



Rapport de visite :

9 au 13 janvier 2023 – 2^{ème} visite

Etablissement public de
santé Ville-Evrard, Saint-
Denis

(Seine-Saint-Denis)



SYNTHESE

Une équipe du CGLPL constituée de cinq contrôleurs a effectué une deuxième visite du site Romain Rolland de Saint-Denis relevant de l'établissement public de santé Séquano-Dionysien de Ville-Evrard (EPSVE) et de son antenne d'urgences psychiatriques au sein du service d'accueil des urgences du centre hospitalier (CH) Delafontaine à Saint-Denis, du 9 au 13 janvier 2023. La première visite, ancienne, date du mois de février 2012¹. Le présent rapport provisoire est adressé à la cheffe de l'établissement, au préfet du département de Seine-Saint-Denis, à l'agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France, au président du tribunal judiciaire (TJ) de Bobigny, ainsi qu'au procureur de la République près ce tribunal, pour une période de réponse contradictoire de quatre semaines.

Le site, relocalisé en 1999 depuis celui, historique, de Neuilly-sur-Marne, au sein du tissu urbain dense de la ville de Saint-Denis face au CH Delafontaine, est accessible en voiture comme en transport en commun. Son architecture contemporaine présente un bâtiment comprenant trois niveaux en forme de L ceignant un jardin arboré, et un parking d'une capacité très insuffisante. Le site est doté d'une capacité totale de cinquante-neuf lits, destinés à la prise en charge de l'ensemble des pathologies psychiatriques de personnes résidant dans huit des quarante communes du département. La population desservie par l'établissement se distingue notamment par sa diversité, sa densité, et sa pauvreté monétaire.

Le projet de restructuration de l'EPSVE, prévu entre 2023 et 2030, comprend une rénovation du site Romain Rolland de Saint-Denis, pour l'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge des patients, et la création du centre renforcé d'urgences psychiatriques au sein du service d'accueil des urgences du CH Delafontaine. Il pourrait répondre insuffisamment aux enjeux, en l'absence d'un recrutement adéquat pour le fonctionnement des unités de soins, d'une réorganisation fonctionnelle des pôles, et 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 des atteintes spécifiques de l'exercice des droits fondamentaux des patients hospitalisés en soins sans consentement sur le site Romain Rolland demeurent, certaines comparables à celles observées sur celui de Neuilly-sur-Marne, dans un contexte de tension capacitaire continue.

La dotation populationnelle en lits insuffisante et les difficultés de recrutement du personnel médical comme paramédical permettent difficilement 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 le service d'accueil des urgences du CH Delafontaine est inacceptable. 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 jouissent d'une liberté de circulation soutenue par les soignants au sein du site, mais l'accès à l'extérieur surveillé par des agents d'accueil, nécessite le passage de deux portes fermées pour tous, y compris ceux hospitalisés en soins libres. Les restrictions dans la vie quotidienne sont mesurées et individualisées mais les espaces d'accueil des familles font notablement défaut.

¹ CGLPL, Rapport de visite de l'établissement public de santé de Ville-Evrard, juin 2012.

Les constats sont identiques à ceux effectués lors de la visite du site principal de Neuilly-sur-Marne, concernant l'évolution des pratiques d'isolement et de contention, et leur traçabilité, 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 soignant. 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 pratiques. 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.

Les procédures d'information des patients et de notification des décisions sont insuffisantes, 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.

Les soignants, impliqués dans leurs missions respectives, assurent avec pertinence la qualité des soins psychiatriques dispensés, que leur permettent les contraintes permanentes d'effectifs et de disponibilité des lits. L'accès aux prises en charge spécifiques de réhabilitation psychosociale, hétérogène entre les pôles et balbutiant, souffre de l'éloignement de l'unité spécifique, sise sur le site de Neuilly-sur-Marne. S'agissant des outils d'appui à la qualité de l'alliance thérapeutique, les personnes de confiance sont désignées, contactées par les médecins et associées au projet de soin en cas de besoin mais l'utilisation des directives anticipées en psychiatrie n'est pas mise en œuvre et aucun médiateur de santé pair n'intervient sur le site. Le pôle de soins somatiques assure une réponse adaptée aux besoins mais le comité « SIDA sexualité prévention » ne garantit pas une prise en compte de la santé sexuelle aussi étayée que sur le site de Neuilly-sur-Marne.

Le CGLPL incite l'ensemble des équipes soignantes du site Romain Rolland de Saint-Denis à maintenir la qualité des soins dispensés et sollicite l'établissement pour une adaptation pertinente de son projet de restructuration, vers une logique d'amélioration des parcours de soins, individualisés et respectueux des droits fondamentaux des patients.

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 63

Le partenariat développé avec l'association « La vape du cœur » et la distribution de matériel de vapotage dont l'utilisation est autorisée dans le jardin du site de Saint-Denis aux patients démunis ou socialement isolés constituent une mesure pertinente d'accompagnement au sevrage du tabac.

RECOMMANDATIONS

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

RECOMMANDATION 1 13

Le projet de restructuration du site de Saint-Denis et le schéma directeur de l'établissement doivent considérer l'évolution de la réflexion des équipes médicales des trois pôles, s'agissant de la pertinence d'un rapprochement des pôles G01 et G02 sur le site d'Aubervilliers, qui préviendrait la promiscuité de l'hébergement des patients hospitalisés à Saint-Denis.

RECOMMANDATION 2 15

Un certificat médical ne peut être établi qu'après l'examen clinique du patient.

RECOMMANDATION 3 16

Les difficultés de gestion des effectifs ne doivent pas constituer un frein aux demandes et à l'accès des soignants à la formation continue. L'organisation de cette dernière doit être systématique pour tous les soignants concernant les thèmes des droits fondamentaux des patients en soins sans consentement et des pratiques et de l'évolution du cadre légal de l'isolement et de la contention.

RECOMMANDATION 4 17

Les soignants nouvellement recrutés doivent systématiquement bénéficier d'un tutorat.

RECOMMANDATION 5 18

Les équipes qui en font la demande doivent bénéficier de réunions de supervision ou d'analyse des pratiques professionnelles animées par des intervenants extérieurs.

RECOMMANDATION 6 19

La réponse à des transgressions des patients ne doit jamais s'exercer sous forme punitive.

RECOMMANDATION 7 22

L'organisation logistique du transfèrement des patients du service des urgences du CH Delafontaine vers ceux du site de Saint-Denis, qui consiste à traverser la rue, doit prévenir la prolongation de leur attente aux urgences dans des conditions indignes.

RECOMMANDATION 8 23

Le patient hospitalisé sous le régime des soins à la demande du directeur de l'établissement, impliquant l'intervention d'un tiers, doit pouvoir connaître l'identité de ce dernier.

RECOMMANDATION 9	23
Le recueil et la traçabilité des observations du patient doivent être systématiques.	
RECOMMANDATION 10	23
La copie de la décision d'admission en soins sans consentement et les certificats médicaux la motivant doivent être remis au patient.	
RECOMMANDATION 11	25
Les modalités de gestion de la suroccupation doivent prévenir les sorties trop précoces de patients insuffisamment stabilisés, qui se représenteront rapidement aux urgences pour une nouvelle prise en charge en hospitalisation complète.	
RECOMMANDATION 12	26
L'établissement doit analyser urgemment son activité d'accueil des patients en soins sans consentement, afin de comprendre pourquoi cette activité est plus de deux fois et demie supérieure à la moyenne nationale, et d'y remédier. Le recours aux procédures dérogatoires et plus particulièrement à celle que constitue les soins en cas de péril imminent, doit rester exceptionnel. L'établissement doit rendre plus efficiente sa recherche de tiers lorsqu'un patient nécessite des soins sans son consentement.	
RECOMMANDATION 13	27
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 14	28
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 de ses droits. Cette information doit être communiquée sur un support pouvant être conservé ou placé, à la demande du patient, dans un dossier remis lors de la sortie d'hospitalisation.	
RECOMMANDATION 15	33
La salle de bain commune et les couloirs de l'unité G04, particulièrement dégradés, nécessitent des travaux de rénovation urgents.	
RECOMMANDATION 16	33
Les boutons d'appel dans les chambres doivent être fonctionnels et les salles d'eau doivent toutes être équipées d'abattant de WC et de patère.	
RECOMMANDATION 17	34
L'établissement doit fournir aux patients des vêtements de secours en quantité suffisante.	
RECOMMANDATION 18	35
Une copie de l'inventaire contradictoirement signé doit systématiquement être remise au patient.	
RECOMMANDATION 19	35
Les patients doivent disposer de placards pouvant être fermés avec une clé individuelle qu'ils peuvent conserver.	
RECOMMANDATION 20	36
Les biens retirés aux patients, incluant les chargeurs de téléphone, doivent l'être sur consigne médicale, de façon individualisée et équivalente entre les unités.	

- RECOMMANDATION 21** 36
- Les patients protégés ne disposant pas de possibilités de sorties ni de proches disponibles, doivent pouvoir accéder sans frais à un retrait d'argent, et se procurer du tabac et des produits d'usage courant.
- RECOMMANDATION 22** 37
- Les menus doivent être affichés dans toutes les unités.
- RECOMMANDATION 23** 37
- Les patients doivent pouvoir conserver des denrées non périssables en chambre, sauf consigne médicale contraire.
- RECOMMANDATION 24** 39
- Les restrictions à la liberté d'aller et venir doivent être liées à l'état clinique du patient et non au statut juridique du soin. En tout état de cause, aucun patient admis sous le régime des soins libres ne peut être privé de sa liberté d'aller et venir ni empêché de quitter le service. Ces patients doivent être informés de leur droit de sortir librement.
- RECOMMANDATION 25** 41
- Les patients doivent avoir un accès à l'air libre et la possibilité de fumer à leur étage.
- RECOMMANDATION 26** 41
- Le droit à la confidentialité sur la présence à l'hôpital doit être porté à la connaissance des patients et les soignants, être formés sur ce point. Des modalités techniques doivent être mises en œuvre pour garantir ce droit aux patients qui en font la demande.
- RECOMMANDATION 27** 42
- Les patients doivent disposer d'une connexion continue de qualité à Internet.
- RECOMMANDATION 28** 42
- 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 29** 43
- 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 30** 44
- La diffusion des informations culturelles doit s'accompagner au sein des unités, d'un affichage qui précise les coordonnées des aumôniers des différents cultes.
- RECOMMANDATION 31** 44
- Les patients de tous les sites de l'EPSVE doivent avoir un accès à l'ensemble des outils de soins proposés par le comité « SIDA sexualité prévention », notamment ceux concernant la vie affective et sexuelle.
- RECOMMANDATION 32** 46
- Aucune chambre d'isolement ne doit être utilisée comme une chambre hôtelière, ni être comptabilisée dans la capacité d'accueil de l'unité.
- RECOMMANDATION 33** 46
- Le nombre très élevé de chambres d'isolement ne doit pas obérer la nécessité alternative d'espaces d'apaisement à aménager.

RECOMMANDATION 34 48

Les chambres d'isolement doivent toutes disposer d'un système d'appel et d'une horloge, accessibles en situation de contention, d'une aération naturelle, de l'accès aux commandes de lumière et des volets et de sièges à destination du patient et du soignant. Les sanitaires doivent être rénovés et équipés d'un miroir.

RECOMMANDATION 35 48

Le port du pyjama institutionnel en chambre d'isolement doit être individualisé plutôt que systématique. Les patients isolés qui bénéficient de sorties séquentielles adaptées à leur état clinique doivent pouvoir se vêtir de leurs effets personnels, plutôt que d'être contraints à garder le pyjama institutionnel lors de leur circulation dans le service.

RECOMMANDATION 36 49

Les modalités de l'accompagnement infirmier doivent respecter la dignité des patients isolés.

RECOMMANDATION 37 49

L'équipe de sécurité incendie doit être informée en temps réel de l'entrée et de la sortie des patients en chambre d'isolement.

RECOMMANDATION 38 50

Les décisions d'isolement et de contention doivent être prises par un psychiatre de plein exercice, titulaire d'une thèse de médecine et d'une qualification spécialisée reconnue par l'ordre des médecins, après un examen clinique du patient.

RECOMMANDATION 39 51

La prescription d'un traitement sédatif, associée au placement à l'isolement, doit être individualisée plutôt que systématique.

RECOMMANDATION 40 53

L'établissement doit définir et mettre en œuvre une politique d'évaluation des pratiques d'isolement et de contention et d'alternative à leur utilisation, qui s'appuie sur un recueil fiable des données dans un registre qui permette leur analyse statistique.

RECOMMANDATION 41 55

Aucun patient hospitalisé en soins libres, notamment mineur, ne doit être isolé ni contenu, sans que son statut d'hospitalisation ne soit rapidement modifié, dans les suites des mesures conservatoires mises en œuvre pour assurer sa mise en sécurité.

RECOMMANDATION 42 57

Sauf situation particulière nécessitant un temps de délibéré, le juge des libertés et de la détention doit informer le patient de sa décision et des voies de recours possibles, même si la décision ne lui est notifiée qu'ultérieurement au sein des unités.

RECOMMANDATION 43 58

Les patients des trois unités doivent bénéficier d'entretiens avec un psychologue.

RECOMMANDATION 44 58

Les patients devraient bénéficier de réunions soignés-soignants, qui favorisent leur expression collective concernant chaque modalité de la vie hospitalière, dans toutes les unités.

RECOMMANDATION 45 59

Les patients du site de Saint-Denis qui font l'objet d'une indication de prise en charge en réhabilitation psychosociale doivent en bénéficier, selon un accès logistiquement aisé et équivalent entre les pôles.

RECOMMANDATION 46 60

Les unités G01 et G04 doivent disposer chacune d'une salle équipée de fauteuils et d'un téléviseur.

RECOMMANDATION 47 60

Les patients doivent bénéficier d'un accès quotidien et libre à une bibliothèque disposant d'ouvrages diversifiés, ainsi qu'à des journaux et des magazines de presse.

RECOMMANDATION 48 61

Les patients des trois pôles doivent bénéficier d'un accès aux activités occupationnelles et thérapeutiques, et régulier à des activités sportives à mettre en œuvre.

RECOMMANDATION 49 64

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 hospitalisés 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 50 65

Les patients qui n'ont pu désigner leur personne de confiance en raison de leur état clinique lors de l'admission doivent pouvoir le faire dès qu'ils sont stabilisés, dans toutes les unités.

RECOMMANDATION 51 65

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

RECOMMANDATION 52 67

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

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
RAPPORT	11
1. CONDITIONS DE LA VISITE	11
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	13
2.1 Le site de Saint-Denis est concerné par le projet de restructuration de l'établissement de Ville-Evrard.....	13
2.2 La permanence des soins est assurée malgré les vacances de postes mais la formation continue des soignants est insuffisante	14
2.3 Le traitement des événements indésirables, des plaintes et des réclamations est bien organisé mais les transgressions des patients donnent parfois lieu à une réponse punitive	18
3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	21
3.1 L'attente des patients dans le service des urgences de l'hôpital Delafontaine, dans des conditions indignes, peut se prolonger pour un motif logistique.....	21
3.2 La tension capacitaire est permanente et l'importance du recours aux procédures dérogatoires des décisions d'admission du directeur préoccupante	24
3.3 L'information orale est assurée mais les écrits remis ne permettent pas au patient de connaître l'étendue de ses droits	27
4. LES CONDITIONS DE VIE	30
4.1 Les locaux sont adaptés à la prise en charge des patients mais les travaux de maintenance font défaut.....	30
4.2 Les patients peuvent assurer leur hygiène mais le vestiaire de secours n'est pas suffisamment approvisionné	34
4.3 Les patients ne peuvent pas conserver tous leurs biens ni les protéger convenablement.....	35
4.4 L'alimentation répond aux besoins des patients mais une unité interdit la conservation de denrées non périssables en chambre.....	37
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	39
5.1 La liberté d'aller et venir n'est pas pleinement garantie	39
5.2 Les restrictions de la vie quotidienne sont modérées et individualisées.....	40
5.3 Le site dispose d'un seul salon d'accueil familial	41
5.4 Le droit de vote, peu exercé, fait l'objet d'une information lacunaire des patients	42
5.5 L'accès aux différents cultes est possible mais l'information est insuffisante....	43
5.6 Les outils développés pour la prise en compte de la vie affective et sexuelle des patients sont peu mis en œuvre.....	44

6. L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT	46
6.1 Les chambres d'isolement, très nombreuses et parfois mal équipées, sont occupées en permanence.....	46
6.2 Des décisions d'isolement et de contention sont prises par des praticiens ne disposant pas du droit de plein exercice de la psychiatrie, notamment la nuit .	50
6.3 Les soignants ne bénéficient d'aucun retour concernant les données du registre de l'isolement et de la contention, peu exploitables en l'état.....	52
7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	55
7.1 La CDSP et le registre de la loi sont communs avec le site de Neuilly-sur-Marne	55
7.2 Le contrôle par le JLD porte tant sur la régularité de la procédure que sur l'adhésion aux soins.....	55
8. LES SOINS.....	58
8.1 L'organisation des soins psychiatriques répond aux besoins mais l'accès des patients aux activités est inéquitable entre les pôles	58
8.2 L'organisation des soins somatiques répond aux besoins	61
8.3 Les équipes soignantes mobilisent toutes les ressources disponibles pour réduire le temps d'hospitalisation	63
8.4 L'utilisation des directives anticipées incitatives en psychiatrie et l'intervention de médiateurs de santé pairs font défaut comme outils d'appui au consentement et à l'alliance thérapeutique.....	64
9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	67
9.1 Des mineurs sont hospitalisés dans les unités pour adultes	67

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Julien Starkman, chef de mission ;
- Annie Cadenel ;
- Cécile Dangles ;
- 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, cinq contrôleurs ont effectué une visite du site de Saint-Denis de l'établissement public de santé Ville-Evrard (EPSVE, département de Seine-Saint-Denis), et de son antenne d'urgences psychiatriques au sein des services des urgences du centre hospitalier Delafontaine à Saint-Denis, du 9 au 13 janvier 2023. Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 9 janvier à 11h30. Ils l'ont quitté le 13 janvier à 11h00. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction. Le préfet de Seine-Saint-Denis, l'agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France, le président du tribunal judiciaire (TJ) de Bobigny, ainsi que le procureur de la République près ce tribunal ont également été avisés de ce contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par la directrice de l'établissement, 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 trente-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 mais n'ont pas sollicité de nouvel entretien depuis la visite du site de Neuilly-sur-Marne.

Une réunion de restitution présentielle et distancielle a eu lieu le 13 janvier, avec la participation de trente-cinq agents administratifs, médicaux et soignants.

Huit contrôleurs avaient visité le site historique de l'EPSVE situé à Neuilly-sur-Marne du 2 au 14 octobre 2022 et rédigé un rapport le concernant. Le rapport rédigé à l'issue de la visite du site de Saint-Denis ne reprend pas en conséquence l'analyse de l'offre territoriale de l'établissement et son budget, les questions relatives au comité d'éthique, à la commission départementale des

soins psychiatriques et à la place des usagers dans la vie de l'institution ni la question de l'attente des patients dans les services d'urgence avant leur admission. Il comporte par ailleurs des renvois au rapport relatif au site de Neuilly-sur-Marne.

