



Rapport de visite :

Du 7 au 11 janvier 2019- 1^{ère} visite

Centre médical

Le Roggenberg

Altkirch

(Haut-Rhin)

SYNTHESE

Quatre contrôleurs ont effectué une visite du centre médical Le Roggenberg, d'Altkirch (Haut-Rhin), du 7 au 11 janvier 2019. Cette mission constituait une première visite. Un rapport provisoire a été adressé le 5 juillet 2019 au directeur du centre médical et aux chefs de juridiction du tribunal de grande instance de Mulhouse. Ces destinataires ont apporté en retour des observations, qui sont prises en compte dans le présent rapport.

Ce centre fait partie du groupe d'établissements de santé du « Pôle UGECAM Sud Alsace » ; c'est l'unique établissement de santé mentale du pôle.

Il comporte deux unités totalisant cinquante lits :

- une unité fermée reçoit tous les patients en soins sans consentement (SSC), mais également des patients en soins libres ; au moment de la visite, elle recevait deux patients en SSC dont un était en programme de soins, et treize patients en soins libres. Située au 1^{er} étage, elle n'offre aucun accès libre à l'extérieur pour les patients en SSC, qui ne sont autorisés à sortir qu'accompagnés ; elle comporte deux chambres d'isolement ;
- l'autre unité, ouverte, ne reçoit qu'exceptionnellement des patients en SSC ; au moment de la visite, une patiente en soins psychiatriques pour péril imminent y était depuis plusieurs années ; cette unité comporte une chambre d'isolement identique à celles de l'unité fermée.

La petite taille de l'établissement permet une gestion mutualisée des patients, avec des règles de vie identiques et une équipe unique de soignants pour la nuit. Les conditions de séjour sont confortables ; les locaux sont propres et bien entretenus ; le parc, arboré et ouvert sur son environnement, est plaisant.

Le personnel n'a pas une connaissance suffisante des spécificités des soins sans consentement ni des droits et contraintes y afférents. La nécessité d'envisager un changement de statut pour un patient en soins libres placé en isolement est notamment méconnue.

L'organisation en une unité fermée et une unité ouverte impose à des patients en soins libres d'être privés de libertés, dont celle de circuler et d'accéder à l'air libre. Le patio, inséré dans le bâtiment, donc parfaitement sécurisé, pourrait être rendu accessible librement aux patients en soins sans consentement.

L'isolement et la contention n'ont pas fait l'objet d'une réflexion institutionnelle ; le sujet n'est pas évoqué dans le rapport annuel ; le registre n'est pas exploité.

Le cadre d'astreinte ne se déplace pas la nuit ; en cas d'admission d'un patient en SSC, la décision de placement n'est signée que le lendemain matin.

Seule l'assistante de direction gère les documents de placement ; personne ne s'en occupe en son absence, avec toutes les conséquences négatives en termes de tenue du registre.

La commission des usagers (CDU), commune à l'ensemble des établissements du pôle, ne comporte aucun représentant des usagers du centre médical.

La conception des programmes de soins n'est conforme ni à l'esprit ni à la lettre de la loi : un patient en programme de soins peut être amené à revenir en hospitalisation pendant une durée dépassant le temps où il est à l'extérieur ; lorsqu'il est hospitalisé, il est traité comme s'il était en soins sans consentement et privé de sa liberté d'aller et de venir.

En l'absence d'équipe de sécurité, en cas de besoin de renfort, c'est la gendarmerie d'Altkirch qui est appelée ; il arrive, rarement (une à deux fois par an), aux gendarmes de participer physiquement à la mise à l'isolement et à la contention de patients, sans formation ni sensibilisation à la psychiatrie ni même cadre d'intervention.

SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS

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 23

La personne de confiance est informée de l'isolement et de la contention.

BONNE PRATIQUE 2 54

L'assistante sociale intervient auprès des personnes détenues hospitalisées, y compris pendant leur prise en charge à l'isolement.

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 15

Un plan de formation, complété d'un catalogue, doit permettre au personnel soignant comme au personnel médical de s'inscrire dans un parcours de formation en lien avec les problématiques psychiatriques et le projet d'établissement local. Ce plan doit impérativement comporter une offre relative aux soins sans consentement et aux questions d'isolement et de contention. Il doit être investi par le corps médical.

RECOMMANDATION 2 18

Dans le respect des dispositions de l'article L.3211-3 du code de la santé publique et afin de permettre une notification au patient de la mesure et de ses droits dans un bref délai, la décision d'admission doit être prise et signée du directeur ou de son délégué dès la prise en charge effective du patient ou dans les quelques heures suivant celle-ci.

RECOMMANDATION 3 46

Le port de vêtements personnels pendant la période d'isolement doit être la règle normale. Le port systématique d'une chemise d'hôpital doit être remplacé par le port éventuel d'un pyjama, dûment motivé par les besoins de la personne et dans le seul souci de préserver son intégrité physique.

RECOMMANDATION 4 47

Lorsqu'un patient en soins libres est soumis à une mesure d'isolement, mesure particulièrement restrictive de liberté, le statut juridique des soins doit être modifié en soins sans consentement dans un bref délai.

RECOMMANDATION 5 51

L'intervention de militaires de la gendarmerie dans les chambres d'isolement doit être proscrite.

RECOMMANDATION 6 53

Les droits des personnes détenues hospitalisées relatifs au maintien des liens familiaux doivent être respectés : la possibilité de téléphoner doit être donnée conformément à la réglementation en vigueur.

RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

Ces recommandations formulées oralement en fin de visite ou inscrites dans le rapport provisoire ont, selon les informations données au CGLPL, déjà été prises en compte par l'établissement visité. Il semble toutefois utile de les rappeler ici pour mémoire, notamment en raison de leur utilité pour des établissements comparables.

RECO PRISE EN COMPTE 1 12

Afin de remédier à l'hospitalisation de patients en soins libres dans l'unité fermée, le projet de nouvelle répartition des lits du 1^{er} étage doit être réalisé après définition d'un schéma de fonctionnement par l'équipe médicale élargie aux soignants et octroi par la direction des moyens matériels et humains conformes au schéma défini.

RECO PRISE EN COMPTE 2 14

Chacune des deux unités de soins doit disposer d'une équipe de nuit de deux soignants afin de pouvoir réagir en cas de renforcement de l'activité tel que procédure d'admission d'un patient, taux d'occupation des lits élevés, placement de patients dans les chambres d'isolement.

RECO PRISE EN COMPTE 3 19

La notification de la décision d'admission, lorsqu'elle est rendue impossible par l'état du patient, doit être reprise et tracée, dès que la personne est à même d'en comprendre le sens et la portée. Une copie de tous les documents inhérents à l'hospitalisation sans consentement devrait être remise au patient tout au long de son hospitalisation. Les informations quant aux droits des personnes admises sans consentement, figurant dans le document de notification de la décision d'admission et affichées dans les unités, doivent être actualisées et complétées des coordonnées des institutions pouvant être saisies par le patient.

RECO PRISE EN COMPTE 4 20

Le livret d'accueil doit être complété et mis à jour. Il doit être remis à chaque patient dès son arrivée dans l'unité d'admission et à tout le moins dès que son état lui permet d'en comprendre le contenu.

RECO PRISE EN COMPTE 5 22

Les modalités d'exercice du droit pour les patients de former une réclamation doivent faire l'objet d'une meilleure information.

RECO PRISE EN COMPTE 6 23

Les informations détenues par l'établissement sur les ministres du culte, leurs coordonnées et les différents lieux de culte doivent être communiquées aux patients sans attendre une demande de leur part.

RECO PRISE EN COMPTE 7 28

Le service assurant le suivi des soins sans consentement doit être organisé de telle sorte que les registres de la loi soient tenus dans les délais prescrits par le code de santé publique et que les certificats et avis médicaux concernant les patients en SPDRE soient immédiatement transmis au préfet et à la CDSP.

RECO PRISE EN COMPTE 8 29

Conformément aux dispositions du code de santé publique, doivent figurer dans le registre de la loi les dates de notification des décisions tant d'admission que de maintien de la mesure ou de changement de forme de prise en charge d'une part, des droits et voies de recours et garanties d'autre part. Les certificats médicaux comme les décisions d'admission, du directeur et du préfet, mériteraient d'être horodatés afin de garantir le respect des délais impartis par la loi.

RECO PRISE EN COMPTE 9 30

Les autorités énoncées à l'article L3222-4 du code de la santé publique doivent effectuer annuellement une visite de contrôle au centre médical Le Roggenberg afin de vérifier la régularité

des procédures d'admission et de maintien en soins sans consentement des patients hospitalisés et signer les registres de la loi.

RECO PRISE EN COMPTE 10 31

Un patient hospitalisé en soins sans consentement doit pouvoir circuler librement dans un espace extérieur sécurisé. Un accès direct au patio depuis l'unité fermée devrait être mis en place.

RECO PRISE EN COMPTE 11 34

L'établissement doit mettre en place un équipement permettant aux patients d'avoir accès à la Wifi.

RECO PRISE EN COMPTE 12 35

Un planning individualisé pour suivre l'activité de chaque patient permettrait une meilleure prise en charge thérapeutique.

RECO PRISE EN COMPTE 13 36

L'établissement doit conduire une réflexion institutionnelle sur la question de la vie sexuelle des patients.

RECO PRISE EN COMPTE 14 42

Les patients qui doivent être conduits au CM Le Roggenberg, à la suite d'une admission initiée aux urgences d'un centre hospitalier sécurisée par la gendarmerie, doivent être transportés dans un délai bref en véhicule sanitaire.

RECO PRISE EN COMPTE 15 44

Les patients en chambre d'isolement doivent pouvoir signaler une urgence au personnel soignant à l'aide d'un système d'appel accessible en permanence.

RECO PRISE EN COMPTE 16 45

L'aménagement d'une chambre d'apaisement pourrait être envisagé.

RECO PRISE EN COMPTE 17 48

Le registre d'isolement et de contention doit être rendu fiable.

RECO PRISE EN COMPTE 18 49

L'établissement, sur la base d'un registre rendu fiable, doit élaborer un rapport annuel établissant un bilan quantitatif et qualitatif des mesures d'isolement et de contention et présentant les mesures de correction devant être mises en œuvre en vue de leur réduction.

RECO PRISE EN COMPTE 19 50

Les événements indésirables les plus récurrents, même s'ils ne sont pas nombreux, mériteraient des discussions au sein de l'établissement afin d'y remédier.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS	3
SOMMAIRE	6
RAPPORT	8
1. CONDITIONS ET OBJECTIFS DE LA VISITE	8
2. OBJECTIFS ET MOYENS DE L'ETABLISSEMENT	9
2.1 Le centre médical Le Roggenberg est un établissement de santé privé d'intérêt collectif au sein d'un groupe qui gère majoritairement des structures médico-sociales.....	9
2.2 Le budget du centre médical Le Roggenberg, en déséquilibre, est mutualisé au sein du pôle Sud-Alsace de l'UGECAM	12
2.3 Les patients pâtissent d'une présence infirmière minimale la nuit et la formation de l'ensemble du personnel ne prend pas suffisamment en compte la notion de soins sans consentement.....	13
3. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS	17
3.1 Les patients admis en soins sans consentement, en légère hausse en 2018, sont majoritairement hospitalisés à la demande d'un tiers.....	17
3.2 Les modalités de prise en charge sont bien expliquées aux patients mais leurs observations sont peu tracées et l'information sur leurs droits et leurs modalités d'exercice, parfois tardive, n'est quasiment pas effectuée	17
3.3 Les informations générales, pas toujours communiquées aux patients, sont sur quelques thèmes incomplètes ou erronées dans leurs appellations.....	20
3.4 Les requêtes et les plaintes, peu nombreuses, n'ouvrent pas sur une réflexion collective au sein de l'établissement.....	21
3.5 La place des usagers dans la vie de l'établissement est très limitée, voire inexistante, faute de représentants des usagers en psychiatrie.....	22
3.6 La personne de confiance n'est pas systématiquement informée de la désignation faite par le patient mais est avisée des mesures d'isolement ou de contention.....	22
3.7 L'exercice du droit de vote est peu demandé	23
3.8 L'exercice du culte ne donne lieu à aucune information spontanée	23
3.9 Le suivi des patients sous protection juridique est facilité par la qualité des relations entre l'équipe et les mandataires, majoritairement institutionnels....	24
3.10 La confidentialité sur la présence est respectée	24
4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	25
4.1 Le contrôle du juge des libertés s'exerce, en concertation avec tous les acteurs, tant sur la procédure que sur l'évolution de l'adhésion aux soins	25

