des lits utiles d'accueil de l'EPSVE (cf. 2.1.1);
- l'inadéquation de la capacité en lits des UHTP avec la file active de chaque pôle (cf. *Recommandation 3*) ;
- l'insuffisance marquée de structures d'aval ;

et fonctionnelles :

- le CAC des pôles G9, G15, G16 et G18 ne fonctionne pas comme un CAC mais comme une UHTP assortie d'un CMP⁶⁴ ;
- le nombre de lits occupés par des PRDI, qui dépasse les capacités des UHTP spécifiques et entraîne le blocage de lits utiles pour l'accueil des patients dans les UHTP de psychiatrie aiguë ;

⁶⁴ Le CAC disposait d'une mission théorique associant des hospitalisations d'une durée courte (inférieure à sept jours) à destination de patients admis en SL, ainsi qu'un accueil téléphonique et de consultation 24h/24. Le fonctionnement de cette unité fait face en réalité à des hospitalisations longues pouvant atteindre 5 mois, à un afflux d'accueil en consultation pour pallier l'insuffisance d'accès dans les CMP des pôles 16 et 18 en raison du manque de médecins, et les accueils ont été limités entre 9h et 17h, avec une indication pour les patients de se rendre aux urgences du CH Montfermeil en dehors.

- la stigmatisation des patients porteurs de troubles mentaux dans les démarches d'accès à l'hébergement et au logement, qui compromet ou ralentit fortement les projets de sortie ;
- la pénurie de médecins et de soignants dans les CMP, responsable de délais de consultation importants, pour les patients qui, ne pouvant attendre, se présentent aux urgences ;
- des sorties d'hospitalisation trop précoces, rapportées dans de nombreuses unités pour répondre à la pression de libération des lits, de patients trop récemment ou insuffisamment stabilisés, qui se représentent rapidement aux urgences ;
- les fermetures de lits mise en œuvre en 2021 et en 2022, pour pallier l'insuffisance de soignants durant les périodes de congés d'été ;
- l'accueil de patients hors département.

RECOMMANDATION 8

Des mesures doivent être prises sans délai pour mettre un terme aux conditions indignes de l'attente des patients dans les services d'urgence, notamment ceux faisant l'objet d'une indication de prise en charge en soins psychiatriques sans consentement.

b) Les solutions effectives et envisagées

Une cellule de régulation régionale des lits de psychiatrie a été mise en œuvre par la DOS⁶⁵ de l'ARS Ile-de-France au mois de juin 2020. Le contexte était celui du nombre important de patients en attente dans les services d'urgences des hôpitaux Séquano-Dionysiens, sans solution d'hospitalisation, les taux d'occupation des EPS dépassant 100 %. L'ARS a fait valoir à cette occasion les fortes disparités de l'équipement en lits des départements, et ceux disponibles dans les services psychiatriques de Paris. Lors d'une réunion de mise en place, sans la participation de l'assistance publique des hôpitaux de Paris (APHP), d'autres départements (Hauts-de-Seine, Val-de-Marne, Yvelines) étaient également en difficulté. La cellule a été portée par le groupe hospitalier universitaire « Paris Neurosciences » (GHUPN) au mois de juillet 2020, puis par l'EPS Barthélémy Durand (Essonnes) au mois d'août. Le GHUPN a obtenu sa fermeture au mois de septembre. La cellule a été remise en place pendant la période estivale de 2021 et gérée par le SAMU, uniquement pour les patients en SL, puis réactivée et confiée au GHUPN lors de l'été 2022. Les règles d'hébergement étaient complexes à respecter (engagements de reprise d'une durée très brève, de 24 à 48h et réalisation obligatoire d'un test COVID). L'aide apportée par la cellule a toutefois été qualifiée de substantielle, malgré des négociations décrites comme laborieuses et peu fructueuses. Le personnel qui la compose est peu adéquat⁶⁶. La possibilité de trouver une solution d'hospitalisation d'un patient en CI et la décision de transférer un patient en SDRE ne font pas partie de ses prérogatives. Les patients présentant la fragilité clinique et les risques les plus importants ne bénéficient donc pas de ce système d'orientation. La cellule ne trouve des solutions d'hébergement que dans un tiers des cas. Des dissensions entre les communautés médicales des différents départements ont été rapportées.

⁶⁵ DOS : direction de l'offre de soins.

⁶⁶ Le personnel qui compose la cellule comprend des agents en reclassement (cuisiniers, brancardiers, aides-soignants, encadrés par un cadre de santé à temps partiel).

RECOMMANDATION 9

La cellule de régulation régionale des lits de psychiatrie mise en œuvre par l'ARS Ile-de-France doit être renforcée et composée d'agents spécifiquement compétents et représentatifs des entités qu'elle représente, et disposer de prérogatives lui permettant de constituer une instance de régulation pertinente.

L'EPSVE a mis en œuvre le bureau de la permanence et de l'organisation (BPOS) des soins au mois d'avril 2020, ouvert quotidiennement de 7h à 21h. Sous la responsabilité d'un cadre de santé (CS) et de trois agents faisant-fonction de CS (renouvelés individuellement chaque année selon les départements), ses missions associent la coordination et la régulation des lits de l'établissement, le rapport de la situation des lits aux instances⁶⁷, la gestion des effectifs en l'absence des CS et le soutien RH aux équipes, et la médiation avec les familles des patients en attente.

Concernant la situation des lits hôteliers et de CI de l'établissement, le nombre de patients en attente dans les services d'urgence, leur mode d'hospitalisation (SL ou SSC), l'urgence clinique d'une admission, les sorties (programmées, fugue) le BPOS est en contact téléphonique et par courriel, pluriquotidien 7j/7, avec l'ensemble des UHTP et des antennes psychiatriques dans les services d'urgence, pour la transmission en temps réel des éléments de tension capacitaire. Il émet également un « flash infos » hebdomadaire qui restitue de façon détaillée l'évolution de cette tension.

L'équipe du BPOS rencontre les services d'urgences départementaux (hôpital de Montfermeil, Saint-Denis, Bobigny), et parisiens (hôpital Bichat et Tenon, CPOA⁶⁸) concernés, la cellule de régulation de lits de psychiatrie, afin de créer un lien professionnel transversal concernant le thème de la tension capacitaire, d'établir un constat des situations concernées, et de prévenir les dysfonctionnements⁶⁹ inter établissements. Les situations d'hébergement hors EPSVE font l'objet d'un engagement actuel de reprise du patient dans les 48 à 72h.

Une équipe « vis ma vie au BPOS », composée d'une dizaine d'agents (des CSS et des CS) a été mise en place pour assurer ponctuellement des remplacements au BPOS.

L'activité du BPOS est évaluée à l'occasion d'un REX annuel.

BONNE PRATIQUE 2

Le bureau de la permanence et de l'organisation des soins établit la situation de tension capacitaire de l'établissement, quotidiennement et en temps réel, et contribue avec pertinence à répondre à l'indignité de l'attente prolongée des patients dans les services d'urgences du département.

⁶⁷ Les instances auxquelles le BPOS effectue ses rapports : commission médicale d'établissement (CME), comité de direction (CODIR), commission d'organisation de la permanence des soins (COPS), séminaire des nouveaux internes.

⁶⁸ CPOA : centre d'orientation et d'accueil de l'hôpital Sainte-Anne, membre du GHUPN.

⁶⁹ Des situations de « passage à l'acte » où certains services d'urgence parisiens mettent des patients dans des ambulances pour les adresser à l'EPSVE, sans concertation clinique préalable ni information du départ du patient, ont été rapportées aux contrôleurs.

Le CAC des pôles G9, G15, G16 et G18, qui ne répond pas à ses missions initiales (*cf. supra a*), a également vu l'accroissement très important des indications d'hospitalisation des patients adolescents et jeunes adultes pendant la crise sanitaire. Son déménagement dans une unité réhabilitée, et sa reconversion en unité d'accueil spécifique des patients adolescents et jeunes adultes, sont prévus à l'occasion de la tranche « pôle santé » des travaux de restructuration.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, formule : « *Le CAC, subissant la tension capacitaire de l'établissement et l'absence de solution d'aval, se trouve obligé de dépasser la durée moyenne de séjour (DMS) recommandée pour un CAC. Cependant, il continue d'assurer les accueils d'urgence et de gérer les situations de crise relevant des secteurs G9, 15, 16 et 18* ».

Le CRUP, qui ouvrira au sein du CH Delafontaine de Saint-Denis, sous la responsabilité unique du médecin chef du pôle G04, avec une équipe de soignants de l'EPSVE, comprendra :

- une unité de huit lits, correspondant à la reconversion du CAC de Saint-Denis (destiné à des patients en SL), habilitée pour l'accueil de patients en SSC, et prévue pour l'accueil de certains de ceux qui attendent dans le service des urgences ;
- une unité d'hospitalisation de courte durée (48h), de quatre lits⁷⁰ pour l'accueil de patients en SL ;
- deux CI et un lit de surveillance brève des patients ayant fait l'objet de l'administration de traitement antipsychotique injectable retard.

L'ouverture d'un deuxième CRUP, au sein des urgences du CH Avicenne de Bobigny, est prévue dans le deuxième volet du PPI (*cf. 2.1.3*).

c) Les difficultés à anticiper

Le plan de solutions prévu ne pourra faire l'économie de considérer l'ensemble des causes décrites au 3.1.1.a), notamment :

- la péjoration imprévisible des difficultés de recrutement médical et soignant ;
- la nécessité d'une approche structurelle qui requiert une dotation en lits populationnelle, intégrant la réalité et l'évolution démographique de la population du département ;
- l'augmentation de la capacité en lits des UHTP de psychiatrie aiguë à l'issue des travaux (prévue de 135 à 150 lits), doit réellement permettre de répondre au nombre d'indications d'hospitalisation ;
- la quantification du nombre de PRDI est nécessaire à connaître pour définir le projet de restructuration des trois unités spécifiques, afin que ces patients aux longues DMS n'embolissent plus les lits des UHTP de psychiatrie aiguë ;
- la reconversion du CAC des pôles G9, G15, G16 et G18 en unité pour adolescents et jeunes adultes ne prévoit pas l'orientation de tous les autres patients en SL (mineurs, adultes, patients âgés) de ces quatre pôles, qui pourraient se présenter dans les services d'urgences ;

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « *La transformation du CAC en unité 16-25 ans répond à un besoin de lits et de structure adaptée pour ces jeunes (10 lits d'UHTP du site de Neuilly sur Marne et 47 lits sur l'ensemble de l'établissement sont occupés par*

⁷⁰ Ces quatre lits appartiennent au CH Delafontaine de Saint-Denis, les actes de soins qui leur sont liés seront cotés en T2A, et leur financement reversé par l'EPSVE. Le DPI étant CORTEXTE, le transfert des données vers le logiciel du CH de Saint-Denis par une secrétaire est prévu pour la facturation.

des jeunes de 16-25 ans sur l'année. Un groupe projet a démarré après la visite du CGLPL et est constitué des représentants de tous les pôles concernés ainsi que de la direction pour organiser la mise en place de cette unité ainsi que les modifications de parcours et de fonctionnement qui vont en découler. Tous les impacts que pourrait avoir cette transformation sont travaillés et anticipés dans le cadre de ces travaux ».

- le CRUP localisé au CH Delafontaine de Saint-Denis pourrait ne pas constituer une solution partielle, en raison des difficultés de recrutement. Censé ouvrir au mois de novembre 2022, le CRUP accuse, lors de la visite, un défaut de recrutement préoccupant de sept des neuf IDE prévues dans l'équipe de jour et de trois des cinq IDE prévues dans l'équipe de nuit, soit un manque de dix IDE au total. Cette unité pourrait ainsi ne pas ouvrir comme prévu, ouvrir avec un délai de retard imprévisible, ou ouvrir pour fonctionner de façon dégradée avec un nombre de lits utiles revu à la baisse ;
- La création d'une USIP de 20 lits pourrait ne pas constituer une solution, en raison :
 - o des difficultés de recrutement qui ne permettraient pas de constituer l'effectif nécessaire à son fonctionnement ;
 - o de l'accueil de patients déjà hospitalisés dans l'établissement, que les UHTP d'origine devront reprendre à l'issue des soins ;
 - o d'une participation possible à la prise en charge hospitalière des patients-détenus du département ;
- un investissement particulier de l'établissement et d'équipes mobiles spécifiques dans un travail de communication, de lien et de soutien, avec l'ensemble des structures d'aval potentiellement partenaires serait pertinent, afin de tenter d'obtenir une évolution efficace dans le domaine de la sortie des patients.

RECOMMANDATION 10

Le plan de solutions mis en œuvre, pour mettre fin à l'indignité de la situation des patients qui attendent dans les services d'urgence départementaux, doit permettre une ouverture du CRUP, situé à l'hôpital de Saint-Denis, avec un effectif complet et anticiper les modalités de soins des patients qui ne seront plus reçus dans les centres d'accueil et de crise reconvertis. Il doit également considérer le nombre de lits utiles pour l'accueil dans les unités de psychiatrie aiguë et de psychiatrie des patients résistants, et prendre en compte le taux de représentation aux urgences et de ré-hospitalisation en raison d'une sortie trop précoce.

3.1.2 L'accueil dans les services

Le BPOS adresse chaque matin par courriel un état de la situation des patients qui attendent dans les services d'urgences. Les CS des unités contactent par téléphone le service d'urgences hébergeant le patient qui les concernent, pour obtenir un complément d'information sur son état clinique, et organiser les modalités de son transfert, selon la disponibilité de la chambre. L'information est ensuite communiquée au BPOS en retour.

Les patients sont très majoritairement adressés par les services d'urgences départementaux et accueillis dans les unités par un ou deux soignants. Les patients adressés en brancard, pour une prise en charge initiale en CI, sont accompagnés par un accès réservé de l'unité. Le patient n'a pas le choix de sa chambre en raison de la situation de tension capacitaire.

Un premier entretien avec l'IDE est réalisé qui permet une présentation, une visite de l'unité, le recueil des données personnelles, une réponse aux questions du patient, et la réalisation de l'inventaire (cf. 4.3.1).

Les objets dangereux sont retirés mais aucune restriction ni mise en pyjama systématique n'est appliquée, à l'exception d'une consigne médicale spécifique en lien avec l'état clinique. De nombreux patients, sans ressources, portent librement le pyjama institutionnel (haut, bas, les deux) comme un vêtement.

Les valeurs du patient peuvent être placées dans le coffre du placard de sa chambre, ou celui de l'unité.

Les patients en SSC arrivent dans l'unité munis de tous les documents utiles à leur admission, transmis par l'équipe à la secrétaire médicale de l'unité qui procède à une vérification de légalité, fait procéder aux rectifications⁷¹ éventuellement nécessaires, puis à l'enregistrement du patient. Les documents sont ensuite transmis au service des admissions pour l'établissement de la décision d'admission du directeur s'agissant des SDDE, ou à l'ARS s'agissant des SPDRE (quand l'arrêté n'a pas été pris avant l'arrivée du patient). La décision d'admission est à son tour adressée par courriel au secrétariat médical⁷² qui la conserve.

Le patient est rapidement reçu en entretien par le psychiatre⁷³, en présence d'un soignant, au cours duquel, et de façon adaptée à son état clinique, la décision et le mode d'hospitalisation lui sont ainsi notifiés, le document sus-décrit remis et la prescription médicamenteuse expliqués. Le recueil de ses observations n'est pas systématiquement effectué et tracé (cf. Recommandation 13). Le patient est informé de l'identité du tiers demandeur éventuel, lors d'une procédure de SDDE.

Un service d'interprétariat, téléphonique comme présentiel, est accessible et utilisé.

Le patient fait l'objet d'un examen somatique dans les 24h de son admission en semaine. L'interne de garde est sollicité le week-end en cas de difficulté, l'examen du somaticien étant reporté au lundi (cf. 8.2).

La recherche d'une mesure de protection des biens effective ou les démarches pour sa mise en œuvre sont principalement effectuées à l'initiative de l'assistante de service social (ASS).

3.2 LES MODALITES DE RECUEIL DES DONNEES NE PERMETTENT PAS D'ILLUSTRE AVEC FIABILITE L'ACTIVITE TRES ELEVEE DES SOINS DISPENSES SANS CONSENTEMENT

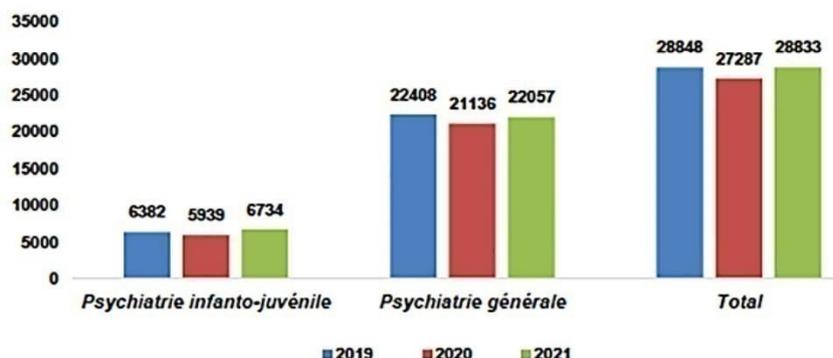
3.2.1 La tension capacitaire

En 2021 la file active de l'établissement s'est élevée à 28 833 patients. Entre 2020 et 2021 la file active a augmenté de 5,7 % sans atteindre toutefois le niveau de 2019.

⁷¹ Par exemple, une erreur de texte concernant le mode de prise en charge, une erreur sur l'identité du tiers, etc.

⁷² Une permanence est assurée le samedi et le dimanche par une secrétaire de pôle pour tout l'établissement.

⁷³ L'entretien est conduit par le psychiatre de l'unité pendant la journée en semaine et le samedi matin, par le médecin qui assure la permanence des soins entre 17h et 18h30, par l'interne de garde après 18h30 en semaine, et par l'interne ou le sénior de garde le samedi après-midi et le dimanche dans la journée.



Evolution de la file active 2019 - 2021⁷⁴

Les contrôleurs ont pu observer une tension capacitaire dans les unités, qui comporte des conséquences s'agissant du respect de la dignité de l'accueil et de certains droits des patients, notamment :

- leur attente inadéquate et indigne dans les services d'urgences des hôpitaux départementaux (cf. Recommandation 1) ;
- leur accueil inapproprié en hébergement dans un service ne correspondant pas à leur secteur d'origine⁷⁵ (cf. Recommandation 3) ;
- la non-conservation de la chambre hôtelière des patients isolés et sa réattribution pour répondre à l'accueil de nouveaux patients (cf. Recommandation 23) ;
- la précocité de certaines sorties d'hospitalisation pour libérer des lits, afin de permettre l'accueil de patients maintenus dans les services d'urgences.

Tableau : Taux d'occupation des UHTP (période du 1^{er} janvier au 1^{er} septembre 2022)⁷⁶.

UHTP	2021	2022
G03 Trèfles	95,8 %	93,3 %
G09 Tournesols	98,6 %	101,2 %
G09 Peupliers	100,7 %	103 %
G10 Tamaris	94,3 %	102,1 %
G12 Morvan	91,7 %	96 %
G12 Alizé	92,4 %	92,7 %
G15 Champagne	96,3 %	100 %
G16 Provence	93,5 %	95,6 %
G18 Dauphiné	98,6 %	100,5 %

⁷⁴ Données issues du rapport d'activité 2021.

⁷⁵ Par exemple, cinq patients étaient hébergés à l'UHTP Morvan lors de la visite, en attente d'une place dans l'UHTP de leur secteur d'origine. Le psychiatre continue de suivre les patients de son secteur dans ce cas et se déplace dans les unités pour réaliser les entretiens avec le patient.

⁷⁶ Données fournies par l'établissement dans le tableau Excel intitulé « Taux d'occupation 2021-2022 ».

Les taux d'occupation des unités Tournesols, Tamaris, Champagne et Dauphiné supérieurs à 100 %, et ceux des autres UHTP tous supérieurs à 92 % en 2022, ne sont pas compatibles avec la gestion sereine de l'accueil des patients et la réalisation des missions de soins dans le respect de leur dignité et de leurs droits.

3.2.2 Les données de l'activité des SSC

Toutes les UHTP du site de Neuilly-sur-Marne, sauf Alizé, 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	SDRE	SDTU	SPI	SDT
G03 Trèfles	12	9	1	-	1	1
G09 Tournesols	21	10	2	4	4	1
G09 Peupliers	15	12	1	2	-	-
G10 Tamaris ⁷⁷	24	3	7	3	4	6
G12 Morvan	21	8	3	6	4	4
G12 Alizé	11	11	-	-	-	-
G15 Champagne	27	13	4	1	3	6
G16 Provence	19	13	2	2	2	-
G18 Dauphiné	22	8	3	4	7	-
TOTAL	172	87	23	22	25	18

Les données de l'activité concernant les SSC fournies par l'établissement n'ont pas permis aux contrôleurs d'en établir une analyse fiable. Dans le document récapitulatif concernant les SSC remis par l'établissement, les données concernant les patients hospitalisés en SDTU ne sont pas renseignées et le total des SPI et des SDT excède le nombre de SDDE. Dans le tableau ci-dessus, dont les données sont extraites des tableaux par unité adressés par le CGLPL et dont le renseignement par l'établissement a été sollicité au début de la visite, le total des modes d'hospitalisation excède celui du nombre de patients. Toutefois, les données du tableau révèlent une proportion très élevée de patients hospitalisés en SSC, autour de 50 %, 13,4 % en SDRE, 10,5 % en SDT, 14,5 % en SDTPI, et 12,8 % en SDTU. La proportion des procédures de SDT ne représente que 27,7 % des SDDE, montrant que la procédure dérogatoire est devenue la règle. Les droits fondamentaux des patients sont ainsi atteints, la mesure de SSC s'établissant après un seul certificat médical, et l'absence d'intervention d'un tiers les privant d'une voie de levée de mesure.

RECOMMANDATION 11

L'établissement doit mettre en œuvre une modalité de recueil fiable et exploitable des données de son activité concernant les soins sans consentement, et conduire urgemment une réflexion

⁷⁷ Un mineur en OPP était hospitalisé dans l'UHTP au moment du contrôle, non comptabilisé dans le tableau.

pour analyser la proportion très élevée des mesures dérogatoires de SDT « péril imminent » et « en urgence », responsable d'une atteinte aux droits fondamentaux des patients.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « Sur le plan informatique, les écarts proviennent du fait de sources différentes qui ne sont pas forcément alimentées au même moment. Règles de gestion pour lier la mesure au séjour (alors que non corrélé dans le temps), non explicité dans les demandes et qui peut déboucher sur des algorithmes différents. Concernant la différenciation des modes de placement, une demande de case à côcher pour distinguer les mesures provisoires, des mesures préfectorales a été faite à l'éditeur. Cette demande est à l'étude.

Sur la question du nombre élevé de mesures dérogatoires : Ces mesures sont déclenchées dans les différents services d'accueil des urgences. Le groupe EPP « Soins sans consentement », doit entamer 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 : deux médecins établissent les certificats initiaux. Un même médecin peut établir les certificats des 24 et 72 heures. Donc au minimum trois médecins interviennent durant la période d'observation.
- Pour les SDT cas d'urgence : un médecin établit le certificat initial, puis deux autres médecins établissent le certificat des 24 heures et celui des 72 heures. Donc, de nouveau, trois médecins interviennent durant la période d'observation.
- Pour les mesures de périls imminents : un médecin établit le certificat initial, puis deux autres médecins établissent le certificat des 24 heures et celui des 72 heures. Donc, de nouveau, trois 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 suivant l'admission (dans la mesure du possible). Cette modalité de prise en charge n'entrave pas l'application de l'article L. 3212-9 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, trois médecins au minimum interviennent, ce qui semble être l'esprit de la loi en termes de sécurisation de la procédure. Mais, 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 ».