Un rapport provisoire a été adressé par courrier le 12 juin 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. La cheffe d'établissement a fait valoir des observations par courrier le 11 juillet 2023, qui ont été prises en compte et intégrées au présent rapport définitif, dans un encadré distinct.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LE SITE DE SAINT-DENIS EST CONCERNE PAR LE PROJET DE RESTRUCTURATION DE L'ETABLISSEMENT DE VILLE-EVRARD

Le site Romain Rolland de l'EPSVE, relocalisé en 1999 depuis l'EPSVE au 5 rue du docteur Delafontaine à Saint-Denis, face au CH Delafontaine, est accessible en voiture comme en transport en commun (train, métro, bus).

Le site compte un total de 59 lits d'hospitalisation complète répartis sur les trois unités G01 (19 lits), G03 (22 lits) et G04 (18 lits), hors chambres d'isolement (CI, deux dans chaque unité). Une vingtième chambre est réservée à la surveillance de patients accueillis pour les injections de leur traitement à libération prolongée à G01.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « *L'accueil de patients dans ces chambres pour l'administration d'un traitement retard s'inscrit dans la logique de recherche d'alternatives à l'hospitalisation. Ces patients sont reçus tous les mois pour recevoir leur traitement mais également pour échanger avec les soignants et les médecins. Cette démarche n'est pas une amputation de la capacité hospitalière mais un déplacement des moyens vers la prévention secondaire* ».

Les thèmes généraux de la place de l'établissement dans la prise en charge départementale, de l'organisation interne et du projet d'établissement sont traités dans le rapport concernant la visite du site historique de Neuilly-sur-Marne².

Concernant plus spécifiquement le site de Saint-Denis, deux particularités sont notables :

- le pôle G01, dont les ressources humaines accusaient de grandes difficultés du fait d'une absence de psychiatre et d'une population de soignants majoritairement peu expérimentés a été associé au pôle G02 pour former le pôle G01-02 au cours de l'année 2022, afin de permettre une organisation des soins garantissant leur continuité auprès des populations concernées particulièrement fragiles ;
- l'organisation spatiale des pôles sur le site implique la coexistence actuelle des pôles G01 et G04 au premier étage du bâtiment dans une certaine promiscuité, alors que le pôle G03 occupe de façon pertinente le deuxième. Le projet de restructuration prévoit la construction, au fond du jardin commun aux trois pôles, d'une extension qui permettrait à chaque pôle de bénéficier d'un espace distinct et suffisant pour l'accueil digne des patients. Toutefois, l'évolution de la réflexion des équipes médicales des trois pôles a remis en question la construction de cette nouvelle unité pour préserver la surface du jardin partagé, et évoqué la pertinence fonctionnelle d'un rapprochement du pôle G01 à proximité du pôle G02 sur le site d'Aubervilliers.

RECOMMANDATION 1

Le projet de restructuration du site de Saint-Denis et le schéma directeur de l'établissement doivent considérer l'évolution de la réflexion des équipes médicales des trois pôles, s'agissant

² V. CGLPL, Rapport de visite de l'EPSVE relatif au site de Neuilly-sur-Marne, oct. 2022, chapitres 2.1.1, 2.1.2 et 2.1.3 (en ligne).

de la pertinence d'un rapprochement des pôles G01 et G02 sur le site d'Aubervilliers, qui préviendrait la promiscuité de l'hébergement des patients hospitalisés à Saint-Denis.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Concernant G01 : A l'occasion de la restructuration des unités sur le site d'Aubervilliers et notamment le regroupement de la pédopsychiatrie sur le site "Charles Tillon", une réflexion est en cours pour rapprocher les UHTP G01-G02 afin d'améliorer la prise en charge des patients et l'étayage des équipes médicales et paramédicales. Concernant G04 : Une première réunion de lancement des études de programmation pour la restructuration du site de Saint Denis a eu lieu le 09/12/2020 regroupant les chefs de pôles et CSS des pôles G01/G03/G04, la Direction des Soins, la Direction du Patrimoine et des Travaux (DPT), la société EMBASE (équipe qui a accompagné ce premier travail). Des groupes de travail ont été constitués par la représentation des différentes catégories professionnelles travaillant sur le site. Une proposition de l'équipe des programmistes devait avoir lieu, aucune décision prise notamment à la suite du regroupement des pôles G01/G02. Les professionnels sont en attentes de la poursuite de ce travail engagé ».

Les constats relatifs au budget de l'établissement sont traités dans le rapport concernant la visite du site historique de Neuilly-sur-Marne³.

2.2 LA PERMANENCE DES SOINS EST ASSUREE MALGRE LES VACANCES DE POSTES MAIS LA FORMATION CONTINUE DES SOIGNANTS EST INSUFFISANTE

L'unité G01 du site de Saint-Denis a été fermée au cours de l'été 2022, en raison de l'importance du déficit de personnel médical (PM), ayant pu atteindre 70 %, et de personnel non médical (PNM)⁴. Pour garantir l'hospitalisation des patients de ce secteur, l'activité du G01 a été transférée vers le Clos Bénard à Aubervilliers, impliquant toutefois une diminution des lits au mois de juillet, compensée au mois d'août grâce à la mutualisation des lits de l'unité adolescents/jeunes adultes⁵ de ce site. L'unité G01 a pu être progressivement réouverte le 1^{er} septembre 2022 avec onze lits, portés à dix-neuf à la fin du mois de novembre.

2.2.1 Le personnel médical

Les secteurs du site de Saint-Denis connaissent des vacances de postes, variables selon les pôles lors de la visite : 40 % des postes ne sont pas pourvus à G01 (1,6 ETP médicaux ont été transférés du G01 au G04 dans la perspective de l'ouverture du CRUP⁶), 20 % à G03 (qui accueille de nombreux internes et stagiaires associés), un peu moins de 8 % à G04 avec la présence de deux praticiens titulaires d'un diplôme hors union européenne inscrites dans la procédure d'autorisation d'exercice. Une demande de recrutement de médecin intérimaire, faite par le G01, a été refusée par l'administration qui entend rester dans le cadre de la réglementation.

³ Ibid, chapitre 2.2.

⁴ Il a été décidé de fermer l'unité G01 avant l'été, pendant les mois de juillet et d'août 2022, car elle n'était plus en mesure de fonctionner en raison de l'absence de médecin et de cadre de santé (en arrêt maladie) et d'équipe d'IDE de jour réduite à quatre agents.

⁵ Dix lits de l'unité G02 étant réservés aux patients du G01.

⁶ CRUP : centre renforcé d'urgences psychiatriques ; cf. CGLPL, rapport de l'EPSVE relatif au site de Neuilly-sur-Marne, oct. 2022, chapitre 3.1.1.b.

Ces vacances de postes n'entraînent toutefois pas de suspension d'activité et le suivi quotidien des patients reste possible par un médecin sénior ou associé :

- au G01, un sénior est présent quotidiennement (le chef de service trois matins par semaine, le responsable de l'unité fonctionnelle (RUF) tous les matins et trois après-midis par semaine) ;
- au G03, un praticien associé sur place tous les jours est doublé par un sénior ;
- au G04, la présence d'un sénior n'est pas systématique mais celle du chef de pôle l'est de façon quasi permanente et trois autres praticiens hospitaliers (PH) du pôle peuvent intervenir pour signer si besoin les certificats médicaux pour des patients qu'ils ne voient pas en entretien mais qu'ils connaissent grâce aux astreintes et aux réunions de synthèse. La validation de cette pratique par les JLD et la « collégialité » des prises de décisions en cas de situation complexe ont été avancées aux contrôleurs pour justifier cette organisation.

RECOMMANDATION 2

Un certificat médical ne peut être établi qu'après l'examen clinique du patient.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « à G03 : Cette recommandation correspond à la pratique du pôle ».

Une ligne de garde d'interne sur place est organisée du lundi au dimanche. Le PH du pôle assure une astreinte présente le samedi matin. Une astreinte opérationnelle d'un sénior de l'antenne psychiatrique du service d'accueil des urgences du CH Delafontaine est mise en œuvre du lundi au vendredi. Une astreinte opérationnelle d'un praticien sénior du site Romain Rolland est assurée du samedi 13h30 au lundi matin. Une demi-garde le dimanche matin garantit le déplacement systématique du praticien sénior, notamment pour l'évaluation des mesures d'isolement. Outre la présence quotidienne sur l'ensemble du site de médecins généralistes, une astreinte opérationnelle unique, mutualisée pour tout l'EPSVE, est organisée du lundi au dimanche, par les médecins du pôle Cristales (soit douze personnes dont trois PH), de 18h30 à 8h30 en semaine, de 13h30 à 8h30 le samedi et du dimanche 8h30 au lundi 8h30.

2.2.2 Le personnel non médical

La faible attractivité⁷ du site de Saint-Denis, alliée à un ressenti d'insécurité, rend difficiles le recrutement et la fidélisation de personnel notamment d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE) de jour et expliquent les vacances de postes constatées sur les trois unités du site : 5,6 ETP d'IDE et 4 d'aide-soignant (AS)⁸ à G01 (l'équipe IDE de jour ne fonctionne qu'en effectif de sécurité) ; 4 postes d'IDE à G03 ; 3 postes d'IDE à G04, plus 2 prévus pour intégrer l'équipe du CRUP.

Des postes de psychologues sont également vacants dans les trois unités, de psychomotriciens à G01, d'ergothérapeutes (0,5 ETP vacant et 0,5 transformé en poste d'éducateur) et d'assistantes de service social (ASS, un poste vacant depuis septembre à G04, remplacé par deux ASS de l'extra qui viennent sur l'unité deux jours par semaine).

⁷ Notamment liée au cadre urbain, au réseau de transport et au coût de l'habitat.

⁸ Données communiquées lors du contrôle des unités. La DRH a évoqué des données différentes, deux postes d'IDE vacants et deux autres gelés sur lesquels sont positionnés des AS pour G01, et trois postes vacants pour G03.

L'effectif de sécurité est de quatre soignants, deux IDE et deux AS. Cet effectif, supérieur à la normale de l'EPSVE d'un agent, qui constitue la particularité du site de Saint-Denis, est tenu, sauf rares exceptions liées à une absence inopinée.

La durée quotidienne du travail est de 7h30 en général mais une expérimentation de travail en 12 heures doit être menée d'avril à décembre 2023 sur deux unités d'Aubervilliers et une de Saint Denis. Le travail est assuré par le roulement de trois équipes de 7h00 à 15h00, de 13h00 à 21h00 et de 20h30/21h00 à 7h00. L'équipe de nuit est composée, sous la responsabilité d'un cadre, de deux IDE, une troisième de garde pouvant être appelée en remplacement en cas de besoin. Il n'existe que peu de contact et d'échange entre les équipes jour et nuit en dehors des transmissions du matin et du soir.

Pour répondre à l'absentéisme, indiqué comme peu important, un rééquilibrage est d'abord fait avec les soignants de l'unité et si besoin en sollicitant les autres soignants de l'établissement. En seconde intention, une demande d'heures supplémentaires est faite à la direction, *via* la plateforme HUBLO. Le recrutement d'intérimaire est plus rarement effectué.

Les formations obligatoires (logiciel, gestes urgence, gestion de la violence, isolement et contention) sont garanties, des remplacements étant assurés si nécessaire. Les formations continues font l'objet d'un plan de formation communiqué en début d'année. Les demandes peuvent ainsi être formulées très en avance ce qui permet au cadre d'anticiper et d'éviter les difficultés de planning. Ces formations sont accordées en fonction des nécessités de service et de la nature de la formation. Certains soignants indiquent qu'ils ne pensent plus à s'inscrire à des formations car leur équipe est trop réduite. La première difficulté de ces formations réside dans le fait qu'elles s'effectuent sur le site de Neuilly-sur-Marne, d'où une réticence de certains IDE à se déplacer. L'organisation de formations sur les sites délocalisés conduit à d'autres difficultés, notamment le fait que les professionnels s'absentent régulièrement de la salle de formation pour rejoindre leur unité. Dans certaines unités, des demandes de formation (isolement-contention, OMEGA⁹) sont restées lettre morte et les agents ne les ont pas réactivées. Les nouveaux arrivants doivent obligatoirement suivre une formation initiale concernant : l'isolement et la contention, Omega et le logiciel Cortexte. Les assistantes médicoéducatives (AMA) bénéficient d'une formation spécifique sur les droits des patients et le recours au JLD, contrairement aux soignants auxquels est seulement communiquée une « information » à leur arrivée dans le service. Dans l'ensemble, le personnel reste assez demandeur de formation, mais la question des effectifs constitue un frein à la satisfaction de ces demandes.

RECOMMANDATION 3

Les difficultés de gestion des effectifs ne doivent pas constituer un frein aux demandes et à l'accès des soignants à la formation continue. L'organisation de cette dernière doit être systématique pour tous les soignants concernant les thèmes des droits fondamentaux des patients en soins sans consentement et des pratiques et de l'évolution du cadre légal de l'isolement et de la contention.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *Des formations relatives à l'application de la loi du 5 juillet 2011 sont dispensées régulièrement, et ouvertes à tous les*

⁹ Gestion et prévention des situations de violence et d'agressivité.

corps de métier. Elles sont à ce jour obligatoires pour les assistants médico-administratifs. Il est envisagé de rendre obligatoire la formation sur les droits fondamentaux des patients en soins sans consentement, les pratiques et l'évolution du cadre légal de l'isolement et de la contention. Aussi, les formations seront signalées dans le plan de développement des compétences comme étant obligatoires. Une requête sera transmise chaque année par le service de la formation aux cadres supérieurs et aux chefs de pôles afin de dresser le bilan des agents formés. Dans le cadre du plan de développement des compétences, cette formation est inscrite dans le parcours professionnalisant de nos IDE intégrant l'établissement. Par ailleurs, un triptyque diffusé en février 2023 à l'attention des professionnels dans le cadre de la préparation à la visite de certification rappelle les principes fondamentaux des mesures d'isolement et de contention ».

Les nouveaux arrivants indiquent avoir appris par la pratique, après avoir bénéficié de trois jours d'intégration à Neuilly-sur-Marne, le tutorat qui leur avait été annoncé n'ayant pas été mis en œuvre. Si le tutorat n'est effectivement pas formalisé, les nouveaux infirmiers sont « doublés » pendant un minimum de deux semaines (plus si nécessaire) ; par ailleurs, quelques infirmiers sont très impliqués dans la formation et interviennent auprès de leurs jeunes collègues (l'un de ces infirmiers organise une formation pour les étudiants en stage professionnel sur le site).

RECOMMANDATION 4

Les soignants nouvellement recrutés doivent systématiquement bénéficier d'un tutorat.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Un accompagnement des professionnels intégrant la psychiatrie est proposé dans le plan de développement des compétences dont la durée est de quatre jours en discontinu. Une journée de suivi est proposée aux professionnels qui ont suivi ces quatre jours l'année suivante. A G01, cette recommandation est en cours de mise en œuvre et notamment travaillée dans l'axe 4 du projet de soins. Deux tuteurs sont identifiés sur le pôle G01-02. Le tutorat des nouveaux professionnels est un projet qui va être développé sur l'UHTP du G01 fin 2023/2024. Le tutorat est en place au G03. Sur le pôle G04 les soignants nouvellement arrivés sont reçus par le cadre le premier jour de leur prise de poste pour évaluer leurs besoins et organiser le tutorat. Ils sont tutorés pendant quinze jours minimum par un IDE titulaire et ancien dans l'équipe en intégrant son roulement. Une évaluation est faite lors d'un entretien avec la cadre. Cet accompagnement est reconduit si besoin. A la suite de cet entretien un programme des besoins en formation de l'agent est planifié. Un IDE titulaire met en place des cours sur la clinique psychiatrique à l'intention des nouveaux arrivants et des étudiants en stage. Les infirmiers nouvellement recrutés pour travailler dans l'unité CRUP, ont bénéficié d'une formation de trois jours dispensée par un IDE, l'ergothérapeute et le chef de pôle ».

Aucune équipe du site ne bénéficie de réunions de supervision ou d'analyse des pratiques professionnelles animées par des intervenants extérieurs.

RECOMMANDATION 5

Les équipes qui en font la demande doivent bénéficier de réunions de supervision ou d'analyse des pratiques professionnelles animées par des intervenants extérieurs.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Dans le cadre du recueil des besoins collectifs en formation, les services sont invités à transmettre chaque année au service de la formation permanente, leur besoin en ce qui concerne la mise en œuvre d'analyse des pratiques professionnelles et de supervision. Ces interventions sont réalisées par des intervenants extérieurs à l'établissement. L'enveloppe prévue au plan de développement des compétences est de 55 000 euros. En 2023 le montant a été réévalué à 65 000 euros. Des accompagnements par métier sont également proposés : AS, ASH, ergothérapeute, IDE, psychomotricien. A G01, des réunions d'analyse des pratiques professionnelles (APP) ont été mises en place à l'UHTP depuis avril 2023. A G03, cette supervision est réalisée à la demande des soignants si nécessaire.* »

2.3 LE TRAITEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES, DES PLAINTES ET DES RECLAMATIONS EST BIEN ORGANISE MAIS LES TRANSGRESSIONS DES PATIENTS DONNENT PARFOIS LIEU A UNE REPONSE PUNITIVE

2.3.1 Les événements indésirables

Comme sur l'ensemble des sites de l'EPSVE, les déclarations d'événements indésirables (EI) s'effectuent, lors de la visite, en mode dégradé¹⁰ par le biais d'un formulaire *Word* disponible sur l'Intranet envoyé, une fois rempli (directement ou manuellement), par mail au service « qualité et gestion des risques » à Neuilly-sur-Marne. Ces fiches d'événements indésirables (FEI) peuvent être saisies par les médecins, les soignants et le personnel administratif de chaque unité, anonymement. Les professionnels sont régulièrement conviés à des réunions avec la cellule qualité pour les accompagner dans leurs démarches.

A réception d'une FEI, le service qualité l'enregistre dans un tableau de suivi selon la nature du risque déclaré et procède à leur orientation à destination des parties prenantes pour information et traitement. Les EI les plus graves donnent lieu à un accusé de réception tandis que les autres sont traités directement, le déclarant et le responsable de service (chef de pôle, RUF, cadre supérieur de santé, direction des soins quand l'événement concerne les soins) étant informés de la suite donnée¹¹.

Les événements indésirables graves (EIG)¹² sont suivis dans un tableau spécifique et, après reprise de l'événement avec le(s) mis en cause puis l'équipe, font l'objet d'une analyse sous forme de comité de retour d'expérience (CREX), réunissant l'ensemble du personnel donnant lieu à un plan d'actions, ou de revues mortalité morbidité (RMM), pour les décès notamment mais plus généralement tous les signaux ayant un impact sur la condition clinique du patient.

¹⁰ Le paramétrage d'une nouvelle version du logiciel de traitement des événements indésirables, ENNOV, devenu obsolète, est toujours en cours réalisation ; le déploiement du logiciel est prévu pour le 4^{ème} trimestre de 2022.

¹¹ CGLPL, Rapport de visite de l'EPSVE du site de Neuilly-sur-Marne, oct. 2022, chapitre 2.4.

¹² EIG donnant lieu à déclaration à l'ARS : le décès, le pronostic vital engagé, les séquelles irréversibles. EIG non déclarés : violences, agressions sexuelles, erreurs médicamenteuses, gestes d'urgence.