4.2	La commission départementale des soins psychiatriques assure pleinement son rôle de garante des droits et de la dignité des personnes hospitalisées	27
4.3	La tenue du registre de la loi, globalement conforme aux prescriptions légales, connaît cependant quelques retards faute de disponibilité suffisante du seul agent en charge du service des soins sans consentement.....	27
4.4	Le collège des professionnels de santé est respectueux des droits du patient ..	29
4.5	Les autres contrôles sont quasi inexistants.....	30
5.	LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	31
5.1	Les patients en soins sans consentement placés dans l'unité fermée ne peuvent sortir à l'extérieur qu'accompagnés.....	31
5.2	Les contraintes dans la vie quotidienne sont maîtrisées	31
5.3	Les relations des patients avec leurs proches sont favorisées.....	32
5.4	Le libre choix du médecin, un droit qui reste théorique.....	32
6.	LES CONDITIONS DE VIE.....	33
6.1	L'hébergement offre des conditions respectueuses	33
6.2	L'hygiène fait l'objet d'une réelle attention.....	34
6.3	Les biens du patient sont protégés	34
6.4	Les repas sont variés.....	35
6.5	Les activités sont variées mais pourraient être optimisées	35
6.6	La vie sexuelle des patients ne fait pas l'objet d'une réflexion institutionnelle ..	36
7.	LES SOINS.....	37
7.1	Les soins psychiatriques sont individualisés.....	37
7.2	Les soins somatiques bénéficient de la proximité de centres hospitaliers.....	39
8.	LE RESPECT DE L'INTEGRITE DES PERSONNES	41
8.1	Les admissions sont généralement préparées mais, lorsqu'elles ne le sont pas, la gendarmerie outrepassé parfois son rôle	41
8.2	L'isolement et la contention s'effectuent en chemise d'hôpital, sans possibilité d'appel au personnel en cas d'urgence et le registre n'est pas exploité	42
8.3	Les traitements médicamenteux sont correctement distribués.....	49
8.5	Le comité d'éthique régional diffuse son action dans les établissements par le biais de référents, sur le thème de la bientraitance	52
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	53
9.1	Les personnes détenues, rares, n'accèdent pas à l'ensemble de leurs droits	53
9.2	Le centre médical peut accueillir des mineurs, mais les soignants ne sont pas formés à cette prise en charge spécifique.....	54
10.	CONCLUSION.....	55
	ANNEXE - LISTE DES SIGLES EMPLOYES.....	56

Rapport

Contrôleurs :

Cédric De Torcy, chef de mission ;

Pierre Levène ; contrôleur,

Bénédicte Piana ; contrôleure,

Fabienne Viton ; contrôleure.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), quatre contrôleurs ont effectué un contrôle du centre médical Le Roggenberg, d'Altkirch (Haut-Rhin), du 7 au 11 janvier 2019.

Cette mission constituait une première visite.

Un rapport provisoire a été adressé le 5 juillet 2019 au directeur du centre médical aux chefs de juridiction du tribunal de grande instance de Mulhouse. Ces destinataires ont apporté en retour des observations, qui sont prises en compte dans le présent rapport.

1. CONDITIONS ET OBJECTIFS DE LA VISITE

Dès leur arrivée, le lundi 7 janvier à 14h30, les contrôleurs ont rencontré le directeur du centre médical (CM) puis une réunion s'est tenue en présence de celui-ci, du chargé de mission, de la cadre de santé des deux unités d'hospitalisation, de la coordinatrice des soins, de la gestionnaire administrative des soins psychiatriques, de trois médecins psychiatres dont le chef de service et de la gestionnaire « qualité ».

Une visite de l'établissement a suivi cette réunion.

Le préfet du Haut-Rhin et la référente de l'agence régionale de santé (ARS) ont été informés de la visite. Les contrôleurs ont rencontré la procureure de la République, le président du tribunal de grande instance (TGI) de Mulhouse et le juge des libertés et de la détention (JLD), ainsi que le commandant de la brigade de gendarmerie d'Altkirch.

Des affichettes annonçant la visite du CGLPL ont été placées dans les deux unités d'hospitalisation et à l'accueil du bâtiment avant l'arrivée des contrôleurs.

L'ensemble des documents demandés a été transmis aux contrôleurs.

Un bureau a été mis à leur disposition.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir en toute confidentialité avec des patients hospitalisés.

Ils ont rencontré l'équipe de nuit lors d'une visite effectuée dans la soirée du mercredi 9 janvier.

Une réunion de fin de mission s'est tenue le vendredi 11 janvier en fin de matinée avec le directeur, le chargé de mission, le médecin chef du service, la coordinatrice des soins et la gestionnaire administrative.

2. OBJECTIFS ET MOYENS DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LE CENTRE MEDICAL LE ROGGENBERG EST UN ETABLISSEMENT DE SANTE PRIVE D'INTERET COLLECTIF AU SEIN D'UN GROUPE QUI GERE MAJORITAIREMENT DES STRUCTURES MEDICO-SOCIALES

2.1.1 Présentation de l'établissement

Le centre médical CM Le Roggenberg a été ouvert par la caisse régionale d'assurance maladie d'Alsace en 1971 comme maison de santé spécialisée, avec soixante-six lits exclusivement pour le soin des « maladies nerveuses » affectant les femmes. Il a été bâti sur la commune d'Altkirch, sur cinq niveaux au flanc de la colline dénommée Le Roggenberg.

Sa vocation actuelle d'accueil de tous les patients adultes souffrant de maladie mentale résidant dans le secteur d'Altkirch date de 2001, induite par la mise en œuvre du principe de sectorisation en psychiatrie.

Il constitue un des cinq établissements de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) gérés par le pôle Sud Alsace (PSA) de l'union pour la gestion des établissements des caisses de l'assurance maladie (UGECAM) d'Alsace, elle-même rattachée au Groupe UGECAM¹.

Le PSA a son siège à Lutterbach (Haut-Rhin) dans les locaux du centre médical Lalance ; il réunit sous une unique direction les fonctions de gestion administrative et financière des cinq ESPIC dont il a la charge, incluant les ressources humaines et la logistique. Les quatre autres établissements du PSA assurent des soins de suite et de réadaptation (centres médicaux Lalance, Sainte-Anne, Le Schimmel, Luppach) et l'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD² de Luppach).

Au sein du PSA, le CM Le Roggenberg représente à peine plus de 15 % de l'activité en offrant 50 lits de psychiatrie générale face à 242 lits de soins de suite et réadaptation et 35 places en EHPAD.

¹ « Pour répondre aux besoins de santé de l'après-guerre, l'assurance maladie a développé une offre de soins et de prises en charge au sein d'établissements sanitaires et médico-sociaux. Au fil des années et des évolutions démographiques, économiques, sociales et technologiques, l'assurance maladie a adapté son offre de soins et ses modes de prise en charge. La loi portant sur la réforme hospitalière de 1991 et les ordonnances de 1996 portant sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée ont permis à l'assurance maladie d'être représentée au sein des instances décisionnelles des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Dès lors, pour renforcer la lisibilité de l'offre de santé sur le territoire, une séparation juridique des établissements de santé et des caisses d'assurance maladie gestionnaires devenait nécessaire. Treize Unions pour la gestion des établissements des caisses de l'Assurance Maladie (UGECAM) sont ainsi créées entre 1998 et 2000.

Organismes de droit privé à but non lucratif, les UGECAM gèrent les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) de l'assurance maladie. Elle oriente, organise et développe leurs activités en cohérence avec les besoins de son territoire de santé. Elle est garante des valeurs de l'assurance maladie : l'accès et la continuité des soins pour tous. Une direction nationale est créée pour consolider la place des établissements au niveau national et fédérer les UGECAM en un véritable groupe de dimension nationale. Le Groupe UGECAM voit ainsi le jour en 2009. » (Source : site internet du Groupe UGECAM)

Le Groupe UGECAM compte « 248 établissements sanitaires et médico-sociaux, 15 000 lits et places, 13 500 salariés. » (Source : plaquette de présentation de l'UGECAM Alsace, août 2018)

² EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Dans l'offre du CM Le Roggenberg, les lits d'hospitalisation à temps plein sont complétés par :

- seize places de centre thérapeutique de jour (CTJ), au sein du CM ;
- un centre médico-psychologique (CMP), au sein du CM, dont dépend aussi l'unité mobile d'évaluation et de soins psychiatriques (UMESP) qui effectue des visites à domicile ;
- trois places d'appartement thérapeutique, dans le centre-ville d'Altkirch ;
- un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), 15 rue du château à Altkirch, en voie d'être déménagé.

Au titre de l'activité extra hospitalière, il a aussi été mentionné un groupe d'entraide mutuelle (GEM). Un logiciel qui envoie automatiquement un message téléphonique écrit aux patients pour rappeler le rendez-vous est utilisé. La prise en charge ambulatoire est prioritaire, selon ce qui a été indiqué aux contrôleurs.

La juxtaposition des unités d'hospitalisation, du CTJ et du CMP au sein du même bâtiment – qui peut être discutée sur le principe – semble en l'espèce favoriser la continuité des soins par la continuité bâimentaire qui double la continuité médicale.

Les contrôleurs se sont attachés à évaluer les conditions de l'hospitalisation à temps plein dans les :

- vingt-trois lits et deux chambres d'isolement de l'unité fermée, au niveau 1, dite unité de soins 1 ou US1 ;
- vingt-sept lits et une chambre d'isolement de l'unité ouverte, au niveau 2, dite unité de soins 2 ou US2 ;

Au niveau 0 de l'établissement, les patients accèdent aussi à l'accueil, à des bureaux de consultation médicale ou psychologique, à une cafétéria, à des salles de visite pour les familles, à une salle de gymnastique. Devant l'établissement, ils peuvent profiter d'un parc aménagé.

Les locaux ont été rénovés en 2006.

Il a été indiqué aux contrôleurs que l'US1, parce qu'elle est fermée, est censée accueillir tous les patients en SSC et que l'US2 accueille les patients en soins libres dès lors que leur prise en charge hospitalière ne nécessite pas un placement dans l'US1.

Le premier jour de la visite, l'US1 hébergeait treize patients dont deux en SSC, soit un taux d'occupation de 56,5 %, et l'US2 vingt-deux patients dont un en SSC, soit un taux d'occupation de 81,5 %.

Les données recueillies pour l'année 2017 font état d'un taux d'occupation de 89 % pour l'US1 et de 56 % pour l'US2, soit un taux d'occupation de l'ensemble des lits de 69 % ; au cours des neuf premiers mois de l'année 2018, les taux d'occupation étaient respectivement de 76 % pour l'US1, 77 % pour l'US2 et 76 % pour l'ensemble. Dans tous les cas, il n'y a aucune sur occupation depuis plusieurs années.

La durée moyenne d'hospitalisation (DMH) pour des soins à temps complet était de 47,29 jours en 2017, correspondant à 279 patients ou 407 séjours³. La DMH était de 46,30 jours sur les 9 premiers mois de l'année 2018, correspondant à 232 patients ou 319 séjours.

2.1.2 Les liens avec la psychiatrie dans le département

Le CM Le Roggenberg est en charge du dixième secteur de psychiatrie pour adultes du Haut-Rhin (secteur G 10). Il couvre l'arrondissement d'Altkirch au Sud-Ouest du département, région du

³ Ref : rapport d'activité 2017

Sundgau, à dominante rurale, peuplé d'environ 70 000 habitants, présentant notamment des difficultés de mobilité⁴.

Le secteur G 10 est mitoyen des secteurs attribués au centre hospitalier spécialisé (CHS) de Rouffach et au groupe hospitalier de la région de Mulhouse et Sud-Alsace (GHRMSA).

Les enfants résidant dans l'arrondissement d'Altkirch relèvent du secteur I03 de psychiatrie infanto-juvénile, attribué au GHRMSA.

Le CM Le Roggenberg est membre de la communauté psychiatrique de territoire (CPT) du Haut-Rhin qui l'associe aux hôpitaux civils de Colmar, au GHRMSA, au CHS de Rouffach.

Il s'implique dans le conseil local de santé mentale (CLSM) du Sundgau, avec l'aide d'un chargé de mission recruté par le CHS de Rouffach pour son animation et avec la participation active des maires du secteur. Il a permis de répertorier les acteurs en santé mentale sur le territoire. Le CLSM s'est notamment réuni le 9 janvier 2019 au CM Le Roggenberg.

Les réflexions au sein de la CPT s'appuient sur celles menées au sein du CLSM. Elles ont notamment porté sur l'identification des causes de rupture dans le parcours de soin des patients adultes, dans l'objectif d'aboutir avec l'ARS au projet territorial en santé mentale.

Dans cet environnement, le CM Le Roggenberg s'est rapproché aussi du groupement hospitalier de territoire (GHT) de Haute-Alsace, dit GHT 12, regroupant les centres hospitaliers de Pfastatt, Saint-Morand d'Altkirch, Sierentz, Rouffach et le GHRMSA, ce dernier étant l'établissement-support.

Malgré le développement des relations avec les autres établissements de soins, il a été signalé des difficultés à obtenir des places dans les maisons d'accueil spécialisé (MAS) et foyers d'accueil médicalisé (FAM), situées à Rouffach et gérées par le CHS du même nom. Au moins trois patients en cours d'hospitalisation ont été signalés comme relevant de ce type de structures.