3.3 L'INFORMATION ESSENTIELLEMENT ORALE ET LES ECRITS REMIS NE PERMETTENT PAS AU PATIENT DE CONNAITRE L'ETENDUE DE SES DROITS

3.3.1 L'information sur les règles de vie

Le livret d'accueil est un recueil de 51 pages contenant des informations pratiques concernant l'admission, les principaux interlocuteurs, les liens avec les proches, les droits, l'organisation générale des soins et la fin du séjour. Il comporte plusieurs informations obsolètes nécessitant une mise à jour, telle la mention du point d'accès au droit, inactif depuis plusieurs années.

Les professionnels ont indiqué qu'à son arrivée dans l'unité ou lorsque son état clinique le permet, le patient doit se voir remettre un livret d'accueil et un questionnaire de satisfaction. Le rapport de la HAS du mois de mars 2021 précise que le dossier du patient informatisé prévoit une case à cocher lors de la remise du livret et que l'extraction des données informatiques pour l'année 2020 indique un taux de remise de 24 %. Cette donnée sollicitée pour les neuf premiers mois de l'année 2022 n'a pas été transmise aux contrôleurs.

Le règlement de fonctionnement de chaque unité apporte des précisions concernant l'organisation de la vie quotidienne, notamment les règles de vie en communauté, l'heure des repas, l'accès au tabac, le téléphone, les horaires d'ouverture du jardin et des visites. Il est remis et affiché, à l'exception des unités Trèfles et Champagne.

L'affichage n'est pas systématisé dans les unités. On trouve généralement la charte du patient hospitalisé, parfois le document explicatif du point d'accès au droit (inactif), ou encore une fiche décrivant les missions de la commission des usagers. Aucun document n'explique les possibilités offertes sur le site de l'EPSVE concernant l'accès au sport, à la cafétéria ou à une bibliothèque.

RECOMMANDATION 12

Chaque patient doit recevoir un livret d'accueil et un règlement de fonctionnement contenant des informations actualisées relatives à sa prise en charge et aux règles de vie de l'unité qui l'accueille.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « Le livret d'accueil est en cours de mise à jour. Les besoins d'ajout d'information ou de modification sont ciblés. Toutes les informations nécessaires seront prises en compte. La procédure de remise du livret d'accueil sera actualisée à l'occasion de la révision, la remise du règlement de fonctionnement du service sera réalisée avec le livret. 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 ».

3.3.2 L'information générale sur les droits

Le livret d'accueil est erroné lorsqu'il indique une intervention du JLD dans les quinze jours de l'hospitalisation et incomplet en ce qu'il ne mentionne pas son office de contrôle des mesures d'isolement et de contention⁷⁸. L'information de la possibilité de saisir le magistrat, hors les échéances légales, n'apparaît pas mais est assurée oralement, ainsi que les contrôleurs ont pu le constater dans plusieurs unités.

Aucun document remis ni affiché ne reprend convenablement les droits des patients hospitalisés en SSC, tels que définis par l'article L.3211-3 du code de la santé publique. Ces droits mal connus des professionnels, peuvent difficilement être expliqués aux patients.

L'information du cadre de l'hospitalisation et la notification des décisions de SSC est habituellement assurée par un médecin, à l'exception de l'unité Trèfles où le cadre de santé y pourvoit. Si le patient peut conserver la copie de la décision du JLD, les copies des décisions du directeur d'établissement

⁷⁸ La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, renvoie à son commentaire précédent.

et du représentant de l'Etat ne lui sont pas proposées et sont déposées dans une pochette qui lui sera remise au moment de sa sortie d'hospitalisation. Les certificats médicaux des 24 et 72h ne sont jamais donnés à la personne alors que les décisions s'en approprient parfois les motifs, sans les citer dans leur ensemble.

Les observations du patient ne sont pas clairement sollicitées ni renseignées dans le certificat médical. Leur intégration dans le logiciel CORTEXTE est aléatoire, à l'exception des unités Provence et Dauphiné qui assurent renseigner systématiquement les observations des patients.

Tous les services et les unités de l'établissement ont à disposition un service d'interprétariat⁷⁹ pour assurer la traduction lors des notifications faites aux patients ne maîtrisant pas la langue française.

RECOMMANDATION 13

L'ensemble des pièces administratives et médicales relatives aux soins sans consentement doit être remis au patient tout au long de son hospitalisation. La notification des décisions ne doit pas se limiter à l'évocation des voies de recours mais doit permettre au patient de connaître l'étendue des droits reconnus à toute personne placée en soins sans consentement. Cette information doit être communiquée sur un support pouvant être conservé. Le médecin doit recueillir formellement les observations du patient, lors de la décision d'admission en soins sans consentement, comme lors de toute modification concernant sa prise en charge.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *Le document (papier vert ou rose) remis aux patients au moment de leur admission a été modifié. Cette nouvelle version offre à présent une meilleure lisibilité aux patients mais surtout une liste exhaustive de leurs droits et voies de recours énoncés dans l'article L.3211-3 du CSP.*

Le groupe EPP sur les soins sans consentement travaille sur la sensibilisation des unités de soins à cette obligation légale (remettre les décisions et les arrêtés aux patients). Les décisions suivant les admissions sont motivées (elles reprennent les motifs de l'hospitalisation).

Des documents sont mis à disposition des services de soins afin que les informations relatives aux droits et voies de recours soient portées à la connaissance du patient. Elles sont en outre expliquées, lorsque l'état du patient le permet. Ces informations sont rappelées lors des modifications relatives à la prise en charge avec la possibilité pour l'intéressé de faire valoir ses observations. Le médecin signataire en atteste sur chaque certificat qu'il rédige. Dans le cadre de la préparation à la certification, un document intitulé "Les essentiels - Droits 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 copies des documents modifiés s'agissant de la liste des droits et voies de recours, celles des "essentiels-droit et information du patient" et du "devoir d'information et recueil du consentement" sont fournies au CGLPL ».

L'information du droit d'accès au dossier médical et d'en obtenir copie est généralement donnée oralement, et sa précision figure dans le livret d'accueil. La demande de consultation du dossier médical, rarement sollicitée par les patients, est réalisée sur place, si besoin avec la présence d'un médecin qui fournit les explications nécessaires. La demande d'accès au dossier médical est davantage effectuée, par le patient ou sa famille, après la période d'hospitalisation. Le dossier

⁷⁹ Service d'interprétariat ISM : inter service migrants.

communiqué peut-être retiré auprès du service, transmis sous la forme d'un courrier recommandé par voie postale, ou adressé au médecin traitant du patient. L'EPSVE a reçu 151 demandes d'accès au dossier médical au moment de la visite, et 201 au 31 décembre 2022.

4. LES CONDITIONS DE VIE

4.1 LES LOCAUX SONT VETUSTES ET LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT PARFOIS INDIGNES

4.1.1 Les locaux

S'agissant de la vétusté des locaux et de leur manque de fonctionnalité, le site de Neuilly-sur-Marne a peu évolué depuis le précédent contrôle de 2012.

La présence d'une majorité de chambres hôtelières à deux, voire à trois lits dans deux unités⁸⁰, péjore la qualité de l'hébergement des patients, générant une promiscuité, et des difficultés de répartition, en l'absence de marge de manœuvre liée à la tension capacitaire. Les chambres de certaines unités sont exiguës et très peu disposent d'une douche et de toilettes.

Les chambres d'isolement sont situées en bout de couloir, sans surveillance possible depuis le bureau des soignants. La présence des IDE n'est pas facilitée dans les bâtiments comportant un étage où sont regroupées la majorité des chambres, surtout la nuit lorsque les soignants surveillent et répondent aux sollicitations des patients isolés en CI⁸¹.

La vétusté des locaux, en lien avec l'ancienneté de la construction, est amplifiée dans certaines unités et plus particulièrement pour deux d'entre elles. L'état des sols des chambres à l'étage de l'unité Tournesols (*cf. photos infra*), et celui des plafonds des salles d'eau sont fortement dégradés ; un pan de mur d'une des chambres révèle d'importantes traces de moisissures. L'état de certaines chambres de l'unité Champagne est également dégradé, tout comme celui des chambres d'isolement et de la chambre sécurisée, ainsi qu'un mur souillé à l'étage. Dans les pièces humides de plusieurs unités, la présence de traces de rouille est observable sur les radiateurs et les autres éléments métalliques.



Angle huisserie-mur-plafond



Sol d'une chambre



Sanitaire sans miroir

⁸⁰ Morvan, Provence.

⁸¹ La configuration des locaux à étage, conjuguée à l'effectif de deux IDE en service de nuit, constitue un facteur de risque, dès lors que les soignants ne sont plus disponibles pour assurer la surveillance de l'unité, mobilisés par d'autres tâches.



Sanitaire sans miroir



Plafond de sanitaire



Radiateur et distributeur de papier toilette

Etat des locaux de l'unité Tournesols

Les murs des chambres et des locaux collectifs sont nus et peu décorés, à l'exception des salles de restauration, qui ont fait l'objet de travaux de peinture et des salles d'activités. L'impression d'ensemble est austère et peu chaleureuse.

La présence de verrous de confort dans les chambres⁸² a été relevée de façon positive. En revanche, les têtes de lit sont dépourvues de liseuse et aucun dispositif d'appel n'est en place. Les accessoires tels les miroirs, les patères et les porte-serviettes sont manquants dans de nombreux sanitaires. Le mobilier est simple, en état d'usage, parfois dépareillé, et certains éléments peuvent faire défaut.

4.1.2 La maintenance

La maintenance des locaux est assurée par les services techniques rattachés à la direction des travaux et de la maintenance, entité de la direction du patrimoine et des travaux. Les opérations de maintenance corrective font l'objet de demandes émanant des unités, communément appelées « bons ». Chaque pôle dispose d'un correspondant de secteur auprès des services techniques.

Des difficultés, inégales selon les pôles, de délais voire d'absence de réponse, ont été observées dans le traitement des demandes, ce qui dégrade davantage les conditions de vie des patients et celles de travail des soignants. Aucune difficulté concernant les demandes exprimées n'a été identifiée dans le pôle G12. *A contrario*, une insuffisance de maintenance corrective a été relevée dans les unités Tournesols (*cf. supra*) et Champagne. La situation indigne de privation d'eau chaude sanitaire dans les unités Tamaris (depuis plusieurs semaines), Tournesols (depuis le 28 septembre) et Peupliers illustrent plus particulièrement l'absence de réponse adaptée dans un délai raisonnable. L'intervention n'a eu lieu que le 6 octobre, sans grand succès puisque les dysfonctionnements, étendus au chauffage, perduraient en fin de visite⁸³. Enfin, l'absence de lumière dans les sanitaires de la CS de l'unité Champagne, constatée pendant toute la durée de la

⁸² Certains ont été posés dans les chambres où ils faisaient défaut, pendant la visite.

⁸³ Le problème technique rencontré a été présenté comme la conséquence des travaux en cours pour remplacer la sous-station desservant ces unités, une installation provisoire ayant été déployée le 15 octobre, dans le cadre du schéma directeur technique.

visite, et signalée par l'équipe depuis plusieurs semaines n'a fait l'objet d'aucune intervention des services techniques.

Aucune opération de remise à niveau ciblée n'est prévue dans l'attente de la livraison du projet en cours (hormis des interventions très ponctuelles), bien que nécessaires dans certains bâtiments, qu'il s'agisse de remise en peinture, de rénovation des sols, de l'échange des huisseries défectueuses ou de remise à niveau des équipements et des accessoires (porte-serviettes, distributeurs de papier toilette ou de savon dans les sanitaires et les espaces communs).

Enfin, la communication interne ne permet pas d'éviter, comme cela a pu être observé, des interventions sans préavis pour l'installation d'horloges horodatées dans les chambres d'isolement, alors qu'elles étaient toutes occupées, créant des difficultés de fonctionnement au sein de l'unité concernée.

RECOMMANDATION 14

Les locaux et leur maintenance doivent garantir la dignité des conditions d'hébergement, les travaux de remise à niveau ciblée sollicités par les unités doivent être réalisés, et l'équipement en accessoires des salles d'eau doit être partout présent. La situation indigne de privation d'eau chaude sanitaire et de dysfonctionnement du système de chauffage dans les unités doit ainsi cesser sans attendre l'échéance des travaux de reconstruction.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Les dysfonctionnements structurels relevés (chambres à 2 voire 3 lits, position des chambres et des CI parfois éloignées du bureau des soignants, absence de liseuse dans les chambres, absence d'appel malade, absence de sanitaire individuel, etc.) sont d'ores et déjà pris en compte dans la conception du nouveau pôle santé dont les travaux débutent en fin d'année 2023. À la suite de la dernière visite de certification HAS, l'établissement s'est engagé et a réalisé l'installation dans les CI d'un système d'appel malade, solution d'attente des travaux du nouveau pôle santé.*

Des travaux de rénovation de certaines chambres sont programmés sans attendre la livraison des futures unités de soin. Les accessoires manquants (miroirs, patères, porte-serviettes) sont en cours de remplacement.

Le pôle technique, constitué hors encadrement de six ouvriers électriciens, cinq ouvriers plombiers et sept ouvriers agencement, traite environ 600 demandes d'intervention par mois au gré des 60 adresses de l'EPSVE. L'établissement dispose d'un outil informatique ancien utilisé pour les demandes d'intervention. Cet outil est tombé en panne à deux reprises ces trois dernières années ce qui engendre une perte 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 douze mois, l'établissement est engagé au remplacement de ce dernier par un outil de gestion de maintenance assistée par ordinateur qui sera déployé au mois de septembre 2023 et opérationnel en fin d'année 2023. Cet outil permettra d'identifier et de quantifier les carences relevées dans les rapports du CGLPL afin d'élaborer le cas échéant un plan d'action.

Il n'y a pas de dysfonctionnements majeurs et généralisés sur la distribution d'eau chaude sanitaire sur le site de Neuilly-sur-Marne. Lors de la visite des contrôleurs, la direction du patrimoine et des travaux menait une opération de modernisation de la sous-station alimentant les bâtiments

incriminés (et ceux-ci uniquement). Des difficultés de mise au point rencontrées lors de ces travaux de modernisation ont engendré les perturbations constatées par les contrôleurs. Il s'agissait d'un problème ponctuel et la situation est rentrée dans l'ordre depuis.

Des interventions ponctuelles (sol, peinture, éclairage, ventilation, volets roulants, accessoires, etc.) sont prévues dans les huit mois qui viennent permettant d'améliorer l'accueil des patients dans l'attente du nouveau pôle santé. Le budget minimal consacré est de 450 000 euros. Les bâtiments concernés sont : Tournesol, Tamaris, Morvan, Champagne, Dauphiné, Provence. Le bâtiment Peupliers fera l'objet d'une rénovation globale dans les 12 mois à venir. Le budget minimal est de 500 000 euros ».

4.2 L'HYGIENE EST GLOBALEMENT ASSUREE DANS LES LIMITES QUE PERMET LA VETUSTE DES INSTALLATIONS

4.2.1 L'accès à l'hygiène individuelle

L'accès aux toilettes et aux douches se fait dans les parties communes, la majorité des chambres étant dépourvues de l'un de ces deux équipements, voire des deux.

L'accès aux sanitaires est très majoritairement libre, à l'exception du temps nécessaire pour procéder à l'entretien ménager mais des restrictions⁸⁴ ont parfois été observées. Les cabines de douche disposent toutes d'un verrou intérieur mais pas le sas permettant d'y accéder, ce qui constitue une difficulté de respect de l'intimité, les lieux étant mixtes, voire d'anxiété pour certains, en raison de l'exiguïté de la cabine pour se vêtir.

Des produits d'hygiène individuelle sont disponibles dans les unités pour les patients qui en sont dépourvus. Un kit individuel peut être remis dès l'admission mais aussi des produits nécessaires à l'hygiène⁸⁵, destinés à des patients sans ressources ou n'ayant pas de visiteur pour les dépanner. Leur approvisionnement par le magasin du pôle logistique et hôtelier ne pose pas, en général, de difficultés.

Aucun coiffeur professionnel n'est accessible dans l'établissement.

Les unités disposent d'une buanderie avec un lave-linge et un sèche-linge, ce qui permet le lavage des effets personnels des patients, lorsque la famille n'y procède pas.

RECOMMANDATION 15

Les patients doivent bénéficier d'un accès permanent à des WC et des sanitaires qui garantissent le respect de leur intimité. Les services d'un coiffeur doivent être accessibles, notamment pour les patients qui n'ont pas la possibilité de sortir.

4.2.2 L'entretien des locaux et du linge fourni par l'établissement

La fonction hygiène au sein des UHTP et des HDJ relève des missions des agents de service hospitalier (ASH)⁸⁶, au nombre de 189 sur l'ensemble des sites de l'EPSVE, dont 103 dans les pôles

⁸⁴ Les douches de l'unité Peupliers sont fermées après le temps de la toilette. Un WC sur deux dans chacun des espaces masculin et féminin du rez-de-chaussée de l'unité Tournesols est fermé.

⁸⁵ Savon, shampoing, dentifrice, serviettes hygiéniques.

⁸⁶ La fonction hygiène est externalisée vers des prestataires dans les CMP et les CATTp.

de Neuilly-sur-Marne. Les ASH, rattachés au pôle logistique et hôtelier de la direction des achats, hôtellerie et logistique, et leur encadrement est assuré par les cadres hôteliers sur chacun des sites. La cellule hygiène de la direction des soins apporte son appui dans la définition des protocoles de nettoyage et la formation des agents. Les cadres hôteliers procèdent hebdomadairement à des contrôles de conformité par échantillonnage dans chaque unité, ainsi qu'à un contrôle trimestriel par prélèvements. Les ASH participent également aux prestations de restauration et assurent la gestion de stocks de linge, d'articles d'hygiène et de produits d'entretien.

Les locaux sont apparus nettoyés dans les limites que permet leur vétusté, l'état de propreté pouvant varier en fonction des horaires de nettoyage et du passage.

L'entretien du linge fourni par l'établissement au patient est externalisé auprès d'un prestataire⁸⁷, depuis le mois de mars 2021, le contrat portant sur la location du linge et son entretien. Une dotation pour chaque article a été définie pour chaque UHTP, qui constitue un stock de roulement, le renouvellement étant effectué trois fois par semaine par l'entreprise selon les commandes des unités. L'exécution de ce marché est suivie et un plan d'amélioration a été mis en place, des difficultés ayant été constatées. Seize incidents, dont huit pour le site de Neuilly-sur-Marne, ont fait l'objet d'un signalement au moyen d'une FEI⁸⁸.

La présence de draps sales, dont la fréquence de changement a été signalée comme hebdomadaire, a été relevée dans plusieurs chambres de la même unité. La fréquence est apparue variable dans les autres unités, mais plus rapprochée, avec un renouvellement adapté. L'état d'usure de certains articles⁸⁹ et la qualité des couvertures, rêches au toucher, d'aspect usagé et d'épaisseur insuffisante pour se réchauffer, ont été relevés.

Les contrôleurs ont observé que de nombreux patients sont porteurs des chaussons et des pyjamas fournis par l'EPSVE, qu'ils utilisent pour pallier un manque d'affaires personnelles. Malgré la bonne volonté des personnels qui les approvisionnent, les vestiaires de secours sont insuffisamment fournis et ne permettent pas de proposer aux patients des chaussettes et des chaussures à leur taille.

RECOMMANDATION 16

Les patients doivent partout bénéficier de draps propres dont le changement est effectué à fréquence adaptée et en cas de nécessité, de couvertures dont l'état leur permet de se réchauffer, et d'un stock de vêtements de secours qui réponde à leurs besoins.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « Une dotation est prévue trois fois par semaine à la suite des demandes effectuées par les soignants, si besoin en semaine un stock est disponible à la lingerie. Le week-end une astreinte logistique est en place 24h/24h. Il existe un vestiaire à l'aumônerie accessible à tous les patients pour des dons de vêtements chaussures et autres ».

⁸⁷ Le contrat concerne le linge hôtelier, les pyjamas mais également les vêtements professionnels.

⁸⁸ Six FEI à l'unité Dauphiné et deux à l'unité Morvan. Les difficultés portent sur un défaut de livraison de plusieurs articles, de manière répétée sur les franges nécessaires au nettoyage des sols. La dernière FEI date du 29 avril pour le site de Neuilly-sur-Marne.

⁸⁹ Les pyjamas, les serviettes de toilette.

4.3 LA REALISATION D'UN INVENTAIRE N'EST PAS SYSTEMATIQUE ET L'ACCES DE CERTAINS PATIENTS AUX ESPECES NUMERAIRES ET AUX ARTICLES D'USAGE COURANT EST ONEREUX

4.3.1 Les biens des patients

Les patients disposent d'un coffre à code, inséré dans le placard des chambres hôtelières, pour la remise de leurs biens de valeur. La fermeture de ces placards est majoritairement possible au moyen d'un cadenas, qu'ils doivent se procurer. L'absence de fermeture favorise les vols qui se produisent ponctuellement. A l'exception d'une UHTP dans laquelle cette possibilité a été abandonnée du fait de la présence des coffres, les patients ont la faculté, dans certaines circonstances, de mettre en sécurité des valeurs dans un coffre du bureau du cadre de santé. Cela concerne principalement les espèces numéraires.

La réalisation de l'inventaire des effets⁹⁰ du patient, lors de l'admission, est variable en fonction des unités. L'inventaire est effectué par un ou deux soignants, en présence ou non du patient, en fonction de son état, n'est pas toujours signé contradictoirement, et un exemplaire ne lui est pas toujours remis. Deux unités ne le pratiquent plus, au motif de la présence des coffres⁹¹. Le document, lorsqu'il est réalisé, est scanné et inséré dans le dossier informatisé.

La règle est la conservation par le patient de ses biens, placés dans la bagagerie de l'unité lorsqu'ils excèdent les capacités de conservation en chambre. Le retrait du téléphone portable ou du tabac répond à une prescription médicale. Une régulation de la consommation du tabac est parfois mise en œuvre pour l'adapter aux ressources du patient.

RECOMMANDATION 17

Les patients doivent bénéficier de la réalisation d'un inventaire contradictoire contresigné de leurs effets à l'admission, et de la remise de sa copie, dans toutes les unités.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Une procédure relative à la gestion des biens des patients existe au sein de l'établissement. Un groupe de travail a été constitué afin de faire un état des lieux sur la gestion des biens valeurs des patients (procédure, inventaire, coffre, etc.). Les objectifs de ce groupe de travail sont de sécuriser les biens des patients et leur faciliter l'accès à leurs biens et valeurs. La procédure sera mise à jour dans ce cadre et la recommandation sera intégrée ».

4.3.2 Les personnes protégées

L'établissement dispose d'un service des personnes protégées qui assure le suivi de 185 personnes majeures, pour l'ensemble des sites, 41 étant hospitalisées au moment de la visite. L'effectif du service se compose d'une responsable mandataire judiciaire, de cinq déléguées, et d'un agent administratif. Le service partage sa compétence dans le département avec les mandataires associatifs et familiaux désignés par les juges des tutelles.

Le repérage des patients susceptibles de faire l'objet d'une protection juridique est effectué par l'équipe médico-sociale de l'établissement, un signalement étant alors fait auprès du magistrat. Les

⁹⁰ Réalisé sur papier et scanné dans le logiciel CORTEXTE, ou tracé directement dans ce même logiciel.

⁹¹ Dauphiné et Provence.

juges des tutelles sont rencontrées annuellement⁹² et aucune difficulté n'a été relevée. La personne est accompagnée à l'audience par la responsable mandataire judiciaire ou la déléguée, pour la révision de sa mesure de protection. Le service a pour objectif d'augmenter le niveau de compétence de ses agents par la généralisation de la validation du certificat national des compétences⁹³. Il développe les rencontres au domicile des usagers et les liens avec des établissements bancaires proposant des services adaptés à la clientèle protégée⁹⁴.