Tous les EIG donnent également lieu à examen par la CDU (commission des usagers) ; les autres EI sont vus en COVIRIS¹³, tous les trimestres ou *a minima* une fois l'an.

Lorsque les professionnels sont susceptibles d'être affectés (physiquement ou psychologiquement) par un EI, une ou plusieurs réunions d'équipe sont mises en place pour analyse et bilan, systématiquement en présence du psychologue du travail, et des propositions de prise en charge individuelle sont faites.

Le site de Saint Denis produit des déclarations d'EI, provenant pour l'essentiel de G04, la majorité émanant des soignants et prioritairement des IDE. Les deux autres unités, en revanche, font peu de FEI, le mode dégradé étant considéré comme un frein à ces déclarations et les soignants évoquant le sentiment d'une démarche vaine en l'absence de retour ou de retour rapide de la DQRJU¹⁴. 39 EI ont été déclarés en 2022 (5 à G01, 9 à G03 et 25 à G04 parmi lesquels trois à quatre agressions entre soignants) et 59 sur l'ensemble des pôles, intra et extra hospitaliers confondus. Les cinq risques les plus représentatifs sont : les violences, les agressions, les menaces, l'insécurité (11/59) ; l'orientation, l'admission et le transfert de patient (5/59) ; la coordination avec les structures et les partenaires extérieurs (5/59) ; les vols (4/59) ; la sécurité d'accès et l'intrusion (3/59).

Chaque professionnel est doté d'un PTI¹⁵ et un bouton d'appel existe dans chaque bureau. En cas d'incident, les soignant des autres unités viennent en renfort ; l'agent de sécurité se déplace également pour faire nombre, sans pouvoir entrer dans la chambre du patient et sans aucun contact physique avec lui. Le personnel a dit se sentir en sécurité.

Le non-respect des règles de vie par un patient donne lieu à un recadrage et un rappel du règlement par un IDE puis par le psychiatre. Dans une unité, des privations de cigarettes (par exemple quand le patient fume dans sa chambre) ou de sortie (y compris pour les patients hospitalisés en soins libres, SL) peuvent être décidées en cas de violences physiques à l'encontre de soignants.

RECOMMANDATION 6

La réponse à des transgressions des patients ne doit jamais s'exercer sous forme punitive.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *Un triptyque diffusé en février 2023 à l'attention des professionnels dans le cadre de la préparation à la visite de certification, rappelle les principes fondamentaux de la liberté d'aller et venir des patients. Sur le pôle G04, les patients gardent avec eux leurs cigarettes et chargeur et de téléphone sauf prescription médicale* ».

Les sorties sans autorisation d'un patient hospitalisé en soins sans consentement (SSC) donnent lieu à la rédaction d'une fiche de fugue qui est faxée au bureau des admissions ainsi qu'au commissariat. La famille est, dans la mesure du possible, prévenue. Cette fiche de fugue peut également être remplie pour un patient hospitalisé en SL qui présenterait un risque suicidaire.

¹³ COVIRIS : comité de vigilance et de gestion des risques.

¹⁴ DQRJU : direction de la qualité, de la gestion des risques, des affaires juridiques et des relations usagers.

¹⁵ PTI : protection du travailleur isolé.

2.3.2 Les plaintes et réclamations

Une procédure¹⁶ permettant de faire une réclamation ou de porter plainte est mise en œuvre, expliquée dans le livret d'accueil et dans une documentation affichée dans les unités et dans le hall commun au G01 et au G04. Les proches sont également informés de cette possibilité et de la procédure lors de l'entretien familial, soit par le médecin soit par l'assistante sociale. En cas de réclamation, les proches peuvent être reçus en entretien par le cadre.

Vingt-deux réclamations ont concerné les trois pôles du site de Saint-Denis en 2022, sans distinction entre intra et extra hospitalier :

- cinq à G01 (deux émanant de la famille, une du patient, une du mandataire et une d'une personne « autre ») portant pour deux d'entre elles sur une disparition d'objets personnels, les autres sur la prise en charge et la vie quotidienne ;
- onze à G03 (huit émanant de patients et trois de la famille) concernant des questions de prise en charge globale (diagnostic, traitement, décision de sortie) et de vie quotidienne (disparitions d'objets) ;
- six à G04 (quatre par la famille et deux par les patients) concernant des problèmes de prise en charge (transformation de mesure en SDT, demande d'hébergement thérapeutique adapté, réclamation sur la liberté de circulation et le recueil du consentement) et de vie quotidienne (disparition d'argent et manque d'information).

Les délais de traitement ont été de 75, 18 et 29 jours respectivement. Aucune médiation impliquant l'un de ces trois pôles n'ont été organisées en 2022.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « *Concernant le G01, le délai moyen de réponse aux réclamations est de 15 jours, au G03 il est de 27 jours. Quant au G04, 29 jours* ».

Un patient souhaitant faire une réclamation dans une unité est reçu par le cadre de santé en présence d'un IDE et parfois par un psychiatre ; le tuteur ou curateur, le cas échéant, est prévenu pour initier les démarches. En l'absence de proches, le patient est accompagné pour déposer plainte. Le 10 janvier 2023, deux patients de G04 ayant signalé la disparition de leurs portables ont ainsi été reçus par le cadre, aidés dans les démarches de recherches de ces téléphones et tous deux devaient être accompagnés au commissariat pour déposer plainte à défaut de découverte de ces objets.

¹⁶ CGLPL, Rapport de visite de l'EPSVE relatif au site de Neuilly-sur-Marne, oct. 2022, chapitre 2.4.2.

3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

3.1 L'ATTENTE DES PATIENTS DANS LE SERVICE DES URGENCES DE L'HOPITAL DELAFONTAINE, DANS DES CONDITIONS INDIGNES, PEUT SE PROLONGER POUR UN MOTIF LOGISTIQUE

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

Le sujet de l'attente quotidienne dans les services d'accueil des urgences des hôpitaux départementaux de très nombreux patients ayant une indication d'hospitalisation à l'EPSVE fait l'objet d'un développement dans le rapport de la visite du site historique de Neuilly-sur-Marne¹⁷. Le site de Saint-Denis est concerné par les trois recommandations et la bonne pratique émises dans ce développement.

Le bureau de la permanence de l'organisation des soins (BPOS) permet une diffusion rapide de l'information d'un lit disponible dans un service, et sa réattribution pour l'accueil d'un nouveau patient, en attente dans le service des urgences.

L'équipe de l'antenne psychiatrique du CH Delafontaine a évoqué sa difficulté d'obtenir dans des délais raisonnables une ambulance pour le transfèrement des patients, dont la possibilité d'une hospitalisation dans un lit disponible a été confirmée durant la journée. Les patients peuvent voir ainsi prolongée leur attente aux urgences de nombreuses heures, dans des conditions indignes¹⁸, pour n'être admis que pendant la soirée ou même la nuit, alors qu'il s'agit simplement de traverser la rue pour rejoindre le site Romain Rolland. Ce retard d'hospitalisation a concerné quarante-neuf patients pendant la période de deux mois entre le 9 novembre 2022 et le 9 janvier 2023 (cf. tableau *infra*).

Heure de l'admission dans l'unité	G01	G03	G04	Total
de 19 à 20 heures	3	5	4	12
de 20 à 21 heures	4	2	2	8
de 21 à 22 heures	1	2	1	4
de 22 à 23 heures	2	1	1	4
de 23 à 24 heures	2	2	0	4
de minuit à 1 heure	2	4	1	7
de 1 à 2 heures	3	1	1	5
de 2 à 3 heures	1	0	0	1
de 3 à 4 heures	1	2	0	3
de 4 à 5 heures	0	0	1	1
Total	19	19	11	49

¹⁷ CGLPL, Rapport de visite de l'EPSVE relatif au site de Neuilly-sur-Marne, oct. 2022, chapitre 3.1.

¹⁸ *Ibid.*

RECOMMANDATION 7

L'organisation logistique du transfèrement des patients du service des urgences du CH Delafontaine vers ceux du site de Saint-Denis, qui consiste à traverser la rue, doit prévenir la prolongation de leur attente aux urgences dans des conditions indignes.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *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 se réunit tous les jeudis de 13h30 à 14h30)* ».

3.1.2 L'accueil dans les services

La quasi-totalité des patients sont adressés par l'antenne psychiatrique du service des urgences du CH Delafontaine et du CH Bichat (Paris), et rarement par les centres médicopsychologiques. Seuls les patients faisant l'objet d'une indication d'hospitalisation dans les suites d'une levée d'écrou sont admis directement.

Les IDE et les AS accueillent les patients dans les services de façon adaptée à leur état clinique lors de l'admission et à l'heure d'arrivée. La chambre est désignée en fonction du lit disponible et des particularités de l'état clinique, et les éventuels mineurs sont toujours placés en chambre individuelle à proximité du bureau des IDE. La nécessité d'un changement de chambre d'un patient lui est expliqué. Aucun système d'IDE référent n'est mis en œuvre.

Le patient reçoit à un livret d'accueil, le règlement de fonctionnement de l'unité, une information spécifique concernant l'utilisation du téléphone, une note explicative concernant la personne de confiance (PC) et les directives anticipées incitatives en psychiatrie (DAIP), et un kit hygiène qui peut être renouvelé en l'absence de soutien familial ou de ressources.

La présentation de la chambre et de l'unité sont ensuite proposées.

Le patient est rapidement reçu en entretien, en présence d'un soignant, par un psychiatre de l'unité en journée, par le psychiatre d'astreinte¹⁹ s'il est admis entre 17h00 et 18h30, et par l'interne de garde entre 18h30 et 8h30, qui peut contacter par téléphone le sénior d'astreinte en cas de besoin. Les psychiatres de G03 réalisent une visite le matin et une contre-visite en fin d'après-midi entre 16h30 et 17h00, qui permettent de voir les entrants, les patients isolés et ceux ayant un besoin spécifique.

Les patients entrants bénéficient d'un examen somatique systématique dans les 24h de l'admission, reporté au jour ouvré suivant, en cas d'hospitalisation pendant le week-end ou lors d'un jour férié.

L'entretien médical permet d'informer le patient sur son mode d'hospitalisation, ses troubles et son traitement, mais l'identité du tiers ne lui est pas systématiquement communiquée, en raison d'une adaptation de l'information donnée à l'état clinique, ou d'une méconnaissance du cadre

¹⁹ Un système de permanence psychiatrique a été instauré pour la gestion de la plage horaire de 17h00 à 18h30 des sites relocalisés de l'EPSVE.

législatif²⁰. La rédaction des certificats médicaux de 24 et 72h est réalisée par deux psychiatres distincts et précédée d'un entretien.

RECOMMANDATION 8

Le patient hospitalisé sous le régime des soins à la demande du directeur de l'établissement, impliquant l'intervention d'un tiers, doit pouvoir connaître l'identité de ce dernier.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, infirme : « *L'établissement n'est pas tenu de révéler l'identité du tiers dans les situations de SDT, eu égard à :*

- *L'article L1111-7 du CSP (...) à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.*
- *La position de la CADA 2007 et 2015 (pas d'accès à la divulgation de l'identité du tiers dès lors que la divulgation est de nature à lui porter préjudice ».*

Le recueil des observations du patient est insuffisamment réalisé et n'est pas systématiquement tracé dans les certificats médicaux.

RECOMMANDATION 9

Le recueil et la traçabilité des observations du patient doivent être systématiques.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *A G01, la traçabilité des observations des patients est un point sur lequel les soignants travaillent afin de s'améliorer sur l'UHTP du G01. A G03, cette traçabilité est assurée ».*

Les médecins font signer l'accusé de réception du formulaire contenant les droits et voies de recours et remettent au patient l'enveloppe contenant ce formulaire, ainsi que la copie de l'accusé de réception s'il en fait la demande. En revanche, la décision d'admission et les certificats médicaux, expliqués au patient, ne lui sont pas remis.

RECOMMANDATION 10

La copie de la décision d'admission en soins sans consentement et les certificats médicaux la motivant doivent être remis au patient.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *Toutes les décisions sont transmises rapidement par le service des admissions aux secrétariats médicaux afin qu'elles soient transmises aux patients. La procédure y afférant fait l'objet de rappels réguliers durant les entretiens précédant la rédaction des certificats médicaux, le patient, suivant son état, reçoit les informations relatives aux modalités de sa prise en charge et peut alors s'exprimer par rapport à ces informations. Par ailleurs, suite à une décision prise à la CME du 20 avril 2023. Les certificats médicaux accompagnant les décisions et les arrêtés seront*

²⁰ Des médecins ont confié penser qu'ils n'avaient pas le droit de donner cette information, ou que seul le JLD pouvait le faire.

également transmis aux patients. Enfin, dans le cadre de la préparation à la certification, un document intitulé "les essentiels - Droit et information des patients" et un triptyque relatif au devoir d'information et au recueil du consentement a été diffusé en février 2023 à l'attention de tous les professionnels. A G04, les décisions d'admission sont remises aux patients par les médecins ».

Aucune mesure restrictive n'est systématiquement appliquée à l'admission, à l'exception des briquets retirés à G01 et de celles justifiées par l'état clinique, médicalement prescrites. Les briquets, les objets dangereux, les parfums et les coupe-ongles, retirés à G04, sont placés dans une bannette nominative et restitués à la demande.

Un protocole²¹ « punaises », mis en œuvre à G04 lors de la visite, impliquait une mise en pyjama systématique durant deux à quatre jours.

La détection des personnes devant faire l'objet d'une mesure de protection des biens est mise en œuvre et n'appelle pas de commentaire.

3.2 LA TENSION CAPACITAIRE EST PERMANENTE ET L'IMPORTANCE DU RECOURS AUX PROCEDURES DEROGATOIRES DES DECISIONS D'ADMISSION DU DIRECTEUR PREOCCUPANTE

3.2.1 L'activité

La file active comme le nombre de séjours en hospitalisation complète sont en diminution en 2021 et 2022²². Le nombre de journées d'hospitalisation à temps plein et la durée moyenne de séjour pendant la même période sont sensiblement identiques à G03, en légère hausse à G04 mais en diminution à G01, baisse à mettre en lien avec la fermeture de l'unité du 1^{er} juillet au 31 août 2022 pour la réalisation de travaux de rénovation.

3.2.2 La gestion de la suroccupation

Les unités comptaient respectivement 19, 23 et 20 patients dont un de 17 ans au G03 (cf. 9.1), lors de la visite.

L'hébergement hors secteur est fréquent, en raison de la pénurie de lits : deux patients concernés étaient hébergés à G01, trois à G03 et sept à G04, tous suivis par l'équipe de l'unité d'accueil. La réintégration des patients dans leur unité de secteur est certes recherchée mais se heurte à la nécessité d'hospitaliser ceux qui attendent aux urgences²³. Des difficultés d'hébergement en chambre d'isolement (CI) ont également été observées (cf. 6.1, Recommandation 32).

La recherche de lits étant permanente, la sortie du patient est envisagée dès la situation de crise dépassée, à l'exception des problématiques somatiques ou d'isolement social. Mais ces sorties prématurées sont souvent source de retours précoces des patients en hospitalisation complète, aggravant les possibilités d'accueil, selon un modèle de cercle vicieux.

²¹ Le protocole « punaises » associe un retrait des vêtements pour un passage au congélateur et/ou un lavage et un séchage, et le retrait de tous les objets personnels qui sont traités et placés dans sac fermé dans le placard individuel.

²² File active : 731 en 2022 (176 en G01, 284 en G03 et 271 en G04) contre 859 en 2021 (297 en G01, 292 en G03 et 270 en G04), données du rapport d'activité de l'établissement.

Nombre de séjours d'hospitalisation complète = 970 (234 en G01, 343 en G03 et 393 en G04) en 2022 contre 1140 (353 en G01, 370 en G03 et 426 en G04) en 2021.

²³ CGLPL, Rapport de visite de l'EPSVE relatif au site de Neuilly-sur-Marne, oct. 2022, chapitres 2.1.1 et 3.1.1.

RECOMMANDATION 11

Les modalités de gestion de la suroccupation doivent prévenir les sorties trop précoces de patients insuffisamment stabilisés, qui se représenteront rapidement aux urgences pour une nouvelle prise en charge en hospitalisation complète.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *Des budgets ont été accordés au pôle G01-02 dans le cadre de "l'aller vers" (il s'agit d'une équipe de visite à domicile) pour étayer ces sorties précoces et qui ne bénéficie pas pour l'instant de recrutement (limitation des perdus de vue) ».*

3.2.3 L'activité relative aux soins sans consentement

Les trois unités hébergent des patients hospitalisés en SL comme en SSC²⁴, se répartissant comme suit lors de la visite :

- à G01 : huit patients hospitalisés en SL, onze en SDDE (dont neuf en SDT et deux en SDTPI) ;
- à G03 : cinq patients hospitalisés en SL plus un mineur, onze en SDDE (dont trois SDT, deux SDTU et six SDTPI), et six en SDRE ;
- à G04 : six patients hospitalisés en SL, dix en SDDE (dont cinq SDTU et cinq SDTPI, et quatre en SDRE).

Sur un total de soixante-deux patients, vingt sont en SL (32,25 %) et quarante-deux en SSC (67,74 %, dont 16,13 % sur décision du représentant de l'état et 51,61 % sur celle du directeur). Selon les indicateurs²⁵ fournis par l'établissement ce taux particulièrement élevé de soins sans consentement apparaît habituel sur ce site (61,34 % de soins sans consentement en 2021 et 66,28 % en 2022) alors que la moyenne nationale est de 26 %²⁶.

Les chiffres ci-dessus montrent que les admissions sur décisions du directeur (SDDE) sont très majoritaires. Toutefois en 2022, plus de quatre décisions sur cinq (89 %) ont été prises selon les procédures dérogatoires (45 % de SDPU et 44 % de SDTPI). Or ces deux procédures, utilisées dans des proportions similaires en 2021, ne réunissent pas l'ensemble des conditions d'évaluation du bien-fondé des mesures de SSC. En effet, si la difficulté d'obtenir un second certificat médical peut s'expliquer par la pénurie de médecins, l'absence de tiers ne peut en revanche résulter des seules caractéristiques sociales du département. Les patients se trouvent ainsi très majoritairement privés d'une double évaluation médicale avant leur privation de liberté au titre des soins, et d'une possibilité de levée de la mesure autre que sur avis médical.

²⁴ Les SSC associent les soins sur décision du représentant de l'état (SDRE), et les soins sur décision du directeur de l'établissement (SDDE), dont les soins à la demande d'un tiers (SDT), les SDT en situation de péril imminent (SDTPI) et les SDT en situation d'urgence (SDTU).

²⁵ Indicateurs : nombres de mesures de SSC, et de séjours d'hospitalisation à temps plein.

²⁶ Source : Questions d'économie de la santé n° 269 juin 2022.

RECOMMANDATION 12

L'établissement doit analyser urgemment son activité d'accueil des patients en soins sans consentement, afin de comprendre pourquoi cette activité est plus de deux fois et demie supérieure à la moyenne nationale, et d'y remédier. Le recours aux procédures dérogatoires et plus particulièrement à celle que constitue les soins en cas de péril imminent, doit rester exceptionnel. L'établissement doit rendre plus efficiente sa recherche de tiers lorsqu'un patient nécessite des soins sans son consentement.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « Ces mesures sont déclenchées dans les différents SAU. Les recherches de tiers s'effectuent aux urgences.