2.1.3 Les objectifs et les projets de l'établissement

Le projet d'établissement n'existe qu'au niveau de l'UGECAM Alsace et court de 2014 à 2019. L'absence de projet d'établissement propre au Roggenberg noie la psychiatrie dans des problématiques plus larges.

Il comporte le projet médical établi par le CM Le Roggenberg, comportant des objectifs de développement des alternatives à l'hospitalisation, l'amélioration du positionnement dans le secteur, le développement des filières de prise en charge psychiatrique sur le secteur et de la complémentarité des acteurs sur le territoire, l'amélioration de l'évaluation des besoins de prise en charge psychiatrique, l'amélioration de la prise en charge post-hospitalisation, le développement de la prise en charge de l'autisme.

D'autres objectifs du projet d'établissement régional ne sont pas propres à la psychiatrie et concernent l'ensemble des structures gérées par l'UGECAM : les contrôleurs relèvent par exemple la promotion de la bientraitance et du respect des droits des personnes hospitalisées.

Le projet médical suivant était en cours de préparation au sein du CM.

Hors ces documents, il a surtout été rapporté aux contrôleurs la volonté depuis plusieurs années de scinder l'actuelle unité fermée US1 en une entité ouverte et une entité fermée de onze lits (contre vingt-trois actuellement), afin de mieux respecter le droit de circuler des patients en soins libres qui y sont actuellement pris en charge, conformément aux demandes de l'ARS. Le projet

⁴ Données INSEE, arrondissement d'Altkirch.

médical doit définir le fonctionnement de la nouvelle unité fermée ; un groupe de travail devait être installé en mars pour y aboutir.

RECO PRISE EN COMPTE 1

Afin de remédier à l'hospitalisation de patients en soins libres dans l'unité fermée, le projet de nouvelle répartition des lits du 1^{er} étage doit être réalisé après définition d'un schéma de fonctionnement par l'équipe médicale élargie aux soignants et octroi par la direction des moyens matériels et humains conformes au schéma défini.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement déclare :

« Le projet de restructuration, initié en 2015, a été retravaillé à partir de 2018 pour répondre à la recommandation de l'ARS. Un groupe de travail pluridisciplinaire a été mis en place. Puis, au 01.07.2019, une nouvelle organisation a démarré, soit un service ouvert de 40 lits et un service fermé de 10 lits. Depuis ce jour, seuls les patients en SSC sont pris en charge dans l'unité fermée, conformément aux textes législatifs en vigueur. Dans les deux unités, trois agents dont au moins deux IDE sont présents par poste. En unité ouverte, l'équipe d'animation est présente toute la semaine en journée (une monitrice éducatrice à TP, une AMP à 84 % et une professeur APA à TP). Echéance : réalisé ».

2.2 LE BUDGET DU CENTRE MEDICAL LE ROGGENBERG, EN DESEQUILIBRE, EST MUTUALISE AU SEIN DU POLE SUD-ALSACE DE L'UGECAM

L'établissement Le Roggenberg reçoit une dotation annuelle de fonctionnement (DAF) proche de 6 millions d'euros, soit environ 6 % de l'ensemble du budget de l'UGECAM Alsace pour tous ses établissements, complétée par près de 1 million provenant d'autres produits.

L'examen des comptes de l'exercice 2017 fait apparaître un budget initial négatif de plus de 257 000 euros pour une activité réalisée au final en déficit de 437 600 euros. Cela s'explique par l'augmentation des charges à caractère médical et celles à caractère hôtelier et général, couplée à une diminution des produits versés par l'assurance maladie et de ceux issus d'autres activités hospitalières. Les charges en personnel ont, elles, été réduites en 2017 et n'expliquent donc pas le déficit.

Certaines fonctions étant mutualisées au sein du PSA – direction, directeur de l'information médicale, etc. –, il est impossible, hors expertise financière, d'identifier la part de dépenses liées à l'activité médico-sociale déportées vers le budget de la psychiatrie, et réciproquement.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'environ 40 000 euros étaient consacrés chaque année à la formation du personnel, soit 0,75 % des charges en personnel telles que présentées en 2017 dans un document remis aux contrôleurs⁵.

⁵ Présentation à l'assemblée générale du Pôle Sud-Alsace, juin 2018.

2.3 LES PATIENTS PATISSENT D'UNE PRESENCE INFIRMIERE MINIMALE LA NUIT ET LA FORMATION DE L'ENSEMBLE DU PERSONNEL NE PREND PAS SUFFISAMMENT EN COMPTE LA NOTION DE SOINS SANS CONSENTEMENT

2.3.1 Les ressources humaines

Le CM Le Roggenberg fait état d'un total de 4,95 équivalents-temps plein (ETP) médicaux et 61,94 ETP non médicaux, intra et extra hospitalier inclus, correspondant à quatre médecins psychiatres praticiens hospitaliers, un médecin généraliste, quarante-sept infirmiers diplômés d'Etat (IDE), cinq aides-soignants (AS), huit agents des services hospitaliers (ASH), quatre psychologues, deux assistantes sociales, quatre agents socio-éducatifs, sept agents médico-administratifs.

Une réduction de la masse salariale a été engagée depuis 2015 en externalisant certaines fonctions. L'entretien de l'établissement est sous-traité à une entreprise extérieure, huit ASH restant en charge de l'entretien du « lit du patient ».

La réduction résulte aussi de la mutualisation de fonctions au sein de l'UGECAM Alsace (activité pharmaceutique), au sein du PSA (la coordinatrice des soins œuvre sur les cinq établissements comme la gestionnaire de la qualité et des risques et un chargé de mission attaché au directeur, le directeur de l'information médicale travaille à 0,1 ETP au profit du CM Le Roggenberg) et au sein du CM Le Roggenberg entre l'intra et l'extra hospitalier (secrétaires médicales, psychologues, assistantes sociales, etc.).

Un cadre de santé continue à travailler à plein temps au CM Le Roggenberg, au profit de l'intra hospitalier exclusivement. Il a été rappelé aux contrôleurs qu'il y avait trois cadres il y a quelques années ; le besoin existerait pour l'extra hospitalier.

L'équipe médicale spécialisée a été réduite à deux psychiatres pendant quelques mois en 2018 en raison du départ de deux médecins. Leur remplacement a été effectif pour l'un en juillet 2018, pour l'autre en janvier 2019, malgré les tensions démographiques habituellement observées dans la profession. Le médecin-chef, président de la commission médicale d'établissement (CME) qui se réunit au nom du pôle Sud-Alsace, est présent depuis vingt ans ; il a connu l'établissement en charge de femmes souffrant de maladies nerveuses. Les quatre psychiatres exercent à plein temps, à la fois dans l'intra et dans l'extra hospitalier.

Selon les propos tenus aux contrôleurs, un tiers du personnel a été renouvelé en trois ans.

Les unités de soins US1 et US2 fonctionnent avec 24,6 ETP de jour (IDE et AS) et 7,85 ETP de nuit (IDE et AS). Le planning prévoit en théorie :

	Unité de soins fermée – US1	Unité de soins ouverte – US2
matin	3 dont au moins 2 IDE	2 dont au moins 1 IDE
après-midi	3 dont au moins 2 IDE	2 dont au moins 1 IDE
nuit, de 20h30 à 6h50	2 dont au moins 1 IDE	1 IDE
animations en journée	1 IDE ou AS matin et 1 IDE ou AS après-midi	

Une équipe dédiée effectue les nuits. Elle n'est actuellement composée que d'infirmières, des femmes. Lors de la visite de nuit, les contrôleurs ont constaté la présence de deux infirmières dans l'US1, une dans l'US2. Ce nombre paraît suffisant lorsque l'activité est dans la moyenne habituelle : dès lors qu'une admission est à faire, dès lors que les lits des unités sont tous occupés,

dès lors que les chambres d'isolement sont utilisées, et malgré la solidarité qui existe entre les agents des deux étages, la présence auprès des patients devient insuffisante.

RECO PRISE EN COMPTE 2

Chacune des deux unités de soins doit disposer d'une équipe de nuit de deux soignants afin de pouvoir réagir en cas de renforcement de l'activité tel que procédure d'admission d'un patient, taux d'occupation des lits élevés, placement de patients dans les chambres d'isolement.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement déclare :

« Afin de sécuriser la prise en charge des patients la nuit, les équipes de nuit sont composées depuis le 01.07.2019 de deux soignants à chaque étage, dont au moins une IDE. Pour ce faire, l'équipe a été complétée par un soignant homme, soit un infirmier, soit un aide-soignant. Echéance : réalisé ».

Seuls deux AS parmi les cinq employés peuvent travailler dans l'US1, en raison de compétences particulières (secours aux personnes, pâtisserie) associées à un critère d'ancienneté.

2.3.2 La formation

Les infirmiers qui travaillent dans les unités de soins sont tous des IDE, issus de la formation générale en soins infirmiers. Le CM Le Roggenberg a développé un système de tutorat ; trois IDE y ont été formés. Tous les nouveaux embauchés commencent dans l'unité fermée au motif que c'est plus formateur ; les IDE volontaires peuvent ensuite aller travailler dans l'unité ouverte.

Les axes de formation, tels que résumés par la direction, sont la bientraitance et la spécialité psychiatrique. Il n'a pas été communiqué de plan ou de catalogue de formation.

Dans le cadre du développement professionnel continu (DPC), un tableau prévisionnel de formation est établi par la cadre de santé en fonction des entretiens annuels et biannuels. La cadre priorise les demandes, puis les transmet à la direction du PSA, qui procède à ses propres priorisations avant de les communiquer à l'UGECAM Alsace, qui décide. Dans ce cadre, la direction a indiqué dépenser près de 40 000 euros annuels. Les données communiquées aux contrôleurs datent de 2013 et 2014 et contiennent de nombreux diplômes universitaires (DU). Le personnel, sauf exceptions, n'a pas le sentiment de bénéficier de la formation demandée lors des entretiens, pour des motifs qui ne sont pas compris.

Une infirmière s'est formée à la cynothérapie, qu'elle met en œuvre au profit des patients en intra et en extra hospitalier.

Une infirmière a été formée à la bientraitance et constitue une référence pour les autres agents. Elle participe à toutes les réunions de la cellule éthique et prépare et anime les « cafés éthiques », l'un ayant été consacré à la question « Faut-il tout dire au patient ? ».

Au moment de la visite du CGLPL, un appel à candidatures pour une formation à la self-défense était affiché dans une salle de soins.

Le personnel est aussi invité à participer à des journées de colloques, notamment celles organisées à Rouffach.

Des infirmiers interrogés ont cité, pêle-mêle, leur participation, au cours des quatre années écoulées, aux formations suivantes : « Bientraitance » (au Roggenberg), « Gestes d'urgence, self-défense et gestion de l'agressivité » (à Montbéliard pendant deux jours), « Sommeil et psychiatrie » (Rouffach), « L'entretien infirmier, diplôme universitaire de soins infirmiers en milieu

psychiatrique, psychiatrie transculturelle » (Rouffach). L'un regrettait de ne pas accéder à une formation à la relation d'aide, l'autre à l'entretien infirmier, à la gestion des violences, à la gestion des addictions.

Les évaluations de pratique professionnelle (EPP) sont recensées par le PSA. Deux EPP ont concerné le CM Le Roggenberg en 2017 et 2018, selon la méthode du patient-traceur, relatives à des cas cliniques de dépression. La précédente EPP avait eu lieu en 2011 et 2012, relative à « L'évaluation des restrictions de la liberté d'aller et venir des patients en hospitalisation libre ». Aucune EPP n'était en cours lors de la visite. Les soignants apprécient pourtant cette démarche et la réclament. Des sujets ont été identifiés par les contrôleurs (isolement, contention, SSC, etc.). L'équipe médicale étant à nouveau complète, elle devrait se saisir de cette opportunité de renforcer collectivement les pratiques professionnelles.

Concernant les SSC, il n'a été rapporté qu'une session de formation en 2016 organisée par le GHRMSA à destination de médecins et de cadres. Cela a permis de modifier le protocole de notification de la décision de soins. L'équipe médicale n'est plus composée des mêmes personnes aujourd'hui. Il n'y a eu aucune formation pour les soignants, qui, s'ils ont besoin d'une simple information, peuvent accéder à la documentation partagée sur un fichier de gestion documentaire.

Les médecins eux-mêmes ne citent que des journées de formation disparates, auxquelles ils se sont inscrits de leur propre initiative, parfois dans le cadre de sociétés savantes dont ils sont membres. Un médecin rapporte avoir ainsi été sensibilisé à la recherche du tiers « car la loi dit qu'il faut rechercher systématiquement le tiers » et s'y conforme. D'autres médecins utilisent toujours l'expression « soins sous contrainte ».