Aucune difficulté n'a été signalée dans les unités, à l'exception de celles, mineures, de contact avec les tuteurs extérieurs à l'établissement.

Les tuteurs font appel à des prestataires extérieurs qui facturent forfaitairement leur course pour assurer l'accès au tabac, aux biens d'usage courant⁹⁵, et au retrait d'argent des majeurs protégés ne disposant pas d'autorisations de sortie, d'un soignant pour un accompagnement ni de proches disponibles. Le montant dû peut varier entre 34 et 45 euros, en fonction de la nature des articles commandés. Le recours à ce type d'intervenants se produit après l'épuisement des solutions alternatives. La disparition de la « banque des patients » et la fermeture de l'agence du Trésor public en 2020, ainsi que l'absence de commerces de proximité participent également des difficultés rencontrées.

RECOMMANDATION 18

Les patients protégés ne disposant pas de possibilités de sorties ou de proches disponibles doivent pouvoir accéder sans frais à un retrait d'argent et à l'acquisition de tabac et des produits d'usage courant.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « Cette question a déjà été soulevée par les professionnels et étudiée dans le cadre du groupe de travail relative aux biens des patients (cité dans la réponse contradictoire à la recommandation 17). 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 ».

4.4 LA RESTAURATION S'INSCRIT DANS LA DEMARCHE DE QUALITE DES SOINS

La production des repas pour les différents sites est assurée par l'unité centrale de production alimentaire⁹⁶ de l'EPSVE, rattachée à la DAHL⁹⁷.

⁹² La rencontre précédant la visite eu lieu le 5 mai 2022.

⁹³ Deux délégués sur les cinq que compte le service ont validé ce titre.

⁹⁴ En termes de facilité d'accès pour les intéressés et de gestion des comptes.

⁹⁵ La mise à disposition des articles d'hygiène est réalisée par l'établissement pour les personnes qui en sont en démunies.

⁹⁶ Qui 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.

⁹⁷ Direction des achats, de l'hôtellerie et de la logistique.

Les menus sont établis par les diététiciennes, en vue de répondre aux besoins spécifiques de patients hospitalisés en psychiatrie. Ils sont adaptés pour tenir compte des besoins propres à chaque patient, de ses aversions, de ses orientations culturelles et religieuses ainsi que du régime inhérent à sa pathologie. 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. La proximité avec les unités est assurée par la sectorisation des diététiciennes avec des visites bimensuelles sur place, la liaison avec les médecins et les équipes soignantes, ainsi que des rencontres avec les patients. Ces professionnelles peuvent également procéder à des prises en charge particulière à tout moment, et interviennent également sur le périmètre de l'hygiène alimentaire, au sein des cuisines d'unité, conjointement avec la cellule hygiène. Elles participent aussi à la validation des ateliers de cuisine thérapeutique au niveau des locaux et des processus.

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. Des prestations particulières, comme des barbecues, peuvent être assurées ponctuellement à la demande. Un effort est porté sur la qualité des produits en faisant, appel autant que possible, à des denrées labellisées ou issues de l'agriculture biologique et au circuit court.

Les repas sont livrés en barquette selon le principe de la liaison froide. Ils sont vérifiés et stockés en armoire réfrigérée par les ASH avant d'être chauffés à la température *ad hoc*, préalablement au service du repas. Outre les ASH, le personnel soignant est présent à cette occasion. Le placement est libre. Le service se 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. Aucune doléance n'a été recueillie concernant la qualité gustative des repas ou les quantités et des commentaires positifs de certains patients ont été signalés. Ce constat comporte cependant une exception dans l'unité Trèfles où, selon les informations recueillies, certains composants des menus prévus ne sont pas toujours livrés et des substitutions opérées. *La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Un double contrôle est effectué au chargement des barquettes afin d'éviter tout dysfonctionnement ».*

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR N'EST PAS GARANTIE, EXCEPTE DANS L'UNITE PROVENCE

5.1.1 La circulation des patients dans l'établissement

La fiche 12 du règlement intérieur, dans sa version du 11 avril 2018, indique : « *Selon les secteurs, les pavillons sont ouverts la journée. Ce droit peut être limité sur prescription médicale* ». En réalité, seule l'unité Provence ouvre ses portes de 8h30 à 19h. Toutes les autres unités sont fermées et aucune ne questionne cette organisation. Tous les patients, y compris en SL, doivent ainsi demander l'ouverture de la porte pour accéder au parc ou se rendre aux activités proposées sur le site, voire solliciter une « permission de sortir ».

L'accès aux salles d'activités n'est pas systématiquement garanti au sein des unités, bien que les patients circulent librement vers leurs chambres et disposent d'un vaste jardin. Pour exemple, la salle de l'unité Tournesols, comprenant des livres, un sac de frappe et un vélo d'appartement n'est ouverte qu'à la demande. De même, alors que l'unité Tamaris dispose de plusieurs salles de psychomotricité et d'activités, la porte permettant leur accès est parfois fermée, contrairement à l'affichage de son horaire d'ouverture de 10h30 à 12h et de 13h30 à 17h.

RECOMMANDATION 19

Les modalités de circulation doivent notamment garantir l'accès de tous les patients aux salles d'activités. Aucune sortie de l'unité d'un patient en soins libres ne doit être conditionnée à l'obtention d'une permission.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Malgré les conditions architecturales du site, des efforts médicaux ont été réalisés avec l'ouverture des pôles G10, G12 et G16.*

Une décision institutionnelle a été prise dans le cadre de la certification V2014 afin de garantir les libertés individuelles des patients en SL, il a été acté l'ouverture des unités d'hospitalisation avec l'installation du système suivant de sortie et d'entrée dans le service pour tous les pavillons du site de Neuilly-sur-Marne :

- *pour la sortie : porte palière disposant d'une poignée poussoir à l'intérieur du service. Le patient peut sortir sans l'intervention d'un soignant ;*
- *pour l'entrée: une sonnette est installée à l'entrée de chaque pavillon. Le soignant interviendra physiquement pour ouvrir la porte palière qui ne dispose pas de poignée à l'extérieur afin de prévenir toute intrusion.*

Dans le projet de reconversion du site de Neuilly-sur-Marne, l'installation de systèmes vidéo portier est prévue dans le but de permettre l'ouverture de la porte depuis le poste de soins.

La porte de Tamaris permettant leur accès au secrétariat (Tilleul), bureaux (ASS, psychologue) et salle d'activités reste ouverte pendant les horaires affichés sauf lors des réunions d'équipe et des absences des secrétaires (occupées par ailleurs) ou celles du psychologue, de l'ASS et des activités. Les salles d'activités contiennent du matériel qui peut nécessiter un accompagnement soignant, c'est pourquoi elles ne sont pas accessibles en permanence. Cette question sera étudiée lors d'une réunion de l'observatoire "consentement et contrainte" qui abordera la question des restrictions de

liberté. S'agissant de la sortie de SL soumis à des permissions, il s'agit sans doute de cas isolés qui ont été signalés au CGLPL et en aucun cas une règle institutionnelle. Néanmoins, un triptyque "Respect des libertés individuelles et mesures de restrictions de liberté", 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. Le triptyque est fourni au CGLPL ».

5.1.2 La gestion de la sécurité

L'accès à l'EPSVE est fermé par une barrière et contrôlé. Le bâtiment attenant comprend un poste d'accueil, ainsi que le bureau du responsable de la sécurité. Neuf personnes composent le service de l'accueil et deux agents sont présents de 7h à 21h. La sécurité est confiée à des agents de la société de protection et de gardiennage (SPG), assurant une présence de binômes, 24h/24. L'équipe de nuit assure l'ouverture de la grille pour une admission entre 21h et 7h. Un agent résidant sur le site complète le dispositif et effectue des rondes de 13h à 21h en semaine. Les agents de sécurité assurent un contrôle des véhicules pénétrant dans le domaine. Les sorties s'effectuent librement, à l'exception des patients porteurs d'un pyjama institutionnel faisant l'objet d'une attention particulière, afin de prévenir une fugue. La surveillance du site de l'EPSVE, qui s'étend sur 70 hectares, est complexe en l'absence de dispositif de vidéosurveillance. Les principales difficultés rapportées concernent les fugues, les intrusions de personnes de l'entourage des patients qui se montrent parfois virulentes et l'introduction de produits illicites, notamment des stupéfiants⁹⁸. La sécurisation des bâtiments inoccupés est également questionnée, alors qu'a été cité le cas d'un ancien patient qui en 2022, plusieurs mois durant, s'était installé dans un bâtiment désaffecté du site et adoptait des comportements violents⁹⁹. L'établissement a mandaté le service spécialisé de prévention opérationnelle de la délégation territoriale de la sécurité publique (DTSP 93), afin de réaliser un audit de sécurité.

Les incidents sont gérés par les équipes soignantes au sein des unités. Chaque professionnel est doté d'un PTI¹⁰⁰ qui précise l'unité et l'étage de la survenue de l'agression. Les renforts d'autres unités se déplacent en cas de besoin.

5.1.3 La sécurité incendie

Trois professionnels composent le service de la sécurité incendie pour l'ensemble des sites, intra et extrahospitalier. La formation « sécurité incendie-ateliers pratiques sur site », comprenant l'utilisation d'un extincteur, la conduite à tenir et les principes de l'évacuation, est obligatoire pour les soignants. Trente-six sessions de deux heures sont organisées chaque année. Il est indiqué qu'un exercice d'évacuation est également prévu chaque année dans les unités. Certains agents de la société SPG, titulaires d'une habilitation SSIAP¹⁰¹ de niveau 1, interviennent en cas de déclenchement d'un incendie.

Aucun dispositif de traçage en temps réel des personnes placées en isolement et sous contention n'est prévu. Le personnel soignant, intervenant en première intention, est supposé procéder en

⁹⁸ La synthèse des FEI pour l'ensemble des sites de janvier à septembre 2022 fait état de 26 intrusions, 14 fugues et 6 signalements de consommation de stupéfiants.

⁹⁹ Il a finalement été interpellé par les services de police et placé en détention.

¹⁰⁰ PTI : dispositif portatif d'alarme pour la protection des travailleurs isolés.

¹⁰¹ Service de Sécurité Incendie et d'Assistance aux Personnes.

urgence à l'évacuation des patients ou informer oralement les pompiers de la situation des personnes enfermées ou contenues.

RECOMMANDATION 20

Les services de la sécurité et de la sécurité incendie doivent être informés en temps réel du nombre et de la localisation des personnes isolées ou contenues.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Les services de soins faisant partie du service de sécurité incendie, ils ont connaissance en temps réel de l'occupation ou non des chambres d'isolement et peuvent donc agir en conséquence en cas d'urgence* ».

5.2 LES RESTRICTIONS DANS LA VIE QUOTIDIENNE SONT MODEREES ET INDIVIDUALISEES

Le rythme de la journée est proche du rythme de vie à l'extérieur. Les patients sont sollicités pour le petit-déjeuner entre 7h30 et 8h00 (à l'exception des unités Trèfles et Champagne qui n'imposent pas d'heure de lever) et le coucher s'effectue au plus tard à 23h.

Les patients ont accès à leur chambre, excepté lors des deux heures de ménage. Un verrou de confort permet de préserver la tranquillité et l'intimité. Il est possible de prendre une douche à tout moment de la journée, en accès libre dans la plupart des unités, ou à la demande. Chaque unité dispose d'un vaste jardin accessible de 7h-8h à 21h-22h. Des patients peuvent y être accompagnés la nuit lorsqu'ils expriment le besoin de fumer. 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. L'unité Tamaris dispose d'un allume-cigare dans le jardin, qui facilite le respect de l'interdiction de fumer dans le bâtiment. La possibilité de détenir un briquet dans les autres unités, dépourvues de cet équipement, est gérée au cas par cas.

Le port du pyjama bleu institutionnel est exceptionnellement imposé, habituellement lors de l'entrée en CI et selon une prescription médicale faisant l'objet d'une réévaluation, notamment lors de sorties séquentielles de CI.

5.3 TROIS UNITES NE DISPOSENT D'AUCUN SALON D'ACCUEIL FAMILIAL

5.3.1 La confidentialité de l'hospitalisation

Le nom d'une personne qui veut garder l'anonymat de son hospitalisation n'est pas enregistré dans le fichier du bureau des admissions, mais l'est sous la forme d'un alias¹⁰². Cependant, le standard ne filtre pas les communications et transmet toutes les demandes aux unités et les correspondants peuvent aussi contacter directement les différents services. Les soignants sont particulièrement attentifs aux appels venant de l'extérieur et ne transmettent que ceux des proches déjà identifiés qu'ils reconnaissent. Les demandes de renseignements de la police concernant un patient ne sont satisfaites que sur réquisition d'un magistrat.

¹⁰² Alias: anonyme A, anonyme B.

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. Un vagemestre, présent du lundi au vendredi, est chargé d'assurer le tri et la réception du courrier entrant et d'effectuer la collecte, l'affranchissement parfois insuffisant et l'expédition du courrier sortant.

Les patients qui disposent d'un ordinateur peuvent l'utiliser et bénéficier d'une connexion sans fil à Internet. Chaque unité dispose d'un poste de télévision et les patients peuvent accéder à la télécommande par l'intermédiaire des soignants.

Les patients ont peu accès à la lecture : deux unités sont abonnées au journal « Le Parisien » mais les livres y sont rares. La bibliothèque associée à la cafétéria est désormais fermée. Cette dernière, ouverte de 9h30 à 16h, offre peu de prestations depuis sa fermeture lors du premier confinement : elle est peu fréquentée par les patients et encore moins par les visiteurs car elle est fermée le week-end. La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *La gouvernance promeut un projet de loisirs pour les patients pour l'été 2023* ».

5.3.3 L'accès aux familles

Les visites des proches sont autorisées tous les jours de 13h30 à 18h30 ou 19h00 suivant les unités, avec une tolérance sur les horaires. Les patients sont autorisés à recevoir des visiteurs, excepté lorsqu'ils sont isolés. Les mineurs de moins de quinze ans ne sont pas autorisés, sauf exceptionnellement sur décision médicale, dans une pièce à laquelle ils peuvent accéder sans traverser l'unité.

Les unités Provence, Morvan et Trèfles ne disposent pas de salon de visite. Dans cette dernière, un espace avec deux chaises à l'entrée de l'unité sous l'escalier fait office de salon de visite, sans aucune intimité. Dans ces conditions, les familles vont dans le jardin, quand le temps le permet.

RECOMMANDATION 21

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.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Cette notion a bien été prise en compte dans les projets de reconstructions des unités d'hospitalisations du site de Neuilly-sur-Marne. Cependant, la configuration actuelle des unités rend complexe la mise en œuvre de solutions palliatives dans l'attente de cette restructuration. Les dysfonctionnements structurels relevés pour les pavillons Provence et Morvan sont d'ores et déjà pris en compte dans la conception du nouveau pôle santé dont les travaux débutent en fin d'année 2023. Pour le pavillon Trèfles, la réflexion à court terme sur les patients longuement hospitalisés tiendra compte de cette prescription. Pour le pavillon Morvan la salle à manger des patients et le petit jardin en été tiennent lieu de visite en attendant la restructuration du site* ».

5.4 LE DROIT DE VOTE, PEU EXERCE, FAIT L'OBJET D'UNE INFORMATION LACUNAIRE DES PATIENTS

Lors des élections présidentielles et législatives, l'accès au vote a fait l'objet d'une information parcellaire. Des affiches ont été apposées dans seulement trois unités (Provence, Tournesol, Morvan) et aucune réunion portant sur cette question n'a été organisée entre les soignants et les soignés. Par ailleurs, le livret d'accueil ne mentionne pas ce droit. La dernière version du règlement intérieur, qui date du 11 avril 2018, fait référence « *aux patients en possession de leurs droits civiques* », alors que depuis 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. Enfin, il a été indiqué aux contrôleurs qu'un nombre important de patients non-inscrits a été identifié postérieurement à la date limite d'inscription sur les listes électorales. De fait, de très rares patients ont effectivement voté lors des derniers scrutins, en raison en partie de l'absence de réflexion institutionnelle de l'établissement sur le sujet. Seuls trois d'entre eux, hospitalisés en soins libres, ont pris part au scrutin présidentiel.

RECOMMANDATION 22

Avant chaque scrutin, la direction de l'établissement et les soignants doivent procéder à l'information des patients relative au droit de vote et à ses modalités, de sorte à faciliter son exercice, en anticipant notamment l'inscription sur les listes électorales et les demandes de vote par procuration. Des permissions de sortie et des accompagnements doivent être mis en œuvre pour permettre le vote direct.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *Cette problématique n'a jamais été remontée auprès de la DQRJU qui organise le vote des patients par procuration depuis des années. Les dispositions nécessaires relatives à l'information des usagers en matière d'inscription sur les listes électorales seront prises pour les prochaines élections. Pour rappel, 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 de Neuilly-sur-Marne 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 de Neuilly-sur-Marne. Ceux qui peuvent se déplacer bénéficient d'une permission de sortie.*

Les dispositions relatives au droit de vote ont été insérées dans la mise à jour du livret d'accueil (en cours). De même, la mise à jour du règlement intérieur de l'établissement intégrera ces nouvelles dispositions relatives aux majeurs protégés ».

5.5 L'ACCES AUX DIFFERENTS CULTES EST PLEINEMENT GARANTI

Les patients sont informés de l'offre cultuelle par le livret d'accueil lorsqu'il est remis, par voie d'affichage dans la majorité des unités, oralement par les soignants et enfin du fait des visites bihebdomadaires dans chaque unité d'un membre de l'équipe de l'aumônerie. Cette dernière accueille le mercredi dans ses locaux, décorés de toiles réalisées par des personnes hospitalisées, des patients de toutes les confessions, pour des temps d'échange et de partage. Un vestiaire de

secours, destiné à ceux qui ont besoin de se vêtir, est accessible le même jour. L'aumônerie constitue principalement un lieu œcuménique d'accueil et de rencontre. Une messe catholique est célébrée chaque dimanche matin dans la chapelle du site de Neuilly-sur-Marne. Selon les prescriptions médicales, les patients s'y rendent seuls ou accompagnés par des soignants. Les aumôniers des autres cultes peuvent être contactés par l'équipe de l'aumônerie, sur demande des patients ou de leurs familles, notamment lors des grandes fêtes musulmanes.

5.6 L'EXISTENCE DU COMITE « SIDA SEXUALITE PREVENTION » FAVORISE LA PRISE EN COMPTE DE LA SANTE SEXUELLE DES PATIENTS

L'EPSVE dispose d'un comité « SIDA sexualité prévention » (CSSP), au sein du pôle de soins et de prévention somatiques Cristales (cf. 8.2). Le CSSP est porteur d'un programme de prévention et d'éducation, destiné aux acteurs de soins et aux patients en psychiatrie, concernant le SIDA, les IST¹⁰³, les hépatites, la contraception, les IVG¹⁰⁴ et les violences sexuelles.

Une IDE de prévention organise et anime des ateliers de prévention en santé sexuelle à destination des patients dans les unités d'hospitalisation¹⁰⁵ de chaque pôle, en collaboration avec des soignants référents du CSSP. Cinquante-trois ateliers ont été réalisés en 2021, qui ont concernés 32 patients des UHTP. Les thèmes sont abordés en fonction des attentes des patients et des soignants (la contraception et les IST, le cycle menstruel, le consentement le plaisir, les violences sexuelles). Trois modules (sexualité-consentement, VIH-IST, contraception) sont proposés aux adolescents de l'unité Ados 93 et renouvelés, tout au long de l'année par l'IDE de prévention du CSSP en lien avec les soignants référents de l'unité.

Des préservatifs externes et internes, ainsi que des dosettes de lubrifiant, sont mis à disposition lors des ateliers, librement accessibles à l'entrée du pôle Cristales, et distribués à la demande par l'IDE de prévention dans les unités d'hospitalisation. Cette dernière peut également effectuer des entretiens individuels de prévention concernant la sexualité pour les patients adultes et adolescents, à la demande des équipes soignantes. Enfin, des consultations associant un gynécologue et l'IDE de prévention, sont proposées aux patientes¹⁰⁶.

Des équipes d'IDE et de psychologues « Psy/VIH » assurent la coordination du parcours des patients concernés entre soins psychiatriques et soins somatiques, et l'accompagnement de ceux-ci dans tout le département. Le poste de psychiatre coordinateur est actuellement vacant.

La présence dans l'établissement d'une équipe d'IDE, spécifique de la prévention en santé sexuelle et articulée avec un réseau de référents dans les pôles, facilite la sensibilisation et la formation de tous les professionnels. Les infirmières du CSSP réalisent des formations « VIH et sexualités en psychiatrie » à destination des soignants de l'EPSVE (et des étudiants de son IFSI).

Le thème de la sexualité est abordé avec les patients par les médecins et les équipes soignantes de la grande majorité des unités, ceux de la contraception (abordée dans le questionnaire entrant) et de la prévention des IST sont traités dans les réunions cliniques et lors des réunions soignants-

¹⁰³ IST : infection sexuellement transmissible.

¹⁰⁴ IVG : interruption volontaire de grossesse.

¹⁰⁵ Sept des neuf unités visitées disposaient d'un référent du CSSP.

¹⁰⁶ 299 consultations ont eu lieu en 2021.

soignés. La notion de consentement est abordée avec les patients quand un rapprochement entre deux d'entre eux est constaté.

BONNE PRATIQUE 3

Le comité « SIDA Sexualité Prévention », organisé à l'échelle de l'établissement et articulé avec l'activité des soignants par le biais de référents dans chaque pôle, favorise la prise en compte de la santé sexuelle des patients.



Œuvre réalisée par les patients et les soignants du groupe séquentiel (Pôle 93G15) avec la participation du comité « SIDA sexualité prévention »

Les unités Champagne et Ados 93, contrairement aux autres, mentionnent dans leurs règles de vie l'interdiction des relations sexuelles, sans respect des dispositions de la jurisprudence¹⁰⁷.

Le CGLPL soutient la réflexion des équipes soignantes concernant les conditions de dignité et d'intimité indispensables à l'expression de relations affectives et sexuelles. Les patients ne peuvent pas inviter leurs visiteurs dans leur chambre hôtelière, par ailleurs rarement individuelles, dans de nombreuses unités. L'existence, connue des soignants, de relations sexuelles se déroulant dans le parc de l'établissement, dans des conditions ni dignes ni sûres, ne suscite pas la recherche d'alternatives, permettant aux patients de disposer de lieux respectueux de leur intimité et de leur sécurité.

¹⁰⁷ Décision de la Cour administrative d'appel de Bordeaux, 6 novembre 2012 : « Le règlement intérieur d'un établissement sanitaire ou le règlement de fonctionnement d'un établissement médico-social ne peut interdire, de manière générale et absolue, les relations sexuelles pour toutes les personnes hospitalisées ou hébergées, mais prévoir une limitation des droits et libertés fondamentaux imposée par l'état de santé de la personne médicalement constaté ».

RECOMMANDATION 23

Les personnes privées de liberté conservent, au titre de leur droit à la vie privée, leur liberté sexuelle, qui doit pouvoir s'exercer dans des lieux respectant la dignité, qu'il s'agisse d'espaces d'hébergement personnel ou d'accueil des proches.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Cette problématique est clairement identifiée au sein de l'établissement. Cependant les locaux actuels ne le permettent pas. Le projet de reconversion du site va permettre d'accroître le nombre de chambres individuelles. Les dispositions des règlements intérieurs contraires à la jurisprudence seront retirées. Le règlement de fonctionnement du Pôle G15 (pavillon Champagne) a été mis à jour selon le modèle de l'établissement et diffusé* ».

6. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

6.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT SONT NOMBREUSES ET INDIGNES

Le site de Neuilly-sur-Marne compte onze CI et six chambres dénommées « chambres sécurisées » (CS), qui ne sont rien d'autre que des CI. Les six UHTP et l'unité PRDI Peupliers disposent de deux à trois CI chacune¹⁰⁸. Seules deux unités pour PRDI (Alizé et Trèfles) sont dépourvues de CI. Enfin, l'unité Ados 93 compte une CI, dénommée « chambre d'apaisement » dans le livret d'accueil. Le projet de restructuration prévoit le maintien de 2 CI par UHTP, le nombre total étant accru par celles prévues dans l'USIP.

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. Aucune pratique d'isolement n'est mise en œuvre dans les chambres hôtelières. Des patients entrants sont placés dans la CI disponible à leur arrivée, fréquemment hors de 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 Tamaris, dont la CI était ouverte de 8h à 20h.

RECOMMANDATION 24

La chambre d'isolement doit être strictement distincte de la chambre hôtelière et cette dernière doit être conservée lors de la période d'isolement du patient.

Les CI (sauf celle de l'unité Ados 93) sont diversement vétustes, et certaines dégradées voire indignes, telles celles de l'unité Champagne, aux murs lépreux, aux surfaces encrassées, aux vitres cassées, à l'inox des toilettes oxydé. Le plan de rénovation des CI, élaboré en 2019, n'a pas été mis en œuvre dans l'attente du projet de restructuration.

La disposition des CI, au fond des couloirs des unités, ne facilite pas la surveillance. Les patients isolés dans les CI qui n'ont pas de sas sont exposés aux regards des autres patients ou des visiteurs par les hublots rarement occultables, dont toutes leurs portes sont équipées.

Le sol et les murs des CI (sauf celle de l'unité Ados 93) sont entièrement revêtus de carrelage, dont le descellement peut constituer des débris dangereux. Les sommiers métalliques des lits sont fixés au sol au centre de la pièce, excepté les lits en mousse Cumbria™, les draps ne sont pas toujours présents, seule une couverture indéchirable revêtant alors le matelas. Le mobilier est principalement réduit au lit. Un cylindre-table en mousse Cumbria™ permet parfois de poser le plateau repas, en l'absence duquel les patients prennent leur repas sur le lit.

Les affaires personnelles des patients isolés sont disposées dans un petit placard du sas ou dans le bureau des soignants. Les patients ne disposent d'aucun objet dans la CI, à l'exception de quelques

¹⁰⁸ Tamaris : 2CI, 1CS ; Tournesols : 1 CI, 2 CS ; Champagne : 1 CI, 1 CS ; Provence : 2 CI ; Morvan : 2 CI, 1 CS ; Dauphiné : 2 CI ; Peupliers : 1 CI, 1 CS.

livres à l'unité Tournesols, et de papier toilette à usage ludique (pour faire des pliages, *cf. infra*) à l'unité Peupliers.

Toutes les CI ne disposent pas d'une vue sur une horloge, et celles existant ne sont visibles qu'à la condition de l'ouverture du volet occultant du hublot. Les horloges sont disparates, soit mécaniques et sans affichage de la date, soit digitales avec la date.

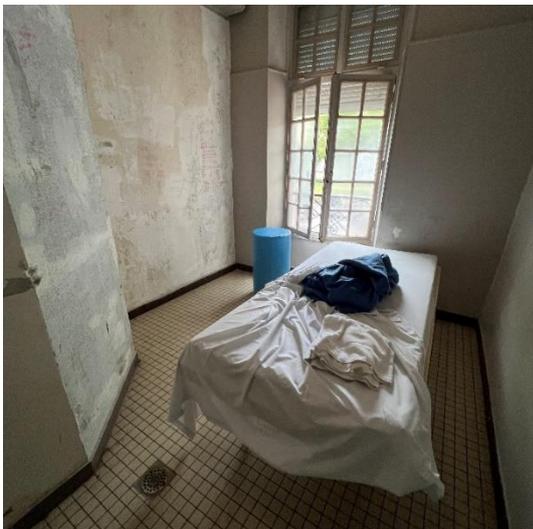
Les patients n'ont aucun accès libre à des toilettes ni à un point d'eau dans les unités Ados 93 et Peupliers, un seau hygiénique étant disposé la nuit dans cette dernière.

Les dispositifs d'appel installés récemment ne fonctionnent pas, ce que les contrôleurs ont vérifié le dernier jour de leur visite, après que les services techniques eurent indiqué le contraire¹⁰⁹. Dans certaines unités, des voyants lumineux clignotent en permanence au-dessus des portes des CI, sans que personne n'intervienne, et les patients doivent tambouriner sur la porte ou crier pour se manifester. La localisation des boutons d'appel ne permet pas à un patient contentonné de les utiliser. Enfin, aucun dispositif d'appel n'équipe la CI de l'unités Ados 93.

Les patients placés en isolement ne peuvent pas actionner la lumière ni le volet roulant de la fenêtre. Un film occultant limite la vue des fenêtres, malgré l'orientation majoritaire des CI vers le parc. La fenêtre de la CI de l'unité Ados 93 ne peut s'ouvrir. Les systèmes de climatisation ou de ventilation sont manquants dans la moitié des CI.

Les salles d'eau ne disposent pas de miroir. Celle de la CI de l'unité Champagne ne présente ni éclairage fonctionnel ni papier toilette, et celle de l'unité Dauphiné ne distribue pas d'eau chaude.

Aucun accès direct à l'extérieur n'est possible pour prendre l'air ou fumer, à l'exception du sas de l'unité Tamaris qui dispose d'un petit jardin. Le patient est parfois autorisé à fumer dans la CI en présence d'un soignant, quand l'aération est possible. Un patch nicotinique peut être prescrit dans le cas contraire.



CS de l'unité Champagne



Toilettes de la CI de l'unité Champagne

¹⁰⁹ Le seul dispositif d'appel fonctionnel est celui d'une des CI de l'unité Peupliers, avec une sonnerie et un voyant opérationnel dans le bureau IDE et un voyant lumineux au-dessus de la porte de la CI.

RECOMMANDATION 25

Les chambres d'isolement doivent respecter la dignité, l'intimité et la sécurité des patients, disposer d'un accès permanent à des WC et à un point d'eau, de systèmes de chauffage et de ventilation efficaces, et d'un dispositif d'appel fonctionnel, sans attendre la réalisation du projet de restructuration.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Ces dysfonctionnements seront résolus dans le nouveau pôle santé. Conformément au bilan joint, il existe bien un plan de rénovation des CI. Le montant total investi depuis 2019 avoisine les 300 000 €.*

Les dysfonctionnements structurels relevés (position des chambres et des CI parfois éloignée du bureau des soignants, revêtements sols et murs, etc.) sont d'ores et déjà pris en compte dans la conception du nouveau pôle santé dont les travaux débutent en fin d'année 2023. Une réflexion sur le mobilier a aussi été intégrée pour allier le confort hôtelier et l'absence de risque pour les patients. Actuellement toutes les CI et les CS sont équipées d'une horloge ayant fait l'objet d'une commande unique (modèle digital avec affichage de la date et adapté au milieu psychiatrique). Les services techniques ont installé ces horloges en accord avec les services de soins et en fonction des contraintes architecturales des espaces existants. La position des horloges va être revue au mieux sans attendre le nouveau pôle santé.

Il n'y a pas de dysfonctionnement généralisé du système d'appel malade installé en 2020 dans les CI des unités de Neuilly-sur-Marne. Des actions correctives et d'amélioration sont toutefois prévues (2/3 des CI sont dépourvues de dysfonctionnement). Il est aussi relevé qu'une nouvelle formation du personnel soignant à l'utilisation de ce dispositif est nécessaire et va être entreprise sans délai.

Toutes les CI disposent d'un système de chauffage/climatisation. Il est possible que leur fonctionnement soit altéré par les protections de mise à distance installées. En ce qui concerne la ventilation, effectivement des contrôles et remise en service sont nécessaires et sont prévus dans les six mois à venir.

Il n'y a pas de dysfonctionnements majeurs et généralisés sur la distribution d'eau chaude sanitaire sur le site de Neuilly-sur-Marne. Compte tenu de l'architecture du réseau de distribution de l'eau chaude sanitaire et de la position du pavillon Dauphiné sur ce réseau, il existe un délai important avant d'obtenir de l'eau chaude dans ce pavillon (comme dans certains autres). Ces dysfonctionnements seront résolus dans le nouveau pôle santé.

La CI et la CS du pavillon Champagne sont rénovées à ce jour ».

6.2 LES PRATIQUES D'ISOLEMENT RESTENT CONSIDEREES COMME UN SOIN ET LEUR TRAÇABILITE COMPORTE DES IRREGULARITES

La plupart des soignants recherchent des alternatives à l'isolement. Le dialogue est privilégié mais les techniques de désescalade sont utilisées de façon hétérogène selon les unités : la possibilité d'accéder librement à une pièce d'apaisement (Alizé et Nacelle), à un sac de frappe (Tournesols, Tamaris, Dauphiné, Provence, Ados 93), à un vélo d'intérieur, de sortir dans le jardin de l'unité pour faire du vélo, d'utiliser la salle de balnéothérapie (Trèfles et Peupliers), ou enfin d'accéder à une activité avec l'ergothérapeute ou l'éducateur (Tournesols), ou la psychomotricienne (Tamaris). L'administration d'un traitement oral peut être proposée en dernier recours.

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, comme des internes de psychiatrie tutorés par un senior qui 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).

L'examen somatique des patients isolés est variable selon les unités, quotidien dans les unités Tamaris, Tournesols et Peupliers. Il 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 en cas de besoin.

De nombreuses irrégularités, lors de la saisie des mesures et de leurs renouvellements, ont été constatées, qui rendent statistiquement inexploitable les extractions des données du registre¹¹⁰ :

- certaines mesures indiquent une durée de plusieurs dizaines de milliers d'heures, l'heure de fin de certaines mesures n'étant pas renseignée, rendant impossible l'évaluation statistique de la durée des mesures ;
- de très nombreuses mesures débutent systématiquement à minuit ;
- certains renouvellements de mesures interviennent plusieurs heures après la fin de la précédente, alors qu'elles sont enregistrées sous le même numéro ;
- un nombre limité de renouvellements de mesure intervenant plusieurs heures après la fin de la précédente, notamment en période de « nuit profonde » ;
- des copiés-collés observés dans la motivation de certains renouvellements de mesures ont occasionné des levées par le JLD.

Certains mineurs de l'unité Ados 93¹¹¹, bien qu'hospitalisés en SL, font l'objet de mesures d'isolement qui échappent au contrôle du JLD. La décision est prise après un examen par un pédopsychiatre ou un interne supervisé par un senior au téléphone. Les mesures d'isolement sont tracées dans un registre de papier¹¹² dans l'unité et dans le DPI du logiciel CORTEXTE. Les responsables légaux des patients mineurs sont informés des mesures d'isolement prises concernant leur enfant mais ces décisions ne sont pas reportées dans le registre de l'isolement et de la contention de l'établissement.

RECOMMANDATION 26

La traçabilité des décisions d'isolement et de contention doit respecter les dispositions légales et permettre une utilisation statistique pertinente.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « *Le groupe EPP "isolement contention" travaille sur cette problématique en collaboration avec la direction du système d'information, des agents du DIM et la direction médico économique. Les réunions d'un groupe de travail pluriprofessionnel (médecin, direction, SIH, DQRJU, pôle clinique), en mode projet pendant six*

¹¹⁰ Source : données des extractions du registre d'isolement, pour la période du 1^{er} janvier au 4 octobre 2022.

¹¹¹ L'unité n'accueille pas de patients hospitalisés en SSC.

¹¹² Le registre papier tenu dans l'unité Ados 93 permet de dénombrer les mesures d'isolement. Entre le 1^{er} septembre 2021 et le 31 août 2022, 8 des 56 patients accueillis (soit 14 %), ont fait l'objet de 51 décisions d'isolement. Les durées de 15 mn à 2h sont majoritaires (37 mesures), celles supérieures à 2h sont moindres (9 mesures), et 5 d'entre elles ont duré de 8h à 13h30.

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 :
 - o le prescripteur systématiquement erroné ;
 - o la 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 les éventuelles interruptions entre ces deux bornes ; le temps est ainsi majoré de façon massive, rendant l'état des lieux impossible ;
 - o l'export un jour donné ramène des mesures qui n'ont rien à voir avec la période sélectionnée ;
- les copiés-collés sont issus du questionnaire "isolement contention". Cette question est travaillée en collaboration avec les JLD et la communauté médicale. Des sessions d'information/formations complémentaires vont être organisées.

À 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 port du pyjama institutionnel est systématique en CI, les soignants d'une unité ayant confié que : « cette contrainte est obligatoire ».

RECOMMANDATION 27

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

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « 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 ».

L'isolement devient séquentiel dès que l'état clinique le permet, les premières sorties permettant par exemple l'évaluation du patient le temps du repas. Sa durée peut atteindre plusieurs jours, adaptée à l'état clinique du patient, ou palliant l'indisponibilité d'une chambre hôtelière. Les contrôleurs ont ainsi pu constater la sortie d'hospitalisation d'un patient presque concomitante de sa sortie de CI.

La situation initiale d'un patient en SL ne dure que quelques heures, et la transformation du statut d'hospitalisation est réalisée, si l'isolement reste nécessaire. Un tiers est recherché pour signer une demande de SDT. Cependant, l'atteinte au droit reste entière pour les mineurs placés en isolement dans la CI de l'unité Ados 93 : ceux-ci, parce que non susceptibles d'être hospitalisés en SDT, restent exclus des garanties de contrôle et de recours face à un placement en isolement quelle qu'en soit la durée, et ce d'autant que ces mesures ne sont pas reportées dans le registre de l'isolement et de

la contention. L'interprétation des JLD de l'article L. 3211-12 du code de la santé publique¹¹³ les conduit à se déclarer non compétents pour contrôler les mesures d'isolement concernant des patients hospitalisés en SL.

RECOMMANDATION 28

Tout isolement d'un patient hospitalisé en soins libres, quoique contraire aux dispositions légales, doit faire l'objet d'une information puis d'une saisine du juge des libertés et de la détention.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « L'établissement travaille à réduire ces pratiques ».

La situation de deux patients, subissant un isolement de très longue durée dans l'unité Peupliers, a attiré l'attention des contrôleurs. Le premier, âgé de 35 ans et isolé depuis 18 ans, est enfermé 21h/24 dans une CI de 6 m², sans aucune stimulation, sans aucun objet personnel, pouvant seulement tourner en rond, dormir ou plier des feuilles de papier toilette, et ne disposant pour tout WC que d'un seau la nuit. Il ne bénéficie que de deux permissions quotidiennes de 90 min pour sortir dans la salle de vie et d'une activité le vendredi. Le deuxième, âgé de 36 ans et isolé depuis 21 ans, est enfermé nu¹¹⁴, en moyenne 22h/24, et ne dispose que d'un matelas de plastique au sol. Il sort de CI, systématiquement accompagné d'un soignant, pour la prise des repas et quelques rares activités, alors vêtu d'un pyjama. Les contrôleurs ont par ailleurs constaté, pour ces prises en charge cliniques très complexes, la présence très limitée d'un psychiatre, et l'évolution préoccupante de la formation de l'effectif des soignants¹¹⁵. Un protocole de soins mensuel, incluant le maintien en isolement, est rédigé pour chacun d'entre eux mais leurs mesures d'isolement et leurs renouvellements, n'étant pas tracés dans le DPI, ne font l'objet d'aucun contrôle par le JLD.

Si le CGLPL conçoit que la clinique spécifique et distincte de ces deux patients conduit nécessairement à des protocoles de soins très particuliers, l'indignité de ces deux situations est inacceptable.

RECOMMANDATION 29

L'indignité de la prise en charge des deux patients isolés au très long cours dans l'unité Peupliers doit cesser. La mise en œuvre de leur isolement, évoluant respectivement depuis 18 et 21 ans, doit respecter les dispositions légales.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « Deux patients du pavillon Peupliers sont admis en chambre fermée. Le premier patient, âgé de 35 ans, a été admis à l'unité Peupliers le 02/02/2006 jusqu'au 26/09/2012 date à laquelle il a été transféré dans un foyer en Belgique. Durant ces six premières années d'hospitalisation, le patient était en chambre hôtelière et se rendait à l'HDJ de Rosny sous-Bois seul en transports en commun ce qui a permis de préparer le

¹¹³ Introduit par la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022, relative aux outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique.

¹¹⁴ Le patient a été décrit comme ne supportant pas le port de vêtements.

¹¹⁵ L'effectif qui comptait une quinzaine d'IDE, a progressivement évolué vers une équipe de sept IDE et sept AS, dont deux faisant-fonction. En l'absence de poste de psychiatre pourvu, la cheffe de pôle assure un intérim trois demi-journées par semaine.

projet de placement en Belgique. Après neuf mois en Belgique, un retour en urgence fut organisé à la suite de graves troubles du comportement avec hétéro-agressivité sur les soignants. Il réintégra l'unité Peupliers le 20/06/2013 en CI d'où il fut transféré à l'UMD de Sarreguemines le 30/07/2013. Cette hospitalisation en UMD dura neuf mois. Il revint à l'unité Peupliers le 31/03/2014 en SDRE. Il fut admis en CI avec des temps de sortie dans le pavillon pour les repas et les activités thérapeutiques dans et en dehors de l'unité. Le patient a bénéficié depuis ce retour d'un accompagnement personnalisé qui a rendu possible des moments de partage en groupe. L'équipe l'a accompagné dans différentes sorties en dehors de l'hôpital, seul ou en groupe 16/02/2017 (restaurant), 14/03/2017 (restaurant), 16/10/2017 (shopping), 15/10/2018 (village nature), 19/04/2019 (shopping), 11/12/2019 (restaurant), 30/07/2020 (base de loisirs Jablines), 17/09/2020 (restaurant), 24/06/2021 (jardin d'acclimatation), 22/07/2021 (bois de Vincennes), 29/07/2021 (cathédrale de Meaux), 10/12/2021 (restaurant), 18/02/2022 (restaurant), 04/04/2022 (village nature), 17/06/2022 (parc Disney), 28/06/2022 (bowling), 06/10/2022 (parc animalier Parrot World), 31/10/2022 (bowling), 01/12/2022 (shopping), 14/12/2022 (cirque Gruss). Le patient a participé à un séjour thérapeutique au zoo de Beauval du 15/10/2018 au 18/10/2018. Il a bénéficié de sorties thérapeutiques hebdomadaires à la piscine de Gagny du 15/01/2018 au 25/06/2018. Il a participé au groupe « oxygénation » avec des sorties hebdomadaires en dehors de l'établissement accompagné de soignants du 24/04/2018 au 31/03/2020. L'activité a été suspendue lors du confinement et a repris le 15/12/2020 jusqu'au 15/06/2021. Le 06/04/2019, le patient a été accompagné par les soignants pour assister à l'enterrement d'un de ses amis à l'Eglise Saint-Germain à Gagny. Le 30/03/2022, le patient a été accompagné par les soignants, à sa demande, au cimetière de Rosny-sous-bois pour se recueillir sur la tombe de son grand-père. Le patient participe à l'activité équitérapie et se rend tous les vendredis au centre équestre de Montfermeil depuis le mois d'octobre 2017 jusqu'à ce jour ; l'activité est encadrée par deux soignants. Il participe au groupe séquentiel (HDJ sur le site) à raison d'une activité par semaine depuis 2019, il s'y rend seul. Le patient investit l'espace aumônerie et s'y rend deux fois par semaine, pour le goûter du mercredi et la messe du dimanche. Il y va seul ou en compagnie des autres patients des Peupliers. L'augmentation de temps de sortie en dehors de la chambre et les activités thérapeutiques ont permis une sortie progressive de la CI. Le patient est admis en chambre hôtelière depuis le 30/01/2023.

Le deuxième patient, admis à l'unité Peupliers en 2005, présente des troubles graves du comportement avec une hétéro-agressivité, une intolérance aux changements et la surstimulation. Le patient est dyscommuniquant, n'a pas accès au langage et s'exprime essentiellement par les cris et les passages à l'acte auto et hétéroagressifs. Il a été transféré à l'UMD de Cadillac du 18/03/2006 au 23/02/2007. Faute de place adaptée disponible en structure médico-sociale, la CI permet de le protéger de la multitude des stimuli au sein de l'unité avec des sorties aménagées, accompagnée par un soignant : manger avec les patients, goûter dans l'unité et sortir accompagné dans le parc deux fois par semaine. Plusieurs visites et périodes d'essai en foyer en Belgique ont échoué en raison de ses passages à l'acte agressifs. Une recherche de structure adaptée est en cours ».

La contention est peu pratiquée, rarement dans certaines unités (Champagne, Tournesols, Tamaris), jamais dans d'autres (Ados 93, Dauphiné, Provence). Elle est mise en œuvre sur des lits dotés d'un sommier métallique, pouvant accueillir les sangles de contention. Un soignant de l'unité Tamaris a précisé : « Quand on en vient là, c'est pour leur sécurité et la nôtre ». Les données communiquées

aux contrôleurs ont permis de conforter le constat d'un faible recours à la contention, également observé dans les unités¹¹⁶.

6.3 LE REGISTRE EST INEXPLOITABLE ET LA POLITIQUE DE MOINDRE RECOURS A L'ISOLEMENT TRES INSUFFISANTE

L'établissement a conduit depuis plusieurs années une politique visant à un moindre recours à l'isolement et à la contention, probablement ambitieuse initialement, sans réussir à mobiliser toute la communauté soignante sur ce thème.

Une évaluation des pratiques professionnelles (EEP) « isolement contention », débutée avant la loi de 2016 et clôturée en avril 2021, sans toutefois produire de bilan écrit, avait permis l'élaboration d'une formation toujours dispensée (*cf. infra*), d'actions de sensibilisation auprès des soignants, et des guides « isolement et contention » non mis à jour depuis 2019. L'observatoire « consentement-contrainte », mis en place au mois de novembre 2021, est subdivisé en plusieurs comités (prévention de la violence, SSC, isolement-contention). Le groupe EPP « isolement-contention », mis en place au mois de juin 2022, complété dans les suites d'un appel à candidature en septembre 2022, tiendra sa première réunion le 21 octobre 2022.

La formation « isolement et contention », d'une durée de deux jours, est en place depuis 2015. Elle reste peu investie, aucun médecin du site ne l'ayant notamment suivie, en l'absence de caractère obligatoire et d'agrément au titre du DPC¹¹⁷. Le bilan de cette formation de l'année 2021 révèle la très faible participation de 21 soignants. 45 IDE et 6 AS l'ont suivi en 2022, alors que l'établissement avait la capacité d'en former le double.

Le champ lexical de l'établissement a peu changé, malgré les évolutions de la législation encadrant les pratiques d'isolement et de contention depuis le mois de janvier 2016¹¹⁸. Le vocabulaire employé concernant l'isolement persiste à le considérer comme un soin, malgré l'absence de données ou d'études scientifiques probantes sur les supposés effets thérapeutiques de l'isolement et de la contention. Le terme de « chambre de soins intensifs » est toujours employé dans certaines unités, et l'intitulé de la formation « isolement-contention » interroge toujours cette pratique sous l'angle du soin. De même, le terme de « prescription d'isolement et de contention » se maintient, notamment dans la « procédure dégradée isolement-contention » datée de janvier 2022, alors que la loi dispose qu'il s'agit d'une décision qui ouvre des voies de recours auprès du JLD. Enfin, les guides de bonnes pratiques « isolement et contention » indiquent qu'il convient de rechercher le consentement du patient.