Le groupe de travail, dans le cadre de l'EPP soins sans consentement (Observatoire Consentement et Contrainte), 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 : 1 médecin établit le certificat initial, puis 2 médecins distincts 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 (dans la mesure du possible). Cette modalité de prise en charge n'entrave pas l'application de l'article L3212-9 dans la mesure où un tiers {et non le tiers} peut tout à fait solliciter la levée de la mesure de soins sans consentement. Nous notons que dans les 3 modalités de prise en charge, trois médecins au minimum interviennent, ce qui semble être l'esprit de la loi. 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 et caractérisées dans les certificats médicaux. Les requêtes mises à disposition par l'éditeur de logiciel ne permettaient pas jusqu'à maintenant de disposer de statistiques fiables. À la suite des demandes répétées émises par l'établissement, une nouvelle version de l'outil a été livrée, que le groupe de travail pluriprofessionnel est en train de tester. Si ces tests s'avèrent concluants, les données permettront une analyse fine par pôle ».

3.3 L'INFORMATION ORALE EST ASSUREE MAIS 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 commun à tous les sites de l'EPSVE, remis à l'arrivée du patient, comporte des inexactitudes et doit être actualisé²⁷.

Le règlement de fonctionnement est affiché dans chaque unité sans être remis en copie. Il n'indique pas dans toutes les unités les activités disponibles ainsi que les horaires d'accès au jardin.

L'affichage comprend généralement les droits du patient hospitalisé, les missions de la commission des usagers (CDU) et la charte de l'utilisateur en santé mentale.

RECOMMANDATION 13

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, indique : « *Le livret d'accueil est en cours de mise à jour afin que les informations y soient actualisées et complétées, notamment concernant les droits des patients en soins sans consentement. Il sera diffusé dans le courant du dernier trimestre 2023. Le règlement de vie de l'unité (ou règlement de fonctionnement) pourra être adapté au format du livret afin d'y être joint et ainsi être remis au patient lors de son admission. Une sensibilisation sera effectuée auprès de professionnels de l'établissement lors de la diffusion de la nouvelle version. En parallèle, les affiches du règlement de fonctionnement seront toujours affichées dans les services. A G01, les patients reçoivent un livret d'accueil à chaque entrée. Sur l'UHTP du G01, une supervision est nécessaire. A G03, cette recommandation est déjà mise en pratique et, ce même règlement de fonctionnement est affiché dans le service. A G04, une organisation interne des admissions est mise en place : des enveloppes sont préparées à l'avance regroupant le livret d'accueil, le bracelet d'identification, le document de recueil de la personne de confiance et des directives anticipées. Lors de l'entretien d'accueil ces documents sont remis et expliqués au patient en fonction de son état* ».

3.3.2 L'information générale sur les droits

Dès avant l'admission effective dans une unité et avant l'établissement de la décision d'admission par le directeur ou le préfet, le certificat médical des 24 heures fait l'objet d'une notification verbale (généralement par le médecin des urgences) avec une information donnée au patient concernant son statut, ses droits et voies de recours, sans remise d'aucun document. Il est donc alors expliqué une décision qui n'est pas encore prise.

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

²⁷ CGLPL, Rapport de visite de l'EPSVE relatif au site de Neuilly-sur-Marne, oct. 2022, chapitre 3.3.1.

d'isolement et de contention²⁸. L'information de la possibilité d'une saisine facultative du JLD n'apparaît pas mais est assurée oralement. Les contrôleurs ont pu constater la disponibilité des équipes pour expliquer aux patients leur situation et leurs droits, aussi souvent que nécessaire. L'accès au secrétariat est libre et les patients peuvent demander une information ou formuler une réclamation.

Aucun document 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. Depuis la visite du site de Neuilly-sur-Marne au mois d'octobre 2022, la direction de l'EPSVE a produit un nouveau document explicitant les droits et voies de recours. Ce document est remis sous pli fermé contre signature et ne fait pas l'objet d'une explication particulière. En outre, l'enveloppe n'est pas donnée au patient lors de la notification de la décision d'admission en SSC, alors que ces droits découlent de celle-ci.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « *Ce document existait avant la visite du CGLPL, des améliorations lui ont été apportées à la suite des remarques formulées lors de cette visite. Le délai de remise des informations aux patients fait actuellement l'objet d'un réajustement afin de tenir compte tant de la problématique de tension capacitaire rencontrée par l'établissement que des obligations en termes de délai* ».

L'information du cadre de l'hospitalisation et la notification des décisions de SSC est assurée par un médecin, parfois par le cadre de santé. Seule la notification de la décision du préfet est réalisée contre signature.

Aucune copie, hormis les décisions du JLD, n'est systématiquement proposée au patient. Le patient ne dispose donc pas des copies des décisions du directeur d'établissement et du représentant de l'Etat. Ces documents ne sont pas non plus déposés dans une pochette pour être remis au moment de la sortie d'hospitalisation. Les décisions du JLD notifiées par les médecins et dont la copie est refusée par les patients, ne sont pas toujours déposées dans le dossier devant être remis au patient à sa sortie.

Les certificats médicaux des 24 et 72 heures ne sont jamais donnés à la personne concernée, alors que les décisions s'en approprient parfois les termes, sans les citer dans leur ensemble.

Les observations du patient ne sont pas clairement sollicitées ni renseignées dans le certificat médical. Selon les témoignages des professionnels, leur intégration dans le logiciel Cortexte est toutefois réalisée.

RECOMMANDATION 14

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 de ses droits. Cette information doit être communiquée sur un support pouvant être conservé ou placé, à la demande du patient, dans un dossier remis lors de la sortie d'hospitalisation.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Des documents relatifs* »

²⁸ CGLPL, Rapport de visite de l'EPSVE relatif au site de Neuilly-sur-Marne, oct. 2022, chapitre 3.3.2.

aux droits et voies de délais de recours ont été transmis à tous les services de soins. Ces éléments sont remis au patient à compter de son admission dans l'établissement, à chaque étape de sa prise dans la mesure où son état le permet. A G03, les droits des patients sont explicités dans le carnet. A G04, toutes les décisions du directeur, les arrêtés et les notifications d'ordonnances sont placées dans le dossier de sortie pour remise en fin d'hospitalisation ».

3.3.3 L'information sur les droits spécifiques

Les patients ne maîtrisant pas la langue française peuvent bénéficier de l'assistance d'un interprétariat par téléphone.

Le droit d'accès au dossier médical et d'en obtenir copie est précisé dans le livret d'accueil et par voie d'affichage dans les unités. Son exercice n'appelle pas d'observation.

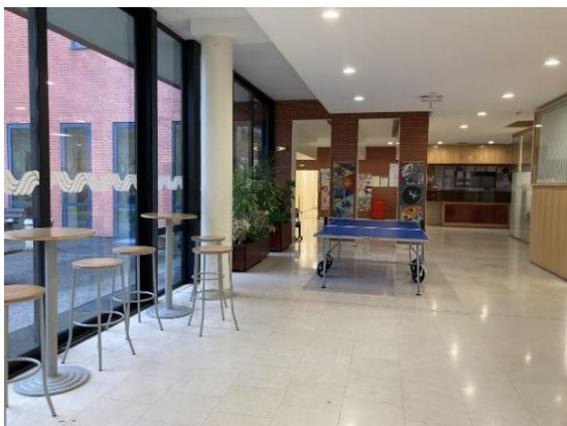
4. LES CONDITIONS DE VIE

4.1 LES LOCAUX SONT ADAPTES A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS MAIS LES TRAVAUX DE MAINTENANCE FONT DEFAUT

4.1.1 La présentation générale des locaux

Le site présente un bâtiment de deux étages en forme de L.

Au rez-de-chaussée, une fois franchies deux portes vitrées munies d'un interphone et un petit hall comprenant un guichet d'accueil, se trouve un vaste hall comprenant des fauteuils, des distributeurs de boissons chaudes et fraîches, une table de ping-pong et un babyfoot. Il s'ouvre sur un jardin arboré et commun.



Le hall



Le jardin

Sur la gauche sont disposés un salon pour les familles, trois salles d'activités, le réfectoire et quelques bureaux. Le couloir en face dessert le secteur administratif (le secrétariat des trois unités et divers bureaux, notamment destinés aux médecins, à l'addictologue et aux ASS).



Salles d'activités



Réfectoire



Salon d'accueil des proches

4.1.2 Les unités

Le premier étage accueille les patients des secteurs G01 et G04, chacun disposant d'une aile ; au second étage, les patients de G03 occupent une aile et le centre de psychothérapie la seconde. Si les unités sont globalement conçues sur le même modèle, seule celle de G03 dispose d'une petite salle d'activité et a installé du matériel de sport dans ses couloirs (un vélo, un rameur et une table de ping-pong).



Salle d'activités G03



Rameur dans le couloir du G03

Chaque unité comprend, outre les chambres, le bureau du cadre de santé, les bureaux médicaux, la salle de soin, la tisanerie et les locaux de stockage. Les salons de télévision servent également de salle d'activité ou de repas pour les patients ne se rendant pas au réfectoire. Celui du premier étage est sous-dimensionné en considération des deux unités qui s'y côtoient. La terrasse servant de fumoir au second étage est ouverte alors que celle du premier est cadenassée (cf. 5.2).



Terrasse G03



Terrasse G01 G04

Les locaux nécessitent des travaux de rénovation qui dépassent les compétences de l'agent de maintenance présent sur le site et leur réalisation dépend de la direction de l'EPSVE.

La salle de bain commune de G04 présente une baignoire vétuste, un sol sale avec de l'eau stagnante, des murs dégradés et une impossibilité d'aération en raison de la condamnation des ouvertures des fenêtres. Dans le couloir de G04, le descellement de certains carreaux des plinthes constitue un risque pour les agents et les patients en cas d'utilisation lors d'un passage à l'acte. Des doubles plafonds sont crevés dans le couloir et la salle de repos de G04. Aucune réponse n'aurait été apportée aux demandes de travaux les concernant.



Etat vétuste de la salle de bain commune de G04



Le double plafond du couloir de G04

RECOMMANDATION 15

La salle de bain commune et les couloirs de l'unité G04, particulièrement dégradés, nécessitent des travaux de rénovation urgents.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *Les travaux de la salle de bain commune du G04, des plaintes de la circulation du G04, des faux-plafonds de la circulation et de la salle de détente du G04 sont programmés au dernier trimestre 2023* ».

4.1.3 Les chambres

La plupart des patients sont placés dans des chambres doubles²⁹. Les chambres sont de taille adaptée, lumineuses, équipées d'un verrou de confort, d'un mobilier fonctionnel et de placards individuels comprenant un coffre à code.

Un vantail sur le côté de la fenêtre permet une ouverture d'une vingtaine de centimètres. Un volet roulant est actionnable électriquement depuis la chambre et peut également être bloqué depuis le bureau des soignants.



Chambre individuelle G01



Salle d'eau G03

Les patients ne peuvent pas appeler à l'aide car les dispositifs d'appel sont défectueux.

Chaque chambre dispose d'une salle d'eau comprenant un lavabo, un miroir, un WC et une douche. Quelques WC sont dépourvus d'abattant et les salles d'eau ne sont pas toutes équipées de patère pour accrocher les vêtements.

RECOMMANDATION 16

Les boutons d'appel dans les chambres doivent être fonctionnels et les salles d'eau doivent toutes être équipées d'abattant de WC et de patère.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Ces dysfonctionnements sont déjà identifiés et connus. Un plan correctif est en cours d'ici fin 2023. A G01, ces besoins en travaux vont être planifiés avec les techniciens été 2023. A G04, les*

²⁹ G01 compte cinq chambres individuelles et six chambres doubles, G04 trois chambres individuelles et sept doubles, G03 dix chambres individuelles et six doubles.

patères ont été démontées sur décision du chef de pôle car elles ne répondent pas aux normes anti-suicide ».

4.2 LES PATIENTS PEUVENT ASSURER LEUR HYGIENE MAIS LE VESTIAIRE DE SECOURS N'EST PAS SUFFISAMMENT APPROVISIONNE

Les locaux, nettoyés par une équipe de dix-huit agents des services hospitaliers (ASH), sont propres, dans la limite que permet leur état de dégradation, notamment concernant les chambres d'isolement (CI, cf. 6.1). Des machines pour laver les franges et les chiffonnettes sont installées au sous-sol de même que des machines à laver et un sèche-linge pour entretenir le linge des patients ne disposant pas de l'aide d'un proche. La terrasse partagée par les unités G01 et G04 n'est nettoyée qu'une fois par semaine selon les informations recueillies. Les cendriers sont pleins, le sol est jonché de mégots.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « La terrasse partagée par les unités du G01 et G04 a été remise en état et la fréquence des passages a été revue. Il est en de même pour le ramassage des cendriers et le nettoyage du sol jonché de mégots. Un rappel a été fait à Elior quant à ses obligations en tant que prestation au regard des clauses du cahier des charges ».

Les draps et serviettes de toilette sont changés dès que nécessaire. Des produits d'hygiène individuelle sont disponibles pour les patients qui en sont dépourvus³⁰, sans difficultés d'approvisionnement.

Des soignants se rendent disponibles pour couper les cheveux des hommes qui ne peuvent pas sortir au moyen d'une tondeuse. Pour les femmes, la confection de tresses ou de nattes est proposée.

Un protocole permet de lutter contre les situations d'invasion de punaises de lit³¹. Un contrat a été signé avec une entreprise qui intervient préventivement chaque trimestre, ainsi qu'à la demande. La mise en œuvre du protocole peut conduire à un retrait des vêtements et des effets personnels et à une mise en pyjama institutionnel pour une durée d'environ trois jours³².

S'agissant des vêtements de secours, aucune organisation n'est prévue par l'EPSVE, tout dépend de la bonne volonté des soignants qui apportent les vêtements qu'ils n'utilisent plus ou demandent l'aide de l'aumônière. Les vestiaires de secours des trois unités sont limités et insuffisants pour répondre aux besoins, notamment lors de la mise en œuvre du protocole de lutte contre les punaises. Les sous-vêtements sont principalement des produits jetables.

RECOMMANDATION 17

L'établissement doit fournir aux patients des vêtements de secours en quantité suffisante.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « Une réflexion a été

³⁰ Savon, shampooing, dentifrice, et serviettes hygiéniques.

³¹ En 2021, l'unité G01 avait été envahie au point qu'elle avait été déménagée sur le site de Neuilly-sur-Marne pendant trois semaines.

³² Le protocole recommande un lavage des vêtements à 60° ou un dépôt au congélateur pour 48 heures et la mise en sachet des autres effets pour la même durée.

initiée afin de définir une organisation pour la gestion et le stockage des vêtements de secours pour les patients (Direction Achats Hôtellerie Logistique - DAHL). A G01, des vêtements peuvent être remis aux patients grâce à la lingerie sur le site de St Denis. A G04, un stock de vêtements existe sur le site dans la bagagerie, en cas de besoin particulier les agents amènent de leur dressing personnel les vêtements manquants ».

4.3 LES PATIENTS NE PEUVENT PAS CONSERVER TOUS LEURS BIENS NI LES PROTEGER CONVENABLEMENT

4.3.1 La protection des biens personnels

Un inventaire est réalisé en présence de deux soignants, tracé sur papier, et signé contradictoirement, dont la copie est déposée dans le dossier, lors de l'admission. Un exemplaire est remis au patient à G01 (ou non, à G03 et G04), avant d'être transmis au secrétariat qui l'intègre dans le logiciel Cortexte. Il est modifié tout au long de l'hospitalisation dès qu'intervient un changement.

RECOMMANDATION 18

Une copie de l'inventaire contradictoirement signé doit systématiquement être remise au patient.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « 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. A G01, l'inventaire est fait en présence du patient qui le contresigne. À terme il lui sera remis. A G03, l'inventaire est remis au patient. ».

Les patients peuvent conserver des valeurs dans le coffre à code de leur chambre. Certains d'entre eux ont évoqué leur difficulté à retenir le code. Certains placards seulement sont équipés de système de fermeture avec un cadenas que le patient doit fournir, la serrure de tous les autres s'ouvrant étrangement avec la même clé qui n'est pas remise à chaque patient. Les valeurs et les sommes numéraires importantes sont à défaut stockées dans un coffre du bureau du cadre.

RECOMMANDATION 19

Les patients doivent disposer de placards pouvant être fermés avec une clé individuelle qu'ils peuvent conserver.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « Un recensement des placards dépourvus de cadenas a été réalisé et des commandes passées pour les équiper de fermeture adaptée. A G01 : réfection progressive des chambres en lien avec la DPT (placards fermés) ».

4.3.2 Les interdictions

Les patients sont autorisés à conserver la plupart de leurs biens et les restrictions sont décidées de façon individualisée sur prescription médicale concernant les téléphones portables et les ordinateurs. En revanche, les chargeurs de téléphone portable sont systématiquement retirés dès l'arrivée dans l'unité G01 et peuvent être ensuite rendus sur avis médical.

Les objets retirés (rasoir, briquet, etc.) sont conservés dans le bureau des soignants ou du cadre de santé. Des biens de valeur peuvent être également conservés dans un coffre dans le bureau du cadre.

RECOMMANDATION 20

Les biens retirés aux patients, incluant les chargeurs de téléphone, doivent l'être sur consigne médicale, de façon individualisée et équivalente entre les unités.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « A G03, cette recommandation est mise en pratique au sein de l'unité. Sur le pôle G04 les patients gardent leurs biens et chargeurs de téléphone dans leur coffre-fort de chambre ».

4.3.3 La protection juridique

Les assistantes de service social sont présentes dans les unités et participent aux réunions de synthèse. Outre l'accompagnement dans les démarches sociales, leur présence permet l'identification des patients nécessitant une protection juridique. Les ASS déplorent le peu de réactivité des mandataires des patients protégés qui sont associés, autant que possible, aux projets de sortie.

Les tuteurs ne se déplacent pas volontiers pour visiter leurs protégés et font appel à des prestataires extérieurs qui facturent forfaitairement leur course (de 34 à 45 euros) pour assurer l'accès au tabac, à des vêtements et au retrait d'argent des personnes ne disposant pas d'autorisations de sortie, d'un soignant pour un accompagnement ni de proches disponibles³³.

RECOMMANDATION 21

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

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « Cette question est étudiée dans le cadre du groupe de travail relative aux biens des patients de l'établissement. Il a été soulevé la possibilité de mettre à disposition d'espèces via les régies par opérations pour compte de tiers. Ces opérations n'engagent pas la responsabilité du comptable. Il se pose la question d'une présence physique des régies sur les sites relocalisés. Avec l'arrivée d'une nouvelle responsable de la trésorerie hospitalière de Ville Evrard le groupe de travail va soumettre cette proposition. Des propositions seront également faites dans le cadre du projet des usagers. A G01, les patients ont accès à des produits d'usage courant. Le travail avec les curateurs et tuteurs reste un travail à développer. A G03, la sortie du patient est organisée

³³ CGLPL, Rapport de visite de l'EPSVE relatif au site de Neuilly-sur-Marne, oct. 2022, chapitre 4.3.2.

après une demande validée par le directeur de l'établissement ».