RECOMMANDATION 1

Un plan de formation, complété d'un catalogue, doit permettre au personnel soignant comme au personnel médical de s'inscrire dans un parcours de formation en lien avec les problématiques psychiatriques et le projet d'établissement local. Ce plan doit impérativement comporter une offre relative aux soins sans consentement et aux questions d'isolement et de contention. Il doit être investi par le corps médical.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement déclare :

« Des actions de formation individuelles et collectives ont été réalisées. Vous trouverez en PJ⁶ une extraction des formations suivies d'une part par les paramédicaux et d'autre part par les médecins et psychologues de l'établissement. Ce tableau récapitule et classe les actions de formation en lien avec la psychiatrie mais n'est pas exhaustif de l'ensemble des formations suivies par les différentes catégories de professionnels. Les personnels sont questionnés sur les formations à reconduire d'où la récurrence de certaines d'entre elles. Lors des entretiens annuels et des entretiens professionnels, un recueil des besoins et des demandes de formations est réalisé pour permettre soit de proposer des formations, soit de lister celles proposées par les agents. Des catalogues existent et sont mis à disposition des soignants et de l'encadrement pour une recherche de formation en adéquation aux besoins et coût. Les autres établissements du secteur de psychiatrie (d'Alsace du service public) proposent des formations et rencontres auxquelles nos agents participent. Le plan de formation de l'établissement fait partie du plan de formation

⁶ (Le document remis au CGLPL ne comportait pas de pièce jointe)

polaire et de l'Ugecam Alsace et les budgets sont répartis sur les différents établissements selon différents critères. Il est à souligner que les équipes de psychiatrie bénéficient d'un nombre relativement important de formations malgré le fait d'être le seul établissement de psychiatrie. La formation des agents se réalise aussi par le tutorat par les agents formés ».

Depuis 2016, un psychologue extérieur au CM intervient auprès des soignants sur les situations complexes de travail ou des cas cliniques complexes, à raison de trois à quatre demi-journées par trimestre.

3. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS

3.1 LES PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT, EN LEGERE HAUSSE EN 2018, SONT MAJORITAIREMENT HOSPITALISES A LA DEMANDE D'UN TIERS

Les données quantitatives communiquées par l'établissement font apparaître un taux de mesures de soins sans consentement variant sur les années 2017 et 2018 entre 14,43 % et 15,54 % du total des hospitalisations.

Au cours de ces deux années, les mesures suivies en SSC n'ont guère varié (soixante et une dont sept programmes de soins en 2018 contre cinquante-huit dont trois programmes de soins en 2017) tandis que le nombre d'admissions en hospitalisation complète a légèrement augmenté (cinquante-deux sur l'ensemble de l'année 2018 contre quarante-quatre en 2017).

L'analyse de ces données met en lumière :

- une part prépondérante des soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) avec une très nette augmentation en 2018 : 65,38 % des admissions en SSC contre 43,18 % en 2017 ;
- une diminution des admissions en urgence (SPDTU⁷, un seul certificat médical) : 9,61 % en 2018 contre 13,63 % en 2017 ; soit, pour 2018, un pourcentage de mesures à la demande d'un tiers (avec un ou deux certificats médicaux) supérieur à la moyenne nationale, qui s'établit à 64 % ;
- un recul important des admissions sous le statut de « péril imminent » (SPPI⁸, sans tiers), passant de 36,36 % en 2017 à 17,30 % en 2018, soit un seuil inférieur à la moyenne nationale de 21 % ;
- un taux de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE) relativement stable : 7,69 % en 2018 contre 6,81 % en 2017, en deçà de la moyenne nationale de 15 %.

L'examen des registres de la loi⁹ démontre que les mesures de SSC sont en majorité levées dans le mois suivant l'admission, une grande partie des patients restant hospitalisés en soins libres, situation confirmant l'objectif de l'équipe médicale de rechercher une alliance thérapeutique.

A la date de la visite, trois patients sans consentement étaient hospitalisés à temps complet : un en SPPI depuis 2004 accueilli dans l'US2 depuis juin 2017 et ayant fait l'objet de plusieurs programmes de soins suivis de réintégration ; deux à l'US1 dont un en programme de soins avec retour en hospitalisation séquentielle (une semaine par mois).

3.2 LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE SONT BIEN EXPLIQUEES AUX PATIENTS MAIS LEURS OBSERVATIONS SONT PEU TRACES ET L'INFORMATION SUR LEURS DROITS ET LEURS MODALITES D'EXERCICE, PARFOIS TARDIVE, N'EST QUASIMENT PAS EFFECTUEE

3.2.1 L'information sur le statut et les droits en début d'hospitalisation

A l'arrivée d'un patient, le dossier d'admission est préparé par le service de l'accueil. Pour les personnes hospitalisées sans leur consentement, les pièces nécessaires sont déposées au secrétariat médical ou directement dans l'unité de soins quand le patient est agité. Les soignants et l'assistante de direction en charge du suivi administratif des SSC vérifient les certificats médicaux et procèdent, si besoin, aux régularisations utiles (à titre d'exemple : demande d'un

⁷ SPDTU : soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence

⁸ SPPI : soins psychiatriques pour péril imminent

⁹ Cf. *infra* chap. 4.3

deuxième certificat médical quand la demande du tiers n'est accompagnée que d'un seul certificat). Des documents établis par l'assistante de direction sont à la disposition des infirmiers pour les aider à procéder à ces différentes vérifications. Selon les personnes rencontrées, les difficultés sont de moins en moins nombreuses, notamment du fait du passage des patients aux urgences de l'hôpital de Mulhouse, bien au fait de la procédure et dont les certificats médicaux sont horodatés, mais il demeure quelques erreurs avec les arrêtés municipaux, qui peuvent toutefois être réglées rapidement quand elles existent.

Après vérification de la conformité des documents, l'assistante de direction, gestionnaire administrative ayant délégation de signature, établit la décision d'admission du directeur lorsqu'elle est nécessaire – c'est-à-dire hors des SPDRE –, et prépare les notifications réglementaires qui sont transmises à l'US1, où sont affectés à leur arrivée tous les patients en SSC.

Cette transmission peut intervenir avec un certain décalage par rapport au moment de l'admission réelle dans l'unité. En effet, la décision du directeur, prise dans la journée pour toute entrée avant 17h – y compris les week-ends et jours fériés grâce à une astreinte administrative –, ne l'est que le lendemain pour toute entrée entre 17h et 8h30, tout en étant néanmoins datée de la veille – jour de l'admission – et sans précision de l'heure de prise d'effet de la mesure.

Entre-temps, le patient est informé par le médecin psychiatre, lors d'un entretien médical qui se déroule toujours en présence d'un soignant, de son statut d'hospitalisation, des raisons de celle-ci et de l'objectif de la mesure. A ce stade, peu d'informations sur leurs droits sont données aux patients admis sans leur consentement.

RECOMMANDATION 2

Dans le respect des dispositions de l'article L.3211-3 du code de la santé publique et afin de permettre une notification au patient de la mesure et de ses droits dans un bref délai, la décision d'admission doit être prise et signée du directeur ou de son délégataire dès la prise en charge effective du patient ou dans les quelques heures suivant celle-ci.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement déclare :

« L'astreinte administrative intervient dans les plus brefs délais pour une information et validation en lien avec les services de soins. Toute admission est validée par téléphone avec l'astreinte administrative dans la ½ heure. Dans la journée, la notification de l'administration intervient dans les 2 heures en moyenne et, de 20h à 6h du matin, dans les 12 heures pour respecter le principe "dès que son état le permet". Les patients admis en pleine nuit sont souvent placés en chambre d'isolement pour être évalués, et sont le cas échéant prémédiqués par la structure d'aval avant leur arrivée ou selon situation lors de l'admission médicale. Toutes les admissions à la demande d'un représentant de l'Etat font l'objet d'un traitement immédiat pour obtenir l'arrêté préfectoral idoine dans les délais les plus brefs.

Echéance : permanente et existante ».

3.2.2 Les documents médicaux, administratifs et juridiques remis aux patients

Qu'elle émane du directeur de l'établissement ou du représentant de l'Etat, la notification de la décision d'admission est faite par les soignants au moyen d'un courrier signé du directeur et accompagné d'un accusé de réception remis au patient contre émargement. Ce document rappelle les modalités d'admission, le numéro et la date de la décision (en fait, la date de début

de la mesure). Il décline ensuite l'ensemble des droits dont dispose tout patient en SSC tels que prévus par le code de la santé publique (CSP)¹⁰ et indique avec précision les différentes voies de recours. Toutefois, si les coordonnées du JLD au TGI de Mulhouse y sont bien indiquées, il n'en va pas de même pour les autres institutions que le patient peut saisir : commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et commission des usagers (CDU et non plus CRUQPC¹¹ comme encore mentionnée sur le document). L'énumération des droits des patients est par ailleurs affichée à tous les étages du bâtiment, notamment dans le hall des US1 et 2, situation suffisamment rare dans les établissements de santé mentale pour être ici signalée.

En dépit du délai pris pour l'établissement et la signature de la décision d'admission, la notification est, selon les soignants rencontrés, toujours effectuée dans les 24 heures de l'arrivée effective du patient. Des renseignements obtenus, il apparaît que les infirmiers laissent le patient lire ce document de notification, sans apporter spontanément d'explication sur son contenu, se limitant à répondre aux questions éventuellement posées. Si le formalisme légal est ainsi respecté, il s'est avéré que les soignants, peu ou pas formés à la loi de 2011, n'ont guère intégré l'utilité des droits légalement accordés aux patients, droits restreints dans leur propos à « *la signature du papier* » et à l'intervention du JLD à certains stades de la prise en charge.

Lorsque la décision d'admission émane du représentant de l'Etat, les certificats médicaux d'admission sont joints à l'arrêté remis au patient. En revanche la copie des certificats médicaux ultérieurs n'est pas communiquée au patient sauf demande expresse de celui-ci. Pour les admissions sur décision du directeur, la copie des différents certificats médicaux n'est pas délivrée au patient, mais les termes desdits certificats sont repris dans le corps des décisions rendues tout au long de l'hospitalisation.

Lorsque l'état du patient rend impossible la notification, l'accusé de réception est signé de deux soignants. Les infirmiers rencontrés admettent que, dans un tel cas et contrairement aux prescriptions légales, la notification n'est pas différée au jour où le patient est en capacité de la comprendre et d'apposer sa signature en connaissance de cause.

Si l'accusé de réception de l'admission prévoit un espace pour que le patient mentionne ses observations, les certificats médicaux établis postérieurement précisent que « *le patient a été informé de sa prise en charge, de ses droits et des voies de recours et a pu valoir ses observations* », sans toutefois que ceux-ci y soient consignés.

RECO PRISE EN COMPTE 3

La notification de la décision d'admission, lorsqu'elle est rendue impossible par l'état du patient, doit être reprise et tracée, dès que la personne est à même d'en comprendre le sens et la portée. Une copie de tous les documents inhérents à l'hospitalisation sans consentement devrait être remise au patient tout au long de son hospitalisation. Les informations quant aux droits des personnes admises sans consentement, figurant dans le document de notification de la décision d'admission et affichées dans les unités, doivent être actualisées et complétées des coordonnées des institutions pouvant être saisies par le patient.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement déclare :

¹⁰ Article L3211-3

¹¹ CRUQPC : commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

«1. *Modification des pratiques : lorsque l'attestation de réception de notification de décision par le patient est impossible, l'accusé de réception est signé par les soignants. Cet accusé est conservé par les soignants et représenté au patient lorsque son état lui permet de le contresigner.*
2. *[les textes de loi ne donnent pas l'obligation de remise médicaux aux patients SDDE]. La procédure de "gestion des documents administratifs et médicaux pour les SSC" sera mise à jour en indiquant que les copies des certificats médicaux devront également être remis aux patients SDT, SPI, SDTU (indicateur : traçage DPI)*
a. *Mise à jour des documents de décision : retrait des citations des certificats et mention pour se reporter aux certificats joints*
b. *Mise à jour des documents "accusé de réception" : mention des certificats remis*
c. *Mise à jour de la procédure*
3. *Modification documentaire : rajouter les coordonnées de la CDU et de la CDSP sur les notifications d'admission et de maintien remises au patient.*
Echéance : septembre 2019 ».

3.3 LES INFORMATIONS GENERALES, PAS TOUJOURS COMMUNIQUEES AUX PATIENTS, SONT SUR QUELQUES THEMES INCOMPLETES OU ERRONEES DANS LEURS APPELLATIONS

3.3.1 Le livret d'accueil

En principe, un livret d'accueil de vingt-deux pages est remis à tout patient lors de son arrivée dans l'unité. Outre une présentation du groupe UGECAM, ce livret décrit les formalités d'admission, les différents modes d'hospitalisation et de prises en charge, le déroulement et l'organisation pratique du séjour, et donne certains renseignements quant aux droits du patient hospitalisé. Il ne mentionne toutefois ni les droits spécifiques liés aux SSC – hormis celui de saisir le président du TGI – ni les coordonnées des différentes institutions auxquelles peut s'adresser un patient contestant la mesure prise à son endroit, excepté celle de la commission des usagers, encore dénommée malencontreusement CRUQPC.