¹¹⁶ 109 des 6824 mesures d'isolement, décidées entre le 1^{er} janvier et le 4 octobre 2022, sont associées à une mesure de contention, soit 1,6 %.

¹¹⁷ 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.

¹¹⁸ Article 72 de la loi relative à la modernisation du système de santé du 24 janvier 2016, article L. 3222-5-1 du code de la santé publique.

RECOMMANDATION 30

Le personnel doit recevoir une formation rigoureuse relative aux pratiques d'isolement et de contention, à leurs alternatives et aux évolutions de leur cadre légal.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « *Des bilans annuels étaient réalisés dans le cadre de la commission EPP et au COPIL stratégique "qualité risques", l'EPP "isolement contention" en a donc réalisés. Le rapport annuel de la Commission EPP était présenté annuellement à la CME Par ailleurs, le rapport annuel isolement contention était réalisé par l'EPP et présentait également les actions mises en œuvre par celle-ci. Ce bilan annuel est également présenté à la CME (avril 2018, mars 2019, septembre 2020. Mai 2021). Enfin, un bilan global de son activité a été présenté lors de réunions préparatoires à la mise en œuvre de l'Observatoire isolement-contention.*

Les guides à jour des dispositions réglementaires jusqu'à la mise en œuvre de la réforme de 2022 seront actualisés dès 2023.

Bien qu'ils ne soient pas nombreux, des médecins ont suivi la formation de deux jours « isolement et contention tenue depuis 2015. En parallèle, en 2022, d'autres formations spécifiques à la mise en place de la réforme de l'isolement contention ont été mises en place à l'attention des médecins et des autres professionnels. Des sessions d'1h30 ont eu lieu 2 à 3 fois par semaine pendant plusieurs mois. Une formation, qui réglementairement n'a pas de caractère obligatoire, fera l'objet dans le plan 2023 d'une mention "formation obligatoire". Par ailleurs, le triptyque précité, 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.

Le terme "prescription" est utilisé dans la procédure afin d'indiquer au rédacteur de la décision, où trouver la mention dans le dossier patient informatisé (Cortexte) et de compléter ainsi le questionnaire qui permet de compléter la décision. Lors d'une réunion du Club utilisateur de Cortexte il a été demandé à l'éditeur de modifier ce terme pour éviter toute confusion. Cependant la plupart des utilisateurs des autres établissements s'y sont opposés. La procédure de l'établissement va être mise à jour et sera plus précise sur cette notion de prescription liée au DPI (Cortexte) ».

Les décisions initiales d'isolement et de contention, leurs renouvellements et les modalités de la surveillance IDE sont tracés dans le DPI du logiciel CORTEXTE. Les opérations de saisie imposées par les dispositions légales sont décrites comme des tâches administratives chronophages qui impactent le temps de disponibilité des soignants auprès des patients. Le registre de l'isolement et de la contention n'est pas perçu comme un outil d'analyse des pratiques par les soignants, en l'absence de retour d'analyse régulièrement diffusé à tous par la direction.

Les données chiffrées, issues du registre et reflétant l'activité d'isolement et de contention, produites dans le rapport annuel ne sont pas fiables (cf. 6.2). L'absence d'un médecin en charge du département de l'information médicale participe péjorativement de cette absence de production de données exploitables, pour l'établissement comme pour le CGLPL. Le rapport annuel produit depuis 2019 n'a ainsi jamais pu exposer une analyse rigoureuse de l'activité d'isolement et de contention de l'établissement, alors que la loi l'exige depuis le mois de janvier 2016.

Faute d'avoir pu analyser un registre d'isolement fiable, les contrôleurs ont constaté que les chambres d'isolement étaient occupées en permanence, les soignants ayant confirmé que c'était le cas toute l'année.

Aucune politique d'établissement pertinente d'alternative à l'utilisation de ces pratiques n'est mise en œuvre.

RECOMMANDATION 31

Le rapport annuel concernant l'isolement et la contention doit exposer 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.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Cette question fait partie des objectifs fixés au groupe EPP "isolement contention". Cependant, cette question ne peut être résolue tant que les problématiques liées à l'éditeur de logiciel ne sont pas résolues. Une fois les données fiabilisées, une synthèse sera faite dans le rapport annuel et permettra de définir une politique "isolement contention" basée sur les données fiabilisées.

Les données chiffrées ne peuvent être diffusées régulièrement aux équipes tant que la fiabilisation des données est en cours. Cependant, des points réguliers sont réalisés auprès de la CME sur cette problématique.

Le nouveau médecin DIM va prendre ses fonctions en juin 2023 ».

7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

7.1 LA PROCEDURE D'ADMISSION ADMINISTRATIVE PRESENTE DE NOMBREUSES IRREGULARITES

Les patients sont initialement pris en charge très majoritairement par les services des urgences (cf. 3.1.1) ou plus rarement par le CAC, avant d'être admis administrativement sur le site de Neuilly-sur-Marne. Le certificat médical d'admission est rédigé par un urgentiste, après un examen par l'un des psychiatres de l'antenne psychiatriques du service des urgences qui ne peut légalement être certificateur à ce stade de la procédure, ce qui explique le nombre de SDTPI (cf. 3.2.2). L'affectation du patient dans une unité est réalisée par le BPOS (cf. 3.1.2).

La décision de SDDE est rédigée par les services des admissions, au visa tant du ou des certificats initiaux que de celui des 24 heures, puis signée, dans un délai maximal de 24 heures après l'arrivée effective du patient, par la responsable du service des admissions ou son adjointe (agents de catégorie A et B) ou par un administrateur de garde le week-end. Une vingtaine de personnes disposent d'une délégation de signature, selon une liste largement diffusée et régulièrement mise à jour.

S'agissant des décisions de SDRE, l'arrêté préfectoral, préparé par l'ARS, confirmant éventuellement l'arrêté provisoire d'un maire, est, une fois signé du représentant du préfet, retourné au bureau des admissions.

Dès qu'un dossier est ouvert, c'est-à-dire à l'arrivée physique du patient à l'EPSVE, le service des admissions lui adresse un document l'informant de son admission en soins psychiatriques sans consentement, une feuille verte ou rose selon le statut SDDE ou SDRE. Ce document, mentionnant les droits et les voies de recours, est notifié au patient par le psychiatre, le cadre de santé ou un IDE selon les unités. Le reçu signé du patient, ou d'un soignant en cas de refus ou d'impossibilité de recevoir les informations, est retourné au service des admissions et à l'ARS. Ce document précise les modalités de recours contentieux auprès du JLD et de la CDSP avec les précisions de leurs coordonnées, évoque la remise d'un livret d'accueil, la possibilité d'obtenir tout renseignement et information auprès des médecins et du personnel soignant, et celle de communiquer avec les autorités mentionnées au verso (JLD et CDSP). En revanche, ce document prévu pour être remis dès l'arrivée dans le service et donc avant l'établissement de la décision d'admission :

- ne porte pas la date de cette décision (qu'elle émane du directeur ou du préfet) ;
- ne précise pas le statut d'admission pour les SDDE (SDT, SDTU ou SPI) ;
- n'est pas accompagné du ou des certificats médicaux initiaux pourtant seuls susceptibles d'éclairer le patient sur les motifs de son hospitalisation ;
- ne comporte pas d'avantage l'énoncé exhaustif des droits spécifiques des patients en SSC tels qu'édictés à l'article L.3211 du CSP.

Toutes les informations recueillies démontrent que les patients peuvent rester plusieurs jours aux urgences avant d'être physiquement admis à l'EPSVE (cf. 3.1.1) ; que, dans le cadre des mesures de SSC, des certificats de 24h et de 72h, voire un avis motivé pour le JLD, y sont rédigés par les psychiatres de l'EPSVE. Ainsi pour 216 patients entrés entre le 31 mars et le 30 septembre 2022 (125 SDDE et 91 SDRE), 113 l'ont été le jour même du certificat préconisant une prise en charge en soins psychiatriques et marquant le début de la mesure de soins sans consentement (dont 93 SDDE et 20

SDRE), tandis que 103 (71 SDDE et 32 SDRE) sont restés aux urgences durant un à huit jours avant leur transfert dans une unité de l'EPSVE¹¹⁹.

Ces décalages entre le certificat médical initial et l'admission physique et administrative du patient à l'EPSVE ont conduit les JLD à prononcer de nombreuses décisions de mainlevées. Des réunions sont alors intervenues entre les juges et l'établissement, afin de rechercher une solution respectueuse des droits des patients. L'EPSVE a proposé d'établir un certificat de situation attestant de la date de début des soins sous contrainte, document rejeté par les JLD. Au début de l'été 2022, les juges ont demandé qu'à titre provisoire la période d'observation soit anticipée, afin que le contrôle du juge puisse intervenir effectivement dans les douze jours du début des soins. C'est ainsi qu'au moment du contrôle, l'établissement avait mis en place une décision intermédiaire, aux termes de laquelle le directeur : « constate que les soins psychiatriques à la demande d'un tiers de X ont pris effet à compter de ..., rappelle qu'il peut être mis fin à la mesure de soins à la demande d'un tiers à tout moment, indique qu'une information relative à la situation juridique, aux droits et voies de recours est notifiée au patient dès son admission et qu'un recours peut être présenté devant le JLD et la CDSP ». Le CGLPL relève qu'un tel document, qui ne peut se substituer à la décision administrative d'admission prévue à l'article L. 3211 du CSP, est dépourvu de toute valeur juridique. Par ailleurs, selon les informations données par le service des admissions, il est communiqué verbalement au patient par les secrétaires médicales de l'EPSVE détachées aux urgences. Or, il n'est en fait pas notifié ni signé de l'intéressé, alors même qu'il figure dans le dossier, et est transmis au JLD. Ceci rend dès lors inopérant l'indication des droits et voies de recours qui y sont mentionnés, puisqu'en pratique seuls sont vraiment portés à la connaissance du patient, et expliqués par le psychiatre, le certificat médical initial et éventuellement les certificats des 24 et 72 heures, selon le temps d'attente aux urgences.

Cette procédure a le mérite de fixer la date de début des soins sans consentement, et d'assurer le point de départ des délais pour l'établissement des certificats médicaux et la saisine de plein droit du JLD dans un délai de douze jours. Elle est cependant sans réelle garantie des droits du patient, dans la mesure où les voies de recours ne sont ouvertes qu'à compter de la seule décision d'admission, laquelle ne reprend pas expressément la date de prise d'effet de la mesure, bien qu'elle soit visée dans les motifs¹²⁰. Enfin, la procédure susvisée complexifie le parcours d'admission et contraint le service des admissions, comme les médecins, à des formalités administratives non prévues par la loi.

¹¹⁹ Le temps (tous patients confondus) entre la rédaction du certificat médical (début des soins sous contrainte) et l'admission administrative fut de 1 jour pour 48 patients, de 2 jours pour 21 patients, de 3 jours pour 13 patients, de 4 jours pour 3 patients, de 5 jours pour 5 patients, de 6 jours pour 7 patients, de 7 jours pour 5 patients, et de 8 jours pour 1 patient.

¹²⁰ Exemple de décision d'admission du directeur : « Vu le CSP (...) Vu la décision de la directrice de l'EPS de Ville-Evrard, constatant que les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ont pris effet à compter du 12.08.2022 concernant M. X né le (...), Vu le certificat médical de situation, établi le 16.08.2022, par le Dr Y

DECIDE

Article 1 : M. X est admis en soins psychiatriques à l'EPS Ville-Evrard à compter du 16.08.2022.

Article 2 : Il peut être mis fin à la mesure de soins à la demande d'un tiers à tout moment en application.

Article 3 : Une information relative à la situation juridique, aux droits et voies de recours est notifiée au patient dès son admission.

Article 4 : Un recours peut être présenté devant le Juge des Libertés et de la Détenition au tribunal judiciaire de Bobigny, la Commission départementale des Soins Psychiatriques.

RECOMMANDATION 32

La prise en charge des patients au service des urgences doit être limitée au temps strictement nécessaire à l'évaluation de leur situation médicale et d'un suivi en soins sans consentement. Lors d'une hospitalisation complète, la mise en œuvre de cette mesure doit intervenir dans les plus brefs délais suivant le certificat médical indiquant la nécessité de cette prise en charge. La décision d'admission peut être différée du moment de l'arrivée du patient dans l'établissement, uniquement le temps nécessaire à l'élaboration de l'acte, soit quelques heures.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *L'établissement met tout en œuvre pour limiter le temps passé aux urgences avant l'admission effective à l'EPS de Ville-Evrard (BPOS, cellule interne de tensions capacitaires). Les décisions sont réalisées dans les plus brefs délais suivant l'admission du patient.*

La "décision intermédiaire" n'est plus réalisée depuis la visite du CGLPL.

Le document prévu pour être remis dès l'arrivée dans le service est mis à jour, les statuts d'admissions sont précisés (à la place de la référence de l'article de loi) permettant une meilleure compréhension et les droits énoncés à l'article L.3211-3 du CSP apparaissent désormais ».

7.2 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES EST INEXISTANTE TANDIS QUE LA COMMISSION DES USAGERS JOUE UN ROLE ACTIF

7.2.1 La commission départementale des soins psychiatriques

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) ne s'est pas réunie ni ne s'est rendue dans l'établissement depuis quatre ans, la dernière visite datant du mois d'octobre 2018. Aucun compte-rendu de ses visites antérieures n'a jamais été adressé à l'établissement.

Un représentant de l'UNAFAM fait son possible pour faire revivre la CDSP, en vain.

Le responsable du service des soins sans consentement de l'ARS pour le secteur Est 93-94, contacté par téléphone, a indiqué que : « *sur l'ensemble de la région Ile-de-France (petite et grande couronne parisienne), seul le département de la Seine-Saint-Denis était encore à ce jour dépourvu de CDSP, malgré plusieurs appels à candidature et contacts individuels de médecins, tant psychiatres que généralistes, en raison d'un nombre insuffisant de médecins dans le département et d'un manque d'attractivité de la CDSP pour ces professionnels ».*

RECOMMANDATION 33

L'agence régionale de santé Ile-de-France doit remettre en œuvre la commission départementale des soins psychiatriques dans le département de Seine-Saint-Denis, afin de garantir le droit de réclamation des patients admis en soins psychiatriques et d'assurer l'examen de leur situation au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.

7.2.2 La commission des usagers

La commission des usagers (CDU) fonctionne de façon satisfaisante, selon les propos de ses membres, rencontrés par les contrôleurs.

Les représentants des usagers insistent sur la qualité d'écoute des psychiatres et des représentants de l'établissement, précisant : « nous sommes écoutés et respectés », « quel que soit le statut et la qualité de chacun tout le monde a sa place », « l'avis des usagers fait avancer les pratiques ».

Le fonctionnement de la CDU est axé sur les droits des patients et leur parcours. Elle tient compte des rapports de l'HAS¹²¹ (par exemple sur les questions liées au port du pyjama, sur les heures des repas, ou encore l'alimentation) et s'intéresse aux droits des patients en termes de dignité et de bienveillance. La CDU a porté un « projet des usagers » inséré dans le PE 2018-2022. Elle exploite les plaintes et les réclamations les plus importantes (fin septembre 2022, 72 réclamations lui ont été présentées), ainsi que les médiations. Le bilan des plaintes, des réclamations et des événements indésirables est présenté et analysé par la CDU.

La CDU se réunit cinq à six fois par an, et le minimum prévu de quatre réunions annuelles a pu se tenir pendant la crise sanitaire. Elle peut inviter à ces réunions des intervenants spécifiques pour débattre de points particuliers. Les représentants des usagers de la COU sont membres du COPIL stratégique « qualité risque », participent à la vie institutionnelle à travers différentes instances et groupes de travail de l'établissement, et aux réunions avec les chefs de juridiction du TJ de Bobigny. Les membres de la CDU participent également à des réunions inter-CDU¹²² où sont traitées des questions thématiques (par exemple la personne de confiance).

7.2.3 Les questionnaires de satisfaction

Les questionnaires, remis à l'entrée dans l'unité avec le livret d'accueil, sont dans l'ensemble peu renseignés et souvent égarés par les patients. L'incitation, faite par les soignants à remplir ce document lors de la sortie, est très variable d'une unité à l'autre. En 2021, les patients ayant répondu se disent majoritairement « satisfaits » (à 62 %) pour l'ensemble des items interrogeant les formalités d'admission, de préparation à la sortie, la qualité de l'information, les soins, l'hébergement, les repas, en ce inclus le respect de la dignité. La plupart des patients se disent notamment « satisfaits voire très satisfaits » de la qualité des soins, des relations avec le personnel médical et soignant, comme de l'hébergement et des repas.

7.3 LE REGISTRE DE LA LOI N'EST PAS TENU CONFORMEMENT AUX PRESCRIPTIONS LEGALES

Le livre de la loi, tenu par le service des admissions, centralise tous les patients admis en SSC dans les quatre sites.

Le service est composé de huit personnes¹²³. L'équipe a été renforcée de deux agents lors de la mise en œuvre de la loi sur le contrôle des mesures d'isolement et de contention, au mois d'avril et de mai 2022.

Le livre de la loi comporte deux registres distincts, l'un pour les SDRE, l'autre pour les SDDE, femmes et hommes confondus, tenus selon un modèle normalisé¹²⁴ non-dématérialisé. Pour ceux dont la prise en charge se poursuit en hospitalisation complète ou en programme de soins durant plusieurs

¹²¹ HAS : haute autorité de santé.

¹²² Départementales, régionales ou nationales ; la dernière réunion inter-COU a été organisée au mois de mai 2022 à l'EPSVE (site de Neuilly sur Marne) et avait pour thème l'isolement et la contention.

¹²³ La responsable du service, une adjointe, trois assistantes, trois gestionnaires.

¹²⁴ Livres cartonnés de format A2, numérotés, composés de 100 feuillets doubles correspondant pour chacun à un patient.

mois ou années, le suivi se fait par renvoi au folio suivant, lequel reprend le numéro du livre et du folio précédent.

Les contrôleurs se sont plus particulièrement attachés à l'examen des deux registres en cours : le registre 372 pour les SDRE portant l'inscription de 71 mesures entre le 27 juin 2022 et le 20 septembre 2022 ; le registre 656 pour les SDDE dans lequel 43 mesures ont été inscrites entre le 30 août 2022 et le 9 septembre 2022¹²⁵.

Ces registres ne sont ni côtés ni paraphés en page de garde par le maire. Ils ne portent le visa d'aucune autorité, notamment :

- aucun contrôle de la CDSP depuis le 4.10.2018 ;
- aucune visite du procureur de la République ni du président du tribunal, ou de leurs représentants, depuis 2012 (malgré de nombreuses rencontres avec les JLD mais sans consultation du registre) ;
- aucun visa du maire.

Les registres sont tenus proprement, les documents y sont reproduits en format réduit. La colonne de gauche comportant les renseignements d'identité du patient, du tiers demandeur, l'éventuelle mesure de protection judiciaire, l'intervention du JLD (de plein droit ou sur recours facultatif), la levée de la mesure ou la transformation du mode de prise en charge sont parfaitement renseignés.

Toutefois, contrairement aux dispositions de l'article L. 3212-11 du CSP, les registres sont renseignés avec retard, ce qui entraîne des erreurs de chronologie dans quelques enregistrements. Ainsi, le 5 octobre 2022, douze mesures d'admissions en SDRE et quatre-vingts en SDDE n'étaient pas encore transcrites sur les registres. Les certificats médicaux et les décisions postérieures (autre que ceux en lien avec une levée de la mesure) restaient en attente de reproduction et de collage depuis 5 mois.

Au-delà de cette première difficulté, il apparaît que plusieurs informations essentielles quant au déroulement de la mesure sont absentes pour les admissions en SPPI :

- l'information sur la recherche d'un tiers n'est pas mentionnée ;
- les notifications des droits et voies de recours (*cf.* 7.1) sont transcrites mais pas celles des décisions ultérieures (notamment de maintien de la mesure) ;
- les décisions du directeur ne sont pas reproduites à la différence des arrêtés du maire puis du préfet ;
- la notification des décisions du JLD ne sont jamais reproduites.

Par ailleurs, la date d'admission mentionnée correspond à celle de l'entrée du patient à l'EPSVE et non à celle du début de la mesure de soins sans consentement (*cf.* 7.1), cette date, quand elle est différente, étant ajoutée de façon manuscrite en tête du folio.

Il ressort en outre de l'examen des registres, de quelques décisions du directeur et de documents médicaux non encore reproduits dans les livres que :

- les décisions d'admissions (arrêtés, à l'exception de ceux de la préfecture de police de Paris, comme des décisions du directeur), ainsi que la majorité des certificats médicaux ne sont pas horodatés, rendant ainsi difficile, sinon impossible, toute vérification quant au respect des délais ;

¹²⁵ Ces mesures concernent 14 femmes et 29 hommes et se répartissent comme suit : 23 SDT – 4 SDTU et 16 SPI.

- les arrêtés comme les décisions du directeur sont rendus au seul visa du ou des certificats médicaux avec les mentions « *dont je m'approprie les termes ou les motifs* », les décisions du directeur ne mentionnant pas, à la différence des arrêtés, que le certificat médical est joint en annexe ;
- les notifications au patient de l'admission en SSC, des droits et voies de recours, sont souvent faites avec un retard pouvant aller de trois à huit jours ;
- les certificats établis aux urgences décrivent peu les troubles et l'absence de consentement aux soins et, s'agissant des SPI, détaillent insuffisamment « *le péril imminent pour la santé de la personne et l'impossibilité de recueillir la demande d'un tiers* » ;
- les certificats des 24 h et 72 h (rédigés par des médecins différents pour les mesures de SDTU et de SPI), les avis motivés et les certificats mensuels sont détaillés et explicites, sans copier-coller, mais ne portent pas la mention selon laquelle « *le patient a été informé de la décision médicale prise et invité à présenter ses observations* » ;
- 50 des 71 SDRE ont été initiés sur arrêté provisoire d'un maire, dont 3 non confirmés par arrêté du préfet.

Il ressort enfin de l'examen des registres que les durées d'hospitalisations sont relativement brèves :

- des 43 mesures de SDDE intervenues entre le 30 août et le 8 septembre 2022, 12 ont été levées avant le douzième jour (délai de comparution devant le JLD, dont 2 dans les 24 heures, 1 à 48 heures, 1 dans les 72 heures et 5 avant le huitième jour) ; 5 l'ont été dans les trois semaines ; et 2 mesures ont levées par le JLD aux motifs d'un délai d'audience expiré et de l'absence de preuve de recherche d'un tiers ;
- des 68 mesures ordonnées par le préfet, 10 ont été levées avant le douzième jour (dont 3 avant huit jours), 4 dans les trois semaines, 1 dans le mois, 11 dans les six semaines ; 5 ont donné lieu à décision de mainlevée par le JLD aux motifs d'avis motivé absent, de certificat médical insuffisamment motivé, d'interprète non présent, et d'arrêté non motivé.

RECOMMANDATION 34

Conformément aux dispositions l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, doivent être transcrits ou reproduits dans le registre de la loi, dans les 24 heures, outre les éléments d'identité du patient et du tiers et toutes les décisions concernant la mesure, les dates de notification des décisions d'une part, des droits et voies de recours et garanties d'autre part.

Les décisions d'admissions du directeur, comme les arrêtés du préfet, doivent mentionner l'heure d'admission effective du patient afin de garantir le respect des délais impartis par la loi, et doivent être prises et notifiées sans délai.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « *Le service des admissions a connu des difficultés liées à un problème d'effectifs (arrêts maladie, congés maternité, etc.) et la mise en place de la loi "isolement contention", ce qui a effectivement entraîné un retard dans l'enregistrement des mesures dans le registre de loi. Ce retard a été rattrapé très rapidement, permettant à ce jour de respecter les prescriptions légales. Le registre est donc à jour depuis janvier*

2023.