4.4 L'ALIMENTATION REPOND AUX BESOINS DES PATIENTS MAIS UNE UNITE INTERDIT LA CONSERVATION DE DENREES NON PERISSABLES EN CHAMBRE

La production des repas pour les différents sites, est assurée par l'unité centrale de production alimentaire³⁴ de l'EPSVE, rattachée à la DAHL³⁵. Les repas sont livrés en barquette selon le principe de la liaison froide et sont vérifiés et stockés en armoire réfrigérée par les ASH. Les menus ne sont affichés que dans l'unité G03 et sur un panneau d'affichage à l'intérieur du réfectoire.

RECOMMANDATION 22

Les menus doivent être affichés dans toutes les unités.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Un affichage des menus dans les unités du G01 et du G04 a été réalisé. L'affichage est également mis en place au Pôle G03 à côté du bureau de la cadre ».

La majorité des patients se rend au réfectoire mais certains d'entre eux prennent leurs repas au sein de la salle télévision de leur unité, sur prescription médicale. Le petit-déjeuner est servi entre 8h00 et 9h00, le déjeuner de 12h00 à 13h00 et le dîner de 18h15 à 19h15. La salle de restauration est lumineuse. Le placement est libre et les patients sont globalement satisfaits de la quantité et de la qualité des repas. Les patients ne sont pas autorisés à partager un repas avec leur famille.

Un goûter est proposé mais aucune tisane n'est servie le soir dans les unités G03 et G04. Les patients peuvent conserver des denrées non périssables dans leur chambre, à l'exception de ceux de l'unité G01 qui n'en disposent pas librement et doivent les réclamer aux soignants qui assurent le stockage dans le bureau des infirmiers. Des goûters améliorés sont proposés lors des fêtes (Noël, anniversaires) et également, dans l'unité G03, lors des week-ends.

Le distributeur de boissons chaudes situé dans le hall du rez-de-chaussée est fréquemment hors service.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « La possibilité de proposer une tisane aux patients des unités du G03 et G04 est à l'étude avec l'encadrement. Une réflexion identique est en cours concernant les goûters améliorés le week-end pour les unités du G 01 et G04. Les distributeurs de boissons chaudes sont opérationnels et accessibles aux patients ».

RECOMMANDATION 23

Les patients doivent pouvoir conserver des denrées non périssables en chambre, sauf consigne médicale contraire.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « Le cadre hôtelier a initié un travail avec le cadre de l'unité du G01 afin de permettre aux patients de pouvoir conserver

³⁴ Rapport de visite du CGLPL relatif au site de Neuilly-sur-Marne de l'EPSVE, oct. 2022, chapitre 4.4.

³⁵ Direction des achats, de l'hôtellerie et de la logistique.

dans leur chambre des denrées non périssables. A G01, dans l'attente de la réfection des chambres avec placards fermés, le stockage est effectué dans le bureau au motif de vols récurrents. Les patients amènent des gâteaux sur l'UHTP du G01 dès lors qu'ils sont en chambre hôtelière. Pour les patients en CI les gâteaux leur sont remis lors de leurs sorties de chambre. A G03, cette recommandation est déjà mise en pratique ».

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR N'EST PAS PLEINEMENT GARANTIE

5.1.1 La circulation des patients dans l'établissement

Les portes d'accès aux unités sont ouvertes de 8h00 à 19h30. Les patients accèdent librement par les escaliers au hall d'accueil, au réfectoire, au grand jardin arboré ouvert pendant la même amplitude horaire et au secteur administratif. Ils peuvent ainsi se rendre spontanément ou sur rendez-vous au secrétariat des pôles, chez l'ASS et chez l'addictologue. L'accès est possible avec l'ascenseur mais uniquement accompagné par un soignant. Les contrôleurs constatent que le personnel médical comme non médical considère globalement que la liberté de circulation des patients dans l'enceinte de l'hôpital est un facteur d'apaisement.

En principe, les patients hospitalisés en SL sortent librement du site en prévenant simplement l'agent d'accueil mais lors de leur admission, ils ne sont pas tous informés de ce droit. Des interdictions de sortie sanctionnent ceux qui portent gravement atteinte aux règles de vie (cf. 2.3).

RECOMMANDATION 24

Les restrictions à la liberté d'aller et venir doivent être liées à l'état clinique du patient et non au statut juridique du soin. En tout état de cause, aucun patient admis sous le régime des soins libres ne peut être privé de sa liberté d'aller et venir ni empêché de quitter le service. Ces patients doivent être informés de leur droit de sortir librement.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, rappelle et informe : « *La liberté d'aller et venir des patients en soins libres (SL) : ce principe fondamental est rappelé dans le guide relatif aux recommandations "Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté" qui rappelle les principes fondamentaux des patients en soins sans consentement. Il précise également que : "Toute mesure de restriction de liberté doit :*

- *Faire l'objet d'un questionnement clinique et thérapeutique. Il convient de bannir tout caractère systématique de l'emploi des mesures restrictives de liberté ;*
- *Faire l'objet d'une prescription médicale argumentée, et réévaluée à périodicité définie ;*
- *Faire l'objet d'une information aux patients et la recherche de leur consentement qui peut prendre la tonne de contrat de soins singulier entre le patient et l'équipe soignante ;*
- *Analyser le rapport bénéfice-risque avec une mesure de restriction et sans mesure de restriction ;*
- *Être argumentée et consignée dans le dossier du patient".*

Par ailleurs, un triptyque diffusé en février 2023 à l'attention des professionnels dans le cadre de la préparation à la visite de certification, rappelle les principes fondamentaux de la liberté d'aller et venir des patients. Une réunion de l'observatoire consentement et contrainte sera organisée avec pour thématique spécifique la question des restrictions de libertés. A G03, cette recommandation est déjà mise en pratique ».

Les patients peuvent se rendre librement aux activités organisées par l'ergothérapeute dans la salle d'activité située dans le hall d'entrée. En revanche, leur accès à la bibliothèque qui se trouve dans le salon de visite est conditionnée à la présence d'un soignant.

5.1.2 La gestion de la sécurité

L'établissement est sécurisé par une grille d'enceinte. Les véhicules comme les piétons ne peuvent entrer qu'en sollicitant l'ouverture d'un portail par interphone ou en présentant un badge. Un système de vidéosurveillance permet de surveiller les entrées et sorties des unités et de contrôler l'ensemble du site. Les images sont conservées trente jours et sont exploitées, en cas de nécessité, dans le respect du cadre légal.

Le double sas vitré sur lequel donne la banque d'accueil limite les risques d'intrusion et de fugues. Les agents d'accueil reçoivent chaque matin la liste des patients en SL et les permissions de sortie accordées à ceux hospitalisés en SSC. Le nom du patient, la date et l'heure de sortie sont reportés sur un registre, complété à son retour.

La sécurité est confiée à des agents de la société de protection et de gardiennage (SPG), assurant une présence continue. Présent à l'accueil, le vigile, également chargé de la sécurité incendie, se déplace s'il se présente une situation de violence sur le site mais n'entre pas au contact des patients. Les incidents sont gérés par les équipes soignantes au sein des unités. Chaque professionnel est doté d'un PTI³⁶ qui précise l'unité et l'étage de la survenue de l'incident. Les renforts d'autres unités se déplacent en cas de besoin.

5.1.3 La sécurité incendie

Ce point, dûment contrôlé, n'appelle aucune remarque.

5.2 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT MODEREES ET INDIVIDUALISEES

Les patients sont réveillés à partir de 7h15 de sorte à pouvoir prendre leur petit-déjeuner au réfectoire à 8h00. Le coucher s'effectue vers 23h00.

Les patients ont accès à leur chambre, excepté pendant l'heure du déjeuner pour permettre leur nettoyage. 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.

Le tabac et les briquets sont laissés à la disposition des fumeurs, sauf en cas de placement en CI ou dans l'hypothèse d'une contre-indication médicale somatique. De 8h00 à 19h30, les patients peuvent fumer, abrités de la pluie par un auvent dans le jardin arboré. A compter de sa fermeture, ceux des unités G01 et G04 ont accès à un fumoir commun ouvert de 20h00 à 23h00, cette terrasse étant réservée le reste du temps aux patients en sortie séquentielle d'isolement. Les patients de ces deux unités, à la différence de ceux de l'unité G03 qui disposent d'une terrasse ouverte jusqu'à 22h00, ne peuvent donc pas accéder à l'air libre, fumer ou vapoter à leur étage. Tous les espaces fumeurs sont pourvus d'allume-cigare.

³⁶ Protection travailleur isolé.

RECOMMANDATION 25

Les patients doivent avoir un accès à l'air libre et la possibilité de fumer à leur étage.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « A G01, il y a une terrasse sur le site de Saint-Denis où les patients peuvent aller prendre l'air et fumer au 1^{er} étage. A G03, cette recommandation est mise en pratique et les patients sont accompagnés quand ils sont en CI ».

En 2021, l'infirmière de l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA Ville-Evrard³⁷) détachée à Saint-Denis a remis dans le cadre du programme Vape de Cœur, des vapoteuses³⁸ (cf. 8.2, Bonne pratique 1).

Le port du pyjama bleu institutionnel est imposé lors de la mise en œuvre du « protocole punaises » d'une durée de 72 heures³⁹.

5.3 LE SITE DISPOSE D'UN SEUL SALON D'ACCUEIL FAMILIAL

5.3.1 La confidentialité de l'hospitalisation

Comme indiqué pour le site de NSM, 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 alias. 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. Tous les soignants n'ont pas une connaissance claire de la procédure d'hospitalisation sous anonymat, mais sont toutefois particulièrement attentifs aux appels venant de l'extérieur et ne transmettent que ceux des proches déjà identifiés qu'ils reconnaissent.

RECOMMANDATION 26

Le droit à la confidentialité sur la présence à l'hôpital doit être porté à la connaissance des patients et les soignants, être formés sur ce point. Des modalités techniques doivent être mises en œuvre pour garantir ce droit aux patients qui en font la demande.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « Ces aspects sont évoqués dans la formation des professionnels sur les droits des patients. Un rappel sera effectué auprès des agents d'accueils pour les sensibiliser à cette problématique. Enfin, dans le cadre de la préparation à la certification, un document intitulé "les essentiels - Droit et information des patients" et un triptyque relatif au respect de l'intimité et de la dignité du patient a été diffusé en février 2023 à l'attention de tous les professionnels. Un rappel pourra être également effectuée dans le cadre des rencontres du service des admissions avec les secrétaires médicales ».

³⁷ L'ELSA Ville Evrard, a obtenu le label « Droit des usagers » 2015 pour le projet porté par *Hôpital sans Tabac* sur le site romain Rolland de Saint-Denis.

³⁸ 31 de ces patients ont positivement répondu aux soins ce qui se traduit par une demande de soin et suivi de prise en charge, présence régulière aux rendez-vous avec l'infirmière de l'ELSA.

³⁹ Lavage en machine de tous les vêtements et du linge de maison à plus de 55° et congélation de -20° Celsius pendant 72 heures des éléments infectés.

5.3.2 Le téléphone, le courrier et l'accès à Internet

Les patients peuvent conserver leur téléphone portable ainsi que le chargeur (sauf en G01) 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. Du matériel de correspondance peut être donné à la demande. Les courriers sortants sont à déposer dans les secrétariats des pôles. Les AMA affranchissent les plis en cas de besoin puis les expédient et réceptionnent le courrier entrant qu'ils trient.

Les patients qui disposent d'un ordinateur (rare, à titre d'exemple : trois à quatre patients par an pour l'unité G04) peuvent l'utiliser et bénéficier d'une connexion *Wifi* un jour sur deux seulement en raison de la saturation du réseau. Les soignants mettent à disposition des patients un ordinateur permettant un accès à Internet, dans le bureau infirmier, sous surveillance. Toutefois, l'accès aux messageries personnelles est bloqué par l'hôpital.

RECOMMANDATION 27

Les patients doivent disposer d'une connexion continue de qualité à Internet.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *L'accès à Internet est possible à partir de postes thérapeutiques dédiés. Les tranches horaires d'accès sont définies : de 8h à 18h* ».

5.3.3 L'accès aux familles

Les visites des proches sont autorisées tous les jours de 14h00 à 18h00 avec une tolérance concernant les horaires. Les mineurs de moins de quinze ans ne sont pas autorisés, sauf sur décision médicale. De façon exceptionnelle, les proches sont admis dans l'unité mais n'ont pas accès aux chambres des patients. Le seul salon de visite est situé au rez-de-chaussée et partagé par les trois unités. Il est réservé en priorité aux familles avec enfants. Lorsqu'il est occupé, les visiteurs s'installent dans le hall d'accueil, sans aucune intimité, ou quand le temps le permet, dans le jardin.

RECOMMANDATION 28

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 : « *Le site de Saint-Denis dispose d'un salon d'accueil famille car celui-ci est mutualisé. Le projet de restructuration sera revu afin que chaque secteur d'hospitalisation dispose de son salon accueil famille* ».

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

Trois semaines avant les élections présidentielles et législatives, la direction de l'EPSMVE a adressé à chaque pôle une note relative à l'organisation du vote par procuration ainsi que des affiches pour l'information des patients. Toutefois, l'affichage n'a pas été effectif dans toutes les unités. Aucune réunion portant sur l'accès au vote n'a été organisée entre les soignants et les soignés. 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 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 que des patients non-inscrits ont été identifiés postérieurement à la date limite d'inscription sur les listes électorales. De fait, seuls trois ou quatre patients de l'unité G03 ont voté aux présidentielles, accompagnés par des soignants.

RECOMMANDATION 29

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, informe : « *Cette problématique n'a jamais été remontée auprès de la direction en charge des relations avec les usagers (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. La DQRJU organise le vote des patients par procuration depuis des années. Afin de permettre aux patients dont l'état clinique n'est pas compatible avec une permission de sortie, d'exercer tout de même leur droit de vote, le commissariat de Saint-Denis est sollicité pour chaque élection afin d'établir les procurations auprès des patients qui le souhaitent. Un agent de police se déplace sur les unités d'hospitalisations. Une information concernant l'organisation des procurations est faite préalablement auprès de tous les pôles à la suite de quoi une liste des patients souhaitant voter par procuration est retournée au service des relations avec les usagers qui organise ensuite la visite des agents du commissariat. Ceux qui peuvent se déplacer bénéficient d'une permission de sortie. Par ailleurs, s'agissant du droit de vote, le service des personnes protégées de l'établissement délivre l'information écrite et orale avec la remise des documents réglementaires dont la charte des droits et libertés du majeur protégé. Afin d'œuvrer à l'exercice de ce droit, une procédure sera en réflexion par le service afin d'assurer la délivrance de l'information, du recueil du souhait ou non à voter et à l'organisation de l'exercice du droit par ces personnes vulnérables. Enfin, l'établissement profile de la mise à jour de son livret d'accueil afin d'y ajouter une partie informant les patients sur leur droit de vote ainsi que les modalités d'exercice de celui-ci. A G03 : Cette recommandation est mise en pratique en lien avec le service relations usagers de l'hôpital. A G04, lors des dernières élections chaque patient hospitalisé a été interrogé sur son souhait. Les patients souhaitant participer au vote ont tous eu une permission, aucun n'a souhaité faire une procuration* ».

5.5 L'ACCES AUX DIFFERENTS CULTES EST POSSIBLE MAIS L'INFORMATION EST INSUFFISANTE

Les patients sont informés de l'offre cultuelle par le livret d'accueil lorsqu'il est remis et du fait des visites hebdomadaires dans chaque unité d'un membre de l'équipe de l'aumônerie catholique située sur le site de Neuilly-sur-Marne. Le livret d'accueil précise que les patients peuvent être mis en relation, à leur demande ou à celle de leurs familles, avec les aumôniers des autres cultes par le truchement de l'équipe de l'aumônerie. Toutefois, aucun affichage n'est

visible sur le sujet dans les unités. Les contrôleurs ont constaté que si le personnel médical sait qu'un aumônier rend visite aux patients, de nombreux agents ignorent de quelle obédience il est, son jour de venue et qu'il peut mettre en relation un patient avec un aumônier d'un autre culte.

RECOMMANDATION 30

La diffusion des informations culturelles doit s'accompagner au sein des unités, d'un affichage qui précise les coordonnées des aumôniers des différents cultes.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *Des permanences hebdomadaires sont assurées par l'aumônerie de l'établissement qui organise également l'accès aux autres cultes pour les patients qui en font la demande. L'affichage sera renforcé. A G03, cette mesure est en cours de mise en place* ».

5.6 LES OUTILS DEVELOPPES POUR LA PRISE EN COMPTE DE LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE DES PATIENTS SONT PEU MIS EN ŒUVRE

La question de la vie affective et sexuelle des patients n'est pas écartée par les soignants mais les actions du comité « SIDA Sexualités Prévention » (CSSP) de l'EPSVE⁴⁰ sont peu développées sur le site de Saint Denis. Les professionnels référents du CSSP dans les UHTP des trois pôles ne conduisent plus d'actions collectives de prévention concernant la santé sexuelle, à l'exception d'une information annuelle à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le SIDA du 1er décembre et d'interventions ponctuelles de dépistage⁴¹ mutualisées sur le site. Quelques interventions ont également lieu auprès de patients signalés par l'équipe. L'IDE addictologue de l'ELSA aborde la question de la sexualité avec les patients qu'elle reçoit sous l'angle des conduites à risques. Le CGLPL regrette que l'outil pertinent que constituent les ateliers destinés aux patients organisés par le CSSP⁴² soit aussi peu mobilisé sur le site de Saint-Denis.

Des préservatifs externes et internes sont disponibles et remis à la demande dans toutes les unités et dans le bureau de l'IDE addictologue. Le médecin généraliste aborde la question de la contraception systématiquement lors de l'entretien d'entrée, et celle des éventuelles violences sexuelles subies de façon adaptée au contexte.

Les soignants sont vigilants lorsque des rapprochements entre patients sont constatés afin de protéger les plus vulnérables notamment. Une contraception d'urgence est disponible dans le chariot d'urgence.

RECOMMANDATION 31

Les patients de tous les sites de l'EPSVE doivent avoir un accès à l'ensemble des outils de soins proposés par le comité « SIDA sexualité prévention », notamment ceux concernant la vie affective et sexuelle.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *Une IDE pour l'ensemble de l'établissement qui coordonne des référents soignants dans les services et unités* ».

⁴⁰ Cf. CGLPL, Rapport de visite de l'EPSVE relatif au site de Neuilly sur Marne, oct. 2022, chapitre 6.6.

⁴¹ Dépistage au moyen de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD).

⁴² *Ibid.*

fonctionnelles des trois UHTP de Romain Rolland ; l'ensemble des référents ont en charge de mettre en œuvre les différents outils mis à disposition et sont à périodicité régulière réunis par l'IDE coordinatrice du comité SIDA-sexualité-prévention. A G03, cette recommandation est mise en pratique. A G04, ces actions sont couplées également lors d'interventions croisées avec notre infirmière en addictologie. Les deux médecins somaticiens sur le site contribuent aux actions de préventions par l'évaluation systématique de tous les patients entrants en hospitalisation et en assurent le suivi tout au long de la prise en charge. A G04, des actions sont couplées également lors d'interventions croisées avec notre infirmière en addictologie. Les deux médecins somaticiens sur le site contribuent aux actions de préventions par l'évaluation systématique de tous les patients entrants en hospitalisation et en assurent le suivi tout au long de la prise en charge. Un affichage sur les risques liés aux pratiques sexuelles non protégées existent au niveau du bureau de l'addictologue. Des préservatifs sont disponibles, à discrétion, sur le chariot de distribution des traitements médicamenteux. ».