Selon plusieurs renseignements recueillis, ce document ne serait cependant pas systématiquement remis à l'arrivée ; près de la moitié des patients ne l'aurait pas reçu en 2018. Si l'état du patient lors de son hospitalisation peut, comme suggéré par les soignants, expliquer cette absence de distribution du livret d'accueil au début de la prise en charge, force est toutefois de relever que la remise de ce document n'est pas ultérieurement proposée au patient.

RECO PRISE EN COMPTE 4

Le livret d'accueil doit être complété et mis à jour. Il doit être remis à chaque patient dès son arrivée dans l'unité d'admission et à tout le moins dès que son état lui permet d'en comprendre le contenu.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement déclare :

« *Les informations détaillées sur les différentes institutions auxquelles le patient peut faire appel seront reprises dans les notifications de SSC. Le nouveau livret d'accueil sera mis en circulation avec une mise à jour de la fiche établissement : rappel de la disponibilité du registre des réclamations à l'accueil. Changement des pratiques : pour les hospitalisations complètes, le personnel soignant met le livret d'accueil dans la chambre du patient afin qu'il puisse le consulter à tout moment ; ajout dans la liste d'admission soignant : remise du livret d'accueil.*
Echéance : septembre 2019 ».

3.3.2 Le règlement intérieur ou « règles de vie » des unités

Un document intitulé « *règlement intérieur* » décrivant les règles d'organisation de l'établissement, glissé dans le livret d'accueil, est remis au patient en même temps que ledit livret. Ce règlement, unique pour les deux unités sans distinction de leur caractère ouvert ou fermé, est affiché dans le hall de chaque étage.

Les règles de vie (claires et complètes) qui y sont détaillées portent sur la chambre, les traitements médicamenteux, le téléphone et la télévision, les horaires de repas, de visite, d'autorisation de sortie, d'ouverture et de fermeture des portes de l'établissement et des unités, les produits et objets interdits, les objets de valeur, la circulation dans l'établissement et quelques autres prestations (courrier, distributeur de boissons, entretien du linge).

Lors de l'accueil dans l'unité, une présentation des règles de vie est faite au patient avec des explications individualisées et adaptées à son état.

3.4 LES REQUETES ET LES PLAINTES, PEU NOMBREUSES, N'OUVRENT PAS SUR UNE REFLEXION COLLECTIVE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

Comme mentionné dans le livret d'accueil¹², les patients peuvent exprimer une requête ou une plainte soit oralement auprès de l'équipe de soins, soit par un courrier adressé à la direction. Pour cela chaque unité dispose d'une boîte aux lettres qui est régulièrement prélevée par le cadre de santé et dont le contenu est transmis au service qualité.

Les patients peuvent également inscrire leur réclamation dans un registre qui est à leur disposition à l'accueil et dont la responsable « qualité » prend connaissance lors de ses passages à l'établissement. Si, aux dires de cette responsable, tous les professionnels sont informés de l'existence de ce registre lors des formations dispensées, aucun des infirmiers rencontrés n'en a cependant fait état. La présence de ce registre – rapidement évoquée dans le livret d'accueil – et les modalités de son utilisation ne font l'objet d'aucun affichage. Ce registre, ouvert le 23 mars 2005, reproduit sur une page l'identité du patient, l'objet de la réclamation – date, heure, lieu des faits, circonstances et personne concernée –, le tout signé du réclamant, et sur une seconde page les suites données par l'établissement ou le service. Son examen démontre qu'il n'est que très rarement utilisé : quatorze réclamations depuis 2006 dont deux en 2006, quatre en 2009, deux en 2012, zéro en 2014 et 2018, une les autres années ; les réclamations sont de nature très diverse (disparition d'objets, entretien insuffisant du parc, plainte sur la prise en charge, demande de changement d'unité, manque d'activités, avis de décès d'un patient au domicile de sa fille) et les réponses apportées peu développées ; sur les dernières années, la réclamation n'est pas consignée dans le registre mais fait l'objet d'un renvoi au courrier du patient adressé à la direction. Le bilan des réclamations pour les années 2015 et 2016 fournis par l'établissement fait état, pour le CM Le Roggenberg, de chiffres différents – trois plaintes en 2015 et zéro en 2016 –, ce qui interroge sur l'utilisation et l'exploitation du registre susvisé. Quoi qu'il en soit, ces réclamations ne font pas l'objet d'une réflexion collective au sein de l'établissement.

Un questionnaire de satisfaction, utilisé jusqu'en 2012 puis abandonné au profit d'une enquête sur le respect des droits des patients, a été remis en place en janvier 2019. Il est censé être donné au patient en même temps que le livret d'accueil mais ne figure pas encore dans les exemplaires du livret à disposition dans les unités et remis aux contrôleurs. Pour les années antérieures, les

¹² Page 21

synthèses des résultats de l'enquête « *respect des droits des patients* » (sur le thème de la restauration en 2017, sur celui du droit des patients en 2017 et 2018) ont été présentés par le service « qualité » en réunion de direction et affichés dans les unités et les services ; en 2017, il a été proposé aux représentants des usagers de s'associer à la construction de l'enquête.

RECO PRISE EN COMPTE 5

Les modalités d'exercice du droit pour les patients de former une réclamation doivent faire l'objet d'une meilleure information.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement déclare :

« *Modification documentaire : rappel de la disponibilité du registre des réclamations à l'accueil dans la fiche établissement du livret d'accueil.*

Echéance : octobre 2019 ».

3.5 LA PLACE DES USAGERS DANS LA VIE DE L'ÉTABLISSEMENT EST TRÈS LIMITÉE, VOIRE INEXISTANTE, FAUTE DE REPRÉSENTANTS DES USAGERS EN PSYCHIATRIE

La CDU, qui veille au respect des droits des patients et facilite leurs démarches, est une instance régionale, mise en place en 2005, commune aux douze établissements de l'UGECAM Alsace. Un tableau des plaintes et réclamations ainsi que des demandes de consultation des dossiers est adressé à la CDU par chacun des sites avant chaque réunion trimestrielle.

En 2017, pour le CM Le Roggenberg, une plainte a été enregistrée et quatorze demandes d'accès au dossier ont été présentées par des patients.

Malgré un recrutement de plus en plus large, la CDU souffre d'un manque de représentants des usagers en psychiatrie, qui limite l'intérêt de cette instance pour les patients du CM Le Roggenberg.

3.6 LA PERSONNE DE CONFIANCE N'EST PAS SYSTEMATIQUÉMENT INFORMÉE DE LA DESIGNATION FAITE PAR LE PATIENT MAIS EST AVISÉE DES MESURES D'ISOLEMENT OU DE CONTENTION

La possibilité de désigner une personne de confiance et le rôle de celle-ci figurent dans le livret d'accueil¹³.

Lors de l'entretien infirmier arrivant, un formulaire de désignation d'une personne de confiance, expliquant de façon détaillée le rôle de celle-ci, est remis au patient avec possibilité pour celui-ci de procéder ou non à cette désignation. Les échanges avec les soignants ont montré que la distinction entre personne à prévenir et personne de confiance est parfaitement assimilée par l'ensemble de l'équipe et bien comprise des patients. Ce formulaire prévoit les signatures du patient et de la personne désignée, mais dans les faits cette dernière n'est que rarement informée de sa désignation, sauf lorsqu'il s'agit d'un tuteur ou curateur ou encore d'un membre de la famille présent lors de l'admission. Toutefois, selon les informations données par les soignants, la personne de confiance est toujours informée quand le patient fait l'objet d'un placement en chambre d'isolement ou en contention.

¹³ Page 6

BONNE PRATIQUE 1

La personne de confiance est informée de l'isolement et de la contention.

Les contrôleurs ont examiné plus particulièrement le cas des patients en SSC : seul un des deux patients de l'US1 avait désigné une personne de confiance.

3.7 L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE EST PEU DEMANDE

Aucune information n'est donnée aux patients sur les modalités d'inscription sur les listes électorales. En revanche des renseignements leur sont donnés, par voie d'affichage, sur leur possibilité de participer aux opérations électorales en demandant une autorisation de sortie ou en donnant une procuration.

Lors des dernières élections, aucun patient n'a manifesté le souhait de participer au scrutin.

3.8 L'EXERCICE DU CULTE NE DONNE LIEU A AUCUNE INFORMATION SPONTANEE

Deux documents sont à disposition à l'accueil, comportant les adresses et numéros de téléphone de quatre ministères du culte – catholique, protestant, juif et musulman – ainsi que les noms et coordonnées de deux de leurs représentants. Ces documents, conservés dans un classeur et montrés uniquement à la demande, ne sont pas affichés dans les unités, et les soignants n'ont connaissance que de deux aumôniers. Aucune explication n'a pu être donnée sur cette absence d'information alors même que l'établissement a communiqué aux contrôleurs une lettre, non datée, cosignée des aumôniers catholique et protestant et portant leurs coordonnées personnelles, ainsi libellée : « *Nous proposons, sur demande, un accompagnement spirituel aux personnes hospitalisées qui le désirent ainsi qu'à leurs familles. Nous ne faisons pas de prosélytisme, nous sommes au service de tous, quelles que soient leurs confessions et leurs croyances. Dans un tête-à-tête qui laisse à l'autre la liberté totale de la route à suivre, l'accompagnement spirituel peut se situer soit dans un espace religieux, soit dans un espace non confessionnel. C'est à chacun, à travers le dialogue, de choisir son propre rythme pour approfondir ses interrogations et soutenir sa quête d'authenticité. Cette présence d'aumônerie peut être assurée par l'un ou l'autre en fonction des disponibilités de chacun* ».

Selon les soignants, les demandes de patients pour se rendre au culte sont inexistantes, mais certains d'entre eux regardent la messe du dimanche à la télévision.

RECO PRISE EN COMPTE 6

Les informations détenues par l'établissement sur les ministres du culte, leurs coordonnées et les différents lieux de culte doivent être communiquées aux patients sans attendre une demande de leur part.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement déclare :

« *Modification documentaire : affichage des coordonnées cultuelles dans les services d'hospitalisation complète pour les patients.*

Echéance : septembre 2019 ».

3.9 LE SUIVI DES PATIENTS SOUS PROTECTION JURIDIQUE EST FACILITE PAR LA QUALITE DES RELATIONS ENTRE L'EQUIPE ET LES MANDATAIRES, MAJORITAIREMENT INSTITUTIONNELS

Le repérage des patients dont le niveau d'autonomie laisse à penser qu'une protection juridique est nécessaire s'effectue principalement par l'assistante sociale ou les soignants et plus marginalement par les familles.

L'établissement ne dispose pas de service « majeurs protégés ». Les mandataires désignés sont majoritairement l'union départementale des associations familiales (UDAF) ou l'association pour l'accompagnement et le maintien à domicile (APAMAD) de Mulhouse, plus rarement des mandataires privés et exceptionnellement la famille. Il peut cependant arriver, dans certains cas particuliers, que le juge désigne un tuteur aux biens et un autre à la personne.

Les frais de l'expertise nécessaire pour l'ouverture d'une procédure de protection juridique (160 euros), auxquels peuvent s'ajouter des frais de déplacement quand les experts viennent de Mulhouse, sont en général pris en charge par les patients eux-mêmes ou par les familles, très présentes et participatives. Les assistantes sociales rencontrées ont indiqué faire le maximum pour obtenir l'intervention de médecins locaux pour procéder à l'expertise afin de limiter les frais à la charge des patients. Lorsque ceux-ci connaissent des difficultés financières, l'assistante sociale saisit le procureur de la République afin qu'il ordonne l'expertise, laquelle est de ce cas pris en charge au titre des frais de justice.

Les relations de l'équipe avec les mandataires sont décrites comme bonnes, les tuteurs étant à l'écoute et réactifs face aux demandes. L'UDAF, comme l'APAMAD, travaille en binôme, ce qui facilite grandement les contacts entre les différents intervenants dans la mesure où le tuteur est toujours présent pour répondre à une demande.

Les tuteurs des patients chroniques viennent les rencontrer dans l'établissement deux fois par an. Les tuteurs des autres patients se déplacent en fonction des projets individuels de ces derniers. Les tuteurs peuvent être associés aux réunions de synthèse.

Au moment de la visite du CGLPL, sur les neuf patients suivis en SSC – deux en hospitalisation complète et sept en programme de soins –, quatre étaient sous curatelle renforcée et un sous curatelle simple.

3.10 LA CONFIDENTIALITE SUR LA PRESENCE EST RESPECTEE

Lors de l'entretien infirmier d'admission, un formulaire intitulé « *Recueil des choix du patient relatifs à l'accès et à la transmission des informations de santé le concernant* » est rempli et signé par l'arrivant. Ce recueil comprend quatre rubriques : transmissions des informations à d'autres professionnels de santé ou médecins ; divulgation de présence au sein de l'établissement ; communication d'informations aux ayants droits en cas de décès ; pour les mineurs, communication des informations aux titulaires de l'autorité parentale. Chacune d'elle comporte deux cases – « Accord » ou « Refus » – suivies de quelques lignes pour de possibles observations. Une mention au bas de la fiche prévoit l'annulation éventuelle des dispositions contenues dans le document et sa date.