L'information sur la recherche de tiers ne fait pas partie des items à renseigner selon l'article L3212-11 du Code de la santé publique. La dématérialisation, prévu à l'article 9 de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013, qui doit être mise en œuvre par le ministère, pourrait permettre de faire apparaître les nouvelles rubriques et d'insérer l'ensemble des documents induits par ladite loi ou jugés dorénavant nécessaires.

La question de l'horodatage des certificats est en phase d'être traitée de façon à permettre le contrôle du respect des délais : un horodatage est prévu sur les certificats initiaux (24 et 72 heures). La mise en œuvre aura lieu en avril 2023 ».

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

Le service du JLD du TJ de Bobigny comprend six magistrats qui interviennent sur les contentieux tant civils que pénaux, et président à tour de rôle les audiences de contrôle des mesures de SSC.

La convention entre l'EPSVE et le TJ, signée le 25 mars 2019, prévoit l'installation de salles d'audience¹²⁶ sur les sites de Neuilly-sur-Marne et d'Aubervilliers, avec une signalétique, un local pour les entretiens avocats et des WC.

Les audiences ont lieu le lundi et le jeudi matin, à Neuilly-sur-Marne, pour les patients des sites de Neuilly et de Bondy et parfois, pour des patients des deux autres sites de l'établissement (pour des raisons liées aux délais), et pour des patients venant de l'hôpital Ballanger, de la maison de santé d'Epinais et de la clinique de l'Alliance (les procédures étant traitées par leur établissement d'hospitalisation pour ces patients).

La salle d'audience, installée au rez-de-chaussée du bâtiment nommé « Le Château », ne fait l'objet d'aucune signalétique, une seule affichette posée sur la porte mentionnant « *porte entrée pour les audiences foraines* ». Cette salle est spacieuse, lumineuse et meublée d'une grande table ovale et de fauteuils.

Les procédures sont entièrement gérées par le service des SSC à Neuilly-sur-Marne.



¹²⁶ Les salles d'audience ont été ouvertes en 2016 sur le site de Neuilly-sur-Marne et en 2018 sur celui d'Aubervilliers.

Salle d'audience du JLD

Salle des entretiens avocats

Les relations entre le service des SSC et celui des JLD sont décrites par les intéressés comme de qualité ; les contacts et les échanges sont aisés, les rencontres nombreuses : une réunion s'est tenue le mercredi 5 octobre 2022 avec le magistrat coordinateur du service des JLD récemment nommé à ce poste, la responsable du service des SSC et la directrice adjointe ; un séminaire de travail sur le thème « isolement et contention » s'est tenu à Neuilly/Marne le 20 avril 2022 et un autre séminaire « justice et psychiatrie » est prévu pour le mois de juin.

7.4.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Le service des SSC sollicite les avis motivés à six jours. La saisine est préparée dès réception, et adressée au greffe du JLD. Cet avis motivé indique si le patient peut ou non comparaître devant le juge et être auditionné. Tout changement dans la situation médicale et les éventuels refus des patients sont communiqués au greffe du JLD, avant l'audience et au plus tard le jour de celle-ci. L'avis motivé pour les SDRE est adressé par le service des SSC à l'ARS qui prépare la saisine et l'adresse directement au JLD.

Dans les deux cas (SPDE ou SDRE), le greffe envoie l'avis d'audience au service des admissions qui le transmet pour sa notification au patient, laquelle est très souvent faite dans les unités par le médecin, à défaut par le cadre ou un infirmier. Ce moment est mis à profit par l'équipe pour expliquer au patient le rôle du juge (le terme « détention » attaché au juge des libertés n'est jamais employé) et le déroulement de l'audience. L'avis d'audience mentionnant le choix d'un avocat est retourné, une fois signé par le patient, au service des SSC pour transmission au greffe du JLD.

La nécessité d'un interprète est normalement signalée au greffe du JLD dans l'acte de saisine du juge, mais des omissions sont signalées par les juges.

7.4.2 La tenue de l'audience

Les patients, convoqués lors de plusieurs tranches horaires de la matinée, sont conduits à l'audience par un soignant à pied ou à bord d'un véhicule de l'unité mis à disposition pour ces transports. Ils ne sont jamais présentés vêtus d'un pyjama.

L'audience se déroule porte ouverte, en général en la seule présence de l'avocat, le soignant accompagnateur et les autres patients attendant à l'extérieur de la salle, dans le hall aménagé en salle d'attente. Le soignant reste parfois dans la salle pour rassurer le patient. Le juge et le greffier portent leur tenue civile, et les avocats la robe. Les avocats de permanence reçoivent le ou les dossiers par courriel sécurisé deux jours avant l'audience, avant laquelle celui, choisi ou désigné d'office, rencontre le patient dans une salle aménagée pour ces entretiens ou dans la salle d'audience, puisque les avocats qui interviennent toujours à deux ne disposent que d'une seule salle d'entretien.

L'administration n'est pas présente ni représentée à l'audience, sauf demande expresse du JLD (situation décrite comme rare). Les tiers demandeurs de la mesure sont convoqués par courrier mais très peu d'entre eux se présentent à l'audience, la convocation leur parvenant parfois après-celle-ci. Les tuteurs et les curateurs, également convoqués par courriel, ne se déplacent jamais et l'envoi d'un rapport ou d'un avis de situation est exceptionnel.

Les contrôleurs ont assisté à l'audience du jeudi 6 octobre 2022 et ont pu constater que les patients étaient bien informés du rôle du juge, (même si certains restaient inquiets avant l'audience), et

disposaient d'un temps de parole effectif, dans un premier temps en réponse aux questions du juge, puis en complément de l'intervention de l'avocat. Le juge ne prononce pas sa décision immédiatement à l'issue des débats mais annonce son rendu dans l'après-midi et son envoi à l'hôpital pour sa notification, puis explique les voies de recours possibles. L'ordonnance, adressée au secrétariat dans l'après-midi ou le lendemain matin est, selon les unités, notifiée au patient par le médecin, le cadre de santé ou un infirmier, contre un émargement et la remise d'une copie. Selon les infirmiers rencontrés, l'ordonnance est souvent envoyée par le juge après la fermeture des secrétariats, de sorte qu'elle n'est transmise à l'unité que le lendemain de l'audience. Ce temps d'attente peut être un facteur d'inquiétude et de stress pour le patient et complexifier l'intervention des soignants dans un domaine qui excède leur cœur de métier.

RECOMMANDATION 35

Les coordonnées téléphonique et électronique des tiers demandeurs à la mesure doivent être notées dans la saisine du JLD afin de permettre une convocation rapide pour l'audience.

Sauf circonstance particulière nécessitant un temps de délibéré, le juge doit informer le patient de sa décision et libérer ainsi les soignants d'une tâche éloignée de leur cœur de métier.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Ces précisions (dans la mesure où nous les détenons) sont dorénavant mentionnées sur les documents de saisine.

Les plans de situation présents sur le site, à l'entrée de l'établissement et près du bâtiment de la direction, seront actualisés ».

Les avocats interviennent dans le cadre d'une permanence assurée par un groupe d'avocats volontaires¹²⁷ qui doivent suivre une formation, à raison de deux à trois séances annuelles, avant leur inscription sur la liste. L'intervention de l'avocat est entièrement prise en charge par l'aide juridictionnelle, sans examen des ressources, excepté dans les rares cas où le patient choisit son conseil. Les avocats rencontrés à l'audience se disent satisfaits de leurs conditions d'intervention et de la qualité de leurs relations avec les JLD et les professionnels de santé. Les avocats sont généralement très pugnaces et déposent de nombreuses conclusions de nullité. Ainsi, un voire deux moyens de nullité ont été déposés dans sept des huit dossiers à l'audience du 6 octobre, moyens tous rejetés aux termes de motivations étayées en fait et en droit.

Selon les agents du service des admissions, les médecins favorisent la comparution des patients à l'audience, de sorte qu'il est envisagé la création d'une audience supplémentaire le mercredi. La comparaison des données statistiques concernant la comparution des patients du site de Neuilly-sur-Marne devant le JLD pour les années 2021 et 2022 confirme la baisse des absences aux audiences¹²⁸. Les JLD ne se déplacent pas dans l'unité pour rencontrer un patient isolé le jour de l'audience.

¹²⁷ Auquel participent environ 80 des 632 avocats du barreau de Bobigny.

¹²⁸ Données de 2021 : 1017 saisines, 152 patients dispensés par avis médical ; 51 refus de patients ; 158 absences effectives (152 SDDE et 31 SDRE), soit 17,99 % de patients non comparants.

Données de 2022 (jusqu'au 30 septembre) : 629 saisines (dont 491 SDDE et 138 SDRE) ; 83 patients dispensés par avis médical ; 28 refus de patients ; 96 absences effectives (81 SDDE et 15 SDRE), soit 15,26 % de patients non comparants. Plusieurs éléments expliquent la différence entre la somme des certificats médicaux défavorables et des refus, et le nombre des absences effectives : le refus du patient de comparaître au dernier moment ou la modification de son refus

7.4.3 Les décisions rendues

L'activité des JLD dans les quatre sites de l'EPSVE est en augmentation, d'une moyenne mensuelle de 144 décisions en 2021 à 155 en 2022 (jusqu'au 27 septembre 2022)¹²⁹.

Les JLD ont été saisis de 1017 requêtes (dont 811 SDDE et 206 SDRE) en 2021 contre 629 (dont 491 SDDE et 138 SDRE) pendant les neufs premiers mois de 2022, soit en moyenne mensuelle une diminution de 84,75 à 66,88, pour les seuls patients suivis à Neuilly-sur-Marne. La très grande majorité de ces saisines interviennent 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 proches sont exceptionnels.

Les décisions ordonnant la poursuite de la mesure d'hospitalisation sont majoritaires¹³⁰, toutefois le nombre de décisions de mainlevées n'est pas négligeable : plus de 12 % en 2021 et plus de 8 % en 2022 (126 mainlevées en 2021 ; 53 sur les neuf premiers mois de 2022).

Les mainlevées sont le plus souvent ordonnées avec effet différé à 24 heures, pour permettre la mise en place d'un programme de soins ou d'une autre forme de prise en charge (dans 80 % des cas en 2021 et dans 58 % des décisions en 2022). Plus fréquemment prononcées pour des motifs de forme (vice de procédure¹³¹), une partie significative intervient pour un motif de fond tenant au fait que la nécessité d'une surveillance médicale constante du patient n'est plus justifiée ou que son consentement aux soins est acquis (23 % en 2021 et 13 % en 2022), ou encore en raison d'une fugue du patient rendant impossible tout examen médical (14 % en 2021 et 17 % en 2022).

Les procédures d'appels sont peu nombreuses¹³².

7.4.4 Le contrôle des mesures d'isolement et de contention

Le bureau des admissions a mis en place des outils de suivi en temps réel des mesures, afin de gérer les délais et les décisions, après des échanges avec les JLD concernant les modalités de leur information et de leur saisine. Des documents synthétisant les principales dispositions régissant la procédure des isolements et des contentions ont été établis, pour l'information des médecins, des soignants et des secrétaires. Des rappels sont régulièrement faits en CME concernant ce thème.

Les secrétaires médicales des unités ont la charge d'informer le JLD, une copie de cette information étant adressée au service des admissions. Le document émis est transmis par courriel au greffe du

initial ; la modification de l'état de santé du patient (attestée par un certificat de situation) ne permettant plus sa comparution ; la rédaction avant l'audience d'un certificat médical de demande de levée de la mesure rendant la comparution sans objet.

¹²⁹ Données communiquées par l'établissement.

¹³⁰ Toutes les décisions, très motivées et lisibles, ont ordonné la poursuite de la mesure d'hospitalisation complète lors de l'audience du 6 octobre 2022.

¹³¹ Les nullités les plus souvent relevées : la décision administrative tardive ou insuffisamment motivée ; les certificats médicaux ne caractérisant les critères d'urgence ou de péril imminent, ou ceux établis hors délai ; l'absence d'interprète lors des notifications ou à l'audience ; les notifications tardives ou non justifiées ; la saisine du JLD ou la tenue de l'audience tardives.

¹³² Trois appels de patients ont été faits, dont un déclaré sans objet l'hospitalisation ayant été levée avant l'audience, les deux autres ayant donné lieu à infirmation de la décision et à mainlevée de la mesure de soins sans consentement ; cinq appels du préfet de décisions de mainlevée toutes confirmées par la cour d'appel ; un appel du directeur de l'établissement d'une décision de poursuite de la mesure, décision infirmée le dernier certificat médical concluant à l'adhésion du patient aux soins.

JLD, avec la mention de l'heure de départ de la mesure. Une information est donnée concomitamment aux personnes visées à l'article L. 3211-12 du CSP, le plus souvent oralement par le médecin, qui donne aux proches des précisions sur l'état de santé du patient ayant justifié la mesure¹³³.

Un document est remis au patient, l'informant des modalités de contrôle par le JLD, de la possibilité d'être assisté par un avocat, du caractère écrit de la procédure, et de sa possibilité d'être entendu. Ce document daté et signé par le patient, expose son choix concernant l'avocat et son souhait éventuel d'être entendu par le juge, l'attestation du médecin concernant la possibilité médicale du patient d'être auditionné, sa capacité d'exprimer son souhait, son refus éventuel de répondre ou de signer.

Les JLD téléphonent fréquemment dans les unités pour s'entretenir avec les patients isolés. Les avocats font parfois également la démarche, lorsque le patient a demandé à être assisté.

La mise en œuvre de cette nouvelle procédure a nécessité la dotation supplémentaire de deux agents au service des admissions, d'un JLD et d'un greffier au TJ.

Le président du TJ de Bobigny, dans sa réponse contradictoire, précise : « La perspective, annoncée par la direction des services judiciaires, du renforcement du service du JLD, permettant d'atteindre un effectif de sept magistrats, en ce compris le 1^{er} VPLD, devrait permettre non seulement d'assurer plus régulièrement des visites d'établissements hospitaliers, mais de renforcer encore les relations partenariales avec l'établissement public de santé de Ville-Evrard. L'effectif actuel du service des JLD - au nombre de six - ne permet pas en effet d'organiser des visites régulières des établissements hospitaliers (EPS de Ville-Evrard, Centre Hospitalier Robert Ballanger et Maison de Santé d'Epinaux sur Seine) accueillant des patients faisant l'objet de soins sous contrainte, ni d'organiser des visites de patients faisant l'objet d'une mesure d'isolement (d'où le recours actuel à la voie des télécommunications lorsqu'il n'existe pas de motifs médicaux y faisant obstacle). Les effectifs actuels ne permettent pas non plus, en particulier pour le coordinateur du service JLD, de mener une véritable action partenariale, pourtant essentielle en cette matière qui mêle des objectifs parfois de nature très différente, voire contradictoire, entre santé et justice dont la qualité du dialogue doit demeurer centrale.

Ainsi, ce sont sur ses temps de "réserve" qu'un JLD participe régulièrement aux réunions - très utiles - de l'observatoire isolement-contention mis en place avec l'EPS de Ville-Evrard, un autre s'étant porté volontaire pour participer, dans les mêmes conditions, à celles relatives aux échanges sur les pratiques professionnelles en matière de soins sous contrainte qui doivent prochainement être mises en place. C'est ainsi qu'après une importante réunion entre les personnels hospitaliers qui s'est tenue le 20 avril 2022 sur la mise en œuvre de la réforme de l'isolement-contention, avec la juridiction, une nouvelle réunion sera organisée dans quelques semaines. Par ailleurs, il a été acté récemment la tenue de réunion régulière entre l'établissement de santé de Ville-Evrard et la coordonnatrice du service pour permettre d'assurer un suivi opérationnel des pratiques suivies. Pour mémoire également, le service a traité 2 488 dossiers d'hospitalisation sous contrainte en 2021, contre 3 778 en 2022 (dont 1 040 dossiers d'isolements/contention), et ce, à effectif constant jusqu'à l'aide d'une assistante de justice de sept 2022 à janvier 2023 et le renfort d'un greffier depuis février 2023

¹³³ Une réflexion est en cours qui concerne l'évaluation de l'effectivité de l'information donnée aux proches.

(contrairement à ce qui est mentionné par le CGLPL en page 69 de son rapport qui fait état de la nomination d'un JLD supplémentaire, lequel devrait pouvoir être nommé en septembre 2023).

A ce sujet, il n'est pas anecdotique de rappeler - ce que ne mentionne pas ce rapport - les termes de l'étude d'impact du PLFSS 2022 (Annexe 9, article 28, p.192) selon lesquels le TJ de Bobigny, du fait de cette réforme, présente "un besoin avoisinant (voire supérieur) 1 ETP de JLD et 1 ETP de greffe". Cette sous-dotation fait écho aux présentes constatations du CGLPL relatives à la sous dotation populationnelle en lits psychiatriques dans le département et à ses conséquences sur le respect des droits fondamentaux des patients (recommandation 1) dont les JLD du ressort sont les garants.

Le choix a été fait par le service de recourir largement à la permanence mise en place par le barreau y compris en matière d'isolement-contention et sauf refus exprès des patients (ce qui n'est pas le cas de toutes les juridictions). Des échanges ont été initiés et se poursuivent avec le barreau tant dans le cadre de la mise en place de la réforme que de sa mise en œuvre. Il en résulte que dans ces contentieux (hospitalisation sous contrainte et isolement-contention), des moyens d'irrégularité sont très souvent soulevés qui impliquent de consolider la réflexion du service concernant les pratiques juridiques, procédurales, hospitalières et médicales en cours et permettent de surcroît d'enrichir les échanges également poursuivis avec les directions administratives hospitalières aux fins de parfaire les outils juridiques mis en place par leurs services à disposition des soignants. La mise en œuvre de la réforme sur l'isolement et la contention suscite d'ailleurs des questionnements juridiques assez récurrents, l'interprétation - par moments malaisée - des dispositions législatives et réglementaires, bien que complétées par une circulaire, ayant pu et pouvant être chronophage, le présent rapport étant taiseux sur l'analyse de la Cour d'appel de Paris concernant cette mise en œuvre.

Le service du JLD confirme les observations générales tenant à la description de la population séquanodionysienne et des institutions œuvrant dans le département : il s'agit d'une population plutôt jeune, d'origines géographiques et culturelles diverses, et précarisée tant aux plans éducatif, social et financier que sanitaire.

La prise en considération de la dimension d'insertion socio-professionnelle et de la situation d'isolement assez récurrente des patients influe donc nécessairement sur la façon dont les JLD du ressort appréhendent et traitent ces contentieux. De la même manière, ils ne peuvent méconnaître l'état des services hospitaliers et plus particulièrement psychiatriques, tant au plan des conditions immobilières et matérielles, qu'au plan du nombre et de la qualité des effectifs et personnels soignants.

L'ensemble de ces éléments, outre les dispositions législatives et réglementaires, encadrent donc les conditions dans lesquelles doit s'opérer le contrôle du JLD sur les mesures privatives de liberté que sont les soins sous contrainte et les mesures d'isolement et de contention.

Ainsi, nous ne pouvons que rejoindre le CGLPL pour avoir également alerté nos interlocuteurs institutionnels sur les points suivants :

- la mesure de soins psychiatriques sous contrainte/la mesure de contention prise dans un service d'urgences hospitalières ne répondant pas aux conditions prévues par le CDSP, faute de lits en nombre suffisant dans les établissements habilités et le nécessaire transfert dans les meilleurs délais dans l'un d'eux ;*
- la formalisation de la notification des droits et voies de recours du patient contraint ;*
- l'absence de commission départementale des soins psychiatriques (article L3223-2 du CDSP), dont il convient de préciser qu'elle ne comporte plus de membre judiciaire depuis 2019,*

susceptible de pouvoir être saisie par un patient. Attentif à cette question, le service JLD a d'ailleurs récemment attiré l'attention des services préfectoraux, en lien avec l'ARS, pour que la CDSP soit au plus vite réactivée et opérationnelle ;

- l'insuffisance de mesures alternatives aux mesures d'isolement-contention mises en œuvre et l'exigence renforcée auprès des soignants de les détailler ;
- la nécessité de communiquer au greffe en vue de l'audience les coordonnées téléphoniques et électroniques des tiers demandeurs de la mesure ou représentants légaux (parents, tuteurs et curateurs) devant être convoqués (les convocations envoyées par écrit quelques jours avant l'audience ne parviennent que très rarement aux destinataires avant l'audience alors même que leur présence peut s'avérer très éclairante dans l'appréhension de la situation du patient).

Sur le premier point, et afin d'apporter quelques précisions au chapitre 7.1 du rapport, il semble important de rappeler le contexte dans lequel le service JLD a eu à connaître de cette situation de tension capacitaire ayant des conséquences sur la procédure d'admission. Des arrivées et prises en charge tardives à l'EPS de Ville-Evrard ont en effet été constatées à la fin du printemps 2022 à la lecture des procédures de soins psychiatriques sous contrainte. Comme le relève le CGLPL, des décalages entre le certificat médical initial et l'admission physique et administrative du patient à l'EPSVE ont ainsi conduit les JLD à prononcer de nombreuses décisions de mainlevées.

Deux raisons principales avaient été avancées à l'époque par l'EPSVE pour expliquer cette situation : une succession de mouvements de fermeture de différents services d'urgence du département (particulièrement impactant durant l'été 2022) et l'absence de capacités de prise en charge suffisantes à l'EPSVE. L'identification de ces deux "goulots d'étranglement" a conduit le service JLD à demander aux équipes médicales que la période d'observation de 72h débute dès l'admission du patient au service des urgences, afin qu'il ne soit pas privé de cadre juridique avant son admission effective au sein de l'établissement psychiatrique et afin que le contrôle judiciaire puisse effectivement intervenir à 12 jours, le JLD s'assurant ensuite que les dispositions de l'article L. 3211-2-3 du CDSP (délai de 48h pour transférer le patient des urgences à l'hôpital psychiatrique) et la jurisprudence de la Cour de cassation (Cass., avis, n°16008, 11 juillet 2016, sur le délai de formalisation de la décision d'admission) soient respectées.

A ce point, s'ajoute celui des procédures initiées sur les fondements du péril imminent et de l'urgence qui sont, comme le relève le CGLPL, trop fréquentes - et souvent contestées par les avocats - et pouvant s'expliquer par ces tensions capacitaires, mais également par la sociologie des patients, souvent isolés. A cet égard, la mise en place plus large de directives anticipées, tel que préconisé dans la recommandation 44, serait de nature à limiter ce type de mesures dérogatoires.

D'autres constats dressés par le CGLPL vont nous conduire à initier les démarches suivantes :

- porter une attention accrue sur la situation des mineurs et envisager un contrôle d'office, ce qui nécessitera le cas échéant des échanges avec l'ASE ;
- interroger les établissements sur les mesures d'isolement en cours concernant les patients en soins libres avant un éventuel contrôle d'office, ce qui suppose une traçabilité fiable des différentes mesures, ce qui n'est pas le cas actuellement ;
- programmer, au-delà des groupes et réunions de travail déjà mis en place, et institutionnaliser des visites de sites hospitaliers par les JLD sous réserve d'un renforcement

du service, ce qui devrait permettre, à la lecture du registre, de déclencher des contrôles d'office sur les mesures les plus anciennes.

La recommandation 34 qui porte sur la rédaction et la notification des ordonnances à la suite de l'audience et donc sur site s'avère impossible à mettre en œuvre pour diverses raisons. Compte tenu du nombre de moyens d'irrégularité soulevés par les conseils des patients, le temps de rédaction et de motivation des ordonnances est de plusieurs heures. Il est donc impossible de demander au greffe sur un site délocalisé d'attendre que le juge formalise ses ordonnances sans pouvoir poursuivre son travail de greffe (préparation des audiences ultérieures, mise en état des requêtes isolement-contention et notification des décisions).