6. L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT

6.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT, TRES NOMBREUSES ET PARFOIS MAL EQUIPEES, SONT OCCUPEES EN PERMANENCE

Le site de Saint-Denis dispose pour trois pôles (pour rappel 59 lits au total) d'un nombre très important de chambres d'isolement (CI), dix au total, dont sept CI proprement dites⁴³ et trois chambres sécurisées (CS)⁴⁴. La CS du G04 est comptabilisée dans sa capacité de dix-huit chambres hôtelières. Les CI sont régulièrement utilisées en chambre hôtelière en raison de la suroccupation, c'était le cas de l'une des CI de G01 le jour de l'arrivée des contrôleurs. Certains patients dont la décision d'isolement a été levée restent en CI dans l'attente d'une chambre hôtelière disponible.

D'autres, devant être placés en isolement, sont dirigés vers une autre unité (au moment du contrôle, deux patients du G03 étaient ainsi en isolement en G04 et à l'unité Morvan à Neuilly-sur-Marne).

RECOMMANDATION 32

Aucune chambre d'isolement ne doit être utilisée comme une chambre hôtelière, ni être comptabilisée dans la capacité d'accueil de l'unité.

Le site ne dispose d'aucun espace d'apaisement.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « L'établissement s'efforce de mettre en œuvre cette recommandation qui se heurte cependant aux tensions capacitaires connues par le département. Les CI sont considérées comme un équipement, et non comme une capacité d'accueil. En revanche, les tensions capacitaires empêchent régulièrement de disposer du lit en miroir de cet équipement, car il est la plupart du temps utilisé pour accueillir des patients en attente aux urgences ».

RECOMMANDATION 33

Le nombre très élevé de chambres d'isolement ne doit pas obérer la nécessité alternative d'espaces d'apaisement à aménager.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « 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. Cette question fait également partie des objectifs fixés au groupe EPP isolement contention. Cependant, les problématiques liées à l'éditeur de logiciel doivent être

⁴³ Les UHTP des pôles G01 et G03 disposent chacune de deux CI (dont une hors d'usage en attente de réfection au G03), et celle du pôle G04 de trois.

⁴⁴ Chacune des unités dispose également d'une CS, qui n'est rien d'autre qu'une CI sans double entrée.

résolues en amont. Une fois les données fiabilisées, une synthèse sera faite dans le rapport annuel et permettra de définir une politique de réduction et d'alternative aux mesures d'isolement contention basée sur les données fiabilisées. Par ailleurs, le projet de restructuration du site de Saint-Denis prévoit de réduire le nombre de chambres d'isolement à deux par secteur et introduira la fonction d'espace d'apaisement comme cela est le cas dans la conception actuelle de nos UHTP. Une expérimentation de chambre d'apaisement est en réflexion au G04 pour une mise en œuvre au dernier trimestre 2023. Les IDE du G01 ont participé aux ateliers "réconfort" dans la perspective de proposer des alternatives à l'isolement. Un projet de chambre d'apaisement sur l'UHTP du G01 est en cours. A G03, cette recommandation est intégrée dans la restructuration des locaux ».

Les CI ont en commun une proximité avec le bureau infirmier et le poste de soins, un accès par une porte percée d'un oculus opacifié et donnant sur un sas, un carrelage en bon état recouvrant les murs, un ameublement composé d'un lit avec un sommier métallique fixé au sol (sauf dans une des CI de G01) et d'un cube en mousse dense de type Cumbria™. Le lit d'une des CI de l'unité G04, était doté d'un drap housse et de couvertures mais sans drap de dessus lors de la visite.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Un inventaire du linge de lit a été réalisé pour les CI, afin de s'assurer que les chambres bénéficient des draps nécessaires et notamment des draps de dessus ».

Les boutons d'appel, non accessibles en cas de contention, ne fonctionnaient pas depuis plusieurs mois. Les commandes des volets roulants, de la lumière électrique et des systèmes de chauffage et de climatisation sont situées à l'extérieur de la CI, l'aération naturelle est impossible du fait d'un vantail de fenêtre condamné. Des horloges sont placées dans le sas (sauf dans une des CI de G01 et dans la CI hors d'usage de G03) et ne sont pas visibles en cas de contention. Les sanitaires, avec des toilettes d'inox parfois corrodées et des lavabos d'inox également et sans miroir, sont vétustes. Certains, bien que propres, dégagent une odeur d'urine.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « Une prestation pour désencrasser les toilettes inox et les lavabos inox des CI est programmée. Avant de programmer celle-ci des essais de produits ont été réalisés pour trouver celui le plus adapté. Par ailleurs, une prestation de remise en état a été sollicitée auprès du prestataire Elior (odeur urine). Un inventaire des besoins en miroir a été dressé et des commandes sont en cours ».

Un placard avec un coffre n'est disponible que dans les sas des CI de G04, alors même que les chambres hôtelières des patients placés en CI ne sont jamais conservées. Aucune vidéosurveillance n'est mise en œuvre dans les CI.



La CI de G04



Les toilettes de la CI de G03



Le lavabo de la CI de G03

RECOMMANDATION 34

Les chambres d'isolement doivent toutes disposer d'un système d'appel et d'une horloge, accessibles en situation de contention, d'une aération naturelle, de l'accès aux commandes de lumière et des volets et de sièges à destination du patient et du soignant. Les sanitaires doivent être rénovés et équipés d'un miroir.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « Les horloges vont être installés dans les chambres cet été ; de même pour les miroirs des salles de bain. Les fenêtres remplacées en 2021 vont être adaptées, afin que leur ouverture soit rendue à nouveau possible ; elles sont actuellement condamnées car présentes un risque de fugue/défenestration) ». Le système d'appel malade sera remplacé d'ici la fin de l'année 2023. Les sanitaires vont être décapés et passivés avec un produit adapté (par la DAHL). Le projet de restructuration du site de Saint-Denis prévoit de placer les commandes de l'éclairage et des volets roulants, dans la chambre d'isolement. Cette recommandation de l'aménagement des CI nécessite un travail de réflexion en équipe. Le miroir en verre peut être un objet tranchant de mise en danger (aussi bien pour le patient que pour les soignants) devant un patient en décompensation ».

Le port du pyjama institutionnel est systématiquement imposé à l'entrée en CI. Son matériau est déchirable à G04 mais ne l'est qu'en cas de risque suicidaire à G03. Son port reste obligatoire pour les patients isolés qui bénéficient de sorties séquentielles pour consommer un repas ou une cigarette à l'extérieur de la CI, associé à celui d'une veste et de chaussures d'intérieur.

RECOMMANDATION 35

Le port du pyjama institutionnel en chambre d'isolement doit être individualisé plutôt que systématique. Les patients isolés qui bénéficient de sorties séquentielles adaptées à leur état

clinique doivent pouvoir se vêtir de leurs effets personnels, plutôt que d'être contraints à garder le pyjama institutionnel lors de leur circulation dans le service.

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

Le patient prend son repas assis sur le lit, le plateau-repas posé sur le cube, avec des couverts remis en l'absence de contre-indication médicale, en présence ou pas d'un soignant. Il peut également le prendre, sur décision médicale, dans la salle de télévision des unités.

Les contrôleurs ont pu rencontrer une patiente de G04 faisant l'objet d'une mesure de contention en CI, à l'heure du goûter. La tête de son lit avait été relevée et les soignants l'alimentaient sans la détacher. La patiente s'était urinée dessus mais a dû rester mouillée pendant son repas, le changement de linge n'étant prévu qu'après le goûter. L'assurance qu'elle était conduite aux toilettes à la demande a été dans le même temps indiquée aux contrôleurs.

RECOMMANDATION 36

Les modalités de l'accompagnement infirmier doivent respecter la dignité des patients isolés.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, rappelle : « *Dans le cadre de la préparation à la certification, un document intitulé "les essentiels - Droit et information des patients" et un triptyque relatif au respect de l'intimité et de la dignité du patient a été diffusé en février 2023 à l'attention de tous les professionnels. A G03, la base de notre travail s'affiche comme le respect du patient* ».

Aucune CI ne donne accès à un espace extérieur. Les fumeurs sont accompagnés sur la terrasse de leur étage, à heure fixe et si nécessaire en présence de plusieurs soignants.

La sécurité incendie n'est pas informée de la présence de personnes en CI, ni de la fin des mesures d'isolement.

RECOMMANDATION 37

L'équipe de sécurité incendie doit être informée en temps réel de l'entrée et de la sortie des patients en chambre d'isolement.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *L'organisation déployée sur le site de Saint-Denis comme sur toutes les unités d'hospitalisation de l'EPS Ville-Evrard est adaptée au classement des bâtiments et est conforme à la réglementation en matière de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public (ERP). Participent au service de sécurité incendie :*

- *Les agents d'accueil des UHTP relocalisées ;*
- *Le personnel technique de la DPT (agents polyvalents et électriciens) ;*
- *Les cadres hôteliers ;*
- *Les soignants (services de soins).*

L'établissement a rédigé son schéma d'organisation de la sécurité incendie (S.O.S.I.) adopté après saisine des instances en mars 2023. Les services de soins faisant partie du service de sécurité incendie, l'information concernant l'occupation des CI est disponible ».

6.2 DES DECISIONS D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION SONT PRISES PAR DES PRATICIENS NE DISPOSANT PAS DU DROIT DE PLEIN EXERCICE DE LA PSYCHIATRIE, NOTAMMENT LA NUIT

Les décisions d'isolement sont dites prises par les médecins de plein exercice présents en journée, ou lors de l'astreinte le soir et le week-end après que le patient a été vu par le médecin associé ou le faisant fonction d'interne de garde sur place. Une décision prise à distance par un médecin de plein exercice est signée le lendemain. Les données extraites du registre de l'isolement et de la contention révèlent cependant des noms de professionnels ne disposant pas du statut de médecin de plein exercice dans la colonne « nom du psychiatre ayant décidé la mesure ».

Les pratiques d'isolement et de contention ont été qualifiées de « *dernier recours de durée brève* », en raison des situations de tension capacitaire, dans l'objectif d'accueillir rapidement les patients hébergés dans les services d'urgence, faisant l'objet d'une indication d'isolement. Une indication d'isolement posée dans un service des urgences, pour un patient admis sur le site de Saint-Denis pendant le temps de la garde, pourra être maintenue par le médecin de garde avant sa réévaluation présenteielle par le médecin de plein exercice le lendemain matin, ceux-ci ne se déplaçant pas la nuit.

RECOMMANDATION 38

Les décisions d'isolement et de contention doivent être prises par un psychiatre de plein exercice, titulaire d'une thèse de médecine et d'une qualification spécialisée reconnue par l'ordre des médecins, après un examen clinique du patient.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « L'établissement applique les recommandations de la HAS de 2017 en matière d'isolement contention : "Il est recommandé que le médecin soit préférentiellement le psychiatre traitant du patient dans l'unité de soins. En cas de décision prise par un interne ou un médecin non-psychiatre, et durant les périodes de garde, cette décision doit être confirmée par un psychiatre dans l'heure qui suit. Cette confirmation peut se faire par téléphone en fonction des informations échangées. Cette confirmation doit être tracée dans le dossier du patient" (source : HAS, 2017, Isolement et contention en psychiatrie générale - Méthode Recommandations pour la pratique clinique). A G01, le médecin sénior d'astreinte se déplace pour la prescription d'isolement/contention. A G03, cette recommandation est déjà appliquée. En garde les internes sont toujours seniorisés. Dans le service il y a toujours un ou deux séniors ».

Les CI des unités du site de Saint-Denis sont fréquemment utilisées pour des patients originaires d'un autre pôle de l'EPSVE, donc non connus des équipes soignantes.

L'ouverture des unités contribue, selon les soignants, à l'apaisement des situations de tension clinique. Toutes les équipes ont indiqué regretter l'absence d'un espace d'apaisement, celle de G04 souhaitant transformer une des trois CI de l'unité en chambre d'apaisement et sensibiliser les nouveaux soignants aux techniques de désescalade des situations susceptibles de conduire à l'isolement. En raison des contraintes d'effectifs et de difficultés liés à l'éloignement des lieux de

formations du site de Neuilly-sur-Marne, tous les soignants n'ont pas encore accédé aux formations OMEGA et « isolement et contention » rendues obligatoires, peu de temps avant la visite, dans les six mois de la prise de poste.

Le traitement médicamenteux sédatif associé à un isolement est systématique à G01.

RECOMMANDATION 39

La prescription d'un traitement sédatif, associée au placement à l'isolement, doit être individualisée plutôt que systématique.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « A G01, un traitement sédatif et à visée anxiolytique est instauré avec une adaptation spécifique à chaque patient. A G03, un patient en isolement est un patient en phase aigüe et potentiellement dangereux pour lui et pour autrui. La sédation permet de protéger le patient et les intervenants ».

La surveillance infirmière horaire est tracée dans le DPI mais n'apparaît pas dans les extractions du registre d'isolement communiquées aux contrôleurs.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « Un module correctif a été installé début juin 2023 qui devrait résoudre cette difficulté ».

Aucune prescription d'isolement « si besoin » sans décision médicale n'a été constatée.

Le généraliste se rend tous les jours auprès des patients isolés, et plus souvent si nécessaire sur demande de l'équipe.

L'assurance qu'aucune pratique d'isolement ne s'effectuait en chambre hôtelière a été donnée aux contrôleurs, alors que les données extraites du registre de l'isolement indiquent le contraire (cf. 6.3).

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Cette différence est due au problème d'extraction des données du registre. Un module correctif a été installé début juin 2023 qui devrait résoudre cette difficulté ».

Le JLD contrôle les mesures d'isolement et de contention⁴⁵. L'organisation du service des AMA a été modifiée pour assurer le suivi des mesures et des recours, dans l'attente d'une réorganisation du service des admissions. Les AMA de chaque unité répondent à cette nécessité en semaine et dix d'entre elles assurent, sur la base du volontariat pour tout l'établissement, des permanences sur leur site respectif le week-end. Le JLD saisi appelle les unités pour s'entretenir avec les patients concernés. Les avocats ont également pris l'habitude de téléphoner avant de prendre leurs conclusions⁴⁶.

554 saisines du JLD concernant les mesures d'isolement et 21 celles de contention des patients du site de Saint-Denis ont été effectuées en 2022, 61 et 6 ayant respectivement conduit à une

⁴⁵ Cf. CGLPL, Rapport de visite de l'EPSVE, site de Neuilly-sur-Marne, oct. 2022 ; site d'Aubervilliers, déc. 2022 ; et site de Bondy, janv. 2023.

⁴⁶ Les patients sont invités à dire s'ils veulent ou non être assistés d'un avocat. Ce choix est communiqué par le service des admissions de Neuilly-sur-Marne au greffe du JLD ; le bâtonnier désigne systématiquement un avocat d'office lorsqu'il est sollicité ; les avocats ne se rendent pas sur place mais peuvent s'entretenir par téléphone avec le patient.

levée⁴⁷. Les principales motivations des mainlevées associent la saisine tardive, le problème d'identification du signataire du certificat médical, l'absence d'interprète, l'absence de preuve de l'information du proche, le dossier incomplet (absence d'évaluation), l'absence de date et l'impossibilité de vérifier le respect des délais.

6.3 LES SOIGNANTS NE BENEFICIENT D'AUCUN RETOUR CONCERNANT LES DONNEES DU REGISTRE DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION, PEU EXPLOITABLES EN L'ETAT

Les données concernant les décisions médicales d'isolement et de contention sont tracées dans le logiciel Cortexte et leur extraction est utilisée pour la production du registre. Les équipes ont signalé des erreurs générées par le logiciel Cortexte, qui modifie parfois la donnée de la date initiale, de façon aléatoire, lors du renouvellement d'une mesure d'isolement et de contention. Les rectifications manuelles nécessaires des entrées *a posteriori*, impliquant chaque fois une contre-signature du médecin concerné, multiplient les risques d'erreurs, les AMA en charge de ces modifications n'ayant, de plus, pas bénéficié de la formation sollicitée pour ce faire.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *Lors de la mise en place de la réforme, de nombreuses sessions de formation spécifique isolement contention ont été mises en place en lien avec le service des admissions et le service informatique. Ces sessions, en visioconférence, afin d'être ouverte au plus grand nombre, était en priorité à destination des médecins et des AMA. Par ailleurs, des sessions de formation / information sur l'isolement contention exclusivement à destination des AMA ont été organisée et continuent de l'être par le service des admissions, y compris à la demande. Les erreurs observées sur les dossiers avant envoi au juge sont systématiquement repérées par le service des admissions. Le risque, même s'il est présent, est minimisé par ce contrôle* ».

Les données extraites du registre du site de Saint-Denis révélaient moins d'erreurs informatiques que celles communiquées lors des visites des précédents sites de l'EPSVE. Celles concernant la confusion des données des mesures d'isollements et de contentions persistaient. Une nouvelle extraction, distinguant cette fois l'isolement et la contention, a été remise aux contrôleurs dans les jours qui ont suivi la visite, présentant des erreurs rendant toujours l'exploitation limitée, tel un numéro IPP⁴⁸ identique attribué à plus de la moitié des patients dont la mesure d'isolement ou de contention a été tracée, ou des doublons de mesures dont l'une de durée nulle. Les données concernant la surveillance infirmière n'ont pas été communiquées aux contrôleurs.

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 discussion collégiale régulière sur les données extraites, et d'un retour analytique régulièrement diffusé à tous par la direction. Ces difficultés qui perdurent depuis des années, rendent impossible le suivi statistique d'une politique de réduction des mesures.

⁴⁷ Concernant les mesures d'isolement en 2022, 125 saisines du JLD ont conduit à 19 mainlevées à G01, 177 saisines à 19 mainlevées à G03 et 252 saisines à 23 mainlevées à G04, données communiquées par le bureau des admissions.

⁴⁸ IPP : identifiant patient permanent.

RECOMMANDATION 40

L'établissement doit définir et mettre en œuvre une politique d'évaluation des pratiques d'isolement et de contention et d'alternative à leur utilisation, qui s'appuie sur un recueil fiable des données dans un registre qui permette leur analyse statistique.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *La réunion d'un groupe de travail pluriprofessionnel (médecin, direction, SIH, DQRJU, pôles clinique) en mode projet pendant huit mois a permis de faire le diagnostic exhaustif des problèmes de fiabilité du registre dans sa forme actuelle :*

- *Mesures anciennes qui n'ont jamais été fermées (2019 et années antérieures) : demande de fermeture à l'éditeur de logiciel (séjours finis) ;*
- *Mesures fermées tardivement qui engendrent un nombre de journées en isolement majorées, sans rapport avec la réalité ;*
- *Problèmes liés à la requête elle-même : Prescripteur systématiquement erroné ;*
- *Durée de la mise en isolement fausse le logiciel calcule la différence entre une date de fin de mesure et une date de début de mesure, sans prendre en compte d'éventuelles interruptions entre ces deux dates => le temps calculé est supérieur à la réalité, l'état des lieux de départ est donc impossible.*

L'export un jour donné ramène des mesures qui n'ont rien à voir avec la période sélectionnée. A la suite de la réunion du groupe le 6 avril dernier, l'éditeur de logiciel a livré une nouvelle version mi-juin. Le groupe se réunit de nouveau pour procéder à la vérification de l'exactitude des informations portées dans le fichier : durées d'isolement, type de soins sans consentement, type de mesures d'isolement/contention. Ces données ont fait l'objet d'une transmission à l'ARS mais vont être retravaillées à la suite d'une ultime modification de version de Cortexte. Dans ce processus de reporting, l'arrivée du médecin DIM va permettre un contrôle de la qualité de la donnée. (Un médecin DIM a pris ses fonctions en juin 2023).