S'agissant de la confidentialité de présence, le formulaire prévoit, en sus de l'accord pour que les proches soient informés, la possibilité de refus de visite ou d'appel téléphonique.

Lorsqu'un patient demande la confidentialité sur sa présence au sein de l'établissement, l'infirmier en avise l'accueil qui tient le standard. Le nom du patient est alors surligné en couleur sur la liste des personnes hospitalisées, mention qui renvoie à un *post-it* sur lequel sont inscrites

les consignes spécifiques liées à ce patient. Dès lors que la consigne « Confidentialité » apparaît, ce qui est rarissime, l'agent d'accueil bloque les communications téléphoniques et toute demande de renseignements.

4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

4.1 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES S'EXERCE, EN CONCERTATION AVEC TOUS LES ACTEURS, TANT SUR LA PROCEDURE QUE SUR L'EVOLUTION DE L'ADHESION AUX SOINS

Dès la mise en œuvre de la loi de 2011 une réunion de travail s'est tenue au TGI de Mulhouse pour organiser l'intervention du JLD au sein de l'établissement, réflexion qui n'a cependant pas donné lieu à convention avec l'ARS.

Les audiences se tiennent une fois par semaine, dans une grande salle de réunion située au 3^{ème} étage du bâtiment, dûment signalée les jours d'audience. Un vice-président du tribunal d'instance de Mulhouse est en charge du service du JLD, notamment pour le CM le Roggenberg. Les outils informatiques (portable et imprimante) sont apportés par le juge et le greffier. Une pièce à proximité, respectant les conditions de confidentialité, est mise à disposition des avocats pour rencontrer les patients avant l'audience.

4.1.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Grâce à un planning mis en place par l'assistante de direction en charge du suivi administratif des soins sans consentement et régulièrement communiqué aux secrétaires médicales, celles-ci suivent les délais pour l'obtention des différents certificats médicaux nécessaires à la régularité de la procédure. Dès que l'avis motivé – certificat médical établi entre le 5^{ème} et le 8^{ème} jour de l'admission –, accompagné d'un certificat attestant que l'audition du patient est ou non possible, est communiqué à l'assistante de direction, celle-ci adresse au JLD, par courriel, une requête accompagnée de toutes les pièces utiles. En retour, le greffe adresse un document concernant le choix de l'avocat puis la convocation pour l'audience, documents qui sont portés dans l'unité puis notifiés au patient par un infirmier. Cette notification est l'occasion pour les soignants d'expliquer aux patients le rôle du juge et de les rassurer, cette convocation étant parfois source d'inquiétude.

La procédure susmentionnée est identique pour toutes les audiences du JLD, qu'elles interviennent dans le cadre des saisines de plein droit – à douze jours, à six mois – ou lors de saisine facultative – par le patient, un parent, le tiers demandeur à la mesure, le tuteur ou le procureur de la République –, cas au demeurant rarissime (un en 2017 ; zéro en 2018).

Les tiers demandeurs à la mesure, ainsi que les tuteurs et curateurs quand le patient est sous protection judiciaire, sont convoqués par le greffe du JLD par courrier, doublé d'un appel téléphonique quand les coordonnées sont communiquées par l'établissement. Selon les informations données par le JLD contacté par téléphone les tiers viennent assez régulièrement à l'audience ; il en va de même des tuteurs qui, en cas d'impossibilité de se déplacer, adressent un rapport sur la situation du patient.

4.1.2 Le déroulement de l'audience

En l'absence d'audience au cours de la semaine du contrôle, les renseignements qui suivent ont été recueillis auprès des soignants, du JLD et de son greffier.

Rares sont les patients qui refusent de se rendre à l'audience et tout aussi rares sont ceux empêchés pour raison médicale ; seul le cas d'un patient chronique a été évoqué. Lorsque le patient est en chambre d'isolement au jour de l'audience et ne peut donc comparaître, le JLD préfère ne pas se déplacer, estimant que le médical prend le pas sur le judiciaire, et tient l'audience au tribunal en présence de l'avocat.

Le patient est toujours accompagné par un infirmier qui, en général, reste dans la salle. Il peut arriver que le juge pose quelques questions au soignant présent pour faire le point sur la situation, notamment pour vérifier les dires du patient sur l'évolution de sa situation ou s'assurer des modalités de la prise en charge quand l'état du patient paraît s'être modifié depuis l'avis motivé et qu'il n'a pas été délivré de nouveau certificat médical.

De l'avis des soignants rencontrés, les audiences se déroulent bien, certains patients manifestant le désir de revoir plus tard le juge pour lui parler mais sans formuler de demande expresse de levée de la mesure – désir verbal qui, en accord avec le greffe et le JLD, n'est pas interprété comme une demande de saisine du juge.

L'établissement n'est pas représenté à l'audience. Les conclusions écrites du procureur de la République figurent au dossier, dont copie est remise à l'avocat avant l'audience et son entretien avec le patient. Un procès-verbal retranscrivant les déclarations faites à l'audience est signé du patient ; une copie lui en est remise ainsi qu'à son avocat.

La décision et les voies de recours sont expliquées au patient par le juge. La notification en est faite directement à la fin de l'audience et une copie de la décision est remise contre émargement tant au patient qu'à l'avocat et aux personnes présentes puis notifiée au directeur de l'établissement, au procureur de la République et à l'ARS pour les personnes en SPDRE. Lorsque le patient est absent à la suite d'un certificat d'incompatibilité ou à son refus de comparaître, la décision est adressée à l'assistante de direction puis notifiée et expliquée au patient dans l'unité par un infirmier, une copie étant envoyée à l'avocat.

Dans la très grande majorité des cas l'avocat intervenant à l'audience est désigné d'office dans le cadre d'une permanence du barreau, sa rémunération étant prise en charge au titre de l'aide juridictionnelle sans examen de ressources et donc sans reste à charge pour le patient. Une attestation de fin de mission est délivrée par le greffe dès la fin de l'audience à l'avocat ayant assisté le patient.

4.1.3 Les saisines, les décisions rendues et les appels

Le contentieux généré par le contrôle de l'hospitalisation sans consentement a augmenté en 2018 : quarante-sept ordonnances rendues contre trente-six en 2017.

Toutes les décisions rendues en 2017 ont ordonné le maintien de la mesure. Trois décisions de mainlevée de l'hospitalisation complète ont été prononcées en 2018 et une le 4 janvier 2019 concernant un patient en SPDRE, toutes avec effet différé à 24 heures pour permettre si besoin la mise en place d'un programme de soins, aux motifs de péril imminent non caractérisé, de certificat médical de maintien insuffisamment circonstancié et de mesure de contrainte plus justifiée. Aucun appel n'a été interjeté ni contre ces ordonnances ni contre les décisions de maintien.

4.2 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES ASSURE PLEINEMENT SON ROLE DE GARANTE DES DROITS ET DE LA DIGNITE DES PERSONNES HOSPITALISEES

Régulièrement composée, la CDSP se réunit trois fois par an au sein des établissements du département dispensant des soins psychiatriques et habilités à accueillir des patients hospitalisés en SSC.

Outre la visite de chacun de ces établissements (Altkirch, Rouffach et Mulhouse), avec une attention particulière aux unités fermées, la CDSP vérifie la bonne tenue des registres de la loi relatant les mouvements d'entrée et de sortie des personnes hospitalisées sans consentement et examine les dossiers des patients en SPPI et en SPDRE. Le procès-verbal de la visite réalisée par la CDSP le 24 mai 2018 précise qu'elle a également consulté le registre informatisé de l'isolement et de la contention.

Elle entend les personnes (au nombre total de seize, en 2017, sur les trois établissements visités, tant SPDRE que SPDDE¹⁴ ; trois en 2018 pour le CM le Roggenberg) qui manifestent le souhait de la rencontrer sur des demandes de levée de leurs mesures de soins sous contrainte ou des questions relatives aux traitements médicamenteux ou à leur prise en charge ; s'il y a lieu, elle remonte leurs doléances aux directions des établissements ou à leur médiateur afin qu'une réponse adaptée soit apportée. La CDSP peut également recevoir les familles à leur demande.

Dans son rapport annuel pour 2017, la CDSP note que les procédures de SSC sont respectées et qu'il n'a pas été relevé de manquement grave aux droits ou à la dignité des malades.

La lecture de ce rapport annuel, des procès-verbaux établis à l'issue des visites, et notamment de celles tenues au CM Le Roggenberg en mars 2017 et mai 2018, et des courriers communiqués par l'ARS montrent que la CDSP :

- fait preuve d'une attention particulière sur les décisions d'admission en péril imminent, sensibilisant les médecins urgentistes sur la nécessité d'utiliser cette procédure uniquement en cas de risques graves pour la santé et l'intégrité du patient, en justifiant de l'absence de tiers, et sans qu'elle se substitue à une mesure d'admission prise sur décision du représentant de l'Etat ;
- ne cesse d'insister sur l'importance de la motivation circonstanciée des certificats médicaux mensuels concluant au maintien de la mesure sans consentement ;
- propose des réunions aux médecins prescripteurs sur la rédaction des certificats médicaux et plus généralement sur les différentes modalités d'admission ;
- n'hésite pas à intervenir auprès du procureur de la République (pour la mise en place d'une protection juridique pour une patiente se mettant en danger de façon récurrente ou encore d'une assistance éducative pour les enfants d'une autre patiente) ou du préfet (pour qu'un patient en SPDRE stabilisé puisse bénéficier de sorties de courtes durées).

4.3 LA TENUE DU REGISTRE DE LA LOI, GLOBALEMENT CONFORME AUX PRESCRIPTIONS LEGALES, CONNAIT CEPENDANT QUELQUES RETARDS FAUTE DE DISPONIBILITE SUFFISANTE DU SEUL AGENT EN CHARGE DU SERVICE DES SOINS SANS CONSENTEMENT

Ces registres, dits aussi livres de la loi, sont renseignés et conservés par l'assistante de direction en charge du suivi des SSC. Malgré l'alourdissement de la procédure depuis les lois de 2011 et 2013, cette personne s'est également vu confier la gestion des ressources humaines : fiches de

¹⁴ SPDDE : soins psychiatriques sur décision du directeur d'établissement : il s'agit des SPDT, SPDTU et SPPI

paie pour les quatre-vingt-dix agents du centre médical, procédures liées aux arrêts de travail, frais de déplacement, rendez-vous de la médecine du travail, médailles du travail, intervention tous les mardis sur le site de Balance.

Cette charge de travail incombant à un seul agent conduit à des retards dans la tenue des registres qui ne sont pas toujours renseignés dans le délai prescrit par le code de santé publique (CSP)¹⁵, à savoir dans les 24 heures des différentes décisions prises tout au long du parcours de SSC. Cette situation, qui se rencontre plus particulièrement durant ses congés, est également source de retard dans la transmission au préfet et à la CDSP des certificats et avis médicaux, comme signalé à plusieurs reprises par l'ARS.

RECO PRISE EN COMPTE 7

Le service assurant le suivi des soins sans consentement doit être organisé de telle sorte que les registres de la loi soient tenus dans les délais prescrits par le code de santé publique et que les certificats et avis médicaux concernant les patients en SPDRE soient immédiatement transmis au préfet et à la CDSP.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement déclare :

« Formation des secrétaires médicales à la gestion des SSC en cours.
Echéance : permanent ».

Les registres, l'un pour les SPDRE, le second pour les SPDDE, comportent 199 folios, sans rubrique pré-imprimée, remplis par ordre chronologique d'inscription. Ils ne sont paraphés ni à l'ouverture, ni au dernier folio. Les contrôleurs ont examiné l'ensemble des admissions intervenues en 2017 et 2018 en SPDRE et celles faites en SPDDE au cours de l'année 2018.

Les mentions manuscrites reproduites pour chaque patient répondent à sept des neuf exigences déclinées le CSP¹⁶ ; ne sont toutefois pas mentionnées les notifications des décisions ni celles des droits, voies de recours et garanties énoncés dans le CSP¹⁷, ni les décisions de mise sous protection juridique.

Tous les certificats médicaux et les décisions, dont celles du JLD, y sont collés, sans réduction de format, ce qui en facilite la lecture mais alourdit le registre et en complique la manipulation. Ces certificats ne sont pas horodatés (à l'exception de ceux émanant des urgences de Mulhouse), rendant impossible toute vérification quant au respect des délais ; dans la grande majorité des cas ils sont suffisamment circonstanciés pour justifier la nécessité de SSC ; pour les mesures de SPPI et SPDTU, les certificats des 24 et 72 heures sont rédigés par des médecins différents ; à compter du certificat des 24 heures, tous les avis médicaux précisent que le patient a été informé de la prise en charge, de ses droits et des voies de recours, et a pu faire valoir ses observations.