Il apparaît, de la même manière, tout à fait contre-indiqué de demander aux patients et soignants accompagnateurs d'attendre sur place durant la pause méridienne alors que l'état de santé de certains (agitation, inquiétude, stress) conduit parfois les JLD à les faire passer en priorité afin qu'ils puissent être reconduits rapidement dans leur unité de soins. Il n'est en outre pas envisageable de les faire patienter à proximité de la salle d'audience sans qu'ils puissent prendre leur repas. De même, il n'apparaît pas opportun de leur faire faire des allers-retours (pavillon de soins/salle d'audience) sans obérer l'organisation du service concerné et perturber davantage encore les patients dans le suivi de leurs soins.

S'agissant de la notification des décisions au patient et des droits et voies de recours qu'ils sont susceptibles de pouvoir exercer, il convient de rappeler au CGLPL que les ordonnances rendues sont accompagnées des formulaires (ci-joints) à leur intention qui sont de nature à les éclairer, étant par ailleurs observé que les patients appellent régulièrement le greffe pour connaître la marche à suivre et peuvent enfin être utilement conseillés par les avocats de permanence qui les ont assistés à l'audience ».

8. LES SOINS

8.1 LES PATIENTS BENEFICIENT DE SOINS PSYCHIATRIQUES DE QUALITE MAIS LEUR ACCES AUX ACTIVITES THERAPEUTIQUES DANS LES DIFFERENTS POLES N'EST PAS EQUIVALENT

8.1.1 L'organisation des soins

Les projets médico-soignants des pôles, élaborés par le groupe de travail qui comptait des soignants, sont diversement connus de l'ensemble des équipes des différentes unités. Le pôle G16 a construit son projet en partenariat avec l'UNAFAM.

Les psychiatres, présents dans toutes les unités et s'y relayant en cas d'absence, sont disponibles et reçoivent les patients régulièrement. Le libre choix du médecin est possible dans les UHTP de psychiatrie aiguë, sur demande du patient et après concertation entre les médecins concernés, mais pas dans l'unité Provence ni dans les UHTP pour PRDI, en raison de l'insuffisance du nombre de médecins.

La présence des psychologues a parfois été décrite comme insuffisante pour répondre aux besoins, notamment dans les unités Dauphiné et Peupliers.

Les projets de soin des patients sont abordés en équipe pluriprofessionnelle¹³⁴ lors de réunions régulières, notamment les *staffs* du matin et les réunions de synthèse clinique hebdomadaires.

Les familles sont diversement associées au projet de soins mais toujours avec l'accord du patient. Selon les unités, de simples contacts téléphoniques sont tenus, des rencontres présentes sont organisées. L'équipe de l'unité Provence associe les familles le plus tôt possible dans le processus de prise en charge, a mis en œuvre un groupe « Profamille¹³⁵ » (dont le programme est élaboré sur quatre ans), et développe le projet d'un groupe consacré à la bipolarité.

Aucun système de référence IDE n'est mis en œuvre, à l'exception de l'unité Peupliers qui met en œuvre des binômes d'IDE associé à un AS référents.

Les patients dits inadéquats le sont au titre de deux causes principales qui s'additionnent le plus souvent. D'un côté, nombre de patients PRDI sont hospitalisés en unité de psychiatrie aiguë, en l'absence de places suffisantes dans une unité spécifique adéquate. De l'autre, ces mêmes patients ne peuvent s'inscrire dans un projet de sortie pertinent¹³⁶, en raison de leur stigmatisation lors de la procédure d'accès au logement et de l'insuffisance des structures d'hébergement social ou médico-social (cf. 3.1.1a) et 8.3).

RECOMMANDATION 36

Les patients, que leur pathologie résistante aux soins dispensés rend dépendants de l'institution, 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.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *Un recensement individuel des besoins de formation des agents est réalisé dans le cadre de l'entretien d'évaluation professionnelle pour le personnel non médical. Cet entretien est réalisé tous les ans. Une analyse de ces besoins remontés est réalisée par le service de la formation à l'issue de la campagne d'évaluation et alimente le plan de développement des compétences des professionnels. A cela s'ajoute un recensement des besoins collectifs réalisé par la responsable de la formation professionnelle auprès des services de soins et des directions. Ces besoins recensés sont également intégrés dans le plan de développement des compétences. Ces entretiens vont être également déployés pour le personnel médical* ».

8.1.2 Les activités occupationnelles et thérapeutiques

Les patients et les soignants des UHTP de psychiatrie aiguë déplorent un équipement faible, s'agissant du petit matériel dévolu aux activités occupationnelles du quotidien (livres, jeux de société), et nombre de patients rencontrés par les contrôleurs ont été vus restant allongés en journée sur leur lit, errant dans les couloirs, ou assis et désœuvrés dans une attente sans but, avec un sentiment prégnant d'ennui, à l'exception de ceux de l'unité Tamaris.

¹³⁴ Equipe pluriprofessionnelle : psychiatre, CS, IDE, assistante sociale, participation possible des secrétaires.

¹³⁵ Le programme « Profamille » est une approche cognitivo-comportementale proposant de modifier les comportements, les cognitions (c'est-à-dire les pensées), et le niveau émotionnel des familles, et dont l'objectif est l'amélioration du confort personnel des familles et de la qualité de l'aide qu'elles apportent aux malades.

¹³⁶ Pour des périodes de plusieurs mois, années, ou décennies.

Les unités disposent pourtant d'un jardin extérieur librement accessible, muni de tables, de chaises et de bancs ainsi que d'une bibliothèque plus ou moins fournie, d'une salle de télévision, d'un babyfoot (sauf l'unité Peupliers) et d'une table de ping-pong, à l'exception de l'unité Trèfles pour les deux derniers points.

Des réunions soignés-soignants sont organisées selon une fréquence hebdomadaire à mensuelle. Les professionnels les animant varient selon les unités, le psychologue dans l'une, le médecin et le CS dans une deuxième, l'équipe pluriprofessionnelle dans une troisième, les IDE dans les autres. Cependant elles ne sont plus tenues à l'unité Trèfles et celles de l'unité Provence, suspendues plusieurs mois en raison d'un manque de personnel, n'avaient pas repris.

RECOMMANDATION 37

Les patients doivent bénéficier dans toutes les unités de réunions soignés-soignants, qui favorisent leur expression collective concernant les règles de vie et les activités proposées.

Les patients ont majoritairement accès, rapidement et de façon adaptée à leur état clinique, à des sorties dans le parc et des sorties de courte durée pour se rendre en ville.

Certaines unités organisent des sorties thématiques, de façon adaptée à l'état clinique des patients, accessibles à ceux en SSC :

- l'unité Tamaris les organise en semaine exclusivement¹³⁷, avec des soignants en nombre suffisant pour prévenir toute annulation : au centre de loisirs en été (avec un pique-nique fourni par la cuisine, vingt patients concernés), au marché de Noël à Reims (avec tous les patients dont l'état le permet), à la cafétéria (en petit groupe), pour des promenades à pied ou à vélo (l'unité en possède six) dans le parc ;
- l'unité Provence organise des sorties au musée avec des groupes de quatre patients et au cinéma ;
- l'unité Morvan organise des balades à vélo dans le parc si la météo le permet ;
- l'unité Peupliers organise des sorties de groupe (musée Grévin, parcs d'attraction, restaurants) ;
- l'unité Trèfles organise des sorties au marché hebdomadaire dans le cadre de la préparation de repas thérapeutiques, des randonnées et des sorties à la piscine.

Les patients bénéficient très diversement d'activités thérapeutiques ponctuelles et majoritairement insuffisantes dans les UHTP, selon que l'équipe compte un ergothérapeute, un psychomotricien, ou des soignants disponibles, notamment :

- Les patients de l'unité Tamaris en ont décoré les parties communes de dessins et réalisé la signalétique, et disposent, dans le bâtiment Tilleul d'accès libre et qui abrite les bureaux du secrétariat et des assistantes de service social :
 - o d'une grande salle d'activités (étagère de livres, jeux de société, feutres, craies, feuilles et tableaux pour écrire ou dessiner) ;
 - o d'une salle de frappe ;

¹³⁷ L'unité ne peut pas organiser de sortie le week-end, en raison du manque d'effectif mais les soignants tentent de faire des animations : atelier cinéma, écoute musicale et danse, etc.

- d'un coin lecture équipé de magazines ;
 - du bureau et de la salle d'activité spécifique pour les séances avec la psychomotricienne, qui anime « le club » (thé, discussion) deux soirs par semaine, entre 17 et 19h ;
 - de salles réservées pour les ateliers hebdomadaires programmés et affichés (pâtisserie, manucure, peinture, jeux de société, stretching), animés par un AMP, une IDE ou la psychomotricienne ;
- les patients de l'unité Champagne, dont l'effectif ne compte ni ergothérapeute ni psychomotricien, peuvent se rendre deux fois par semaine, seuls ou accompagnés, dans les ateliers thérapeutiques programmés de l'unité Picardie (peinture modelage collage) ;
 - les patients de l'unité Provence sont assez oisifs, en raison d'un accès à des activités diversifiées mais décrites comme insuffisantes et ne pouvant être proposées à tous : musique, art-thérapie, asinothérapie (activité mise en place par un soignant de Provence depuis le mois de mai 2022), ergothérapie deux fois par semaine sous forme de stage dans l'HDJ du pôle ;
 - les patients de l'unité Dauphiné bénéficient d'activités très réduites, en raison de l'absence d'ergothérapeute, de psychomotricien, d'un poste vacant de plasticien, et de la fermeture de la bibliothèque de proximité ; un atelier de lecture hebdomadaire, une activité « pâtisserie » le week-end et quelques rares repas thérapeutiques sont seuls mis en œuvre ;
 - les patients de l'unité Morvan ont également accès à peu d'activités, en raison de l'absence d'éducateurs spécialisés et d'ergothérapeutes, et du fonctionnement de l'équipe lorsqu'elle est à l'effectif de sécurité. Les agents ont les plus grandes difficultés à se libérer pour les animer. Des ateliers « écriture, briques (LEGO), peinture sur tissu et cinéma » hebdomadaires sont accessibles, si les soignants sont disponibles ; l'atelier « piscine », interrompu pendant la crise sanitaire, n'a pas repris et le projet d'atelier « cuisine » reste en attente de la réalisation d'un audit préalable garantissant que les conditions sanitaires sont remplies ; l'atelier « percussions » est assuré tous les quinze jours par un intervenant spécialisé ;
 - peu de patients de l'unité Peupliers bénéficient d'activités régulières, faute de personnel disponible malgré l'intervention d'un psychomotricien : un atelier « cuisine » et un repas thérapeutique hebdomadaire, des séances de sophrologie et d'ergothérapie hebdomadaires, des soins esthétiques et des séances de balnéothérapie, des activités manuelles, des promenades dans le parc ; les sorties à vélo et l'atelier couture sont suspendus. Le programme d'activités, revu lors de la visite, présente treize activités susceptibles d'être proposées de façon hebdomadaire, mais leur accès effectif reste conditionné à la question de l'effectif des soignants ;
 - les patients de l'unité Trèfles bénéficient une à deux fois par semaine d'art-thérapie en groupe de quatre à cinq patients, avec un intervenant spécialisé, d'ateliers « parole », « socialisation », bibliothèque, balnéothérapie, relaxation, manucure, chant, pâtisserie, repas thérapeutique ; ils ont accès une fois par semaine à la salle *Snoezelen* de la MAS.

RECOMMANDATION 38

Tous les patients, en fonction de leur état clinique, doivent bénéficier d'un accès équivalent à des activités thérapeutiques régulières et diversifiées.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise et complète : « *Les patients de Morvan et Alizé ont des activités réalisées par les soignants et psychologues : atelier écriture, percussion, vélo, sorties thérapeutiques au musée, restaurant, base de loisirs. Ils peuvent bénéficier d'activités au groupe séquentiel du secteur 15 et à l'association sportive de Ville-Evrard. Un groupe soignants-soignés se tient à Morvan, animé par la psychologue tous les quinze jours. Les patients du secteur G12 : Morvan Alizé, HDJ et CATTP bénéficient de séjours thérapeutiques.*

L'unité Peupliers organise des activités au sein de l'unité et travaille en partenariat avec le groupe séquentiel : deux patients s'y rendent pour des activités régulières toutes les semaines. Une activité thérapeutique hebdomadaire au sein équestre de Montfermeil est proposée à un groupe de quatre patients. Des activités individuelles : soins esthétiques, atelier sophrologie, relaxation, gestion des émotions sont proposées. Un groupe thérapeutique Asinothérapie a lieu tous les mercredis en partenariat avec le pavillon Tournesol. Un programme d'activités supplémentaires est en cours d'élaboration avec les membres de l'équipe nouvellement recrutés.

Les patients du pavillon Tournesol, que le CGLPL ne mentionne pas s'agissant des activités, bénéficient d'une offre diversifiée d'activité assurée par l'éducatrice, la psychomotricienne et l'ergothérapeute. Le pavillon tournesol dispose d'une salle d'activité où l'ergothérapeute propose des prises en charge individuelles et en groupe. Un programme d'activité est défini, affiché dans le service et proposé par l'équipe médico soignante à tous les patients en fonction des indications thérapeutiques : escalade, piscine, asinothérapie, atelier cuisine, thérapie assistée par les cochons d'inde ; en plus d'activités sportives en partenariat avec l'ASVE : réveil musculaire, salle de sport. L'équipe organise régulièrement des séjours thérapeutiques, les derniers en date : un séjour du 14 au 18 septembre 2020 et un séjour du 30 mai au 04 juin 2022 ».

Les patients ont accès à des activités thérapeutiques intersectorielles, notamment :

- activités sportives : réveil musculaire et natation ;
- le pôle G03 met en œuvre la plateforme départementale de réhabilitation psychosociale (RPS), associant le centre du CAIRE93 et l'UNIRRE (cf. 2.1.3), qui accueille des patients hospitalisés ou suivis en ambulatoire. Son démarrage récent explique une file active modeste de quinze patients au moment de la visite, dont la progression est attendue, sa capacité d'accueil étant de vingt patients par demi-journée, cinq jours par semaine. Une journée porte ouverte, tant aux usagers qu'aux professionnels, s'est tenue lors de la visite. L'UNIRRE est dotée d'une équipe pluridisciplinaire de dix-neuf professionnels (des médecins, des soignants, des rééducateurs, des travailleurs sociaux, un neuropsychologue et un médiateur de santé pair), qui mettent en œuvre des prises en charges individuelles et de groupe, débutant pour chaque patient par une évaluation avec lui de ses attentes, de ses besoins et de ses ressources. Les activités associent des ateliers cognitifs (l'entraînement des habiletés

métacognitives¹³⁸, le jeu « dixiludo¹³⁹ », psychoéducation, le *Michael's game*¹⁴⁰, le point presse), de bien-être (l'asinothérapie¹⁴¹, les compétences émotionnelles, le jardinage, le yoga, le « prendre soin de soi »), et de création (la cuisine, les arts plastiques), ainsi que des activités sportives et de psychoéducation (programme BREF¹⁴²) ;

BONNE PRATIQUE 4

La plateforme intersectorielle, composée du centre CAIRE 93 et de l'unité UNIRRE, qui propose des prises en charge très diversifiées associant des ateliers cognitifs, de psycho-éducation, de bien-être, de création, et des activités sportives, contribue de façon très pertinente au processus de réhabilitation psychosociale des patients.

- les activités sportives à la rotonde, auxquelles les patients peuvent se rendre seuls ;
- la cafétéria, uniquement ouverte en semaine de 9h30 à 16h, d'aspect défraîchi, a perdu son dynamisme depuis sa fermeture lors du premier confinement et la mutation vers un service de soins du moniteur-éducateur qui l'animait ; elle dispose de quelques rares jeux de société, d'une console de jeux, distribue gratuitement du café et du sirop mais ne vend aucune confiserie ni produit d'hygiène ;
- les patients de certaines unités (Tamaris, Provence) peuvent bénéficier de séjours thérapeutiques.

RECOMMANDATION 39

La cafétéria doit bénéficier d'une rénovation qui la rende conviviale et accueillir les patients tous les jours.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « Une réflexion est en cours pour la relocalisation de la cafeteria. Un nouveau mode de gestion est aussi à l'étude ».

¹³⁸ Le programme d'entraînement des habiletés métacognitives a pour objectif de réduire le fossé actuel entre la compréhension avancée des processus cognitifs et métacognitifs dans la schizophrénie et son utilisation pratique dans le traitement clinique. La métacognition peut être définie comme la capacité de penser nos propres processus mentaux, implique la capacité de sélectionner la réponse appropriée, et comprend également la façon d'appréhender et de considérer les informations et la manière de gérer les limites cognitives.

¹³⁹ Le jeu *Dixiludo*® permet de stimuler et de créer des échanges en groupe sous forme de conversation.

¹⁴⁰ *Michael's game* est un jeu collaboratif basé sur le raisonnement hypothétique développé pour faciliter le traitement psychologique des idées délirantes. Il a été testé dans une étude randomisée contrôlée qui montre que le jeu conduit à une réduction de la conviction et de la préoccupation avec les idées délirantes.

¹⁴¹ L'asinothérapie est une thérapie comportementale dont la médiation s'effectue avec l'aide d'un âne, et faisant partie de la grande famille de l'équithérapie, terme générique, qui désigne les thérapies assistées d'un équidé. Il s'agit d'une médecine non conventionnelle et alternative, de la grande famille des zoothérapies.

¹⁴² Le programme BREF est un programme de psychoéducation unifamilial (une seule famille est reçue en l'absence de son proche), à destination des aidants en psychiatrie, quel que soit le diagnostic de la personne concernée par les troubles (y compris lorsque le diagnostic n'est pas encore connu). Le programme BREF se décline pendant trois séances d'une heure auxquelles s'ajoute un rappel téléphonique à trois mois. Il est animé par deux professionnels de santé et la troisième séance du programme est coanimée avec un bénévole associatif de l'UNAFAM. Ce programme a pour objectif d'apporter de l'information aux aidants et de les connecter au réseau local d'aide aux aidants.

8.2 L'ORGANISATION DES SOINS SOMATIQUES REpond AUX BESOINS

Des médecins généralistes interviennent dans chaque unité, du lundi au samedi midi, pour des consultations à la demande des équipes soignantes ou lorsqu'un patient les sollicite. Un généraliste effectue une astreinte téléphonique en semaine de 17h à 9h, du samedi à midi au lundi à 8h, et peut se déplacer en cas de nécessité. La sollicitation de l'interne de garde ou du psychiatre d'astreinte opérationnelle est également possible, en concertation avec le généraliste d'astreinte téléphonique. Chaque unité dispose d'un local adapté et équipé permettant la confidentialité des consultations et des soins.

Tous les patients hospitalisés sont examinés dans les vingt-quatre heures qui suivent leur admission. Les bilans sanguins réalisés sont acheminés deux fois par jour vers le laboratoire et lors d'une éventuelle prescription en urgence. Les délais d'obtention des résultats sont identiques à ceux d'un centre hospitalier général.

Le pôle Cristales regroupe les quatorze médecins généralistes, des IDE, un dentiste et une pédicure-podologue, tous employés à plein temps, et permet l'accès aux consultations de spécialités (l'endocrinologie, l'ophtalmologie et la gynécologie). Les médecins du pôle Cristales peuvent solliciter des avis cardiologiques par téléphone et adresser des électrocardiogrammes pour interprétation auprès des cardiologues du centre cardiologique du Nord de Saint-Denis. Les avis dans diverses spécialités médicales peuvent être réalisés par téléphone afin d'orienter au mieux la prise en charge pendant l'hospitalisation du patient, pour exemple la neurologie avec les hôpitaux Avicennes et Delafontaine. Le pôle Cristales dispose d'une Handiconsult permettant aux résidents des établissements médicosociaux et aux patients suivis en psychiatrie en réelle difficulté de recours aux soins, en raison de la lourdeur de leur handicap psychique, et ainsi de bénéficier du plateau médico-technique du pôle Cristales. Les partenariats en termes d'offres sont relayés aux autres Handiconsult dont celles du centre de santé Val Consult (Val-de-Marne) et de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière (Paris) quand ceux-ci ne peuvent être satisfaits au sein du pôle Cristales.

Le pôle Cristales a également développé le dépistage, la réalisation du bilan par l'acquisition d'un fibroscan¹⁴³, et obtenu la possibilité de démarrer l'onéreux traitement antiviral de l'hépatite virale C, en service de psychiatrie, dont les patients présentent une prévalence¹⁴⁴ cinq fois plus élevée que celle de la population générale.

BONNE PRATIQUE 5

Le développement du dépistage de l'hépatite virale C, de la réalisation de l'examen fibroscan, et de l'accès à son traitement, dans le cadre d'un parcours simplifié dans l'établissement, permet la prise en charge précoce des patients de psychiatrie contaminés.

Une poursuite du suivi somatique avec les médecins du pôle Cristales peut être mise en place à la sortie du patient.

¹⁴³ L'examen FibroScan® est une technique qui permet, sans pénétrer à l'intérieur du corps humain, de déterminer la dureté ou l'élasticité du foie, qui renseigne sur la présence éventuelle d'une fibrose hépatique.

¹⁴⁴ Nombre de cas nouveaux et anciens d'une maladie, enregistrés pour une population déterminée à un temps donné.

8.3 L'INSUFFISANCE DE SOLUTIONS D'AVAL PROLONGE INUTILEMENT LE TEMPS D'HOSPITALISATION

Des réunions de synthèse régulièrement tenues dans les unités, auxquelles participent les ASS, permettent l'organisation de la préparation à la sortie.

Un poste d'ASS n'était pas pourvu dans un pôle lors de la visite. Cette vacance de poste ne permettait pas la mise en œuvre du lien nécessaire entre les unités concernées (Morvan et Dauphiné) et les structures d'aval, dans le cadre de l'élaboration des dossiers de préparation à la sortie.

Les permissions de sortie médicalement prescrites sont accordées sans difficultés particulières pour les patients en SDDE. Les soignants les accompagnent en cas de besoin dans leur découverte des solutions mises en œuvre à l'extérieur (l'accompagnement au CMP, la rencontre des soignants de l'extra hospitalier, la visite d'un appartement thérapeutique, etc.). Les soignants des unités Dauphiné et Morvan ont cependant rapporté une difficulté à accompagner leurs patients en raison de leur charge de travail et de l'insuffisance de leur effectif.

La préfecture en revanche demande un deuxième avis médical quasi systématiquement pour les patients en SDRE, lesquels doivent systématiquement être accompagnés.

RECOMMANDATION 40

La demande d'une permission de sortie de courte durée pour un patient en soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat ne doit pas être refusée au motif de sa précocité ni systématiquement être conditionnée à un deuxième avis médical ou un accompagnement.

Quarante-sept programmes de soins étaient en cours lors de la visite.

Les secrétaires de chaque UHTP assurent le rappel des dates de réunion du collège des professionnels aux médecins et aux cadres de santé. Le collège se tient parfois par téléphone, à défaut d'une autre forme de disponibilité des participants.

RECOMMANDATION 41

Conformément à l'article L. 3212-7 du code de la santé publique, le collège des professionnels de santé doit procéder, pour tous les patients en soins sans consentement depuis plus d'un an, et ce quelle que soit la forme de prise en charge, après rencontre du patient et recueil de ses observations, à une évaluation médicale approfondie de son état de sorte à donner un avis sur la suite à donner à sa prise en charge.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « L'article L.3212-7 CSP est respecté et le collège est convoqué pour les patients relevant d'une mesure de SDT à la date anniversaire (un an) aussi bien pour les patients en hospitalisation complète qu'en soins ambulatoire. Le JLD effectue un contrôle vigilant des mesures dans le cadre des saisines à six mois, si ce document faisait défaut, la mesure serait levée. Un outil mis en place eu niveau des admissions permet de suivre la programmation des convocations du collège en temps voulu ».