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. Cette question fait également partie des objectifs fixés au groupe EPP isolement contention. Cependant, les problématiques liées à l'éditeur de logiciel doivent être résolues en amont. Une fois les données fiabilisées, une synthèse sera faite dans le rapport annuel et permettra de définir une politique de réduction et d'alternative aux mesures d'isolement contention basée sur les données fiabilisées ».

La lecture du registre d'isolement et de contention ne permet qu'une lecture prudente des tendances évolutives concernant les mesures en 2022, en raison du manque de fiabilité des données extraites communiquées.

La pratique de l'isolement reste importante en fréquence et en durée sur le site, en dépit d'une volonté affichée des équipes de la réduire :

- 97 décisions d'isolement et 14 décisions de contention associées ont été prises à G01, qui ont concerné 59 % des patients en SSC, et 41,45 % des séjours quel que soit le statut du

patient. 13 mesures d'isolement ont été réalisées hors espace dédié pour des durées variant de 4 heures 23 à 37 heures 49 ;

- 123 décisions d'isolement et 22 décisions de contention associées ont été prises à G03, qui ont concerné 50 % des patients en SSC, et 35,86 % des séjours quel que soit le statut du patient. 8 mesures d'isolement ont été réalisées hors espace dédié pour des durées variant de 8 heures à 40 heures 10 ;
- 159 décisions d'isolement et 46 décisions de contention associées ont été prises à G04, qui ont concerné 68 % des patients en SSC, et 40,45 % des séjours quel que soit le statut du patient. 11 mesures d'isolement ont été réalisées hors espace dédié pour des durées variant de 2 heures 58 à 14 heures 33 ;
- Plus de 84 % des mesures d'isolement ont eu une durée supérieure à 24 heures, sans que la part d'éventuelles mesures d'isolement séquentiel ne puisse être précisée.

Tableau : durée des mesures en fonction de leur nombre dans les trois pôles

Durée	Mesures à G01	Mesures à G03	Mesures à G04	Total mesures
≤12h	7	10	16	33
12 à 24h	6	10	9	25
24 à 48h	32	27	14	73
48 à 96h	21	29	31	81
96 à 168h	16	24	36	76
168 à 336h	8	16	35	59
336 à 504h	4	5	13	22
>504h	3*	2**	5***	10
Total	97	123	159	379

* : 514h, 521h, 1289h

** : 578h, 1032h

*** : 533h, 619h, 950h, 953h, 1199h

Le registre permet toutefois de suivre les mesures d'isolement et de contention contraires aux dispositions de la loi, prises pour des patients en SL, bien que leur traçabilité ne soit pas systématique et nécessite la vigilance des AMA et du bureau des admissions. 24 patients en SL ont été placés en isolement sur le site de Saint-Denis en 2022, et 14 d'entre eux n'ont pas bénéficié d'une transformation de leur statut d'hospitalisation :

- huit patients en SL de G01 ont séjourné plus de 3 heures en isolement (un même patient pour trois mesures d'une durée totale de 34 heures et les autres pour des durées de 24 heures) sans que leur statut d'hospitalisation ne soit transformé. Deux patients en SL ont vu leur statut transformé (pour l'un en SDT après 4 heures et pour l'autre en SDTU après 26 heures d'isolement) ;
- trois patients en SL de G03 ont séjourné plus de 3 heures en isolement sans que leur statut d'hospitalisation ne soit transformé, dont un patient mineur de 17 ans pendant 92 heures et les deux autres pendant 12 heures. Trois patients en SL ont vu leur statut transformé

pendant la période d'isolement : en SDTU après 4 heures, en SPI après 18 heures, et pour un mineur de 15 ans en SDRE après 79 heures d'isolement ;

- trois patients en SL de G04 (dont deux mineurs de 16 ans) ont séjourné plus de 3 heures en isolement (3 heures 19, et respectivement 5 heures 20 et 86 heures 57 pour les deux mineurs) sans que leur statut d'hospitalisation ne soit transformé. Par ailleurs, cinq patients en SL ont vu leur statut transformé en SSC après respectivement 5 heures (pour deux patients), 7 heures, 24 heures et 46 heures d'isolement.

RECOMMANDATION 41

Aucun patient hospitalisé en soins libres, notamment mineur, ne doit être isolé ni contenu, sans que son statut d'hospitalisation ne soit rapidement modifié, dans les suites des mesures conservatoires mises en œuvre pour assurer sa mise en sécurité.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *L'établissement se conforme au cadre préconisé par la circulaire DGOS du 29 mars 2022 relative à l'isolement contentieux qui précise: "Dans les structures d'urgence et les établissements autorisés en psychiatrie, il est possible de mettre en place, à titre exceptionnel et en cas d'urgence, pour des raisons tenant à la sécurité du patient ou d'autrui, des mesures de protection pendant quelques heures en attendant soit la résolution de la situation clinique critique, soit l'hospitalisation du patient en SSC". Les patients en SL, et les mineurs, placés en CI ne le sont que le temps strictement nécessaire à la résolution d'une crise. Si besoin tout est mis en œuvre pour modifier dans les meilleurs délais leur statut. A noter que les mineurs ne pouvant être en SDT, seul le statut de SDRE permet de répondre à la législation relative aux mesures d'isolement contentieux. Une crise ponctuelle ne relève pas systématiquement d'une mesure de SDRE (impliquant la mise en danger d'autrui). Par ailleurs, un protocole spécifique à l'accueil des mineurs en secteur adulte va être mis en place au sein de l'établissement* ».

7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

7.1 LA CDSP ET LE REGISTRE DE LA LOI SONT COMMUNS AVEC LE SITE DE NEUILLY-SUR-MARNE

Ces points, dûment contrôlés sont développés dans le rapport de visite du site de Neuilly-sur-Marne⁴⁹, où ils ont fait l'objet de recommandations.

7.2 LE CONTROLE PAR LE JLD PORTE TANT SUR LA REGULARITE DE LA PROCEDURE QUE SUR L'ADHESION AUX SOINS

Conformément à la convention signée le 25 mars 2019 entre l'EPSVE et le TJ de Bobigny, l'établissement dispose de deux salles d'audience, l'une sur le site de Neuilly-sur-Marne⁵⁰ pour les patients de Neuilly-sur-Marne et ceux de Bondy, l'autre au centre Henri Duchène du site d'Aubervilliers⁵¹ pour les patients d'Aubervilliers et de Saint-Denis. Pour ces derniers, les audiences ont lieu le mardi et le vendredi matin ; très exceptionnellement, pour des raisons de

⁴⁹ CGLPL, Rapport de visite de l'EPSVE relatif au site de Neuilly-sur-Marne, oct. 2022, chapitres 8.1 et 8.2.

⁵⁰ *Ibid.*, chapitre 7.4.

⁵¹ CGLPL, Rapport de visite de l'EPSVE relatif au site d'Aubervilliers, déc. 2022, chapitre 7.2.

délais, les patients peuvent être dirigés vers Neuilly-sur-Marne où les audiences ont lieu le lundi et le jeudi matin.

Du fait de la visite précitée, au cours de laquelle des entretiens ont eu lieu avec le JLD et le greffier, les avocats mais aussi des patients de Saint-Denis, les contrôleurs ne sont pas retournés à l'audience au cours du présent contrôle.

Pour l'ensemble de l'EPSVE, les procédures sont traitées par le service des admissions à Neuilly-sur-Marne. Les échanges sont nombreux et de qualité entre ce service et les magistrats et greffiers, comme d'ailleurs avec les avocats.

Les modalités d'organisation de l'audience, comme celles de son déroulement sont inchangées depuis les précédents contrôles⁵².

La convocation pour l'audience, transmise par le service des admissions de Neuilly-sur-Marne, est remise par les secrétaires médicales aux médecins, à défaut dans certaines unités au cadre ou à un soignant, qui les notifie aux patients et leur en remettent une copie. Une explication est alors donnée sur le rôle du juge et le déroulement de l'audience ; les échanges avec les patients tendent à démontrer que ces explications sont incomplètes, les patients continuant de se poser de nombreuses questions dans les minutes précédant l'audience. L'information concernant l'assistance de l'avocat est aussi insuffisante (aucune précision sur ce point dans le livret d'accueil, pas d'affichage de la liste des avocats du barreau). Les avocats ne se déplacent pas dans les unités pour rencontrer les patients (les rares visites ont concerné de jeunes avocats qui voulaient en réalité comprendre le fonctionnement du service).

La cadre informe les soignants de l'audience et désigne ceux qui assureront l'accompagnement (un ou deux selon le nombre de patients), puis prend attache avec le régulateur des transports pour l'organisation matérielle du déplacement. Les unités s'assurent que le patient dispose d'une tenue adaptée pour l'audience, éventuellement par le prêt de quelques vêtements provenant de leur stock.

La majorité des patients accepte de se rendre à l'audience. En 2022, 15,63 % des patients convoqués étaient absents à l'audience en raison d'un refus ou d'une impossibilité médicale de comparaitre (16,18 % pour les SDT et 13,09 % pour les SDRE).

Les décisions sont toujours mises en délibéré, le juge indiquant à l'audience que l'ordonnance sera rendue dans l'après-midi et communiquée par l'intermédiaire du service. L'ordonnance est fréquemment adressée au secrétariat après sa fermeture, la décision n'étant de ce fait portée à la connaissance du patient que le lendemain. Ce retard dans la notification de la décision est souvent source pour le patient d'incompréhension voire d'inquiétude et de stress.

La décision qui arrive au secrétariat est remise aux médecins (les internes au G04), parfois au cadre, qui la notifie au patient, avec une explication des voies de recours et une remise du document contre émargement. L'ordonnance est placée dans le dossier des patients qui ne souhaitent pas la conserver. Les contrôleurs ont toutefois constaté que les informations sur les voies de recours, pourtant jointes à l'ordonnance, ne donnent pas toujours lieu à une explication claire et adaptée au degré de compréhension du patient ; ainsi certains médecins indiquent au patient qu'il peut écrire au procureur de la République pour contester la décision. De façon plus générale il s'est avéré une insuffisance, voire une absence, de formation des soignants aux droits des patients hospitalisés en SSC.

⁵² *Ibid.* pour les deux rapports cités *supra*.

RECOMMANDATION 42

Sauf situation particulière nécessitant un temps de délibéré, le juge des libertés et de la détention doit informer le patient de sa décision et des voies de recours possibles, même si la décision ne lui est notifiée qu'ultérieurement au sein des unités.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *Cette recommandation ne concerne pas l'établissement mais le TJ. L'ordonnance ainsi que les informations relatives aux voies et délais de recours sont notifiées aux patients dès réception du document (réceptionné par le service des admissions et transmis immédiatement aux services de soins)* ».

Les JLD ont été saisis de 467 requêtes (dont 383 SDDE et 84 SDRE) en 2022 pour les patients suivis à Saint-Denis. Comme pour les sites de Neuilly-sur-Marne et d'Aubervilliers, la très grande majorité de ces saisines intervient dans le cadre du recours obligatoire et essentiellement au début de la mesure.

Les décisions ordonnant la poursuite de la mesure d'hospitalisation sont de même majoritaires (77,51 % des ordonnances). L'examen des quarante-cinq décisions de mainlevée de l'hospitalisation complète prononcées en 2022 montre que la majorité d'entre elles sont ordonnées pour vice de forme (89 % des cas)⁵³ et qu'elles le sont le plus souvent avec effet différé à 24 heures pour permettre la mise en place d'un PDS ou d'une autre forme de prise en charge (62 % des cas).

Les douze appels formés par les patients ont conduit pour cinq d'entre eux à des mainlevées par infirmation de l'ordonnance du JLD ; aucun appel n'a en revanche été interjeté par le préfet, le procureur de la République, le directeur ou la famille.

⁵³ Principales motivations constatant l'irrégularité de la procédure, par ordre décroissant : absence d'examen médical du patient en fugue ; saisine du JLD hors délai ; péril imminent ou atteinte à l'intégrité physique (urgence) non caractérisés par le certificat médical ; décision d'admission tardive ou insuffisamment motivée ; absence d'interprète ; absence de convocation du curateur ; absence d'avis motivé ; pas de preuve de la recherche du tiers ; pas justification de la notification de l'arrêté du préfet ; absence d'avis du collège des professionnels de santé.

8. LES SOINS

8.1 L'ORGANISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES REpond AUX BESOINS MAIS L'ACCES DES PATIENTS AUX ACTIVITES EST INEQUITABLE ENTRE LES POLES

8.1.1 L'organisation des soins

Des projets de pôle sont mis en œuvre dans chacun d'entre eux et les projets de soins individualisés sont abordés et discutés avec les patients.

Différentes réunions institutionnelles sont tenues, notamment :

- les transmissions infirmières ;
- les staffs en équipe pluriprofessionnelle qui permettent la transmission des entrées et des sorties, des événements cliniques récents, des modifications de traitement, des examens paracliniques prévus (trihebdomadaires à G01, quotidiens à G03 et G04) ;
- les réunions de synthèse hebdomadaires à G03 et G04, également en équipe pluriprofessionnelle, qui permettent un abord approfondi de l'ensemble des situations cliniques des patients ;
- une visite au lit du patient suivie d'une réunion multidisciplinaire, et un staff somatique, hebdomadaires, à G03.

Les internes dont les postes sont pourvus et les psychiatres sont présents, disponibles, et les patients sont régulièrement reçus en entretiens. Les difficultés de l'effectif médical du pôle G01 restent toutefois préoccupantes avec trois ETP non pourvus, dans le cadre de la récente fusion avec le pôle G02 et des difficultés de l'établissement s'agissant du recrutement des psychiatres. L'effectif des unités G01 et G04 ne compte pas de psychologue.

RECOMMANDATION 43

Les patients des trois unités doivent bénéficier d'entretiens avec un psychologue.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « A G01, un recrutement de psychologue est en cours. AG03, nous avons un psychologue à la disposition des patients ».

Aucune réunion soignés-soignants n'est tenue dans les unités G01 et G04. Un psychologue a spécifiquement été recruté au mois de mars 2022 à G03 pour instaurer un groupe soignés-soignants. Il anime ainsi des séances de psychoéducation au sein du groupe hebdomadaire « Que-sais-je ? » concernant des thématiques diverses (les traitements, le sommeil, l'alimentation, le sport, les toxiques), un groupe hebdomadaire de parole libre, des entretiens individuels à la demande, et peut recevoir les familles pour un soutien spécifique. Il participe et s'exprime au staff.

RECOMMANDATION 44

Les patients devraient bénéficier de réunions soignés-soignants, qui favorisent leur expression collective concernant chaque modalité de la vie hospitalière, dans toutes les unités.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « A G01, un recrutement de psychologue est en cours avec un temps dédié sur l'UHTP dont l'animation d'un groupe

soignants/soignés. A G03, des réunions soignants-soignés sont organisées ».

L'accès aux prises en charge spécifiques de réhabilitation psychosociale est hétérogène entre les pôles et balbutiant. Le pôle G03 a porté la création de l'UNIRRE⁵⁴, récemment ouverte, et dont le démarrage ne concerne que quelques patients, stabilisés et en fin de prise en charge hospitalière, lors de la visite. L'accessibilité de cette unité, sise sur le site de Neuilly-sur-Marne, fait défaut pour les patients du nord du département, dont ceux du centre Romain Rolland. Le pôle G04 disposait de deux neuropsychologues (dont l'un est coordinateur de la réhabilitation psychosociale) et d'un ergothérapeute ; les prises en charge, essentiellement organisées dans les CMP de Stains et de La Courneuve, ne concernent lors de la visite que huit patients, hospitalisés ou ambulatoires, ceux présentant un état clinique déficitaire étant priorités. Les patients du pôle G01 ne bénéficiaient d'aucune prise en charge de réhabilitation psychosociale.

RECOMMANDATION 45

Les patients du site de Saint-Denis qui font l'objet d'une indication de prise en charge en réhabilitation psychosociale doivent en bénéficier, selon un accès logistiquement aisé et équivalent entre les pôles.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « Les patients du G01 bénéficient de réhabilitation psychosociale au sein du CMP et de l'HDJ. Des programmes ont été construits par deux neuropsychologues récemment recrutés ».

Le site de Saint-Denis ne dispose d'aucune unité spécifique de prise en charge des patients résistants et dépendants de l'institution (PRDI)⁵⁵.

Le pôle G03 dispose d'une unité de recherche équipée du matériel pour effectuer des séances de stimulation transcrânienne magnétique répétitive (rTMS) et de stimulation transcrânienne à courant direct (TDCS), au bénéfice des patients qui font l'objet d'une indication.

La pénurie médicale ne permet pas au patient le libre choix de son psychiatre.

8.1.2 Les activités occupationnelles et thérapeutiques

Les patients disposent d'un accès inéquitable aux activités occupationnelles et thérapeutiques selon le pôle dans lequel ils sont soignés, en raison notamment des disparités :

- de l'équipement des unités :
 - o l'unité G03 dispose d'un poste de télévision avec une télécommande à la disposition des patients. En revanche, les unités G01 et G04 se partagent un unique téléviseur installé dans une salle sous-dimensionnée pour accueillir les patients des deux unités. Cette salle sert en outre de salle de restauration à ceux qui ne se rendent pas au réfectoire sur prescription médicale ;

⁵⁴ 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 ; Cf. CGLPL, Rapport de visite de l'EPSVE relatif au site de Neuilly-sur-Marne, oct. 2022, chapitres 2.1.3 et 8.1.2.

⁵⁵ CGLPL, Rapport de visite de l'EPSVE relatif au site de Neuilly-sur-Marne, oct. 2022, chapitre 8.1.1 et sa recommandation.

- l'unité G03 dispose des jeux de société accessibles dans le salon de télévision, d'un vélo, d'un rameur et d'une table de ping-pong dans le couloir, d'accès non limité ;
- et de l'effectif des intervenants spécialisés :
 - celui du pôle G04 comprend un art-thérapeute à temps plein, 0,3 ETP d'ergothérapeute et 0,6 ETP d'éducateur spécialisé ;
 - celui du pôle G03 comprend 0,4 ETP d'art-thérapeute, qui intervenait depuis le semestre précédent la visite, et un clown formé en art-thérapie trois lundis par mois ;
 - celui du pôle G01 comprend uniquement 0,3 ETP de psychomotricien, l'absence de « culture des activités thérapeutiques » de ce pôle ayant été rapportée aux contrôleurs.