Les arrêtés préfectoraux, établis selon un modèle standard national, mentionnent les voies de recours judiciaires et administratives mais ne sont pas motivés, les termes des certificats initiaux, certes visés, n'étant pas repris dans l'arrêté. Lorsqu'ils font suite à un arrêté provisoire du maire, les arrêtés du préfet interviennent à très bref délai (environ dans les 12 heures).

¹⁵ Article L3212-11

¹⁶ Article L3212-11

¹⁷ Article L3211-3

RECO PRISE EN COMPTE 8

Conformément aux dispositions du code de santé publique, doivent figurer dans le registre de la loi les dates de notification des décisions tant d'admission que de maintien de la mesure ou de changement de forme de prise en charge d'une part, des droits et voies de recours et garanties d'autre part. Les certificats médicaux comme les décisions d'admission, du directeur et du préfet, mériteraient d'être horodatés afin de garantir le respect des délais impartis par la loi.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement déclare :

«1. *Modification des pratiques : lorsque l'attestation de réception de notification de décision par le patient est impossible, l'accusé de réception est signé par les soignants. Cet accusé est conservé par les soignants et représenté au patient lorsque son état lui permet de le contresigner.*2. *Modification documentaire : rajouter les coordonnées de la CDU et de la CDSP sur les notifications d'admission et de maintien remises au patient.*

3. *Rajouter au livre de la loi : accusé de réception signé par le patient ; les ordonnances de mise sous protection juridique.*

4. *Mise à jour de la procédure de "gestion des documents administratifs et médicaux pour les SSC".*

Echéance : immédiate ».

L'examen du registre des SPDRE pour 2017 et 2018 et celui des SPDDE sur l'année 2018, lequel confirme la prééminence des admissions à la demande d'un tiers¹⁸, a mis en lumière :

- des durées d'hospitalisations relativement brèves, tant pour les SPDRE (de 10 jours à 7 semaines) que pour les SPDDE (sur quarante-sept mesures levées, dix-neuf l'ont été à moins de 12 jours, vingt entre 13 jours et un mois, six avant deux mois, deux entre deux et trois mois) ;
- dans la très grande majorité des cas (trente-quatre sur quarante-sept), la poursuite de la prise en charge après levée de la mesure de SSC, en hospitalisation en soins libres.

4.4 LE COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE EST RESPECTUEUX DES DROITS DU PATIENT

Au vu de son planning¹⁹, l'assistante de direction en charge du suivi des SSC avise les secrétaires médicales lorsque la réunion du collège est nécessaire puis, en relation avec elles, contacte les professionnels de santé : le médecin en charge du suivi du patient, un second psychiatre et un cadre de santé en tant que représentant des soignants. La date de réunion est en général arrêtée par les professionnels eux-mêmes. Une convocation est alors adressée par le directeur de l'établissement tant aux professionnels de santé qu'au patient concerné.

Lors de la réunion du collège, qui est toujours effective, le patient est entendu et son avis sur les modalités des soins est recherché et pris en compte dans toute la mesure du possible. L'avis du collège, rédigé par les secrétaires médicales et signé des trois professionnels, est communiqué au patient puis classé à son dossier.

L'examen des quelques avis rendus au cours des deux dernières années (trois en 2017, quatre en 2018) montre que, si les éléments cliniques justifiant la poursuite des soins sont bien décrits, la

¹⁸ Cf. *supra* chap. 3.1

¹⁹ Cf. *supra* chap. 4.1.1

nécessité de maintien d'une mesure sous contrainte est quant à elle peu, voire pas, circonstanciée.

4.5 LES AUTRES CONTROLES SONT QUASI INEXISTANTS

La CDSP visite l'établissement une fois par an et vise à cette occasion le registre de la loi.

Le JLD, en tant que représentant du président du tribunal de Mulhouse, ne contrôle pas ce registre. Des visites officielles de l'établissement ont eu lieu en 2009, 2010 et 2011 ; depuis lors le JLD vient régulièrement pour les audiences, qui sont l'occasion de faire le point avec l'assistante de direction, d'échanger sur les pratiques et si besoin de visiter les unités.

Depuis 2001, le vice-procureur de la République en charge des procédures de SSC, ne s'est rendu qu'à deux reprises au CM Le Roggenberg, les 15 décembre 2009 et 8 avril 2010.

Le maire de la commune vient dans l'établissement uniquement à l'occasion du CLSM. Le préfet, sauf par l'intermédiaire de l'ARS lors des visites de la CDSP, n'a pas exercé la mission de contrôle qui lui est dévolue par l'article L. 3222-1 du code de la santé publique depuis 2015 (visites les 12 octobre 2010 et 1^{er} juin 2015).

RECO PRISE EN COMPTE 9

Les autorités énoncées à l'article L3222-4 du code de la santé publique doivent effectuer annuellement une visite de contrôle au centre médical Le Roggenberg afin de vérifier la régularité des procédures d'admission et de maintien en soins sans consentement des patients hospitalisés et signer les registres de la loi.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement déclare :

« Madame le juge des libertés et de la détention a visité l'établissement le 24 juin 2019. Nous convenons d'un rdv avec Madame la sous-préfète d'Altkirch pour octobre 2019. La visite de 2018 n'a pas eu lieu eu égard à trois changements de sous-préfet en deux ans.

Echéance : immédiate ».

Dans leur réponse, les chefs de juridiction du TGI de Mulhouse déclarent :

« Le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de Mulhouse, délégué par les soins du président, a effectué le 24 juin 2019 une visite de contrôle et signé les registres, conformément aux dispositions de l'article L.3222-4 du code de la santé publique ».

Bien qu'il ne s'agisse pas d'un contrôle mais d'échanges institutionnels, il n'est pas sans intérêt de noter que l'ARS organise tous les ans une réunion avec les gestionnaires des établissements de Rouffach, Mulhouse et Altkirch et les personnes de la préfecture en charge du suivi des SSC.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT PLACES DANS L'UNITE FERMEE NE PEUVENT SORTIR A L'EXTERIEUR QU'ACCOMPAGNES

L'établissement est situé sur un terrain disposant d'une cour et d'un parc. Aucune grille ou barrière n'existent. Les portes de l'établissement sont ouvertes tous les jours de 8h à 12h et de 13h à 18h ou 20h en période estivale. Un service d'accueil est organisé durant ces périodes.

Durant les créneaux d'ouverture de l'établissement, les patients de l'US2 peuvent aller et venir au rythme de leurs besoins. Ils se rendent librement aux activités thérapeutiques ou occupationnelles. Ils accèdent, par l'escalier desservant leur unité, à la cour de l'établissement et peuvent se promener librement dans le parc.

Dans l'US1, la faculté d'aller et venir est moins fluide pour les patients en soins libres qui doivent demander au personnel l'ouverture de la porte donnant accès à l'escalier afin de pouvoir sortir et doivent sonner pour entrer ; mise à part cette réserve, ils circulent librement vers les activités et le parc. Les patients hospitalisés sans leur consentement ont à leur disposition un patio intérieur sécurisé qui n'est pas directement accessible depuis l'unité ; pour s'y rendre, ils doivent sortir de l'unité et descendre au rez-de-chaussée, accompagnés par un soignant.

Au moment où le CM envisage l'ouverture, après travaux dans l'US1, d'une unité spécifique de onze lits pour accueillir les patients en SSC, il serait utile de prévoir pour cette nouvelle unité un accès direct au patio afin de faciliter les déplacements de ces patients.

RECO PRISE EN COMPTE 10

Un patient hospitalisé en soins sans consentement doit pouvoir circuler librement dans un espace extérieur sécurisé. Un accès direct au patio depuis l'unité fermée devrait être mis en place.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement déclare :

« Etude de faisabilité d'un escalier externe permettant un accès au patio directement depuis le milieu fermé du 1^{er} étage (sous réserve de la capacité financière de réaliser un tel investissement). Mesures compensatoires, selon procédure sortie quatre fois par jour dans le patio ou selon circonstance dans le parc en présence d'un soignant avec traçabilité Cortexte (DPI).
Echéance : 2020-2021 ».

5.2 LES CONTRAINTES DANS LA VIE QUOTIDIENNE SONT MAITRISEES

Les patients disposent de leur tabac et de leur briquet. Certains peuvent être contraints de réduire leur consommation à la demande de leur médecin ; celui-ci délivre alors une prescription indiquant le nombre de cigarettes autorisées par jour et distribuées à heures fixes par les soignants. Pour les patients qui ne peuvent faire acheter leur tabac par un proche, c'est l'assistante sociale qui se charge de le faire.

Entre 18h et 20h, tous les patients doivent remettre leur tabac et leur briquet au personnel infirmier, qui les leur restituent après le petit déjeuner. Ils ne sont pas autorisés à sortir à l'extérieur le soir, ne serait-ce que dans le patio sécurisé, pour fumer. Quand un patient hospitalisé en SSC est privé de sortie sur prescription du médecin, des substituts nicotiques lui sont proposés.

L'accès aux chambres est libre dans la journée.

Le port du pyjama n'est imposé que lors des placements en chambre d'isolement²⁰.

5.3 LES RELATIONS DES PATIENTS AVEC LEURS PROCHES SONT FAVORISEES

Les familles et les proches peuvent rendre visite chaque jour à leur patient. Les visites sont autorisées en semaine de 13h à 18h et le dimanche et les jours fériés elles sont également autorisées de 9h à 12h. Les enfants de moins de 15 ans ne sont pas admis dans les unités de soins.

Les visites se déroulent dans les chambres ou dans trois salons réservés à cet effet au rez-de-chaussée ; ces salons disposent de larges baies vitrées donnant sur le couloir et sans rideaux, rendant toute intimité impossible.

Le jour du contrôle, seul un patient de l'US1 n'était pas autorisé à recevoir des visiteurs, disposer de son téléphone portable et recevoir des appels de l'extérieur ; aucune restriction dans ces domaines n'était imposée aux autres patients de l'US1 ni à ceux de l'US2. Cependant, le téléphone portable est « confisqué » durant la nuit au motif de risques d'appels intempestifs, d'addiction ou de regroupement de patients pour regarder ensemble des films sur un smartphone.

5.4 LE LIBRE CHOIX DU MEDECIN, UN DROIT QUI RESTE THEORIQUE

Les médecins psychiatres forment une équipe et peuvent voir l'ensemble des patients. A son arrivée, le patient est reçu par le médecin assurant la garde qui devient son médecin référent.

Il a été déclaré aux contrôleurs que les patients pouvaient demander à changer de médecin référent. Si ce dernier considère la demande justifiée, elle peut être honorée sous réserve de l'accord du médecin supposé le remplacer. Dans la pratique, cela arrive rarement ; ainsi, un des médecins étant originaire d'Allemagne, un tel échange est parfois demandé par un patient germanophone.

L'accès au dossier médical est possible suivant les procédures en vigueur. Les demandes sont également très peu nombreuses.

²⁰ Cf. *infra* chap. 8.2.2

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 L'HEBERGEMENT OFFRE DES CONDITIONS RESPECTUEUSES

6.1.1 Les chambres

L'US1 dispose de vingt-trois lits répartis dans cinq chambres doubles et treize chambres individuelles, ainsi que de deux chambres d'isolement avec douche et toilette. Quatre salles d'activité et une salle de télévision sont à la disposition des patients.

L'US2 dispose de trente-et-un lits répartis dans neuf chambres doubles et treize chambres individuelles, outre deux chambres d'isolement avec douche et toilette. Trois salles d'activité et une salle de télévision sont à la disposition des patients.

Les chambres sont équipées de placards (penderie et étagères) avec serrure. Une clef est remise au patient. En fonction de la pathologie du patient, le médecin peut demander que la clef soit gardée par le personnel infirmier mais cette situation reste l'exception.

Chaque chambre est dotée d'un local sanitaire offrant un lavabo, d'une douche à pousoir, d'une cuvette de WC et des équipements nécessaires comme un miroir et des patères. Dans les chambres doubles, les WC sont isolés du local sanitaire.

Les fenêtres sont verrouillées par une serrure que seuls les soignants peuvent manipuler. Une climatisation fonctionne dans chaque chambre ; cependant, la fermeture complète des baies vitrées pose un problème, particulièrement l'été au moment des fortes chaleurs. Certains soignants regrettent cette contrainte qui ne se justifie pas pour tous les patients.

Les patients peuvent conserver leur poste de radio. Les chambres ne sont pas équipées de téléviseur et les patients ne sont pas autorisés à en installer un.

6.1.2 La télévision

Le salon de télévision de chaque unité est accessible de 7h à 23h. Les patients disposent de la télécommande et choisissent le programme.

6.1.3 Le téléphone

Les patients hospitalisés sans leur consentement doivent recevoir l'accord du médecin pour pouvoir téléphoner. Le téléphone portable est autorisé dans la journée sauf contre-indication du médecin. L'installation d'un poste téléphonique dans la chambre avec une ligne fixe est possible, après accord du médecin ; la ligne est alors utilisable de 8h30 à 20h. Le personnel soignant donne accès à un téléphone aux patients ne disposant pas de portable.