L'insuffisance des solutions d'aval constitue la principale difficulté dans le processus de préparation à la sortie. Les logements sont particulièrement inaccessibles pour les patients de psychiatrie. Ceux

en situation administrative irrégulière, pour lesquels la préfecture ne délivre aucun rendez-vous, voient leur sortie bloquée, lorsque la constitution de leurs dossiers s'avère impossible. La privation de liberté de certains patients peut ainsi se trouver prolongée sans nécessité médicale et donc sans respect des dispositions légales.

RECOMMANDATION 42

Les patients hospitalisés en soins sans consentement ne doivent pas subir de privation de liberté non justifiée par leur état de santé mentale, au motif d'une insuffisance de communication et de partenariat efficaces de l'établissement avec la préfecture, les bailleurs sociaux et les structures d'hébergement sociales et médico-sociales.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « *Plusieurs actions sont menées par l'établissement en ce sens. D'un point de vue institutionnel :*

- *la formation action sociale/santé mentale : financée par l'ARS, l'établissement a mis en place en 2005 des groupes de formation destinés aux partenaires : circonscriptions d'action sociale, mandataires, bailleurs sociaux, EHPAD, SAMSAH, SAVS, CHU: cent personnes sont formées chaque année durant une durée de six jours ; les objectifs sont une meilleure connaissance du handicap psychique et l'amélioration de la collaboration avec les partenaires du département ;*
- *la participation mensuelle à la cellule interinstitutionnelle de lutte contre la maltraitance mise en place par le CD, qui réunit chaque mois les services du CD, la MDPH, les services de soins à domicile, l'UDAF, les hôpitaux généraux pour faire le lien entre les intervenants autour d'une situation de maltraitance ;*
- *les rencontres avec les EHPAD en vue de convention signée entre les établissements (exemples 2023 : EHPAD de Noisy-le-Grand, de Montreuil) et les ESAT; convention en cours de formalisation avec le foyer de vie "Les amandiers" de Drancy qui ouvre en avril 2023 ;*
- *le groupe de travail entre le CD93 et les hôpitaux de la Seine-Saint-Denis pour une meilleure fluidité des parcours des patients entre les services ;*

Au sein des pôles : Les assistants sociaux évaluent la capacité des personnes à pouvoir vivre à l'extérieur et interviennent auprès des partenaires pour préparer la sortie ; au-delà du travail d'accompagnement individuel, des outils et des espaces de concertation sont mis en œuvre :

- *des participations au RESAD sur les territoires pour les situations complexes rencontrées par les travailleurs sociaux de tous services ;*
- *des participations au conseil local de santé mentale ;*
- *le travail commun de maintien à domicile et d'accès au logement des personnes accompagnées des assistantes sociales avec les bailleurs sociaux ;*
- *la formation au dispositif SIAO pour constituer demandes de logement ou d'hébergement ».*

Le projet de service du pôle G10, dont dépend l'unité Tamaris, se distingue par sa volonté de développer des partenariats destinés à favoriser l'hébergement des plus démunis et permettre de limiter la durée d'hospitalisation complète. Une quarantaine de patients stabilisés ont ainsi pu être relogés depuis 2019. Le projet de « mini-équipe d'accompagnement psychiatrique et social » permet de sécuriser les bailleurs sociaux et d'assurer le lien avec l'UDAF, habituellement en charge d'une mesure de protection. Ce partenariat se heurte à la lenteur de l'attribution de la prestation « compensation handicap » (délai moyen de traitement de six mois), généralement exigée par les

partenaires. En lien avec le pôle G14, le G10 a également répondu à un appel à projet FIOP¹⁴⁵ pour l'année 2022. Il s'agit de favoriser l'accès et le maintien dans un logement inclusif avec un accompagnement global (santé psychique, santé somatique, addictologie et prise en charge sociale), en lien avec l'intervention d'une équipe mobile, d'un IPA et de pairs aidants.

BONNE PRATIQUE 6

Le pôle G10 développe une politique de partenariat en direction d'associations et de bailleurs sociaux, et propose un accompagnement spécifique, afin de stabiliser les plus démunis dans un logement adapté à leurs besoins et de limiter la chronicité de leur hospitalisation.

8.4 LES OUTILS CONTRIBUANT A LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT ET DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE SONT INSUFFISAMMENT MIS EN ŒUVRE

Les patients bénéficient majoritairement d'une explication de leur projet de soins, adaptée à leur état clinique, lors des entretiens médicaux à l'occasion desquels leur consentement est recherché. Ces projets sont tracés dans le logiciel CORTEXTE. Les patients n'assistent pas aux réunions institutionnelles qui les concernent, à deux exceptions :

- lors de la présentation de l'évaluation des patients par l'équipe UNIRRE (cf. 8.1.2) ;
- les réunions institutionnelles mensuelles de projet personnel de soins des patients du pôle G12 adressées et hospitalisés à « la maison hospitalière des ailes déployées », auxquelles ils assistent avec leur famille.

Tous les soignants ne font pas la différence entre la personne de confiance (PC) et la personne à prévenir, par manque de formation. La PC n'est pas systématiquement désignée lors de l'accueil, et très rarement contactée pour une contre-signature de sa désignation et une association au projet de soins. Le document éventuellement renseigné est scanné dans le logiciel CORTEXTE. La CS de l'unité Morvan et l'ASS dans l'unité Provence se chargent personnellement de cette démarche lors de la semaine de l'admission, cette dernière signalant que 30 % des patients refusent sa désignation. Pour exemple lors de la visite, 8 PC sont désignées, sollicitées et associées au projet pour 15 patients à l'unité Dauphiné ; 7 PC sont désignées, sollicitées et associées au projet pour 15 patients à l'unité Peupliers ; 17 PC sont désignées pour 23 patients sans aucune sollicitation à l'unité Tamaris ; aucune PC n'est désignée pour aucun des 27 patients de l'unité Champagne.

RECOMMANDATION 43

Les soignants doivent recevoir une formation concernant l'existence et le rôle de la personne de confiance, dont la désignation doit être proposée aux patients à l'admission. Cette personne doit être informée de sa désignation, l'accepter et être associée au projet de soins.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Une formation est prévue au plan de formation "Droits et information du patient", dont le contenu permet d'identifier les bonnes pratiques en matière de consentement du patient. Sont notamment évoquées notamment les questions relatives au consentement (principe du consentement, notions de consentement éclairé)

¹⁴⁵ FIOP : fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie.

et à la personne de confiance. Un document à l'attention des professionnels spécifique à la personne de confiance a été diffusé en février 2022 dans le cadre de la préparation à la visite de certification. Les fiches "formations" et le triptyque "personne de confiance et directives anticipées" sont transmis au CGLPL ».

L'établissement compte deux médiateurs de santé pairs, dont la formation et le recrutement restent pour l'instant au stade expérimental et l'exercice limité à deux pôles, essentiellement en ambulatoire. Le développement de cette expérience pertinente ne saurait se trouver mise en danger, au motif de dissensions entre l'établissement et l'ARS concernant le financement de leur formation.

L'utilisation des directives anticipées en psychiatrie, dont l'intérêt spécifique dans le registre de l'alliance thérapeutique a été démontré, est, de même, mise en œuvre expérimentalement et de façon limitée dans deux pôles.

RECOMMANDATION 44

Chaque patient doit se voir proposer 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.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *Le modèle proposé par un pair aidant et testé au pôle G02 (Aubervilliers) va être généralisé à l'ensemble des pôles, sous réserve de trouver des personnes pour pourvoir les postes. Par ailleurs, l'établissement finance actuellement une licence 3 de sciences sanitaires et sociales, médiateurs de santé pairs pour l'un de nos agents* ».

L'administration des médicaments, délivrés par la pharmacie d'usage interne (PUI), est effectuée avec des piluliers, selon les règles de dispensation individuelle journalière nominative, dans la salle de soins des unités, porte fermée¹⁴⁶, dans le respect de la confidentialité. Les patients sont informés de leur traitement par le psychiatre et peuvent poser des questions les concernant.

Des traitements *per os* « si besoin » sont parfois prescrits, avec la précision du contexte clinique nécessitant leur administration mais aucune injection « si besoin » n'est mise en œuvre.

L'équipe de la PUI¹⁴⁷ produit un rapport annuel d'activité et des réunions régulières du COMEDIMS¹⁴⁸ sont tenues, avec la participation de médecin psychiatres et généralistes.

50 % des ordonnances informatisées et l'ensemble de celles toujours manuscrites¹⁴⁹ délivrées en consultation « précarité » sont contrôlées. Ce contrôle peut donner lieu à des substitutions

¹⁴⁶ A l'exception de l'unité Morvan dans laquelle la porte de la salle de soins reste entrouverte lors de l'administration des traitements.

¹⁴⁷ L'effectif pourvu de l'équipe de la PUI se compose de 4 pharmaciens dont un chef de service, 1 externe en pharmacie, 1 CS, 10 ETP de préparateur, 1 ETP de secrétaire, 1 maître ouvrier responsable de la réception des traitements et de l'organisation de leur mise en quarantaine avant leur placement en rayon, 1 ETP agent COVID pour l'adresse des masques et des solutés hydroalcooliques et des tests liés au COVID depuis fin 2020. La PUI dispose d'un agrément pour les internes (difficile à obtenir en raison d'une préemption par le CHU), et de la possibilité de recruter un stagiaire associé.

¹⁴⁸ COMEDIMS : commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

¹⁴⁹ En raison d'un retard de déploiement du logiciel CORTEXTE.

(médicaments génériques), des messages dans le logiciel CORTEXTE ou des appels téléphoniques des prescripteurs en cas d'erreurs.

La conciliation médicamenteuse, mise en œuvre pendant l'année 2018, est limitée à une conciliation d'entrée et réalisée pour des patients sélectionnés selon des critères précis¹⁵⁰. La conciliation médicamenteuse réalisée est enregistrée dans CORTEXTE pour faciliter son accès au praticien référent.

Les patients bénéficient d'actions d'éducation thérapeutique, avec un pharmacien et un psychiatre, sous la forme de deux à trois ateliers pour chaque groupe de quatre à six patients, dans le cadre d'une unité spécifique, rattachée au pôle G16.

La conciliation médicamenteuse et l'éducation thérapeutique ont toutefois été les premières activités suspendues, afin de limiter les contacts humains et de contenir l'épidémie, pendant la période 2020-2021, sévèrement impactée par la crise sanitaire. Elles constituent de plus une variable d'ajustement en cas de pénurie d'effectifs.

¹⁵⁰ Les critères associent un domicile à Neuilly-sur-Marne (en raison des nécessités de récupérer la carte vitale, et d'avoir un contact direct avec le patient), la demande spécifique d'un prescripteur, l'existence d'une comorbidité, un âge supérieur à 65 ans, une absence d'antécédent de conciliation. Les patients en CI, hébergés pour un autre pôle, ou sortis récemment ne sont pas conciliés.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 CERTAINES RESTRICTIONS AUX LIBERTES SONT SYSTEMATIQUES LORS DES PRISES EN CHARGE DES PATIENTS ADOLESCENTS DANS UNE UNITE POURTANT OUVERTE

Le pôle 93I03 assure le suivi d'une file active totale de 2000 patients enfants et adolescents, et dispose de deux unités d'hospitalisation à temps plein. La Nacelle, dotée de 11 lits et destinée aux enfants de 5 à 11 ans, reste située jusqu'à sa relocalisation (cf. 2.1.3) sur le site de Neuilly-sur-Marne. L'unité Ados 93, dotée de 9 lits et réservée aux adolescents de 12 à 18 ans, est située au sein du CH André Grégoire (CHAG) à Montreuil. Son équipement d'une CI a justifié sa visite par les contrôleurs.

9.1.1 Le fonctionnement de l'unité Ados93

L'unité, ouverte et située au rez-de-chaussée d'un bâtiment récent, est précédée d'un petit jardin qui la sépare des espaces du CHAG. Les locaux communs et les chambres se répartissent de part et d'autre d'un couloir central.

L'effectif de l'équipe soignante¹⁵¹ répond aux missions de soins. La présence médicale est assurée par deux psychiatres praticiens hospitaliers, dont le responsable de l'unité, et deux internes, qui assurent aussi la psychiatrie de liaison auprès des enfants et des adolescents accueillis aux urgences et dans le service de pédiatrie du CHAG. Cependant, quatre soignants faisaient défaut lors de la visite, en raison de deux postes non pourvus, d'un congé maternité et d'un congé longue durée. Les remplacements sont assurés par des soignants qui ont la pratique de la psychiatrie des adolescents. L'effectif de l'équipe ne dispose pas d'un poste de psychologue. Un espace de supervision mensuelle à destination des soignants, animé par un intervenant extérieur, a été suspendu en 2022. Sa reprise est prévue, à la demande des intéressés.

Les chambres et les salles d'eau, individuelles, sont bien entretenues et bien équipées, à l'exception des porte-serviettes manquant dans les salles d'eau. Les portes des chambres ne sont pas équipées de verrous de confort intérieur, et leur vitre à mi-hauteur ne garantit pas l'intimité. Les placards ne ferment pas à clé.

RECOMMANDATION 45

Les portes des chambres de l'unité Ados 93 doivent être pleines et équipées d'un verrou de confort, et les placards doivent pouvoir être fermés à clé par les patients, afin de garantir leur intimité et la préservation de leurs effets personnels.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « Les porte-serviettes manquants sont en cours de remplacement d'ici l'été. Les actions correctrices, concernant les verrous de confort intérieur, la garantie de l'intimité liée aux vitres et la fermeture à clef des placards seront menées sous six mois ».

¹⁵¹ L'effectif (16 IDE et 3 AS) permet une présence minimum de trois soignants le matin et l'après-midi en semaine, de deux le week-end, et de deux à trois la nuit. Un psychomotricien, une assistante sociale de CMP référente pour l'unité, un cadre de santé, trois éducateurs, une secrétaire médicale et quatre ASH le complètent.

9.1.1 Les modalités de prise en charge à l'unité Ados 93

Les patients proviennent des antennes psychiatriques des services d'urgences départementaux, du service de pédiatrie du CH André Grégoire ou de la consultation d'un psychiatre traitant. Les indications concernent tous les types de troubles psychiques de l'adolescence. La durée des séjours varie de trois semaines à trois mois. Une des neuf places est réservée à des patients en hospitalisation séquentielle programmée sur une semaine.

Les patients sont admis sur décision du représentant de l'autorité parentale, ou selon les termes d'une ordonnance de placement provisoire (OPP, aucune en 2022).

L'unité dispose d'espaces communs et d'activités suffisants et d'équipement satisfaisants, dont une cuisine thérapeutique et une salle informatique. Des activités thérapeutiques sont prescrites à la semaine à chaque patient, parmi l'offre variée d'ateliers et de médiations thérapeutiques¹⁵².

Le budget annuel du pôle consacré aux activités est de 25 000 euros, finançant le matériel pédagogique, les activités extérieures et les intervenants.

Une réunion clinique hebdomadaire est organisée, qui associe les membres de l'équipe soignante et les partenaires participant à la prise en charge des patients concernés. Une réunion soignants-soignés est tenue chaque semaine, qui permet la circulation et l'écoute de la parole de chacun.

Chaque patient est vu en entretien médical une fois par semaine ou par quinzaine, seul et avec ses parents. Les astreintes médicales opérationnelles sont assurées par les treize psychiatres de plein exercice du pôle, qui se déplacent dans l'unité pour voir le patient s'ils le jugent nécessaire, notamment avant de prendre une mesure d'isolement (cf. 6.2).

Des injections « si besoin » sont prescrites.

RECOMMANDATION 46

La mise en œuvre de prescriptions « si besoin », sans le consentement du patient, doit être prohibée. L'administration d'un traitement refusé par le patient impose la recherche *in situ* du consentement par le médecin prescripteur et la traçabilité sur le dossier des motifs cliniques amenant l'usage de la force pour cette administration.

La scolarité, subordonnée aux soins qui restent la priorité, est de la responsabilité des trois éducateurs, chacun référent du volet éducatif et pédagogique pour trois patients. Un contact est pris avec l'établissement scolaire éventuel de l'adolescent (nombre d'entre eux étant déscolarisés lors de leur hospitalisation), après un temps d'évaluation clinique qui peut durer quelques semaines. Une scolarisation à temps partiel peut être initiée ou reprise, en classe ordinaire ou en unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS). Certains patients peuvent également bénéficier des interventions d'enseignants bénévoles de l'association « L'Ecole à l'Hôpital ».

Les professionnels qui ont adressé le patient et les structures concernées par sa situation (aide sociale à l'enfance, éducation nationale) sont invités à participer à une réunion de synthèse de préparation de la sortie d'hospitalisation.

¹⁵² Pour exemple, le planning d'une semaine d'activités d'un patient non scolarisé lui a permis de participer à une séance d'activité extérieure liée à la cuisine, à trois séances de sport, à une séance d'atelier théâtre, à une séance de psychomotricité, et à la réunion soignants-soignés.

9.1.2 Les restrictions aux libertés et le respect des droits

L'ouverture de l'unité place celle-ci comme une exception dans le paysage des unités psychiatriques pour adolescents. Le règlement intérieur prévoit que les patients ne doivent pas sortir seuls et sans prévenir au-delà du petit jardin à l'entrée de l'unité. La présence d'un patient fugueur dans l'unité est susceptible de déclencher un « protocole fugue », qui détermine notamment la fermeture de l'unité pour des durées limitées à quelques jours le plus souvent, mais un épisode de deux mois et demi de fermeture a eu lieu quelques mois avant la visite. Les patients fugueurs doivent porter le pyjama et les chaussons jetables institutionnels.

RECOMMANDATION 47

Le port du pyjama et des chaussons institutionnels, qui porte atteinte à la dignité des patients, ne doit pas être utilisé pour des motifs de sécurité mais sur consigne médicale et de façon individualisée.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Le livret d'accueil de l'unité Ado va être modifié. Le port du pyjama doit être prescrit au cas par cas pour des raisons médicales justifiées* ».

Un livret d'accueil spécifique est remis au patient et à ses parents le jour de l'admission, qui contient un règlement intérieur précisant les règles et les interdits. Un « protocole séparation » est mis en place à l'admission, qui associe une absence de visites et de communications téléphoniques pendant 48h, et une progressivité de la durée des sorties du week-end. Les patients ne peuvent pas conserver leur téléphone portable dans l'unité, afin selon l'équipe soignante, de prévenir la prise de photos et de contribuer à la séparation d'avec son environnement, qui constitue l'un des objectifs de l'hospitalisation. Aucune pratique encadrée du téléphone portable n'est envisagée. Les patients peuvent communiquer avec le téléphone sans fil du service mais ne disposent pas d'un espace garantissant la confidentialité des échanges. Les titulaires de l'autorité parentale délivrent ou pas l'autorisation de fumer à leur enfant. Le tabac, consigné dans le bureau des soignants, est distribué par ces derniers, après une conciliation avec les parents et l'adolescent s'agissant du nombre (maximum 5 cigarettes) et du rythme quotidien. Des substituts nicotiniques peuvent être proposés.

Un ordinateur avec une connexion Internet (filtrée par l'EPSVE, comme l'ensemble de son parc informatique) est disponible pour les activités thérapeutiques et scolaires, et permet une utilisation individuelle d'une demi-heure quotidienne pour chacun (plus longuement le week-end).

Le règlement intérieur mentionne que : « *l'unité étant un lieu de soins et d'accompagnement, les relations sexuelles n'ont pas de raison d'être dans le service* ». L'équipe soignante a expliqué que le sujet des relations affectives et sexuelles était fréquemment abordé avec les patients, les liens affectifs et les proximités physiques entre adolescents pris en compte. Les soignants ont justifié cette interdiction au regard de leur responsabilité à l'égard des mineurs (cf. 5.6, Recommandation 23). Le même règlement intérieur soumet la possibilité d'entrer dans la chambre d'un autre patient à son accord.

RECOMMANDATION 48

L'interdiction du téléphone portable aux mineurs, qui constitue une restriction à l'exercice de la liberté individuelle, ne doit être mise en œuvre que de façon individualisée, nécessaire et proportionnée, et la confidentialité des échanges téléphoniques doit être assurée.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « *Sur un plan légal, ce sont les parents qui confient leur enfant mineur et ils sont informés systématiquement de toute mesure de privation de liberté (y compris la confiscation des téléphones portables) qu'ils peuvent accepter ou refuser. La possibilité leur est toujours offerte de signer une sortie contre avis médical s'ils ne sont pas satisfaits, ce que certains ne manquent pas de faire. Les patients mineurs peuvent sortir seuls si les parents ou l'autorité judiciaire l'autorisent. En aucun cas cette interdiction n'est systématique, de même que pour l'autorisation de fumer. Pour les conversations téléphoniques, les adolescents ont toujours leur chambre individuelle où ils peuvent se retirer et bénéficier de toute la confidentialité qu'ils souhaitent, sauf prescription médicale contraire qui impose des conversations téléphoniques médiatisées* ».

9.2 DES MINEURS SONT HOSPITALISES DANS LES UNITES POUR ADULTES

Deux mineurs étaient hospitalisés dans les UHTP pour adultes lors de la visite, tous deux dans l'unité Tamaris (un patient selon une OPP, âgé de 17 ans et 7 mois, et un patient en SDRE, âgé de 17 ans et demi). Un mineur de 15 ans était hospitalisé au CAC.

Les données de la période 2020-2022 indiquent une augmentation du nombre d'hospitalisations de mineurs dans les UHTP pour adultes et au CAC du site de Neuilly-sur-Marne :

	2020	2021	01.01 au 31.08 2022
Mineurs	35	41	33
dont < 16 ans	5	8	3

Le manque de places¹⁵³ dans des unités pour adolescents constitue la cause de cette orientation inadaptée. Les adolescents admis dans les UHTP pour adultes le sont systématiquement dans une chambre individuelle à proximité des bureaux infirmiers, et les conditions pour écourter le séjour sont particulièrement recherchées. Une patiente de l'unité Ados 93 témoignant de son séjour d'un mois passé dans une UHTP pour adultes, ayant précédé son admission à l'unité pour adolescents, a précisé : « *les soignants m'ont tout le temps gardée auprès d'eux pour me protéger* ».

Les rares mineurs hospitalisés en SDRE (4 à 5 par an pour l'ensemble des pôles de l'EPSVE), ne sont jamais accueillis dans les unités pour adolescents.

L'établissement a priorisé un axe spécifique d'amélioration dans son projet d'établissement 2018-2022, avec des engagements réciproques entre la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et celle de l'adulte pour améliorer la continuité des soins. L'espace « Ados » de Montreuil (cf. 2.1.3), dont l'ouverture est prévue pour le début de l'année 2023, devrait contribuer à cette offre ambulatoire étoffée.

¹⁵³ Vingt-cinq lits d'hospitalisation pour adolescents dans les pôles de l'EPSVE, et huit lits en service de pédiatrie au CHAG.

RECOMMANDATION 49

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

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, soutient et précise : « 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 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'unité Ado 93G02 l'Escale). Enfin cette recommandation suscite une modification du code de la santé publique (puisque l'article R.3221-1 dispose : "Les secteurs psychiatriques prévus à l'article L. 3221-4 sont appelés secteurs de psychiatrie générale lorsqu'ils répondent principalement aux besoins de santé mentale d'une population âgée de plus de seize ans") ».