RECOMMANDATION 46

Les unités G01 et G04 doivent disposer chacune d'une salle équipée de fauteuils et d'un téléviseur.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Le projet de restructuration du site de Saint-Denis prévoit que chaque secteur d'hospitalisation dispose de son salon TV. Le pôle G01-02 développe une culture des activités de médiation en recrutant un art-thérapeute, et le projet d'une activité de musicothérapie en plus du yoga déjà existant. Les soignants mettent en place par ailleurs divers temps de médiation. L'architecture actuelle ne permet pas d'équiper une salle de fauteuils et de télévision* ».

Les patients ont très peu accès à la lecture. Deux d'entre eux ont indiqué que le journal « Le Parisien » était disponible sur demande auprès des agents d'accueil. Aucune unité n'a souscrit d'abonnement de presse. L'ouverture de la bibliothèque, située dans le salon de visite des familles, n'est possible qu'en l'absence de visite et accompagné d'un soignant.

RECOMMANDATION 47

Les patients doivent bénéficier d'un accès quotidien et libre à une bibliothèque disposant d'ouvrages diversifiés, ainsi qu'à des journaux et des magazines de presse.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *Un projet bibliothèque à l'étage du G03 est en cours* ».

Les locaux communs réservés aux activités thérapeutiques, situés au rez-de-chaussée du bâtiment, face au jardin, se composent de trois salles en enfilade, dont l'équipement est adapté. L'art-thérapeute du G04 reçoit les patients du pôle G04 prioritairement mais également ceux des autres pôles de façon mutualisée, trois demi-journées par semaine. La moitié des patients du pôle G04 sont ainsi pris en charge chaque semaine en moyenne. Les prises en charge se déroulent principalement avec des groupes de cinq à six patients dont l'état clinique est compatible, selon leur simple demande ou sur indication du psychiatre. Les prises en charge individuelles, plus rares, font l'objet d'une indication posée au staff en équipe pluridisciplinaire, auquel l'art-thérapeute participe. Les activités accessibles associent le graphisme (dessin, collage, peinture), l'informatique (en cas de nécessité de récupérer une image ou d'aider un patient à rédiger un écrit), la cuisine (activité pâtisserie hebdomadaire), les jeux de société, et la revue de presse

hebdomadaire. Un accompagnement extérieur pour une activité piscine est ponctuellement réalisée. Parfois des activités en groupe élargi sont mises en œuvre, comme la réalisation d'un totem ayant impliqué soixante participants pendant une période de six mois, ou l'activité « Inachevés », qui a consisté à terminer l'ensemble des œuvres laissées en cours par les patients sortis.

L'intervention non mutualisée de l'art-thérapeute du pôle G03, dans les salles communes comme dans l'unité, permet des activités graphiques (dessin, peinture, collage, encre) et de la sculpture sur terre. Les patients de ce pôle bénéficient également de nombreuses sorties thérapeutiques avec divers objectifs (achats, café, restaurant, visites, etc.), pour lesquelles le budget spécifique a été intégralement utilisé en 2022. Deux référents « sport » animent des activités dans la salle spécifique de l'unité, équipée de tapis de sol, parfois en semaine, et quasi systématiquement le week-end. Le pôle a évoqué le projet de recrutement d'un éducateur sportif.

Les patients du pôle G01 ne bénéficient dans l'unité que d'une activité « yoga », animée le dimanche par un intervenant extérieur et motivant rarement plus d'un à deux participants mais d'aucune organisation de sorties pour des activités extérieures.

Les soignants des pôles G01 et G04 ne participent pas aux activités en raison des contraintes d'effectif.

RECOMMANDATION 48

Les patients des trois pôles doivent bénéficier d'un accès aux activités occupationnelles et thérapeutiques, et régulier à des activités sportives à mettre en œuvre.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *Les actions prévues dans le cadre du projet de lieu de santé sans tabac sont l'installation d'un matériel de sport dans le jardin. Le choix de ces matériels a été validé. La mise en œuvre est conditionnée par les délais logistiques et d'installation prévue avant fin 2023 au plus tard début 2024. G01 : Projet en cours, participation des trois pôles et du pôle CRISTALES autour du sport adapté. L'UHTP du G01 travaille sur des projets d'activités pour les patients qui seront effectifs en septembre 2023* ».

8.2 L'ORGANISATION DES SOINS SOMATIQUES REpond AUX BESOINS

L'organisation générale du pôle Cristales et des soins somatiques dans l'établissement est traitée dans le rapport concernant la visite du site historique de Neuilly-sur-Marne⁵⁶.

Le site de Saint-Denis compte deux généralistes qui assurent les soins somatiques la journée en semaine. Le médecin d'astreinte téléphonique opérationnelle organisée pour l'établissement est sollicité pendant le temps de la garde de semaine, de week-end et des jours fériés⁵⁷. En cas d'urgence, le SAMU est contacté.

Un généraliste participe chaque semaine aux staffs somatiques tenu dans les trois unités

Tous les patients entrants sont examinés le jour de l'arrivée, notamment s'ils sont accueillis en CI, et l'examen est reporté au jour ouvré suivant en cas d'admission pendant la période de la garde et en l'absence d'urgence. Les psychiatres sont par ailleurs également très attentifs aux

⁵⁶ CGLPL, Rapport de visite de l'EPSVE relatif au site de Neuilly-sur-Marne, oct. 2022, chapitre 8.2.

⁵⁷ *Ibid.*

diagnostics différentiels pour identifier les causes somatiques, notamment neurologiques ou toxiques, et faire le lien avec les généralistes et les spécialistes.

Les patients hospitalisés en SSC, qui nécessitent une hospitalisation dans un service extérieur de soins somatiques, font l'objet d'un accompagnement infirmier, et des difficultés liées à leur étiquette « EPSVE » ont été rapportées dans un pôle. L'accès aux examens complémentaires et aux soins spécialisés est traité dans le rapport concernant la visite du site de Neuilly-sur-Marne⁵⁸. Les résultats sont annoncés aux patients par les médecins.

Une IDE de l'ELSA⁵⁹ intervenant sur le site prend en charge ces soins spécifiques et des produits de substitution sont prescrits et délivrés aux personnes concernées en cas d'indication. S'agissant de la prévention du tabagisme, l'EPSVE a notamment développé un partenariat avec l'association « La Vape du Cœur⁶⁰ », depuis le début de l'année 2021. Soixante-neuf kits de vapotage, dont l'utilisation est autorisée dans le jardin du site, ont été distribués aux patients du site de Saint-Denis en 2022. Des patches de nicotine sont à disposition dans le bureau de l'addictologue.



Armoire de stockage du matériel de vapotage dans le bureau de l'addictologue



Affichage promouvant l'utilisation du vapotage dans le cadre du sevrage tabagique

⁵⁸ Ibid.

⁵⁹ ELSA : équipe de liaison et de soins en addictologie.

⁶⁰ La Vape Du Cœur, association de loi 1901 reconnue d'intérêt général, est un acteur dans la réduction des risques pour les fumeurs. Elle a pour but de venir en aide à toute personne majeure rencontrant des difficultés financières (patients majeurs en grande précarité ou socialement isolés), en distribuant gratuitement du matériel pour la vape (vaporisateurs personnels, e-liquides et accessoires). Cette convention, renouvelée une première fois par tacite reconduction en 2022, a été expressément renouvelée le 4 janvier 2023. Les frais d'acheminement des produits sont à la charge de l'EPSVE (soit 35 euros pour 2000 kits).

BONNE PRATIQUE 1

Le partenariat développé avec l'association « La vape du cœur » et la distribution de matériel de vapotage dont l'utilisation est autorisée dans le jardin du site de Saint-Denis aux patients démunis ou socialement isolés constituent une mesure pertinente d'accompagnement au sevrage du tabac.

8.3 LES EQUIPES SOIGNANTES MOBILISENT TOUTES LES RESSOURCES DISPONIBLES POUR REDUIRE LE TEMPS D'HOSPITALISATION

Les permissions de sortie seul ou accompagné sont fréquentes et concernent quasiment tous les patients, y compris en SDRE, dans l'objectif d'évaluer leur autonomie hors de l'hôpital, et la pertinence d'une transformation du statut d'hospitalisation ou d'une sortie d'hospitalisation. Les sorties accompagnées individuelles ou collectives sont particulièrement mises en œuvre par les soignants à G03, malgré les difficultés d'effectifs que connaissent les trois pôles. Des visites à domicile avec le patient sont réalisées par les soignants des trois pôles pour préparer la sortie. Pour exemple, un patient a pu notamment être accompagné chez lui tous les deux jours pour nourrir son chat.

Le préfet ne présente pas d'opposition systématique aux permissions non accompagnées des patients hospitalisés en SDRE, mais exige une progressivité concernant leur durée, et des certificats médicaux motivés. Quelques refus préfectoraux de permissions incluant une nuit à l'extérieur de l'établissement ont été rapportés. Un deuxième avis psychiatrique est systématiquement demandé pour une levée de SDRE.

Les programmes de soins (PDS) sont exclusivement suivis en ambulatoire, par le CMP habituellement, et parfois de façon transitoire par l'équipe de l'UHTP sous la forme de consultations externes lorsque l'alliance thérapeutique avec le CMP fait défaut.

La sortie d'hospitalisation des patients en SSC, comme en SL, est préparée par les équipes. Les projets de sortie sont élaborés lors du grand staff en équipe pluriprofessionnelle, incluant les ASS, une à trois fois par semaine selon les pôles. Des représentants de l'équipe du CMP sont présents à G04.

Les ASS apparaissent investis dans l'accompagnement social des patients tout au long de leur parcours. Ils procèdent systématiquement à la vérification et si nécessaire au rétablissement des droits d'assurance maladie des patients entrants, dès l'admission. Les autres droits sociaux, notamment l'initiation ou le suivi des dossiers MDPH⁶¹, sont assurés.

Comme pour tous les sites de l'EPSVE, la préparation à la sortie se fait sous la double contrainte de la situation d'attente de patients dans les services d'accueil des urgences, et des solutions d'hébergement complexes à trouver. Des partenariats ont été noués à G01 par le chef de service et l'ASS avec des maisons d'accueil spécialisé (MAS), des foyers de vie, des résidences services et des EHPAD de proximité ; deux appartements en bail glissant sont mis à disposition chaque année par un bailleur social et gérés par une association médico-sociale partenaire. Le partenariat de G04 avec la MAS et l'EHPAD voisins, avec lesquels le chef de pôle assure des téléconsultations pour les résidents, constitue un levier pour des accueils séquentiels de patients puis des admissions. Ce pôle dispose de quatre places à l'unité intersectorielle Trèfles du site de Neuilly-

⁶¹ MDPH : maison départementale pour les personnes handicapées.

sur-Marne⁶² et de quatre places d'accueil familial thérapeutique, qui complètent les options de solution de sortie pour les patients nécessitant une prise en charge au long cours.

Le périmètre de recherche de solutions pour organiser la sortie des patients excède largement la Seine-Saint-Denis : Paris, le département du Val d'Oise, et celui du Nord sont sollicités.

Des sorties vers les cliniques sont parfois organisées pour les patients disposant d'une complémentaire santé, afin d'atténuer les effets de sorties trop rapides avant l'obtention d'une stabilisation clinique.

Les familles sont associées aux projets de sortie lors d'entretiens spécifiques. Les mandataires judiciaires sont conviés à participer à la préparation à la sortie, ce à quoi répondent plus aisément les mandataires privés, moins les mandataires institutionnels (UDAF, ATR, Evolène tutelle, EPSVE).

Le collège des professionnels de santé est mis en œuvre en cas de besoin mais le patient concerné n'est pas rencontré.

RECOMMANDATION 49

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 hospitalisés 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 : « *Le JLD effectue un contrôle vigilant des mesures dans le cadre des saisines à 6 mois, si ce document faisait défaut, la mesure serait levée. Un outil mis en place au niveau des admissions permet de suivre la programmation des convocations du collège en temps voulu* ».

8.4 L'UTILISATION DES DIRECTIVES ANTICIPEES INCITATIVES EN PSYCHIATRIE ET L'INTERVENTION DE MEDIATEURS DE SANTE PAIRS FONT DEFAUT COMME OUTILS D'APPUI AU CONSENTEMENT ET A L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE

La recherche du consentement et de l'adhésion aux soins du patient par les psychiatres constitue une démarche systématique dans la pratique quotidienne. Les patients ne participent pas aux réunions institutionnelles les concernant mais les projets de soins individualisés leur sont expliqués lors des entretiens, afin de favoriser leur alliance thérapeutique. Les familles peuvent être associées, à l'exception des situations de refus des patients.

Les patients reçoivent lors des entretiens médicaux les informations relatives à leur diagnostic, à leur traitement et ses implications, peuvent poser des questions et recevoir des réponses. Les traitements sont distribués sous la forme de piluliers préparés par les IDE dans les salles de soins des unités, la porte fermée, dans le respect de la confidentialité. L'utilisation des injections intramusculaires de traitement sédatif est rare et réservée à la prise en charge des agitations aiguës, résistantes aux techniques de désescalade et aux traitements *per os*.

Les soignants sont informés du rôle et du processus de désignation de la personne de confiance. La question de la désignation est abordée lors de l'entretien d'admission, de façon adaptée est

⁶² CGLPL, Rapport de visite de l'EPSVE relatif au site de Neuilly-sur-Marne, oct. 2022, chapitre 8.3.

reportée dans le logiciel Cortexte. Le formulaire est à nouveau présenté au patient qui n'a pu le remplir initialement en raison d'un état clinique incompatible, à l'exception de ceux de G04. Les personnes de confiance sont contactées par les médecins et associées au projet de soin en cas de besoin⁶³.

RECOMMANDATION 50

Les patients qui n'ont pu désigner leur personne de confiance en raison de leur état clinique lors de l'admission doivent pouvoir le faire dès qu'ils sont stabilisés, dans toutes les unités.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « *Un triptyque à destination des professionnels a été diffusé en février dernier, présentant les essentiels à savoir sur la personne de confiance. Ce document est venu compléter la procédure "désignation de la PC et rédaction des directives anticipées" qui était déjà à disposition de tout agent de l'établissement sur l'intranet. Par ailleurs, une plaquette à destination des patients sur ces thématiques est elle aussi disponible sur l'intranet afin que les professionnels puissent la communiquer aux patients* ».

L'utilisation des directives anticipées en psychiatrie n'est pas mise en œuvre, et aucun médiateur de santé pair n'intervient sur le site, malgré leur intérêt spécifique démontré s'agissant du registre de l'alliance thérapeutique et du taux de ré hospitalisation en SSC.

RECOMMANDATION 51

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

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *Le modèle proposé par un pair aidant et testé au Pôle G02 va être généralisé à l'ensemble des pôles, sous réserve de trouver des personnes pour pourvoir les postes. Par ailleurs, dans le cadre de la préparation à la certification, un triptyque relatif à la PC et aux directives anticipées, a été diffusé en février 2023 à l'attention de tous les professionnels. Ce triptyque aborde les directives anticipées en psychiatrie (plan de prévention partagé). Après une expérimentation sur le G02, le PPP (projet de prévention partagé) est mis en place sur l'UHTP du G01* ».

⁶³ Lors de la visite, 6 des 19 patients de G01 avaient désigné une PC, dont 5 membres de la famille (7 avaient refusé et 6 n'avaient pas la capacité de le faire), 13 des 22 patients de G03 l'avaient fait (6 avaient refusé et 3 n'étaient pas en capacité de le faire), et 16 des 20 patients de G04 également.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 DES MINEURS SONT HOSPITALISES DANS LES UNITES POUR ADULTES

L'exercice de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sur le territoire des trois pôles de psychiatrie générale de Saint-Denis⁶⁴ est réparti entre les pôles 93101 (site du CH de Saint-Denis) et 93102 (site d'Aubervilliers de l'EPSVE). La psychiatrie de liaison en pédiatrie sur le site Delafontaine du CH de Saint-Denis, assurée par le pôle 93101, est destinée aux mineurs de moins de 15 ans et 3 mois. Les deux pôles de pédopsychiatrie ne disposent d'aucun lit d'hospitalisation à temps complet pour l'accueil des mineurs âgés de 15 à 18 ans. Les capacités à vocation départementales sont très contraintes et se résument à 19 lits d'hospitalisation complète, 6 lits d'hospitalisation de semaine, 7 lits d'hospitalisation de nuit et 7 lits de soins études⁶⁵.

Quatre mineurs âgés de 15 à 17 ans ont été hospitalisés sur le site de Saint-Denis en 2022, (deux à G01, un à G03 et un à G04), trois en SL (dont un avec un statut d'hospitalisation transformé en SDRE), et un en SDRE. Ces données indiquent un doublement par rapport à 2021, où deux patients mineurs avaient été hospitalisés. Aucun patient mineur n'a été hospitalisé sur ordonnance de placement provisoire d'un juge en 2021 et 2022. Une patiente de 17 ans venait d'être hospitalisée en SL, lors de la visite en janvier 2023.

Les médecins ont précisé mettre en œuvre une recherche de toute alternative possible à l'hospitalisation des patients de moins de 15 ans dans leurs unités. L'accompagnement d'un mineur hospitalisé est plus soutenu, la famille est associée, le contact avec la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est réalisé et les solutions pour le faire sortir au plus vite sont activement recherchées. Les soignants ont indiqué ne se sentir « *jamais tranquilles* » lorsqu'un mineur était présent dans l'unité, le placer systématiquement en chambre individuelle à proximité du poste de soins et exercer une surveillance directe pour lui éviter de subir l'environnement des patients adultes.

Les quatre patients mineurs ont tous été placés en isolement au cours de leur séjour. Deux des patients en SL ont été maintenus en isolement pendant 87 et 92 heures respectivement, sans que leur situation ne soient signalés au JLD. Le statut d'hospitalisation du troisième a été transformé en SDRE après 79 heures d'isolement (cf. 6.3).

RECOMMANDATION 52

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

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *Si la recommandation* »

⁶⁴ Communes de Dugny, Epinay, La Courneuve, Pierrefitte, Saint-Denis, Stains, Villetaneuse.

⁶⁵ Unité intersectorielle pour adolescents et jeunes adultes L'Escale du secteur 93G02 à Aubervilliers (6 lits d'hospitalisation complète de semaine) ; unité intersectorielle Ados au CHI André Grégoire à Montreuil du secteur 93103 : 9 lits d'hospitalisation complète ; lits Ados au CHI Robert Ballanger, secteur I04 : 10 lits en hospitalisation complète ; Institut Hospitalier Soins Etudes pour Ados, secteur I02 à Aubervilliers : 7 lits de soins études, vocation régionale ; Unité Clinique pour Adolescents, secteur I02 à Aubervilliers : 7 lits d'hospitalisation de nuit. Enfin, le centre d'accueil et de crise « Les Cèdres » à Neuilly-sur-Marne peut accueillir des adolescents de 15 ans et 3 mois, pour une durée qui peut dépasser 72 heures jusqu'à une à deux semaines à défaut de places dans des structures spécialisées. Sources : PTSM de Seine-Saint-Denis 2020-2025, p. 8.

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'Escal (unité Ado 93G02).

Enfin, cette recommandation suscite une modification du code la santé publique puisque l'article R3221-1 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" ».



16/18 quai de la Loire
CS 70048
75921 PARIS CEDEX 19

www.cglpl.fr