Le jour du contrôle, seul un patient de l'US1 n'était pas autorisé à appeler et recevoir des appels de l'extérieur.

Les patients doivent remettre leurs téléphones le soir à 20h au motif de risques d'appels intempestifs, d'addiction ou de regroupement de patients pour regarder ensemble des films sur un smartphone.

6.1.4 L'accès à l'informatique

Les tablettes et les ordinateurs sont autorisés après avis du médecin mais il n'y a pas d'accès à la Wifi. Certains patients qui sont hospitalisés pour des courts séjours souhaitent garder des liens avec leur travail ; ce manque d'accès les pénalise.

RECO PRISE EN COMPTE 11

L'établissement doit mettre en place un équipement permettant aux patients d'avoir accès à la Wifi.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement déclare :

« Installation du wifi professionnel et grand public au dernier trimestre 2019.
Echéance : 1^{er} janvier 2020 ».

6.1.5 Le courrier

Les patients peuvent déposer leur courrier dans une boîte à lettres placée à l'accueil et relevée tous les jours à 8h30.

Le courrier « arrivée » est réparti dans des bannettes et distribué aux patients par les infirmiers des unités, sans contrôle ni censure.

6.2 L'HYGIENE FAIT L'OBJET D'UNE REELLE ATTENTION

Les patients ont un accès libre à leurs salles d'eau. Le personnel veille sur les personnes qui rencontrent des difficultés à se laver en raison de leur âge, de leur handicap physique ou de leur pathologie.

Les draps et le linge sont changés chaque semaine.

L'établissement ne dispose pas de lave-linge accessible aux patients. Les patients n'ayant pas de famille disponible pour entretenir leur linge personnel peuvent passer un contrat avec un pressing en ville. L'établissement a signé une convention auprès d'un établissement et service d'aide par le travail (ESAT) pour l'entretien du linge des personnes qui sont sans ressources.

Une attention particulière est portée aux personnes précarisées, sans domicile fixe, qui arrivent dans un grand dénuement. Un vestiaire est disponible et des « kits hygiènes » – savon, shampoing, brosse à dents, dentifrice et produits d'hygiène féminins – sont distribués aux patients démunis. Un lien est établi avec l'assistante sociale, qui recherche alors la possibilité de renouer des liens familiaux.

6.3 LES BIENS DU PATIENT SONT PROTEGES

Un inventaire des affaires est fait en présence de la personne. Il donne lieu à un relevé contradictoire signé des deux parties.

Les objets pouvant présenter un risque – couteaux, flacons de verre, aérosols, cartouches de cigarettes – sont placés dans un casier dont le numéro correspond à celui de la chambre. Les casiers sont installés dans un local fermé à clef.

L'argent ou les bijoux sont mis au coffre dans une enveloppe au nom du patient.

Seul le personnel soignant est habilité à remettre à la personne au cours de son hospitalisation tel ou tel objet suivant les besoins exprimés.

Les chambres ne disposent pas de verrou de confort, ce qui ne permet pas au patient de s'enfermer.

6.4 LES REPAS SONT VARIES

Un petit déjeuner varié est servi en salle à manger de 8h à 8h30.

Le déjeuner est servi à 12h et le dîner à 18h30. Ils sont également pris dans la salle à manger, sauf quand le médecin préconise que le patient mange dans sa chambre.

Une collation est proposée à 16 h ; elle est ouverte aux visiteurs, qui peuvent partager gâteaux et friandises avec les patients présents.

Chaque unité dispose d'une salle à manger de taille moyenne et bien éclairée. Le placement à table est libre. L'établissement bénéficie d'une cuisine sur place avec son propre personnel.

Une enquête qualité réalisée en 2017 montre que la variété des repas est appréciée par 95 % des patients sondés et que la qualité des repas recueille 65 % de suffrages positifs.

6.5 LES ACTIVITES SONT VARIEES MAIS POURRAIENT ETRE OPTIMISEES

Tous les patients, quel que soit leur statut, peuvent participer aux activités internes à l'établissement. Des activités et des ateliers divers sont proposés : ping-pong, travail des émaux, travail manuel, atelier gymnastique, relaxation, salon esthétique. Chaque unité dispose de locaux pour mener à bien ces activités. L'US2 est équipée d'un salon de coiffure et d'esthétique qui sert à l'ensemble des patients de l'établissement ; elle est également dotée d'une bibliothèque en libre accès pour ses patients.

Des activités extérieures sont proposées aux patients. Ceux qui sont en SSC n'en bénéficient qu'après l'autorisation du médecin. Les principales activités sont la médiathèque, le centre d'art contemporain, des visites culturelles, le marché d'Altkirch. L'équithérapie et la cynothérapie sont également proposées.

L'activité piscine rencontre quelques difficultés liées au coût d'entrée. La piscine municipale de la commune d'Altkirch, très bon marché – 1 euro l'entrée –, ne fonctionne que l'été car elle est découverte. La piscine couverte la plus proche est beaucoup plus chère et aucun tarif de groupe n'a pu être négocié ; cette activité est donc suspendue.

Une équipe d'animation, initialement composée de quatre personnes, est désormais réduite à deux : une aide médico-psychologique (AMP) et une personne disposant d'un diplôme de moniteur-éducateur. Les infirmiers encadrent ces activités. Les activités réalisées sont inscrites dans le dossier médical des patients. Une attention est portée aux personnes qui s'isolent et le personnel va à leur rencontre afin de les stimuler. Le personnel souhaite que les médecins de l'établissement incitent davantage les patients à pratiquer les activités proposées. La personne titulaire de la qualification d'AMP n'a pas la possibilité seule de sortir avec les patients. Cela oblige un personnel infirmier à l'accompagner. Cela peut être un frein à la possibilité de sortir quand les effectifs infirmiers sont réduits pour cause d'absence pour maladie ou formation. Il existe un planning hebdomadaire collectif des activités mais il n'existe pas de planning individualisé permettant de suivre l'activité de chaque patient.

RECO PRISE EN COMPTE 12

Un planning individualisé pour suivre l'activité de chaque patient permettrait une meilleure prise en charge thérapeutique.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement déclare :

« Un projet d'équipe dédiée à l'animation est en cours. De ce fait, elle répondra à une prescription médicale et se déclinera en plusieurs items. Ces activités seront rendues obligatoires pour le patient. En parallèle, les équipes soignantes proposeront des activités thérapeutiques en lien avec la prescription médicale mais au libre choix du patient. A terme, l'objectif est de proposer un planning individuel et hebdomadaire à chaque patient. Ce projet s'inscrit dans la réorganisation du service ouvert et fermé. Il répond à part entière au "projet thérapeutique" du patient. Un suivi des activités thérapeutiques par patient est rempli et consultable par l'ensemble des professionnels de santé sur DPI (CORTEXTE). Selon le référentiel professionnel du diplôme d'état d'AMP, "le rôle de l'AMP se situe à la frontière de l'éducatif et des soins. Il prend soin des personnes par une aide de proximité permanente durant leur vie quotidienne, en les accompagnant tant dans les actes essentiels de ce quotidien que dans les activités de vie sociale et de loisir". Dans notre établissement, l'AMP reste sous la responsabilité de l'infirmière. Echéance : janvier 2020 ».

6.6 LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

La question de la vie sexuelle des patients n'a pas donné lieu à une réflexion collective. Elle n'a pas été examinée par le comité d'éthique ; aucun protocole particulier n'a été mis en place. Il n'est pas mis de préservatifs à la disposition des patients.

Lors de l'entretien d'admission, le psychiatre évoque le sujet avec le patient arrivant ; au besoin, il propose la mise en place d'un moyen contraceptif. Si le patient semble présenter une vulnérabilité nécessitant de le protéger, il lui est proposé de le placer dans l'unité fermée.

Selon les déclarations faites aux contrôleurs, il n'a jamais été constaté de problème particulier sur ce sujet ; cela s'expliquerait par le fait que les durées d'hospitalisation sont relativement courtes.

RECO PRISE EN COMPTE 13

L'établissement doit conduire une réflexion institutionnelle sur la question de la vie sexuelle des patients.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement déclare :

« Sujet confié à la cellule Ethique du pôle Sud Alsace. Réflexion sur l'élaboration d'une charte. Mise à disposition de préservatifs dans les salles de soins. Etude pour l'implantation d'un distributeur de préservatifs (lieu discret). Interventions régulières (trois fois par an) de l'association SOS hépatites depuis début 2019.

Echéance : 4^{ème} trimestre 2019 ».

7. LES SOINS

7.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT INDIVIDUALISES

7.1.1 Les soins proprement dit

Les quatre médecins psychiatres en charge des deux unités d'hospitalisation sont présents tous les jours du lundi au vendredi. Ils se réunissent tous les lundis matin. Le projet d'établissement, en cours de révision, prévoit la désignation d'un médecin référent pour chaque unité d'hospitalisation. Un médecin d'astreinte est désigné pour une durée de 24 heures.

Chaque patient bénéficie d'un projet de soins individualisé qui lui est présenté lors des premiers entretiens avec son médecin référent.

Selon les cas et les médecins, deux types de psychothérapie sont appliqués : cognitivo-comportementale ou d'inspiration psychanalytique. La sismothérapie peut être pratiquée avec l'accord du patient, qui ne peut être qu'en soins libres, auquel cas il est conduit au centre hospitalier de Strasbourg (Bas-Rhin). Cela reste exceptionnel.

La « réunion clinique », qui se tient dans chaque unité une fois par semaine, est l'occasion d'évoquer les projets de soins de chaque patient et de les réviser si nécessaire.

Le consentement du patient est recherché mais n'est pas formalisé par un protocole ; le médecin note sur le dossier du patient si celui-ci a formulé des observations et, éventuellement, s'il n'est pas en état d'en formuler. En cas d'opposition ferme à tout traitement de la part d'un patient en SSC, il peut être décidé, en dernier recours, de pratiquer une injection, au besoin en mettant le patient sous contention ; « *cela arrive environ une ou deux fois par an* ».

Il n'existe pas de « période de soins et d'observations » protocolisée. Cette phase initiale de la prise en charge d'un nouveau patient ne donne lieu à aucune mesure systématique telle que le placement en chambre d'isolement, l'obligation de porter un pyjama ou l'interdiction de contacter un proche ou de sortir.

Dès son admission, le patient se voit désigner deux infirmiers référents.

Il a été déclaré aux contrôleurs que chaque patient rencontrait son médecin référent au moins deux fois par semaine ; certains médecins conduisent les entretiens en présence d'un ou deux infirmiers, si possible référents du patient, sous réserve de l'accord du patient.

A l'occasion de l'entretien d'admission, l'infirmier informe le patient de la possibilité de rencontrer une psychologue ou une assistante sociale ; ces entretiens ne sont pas systématiques mais ils peuvent être proposés par le médecin dans le cadre du projet de soins. Les psychologues sont très présentes dans les unités ; lors de leurs passages, elles échangent avec les patients pour se faire connaître. Elles participent aux réunions cliniques, de même que les assistantes sociales. Il a été déclaré aux contrôleurs que près de la moitié des patients rencontraient une psychologue. Certains médecins s'attachent à associer systématiquement les familles à la prise en charge des patients, sous réserve de l'accord de ces derniers. Ils les invitent à un entretien dès l'admission du patient puis les tiennent informées des évolutions.

Il n'est pas organisé de « visite de pairs » – un ancien patient qui viendrait dans l'unité pour échanger avec les patients hospitalisés.

Les « patients inadéquats » sont peu nombreux ; ils rencontrent leur médecin référent une à deux fois par mois. Au moment de la visite du CGLPL, ils étaient quatre – dont deux atteints de la maladie de Korsakoff et un autiste –, tous inscrits sur des listes d'attente de structures

spécialisées – unité de vie protégée (UVP), foyer d'accueil spécialisé (FAS). Un « patient chronique », schizophrène en SSC, était dans l'unité ouverte depuis plusieurs années et refusait d'aller en FAS.

7.1.2 Les sorties de courte durée

Selon les informations recueillies, confirmées par l'examen du registre de la loi et de dossiers administratifs de patients, il ressort que :

- la prise en charge du patient est orientée, dès que son état est stabilisé, vers sa réinsertion sociale ;
- les sorties hors l'enceinte de l'établissement sont majoritairement accompagnées par un ou deux soignants et d'une durée de moins de 12 heures, pour maintien des liens familiaux, retour ponctuel à domicile, démarches extérieures, sortie en ville, participation à des activités extérieures culturelles ou sportives ; les sorties non accompagnées de moins de 48 heures restent très marginales ; globalement, les autorisations de sortie sont très nombreuses ;
- une vigilance particulière est apportée aux demandes d'autorisation des patients en SPDRE, notamment quant au contenu du certificat médical – motifs justifiant la sortie et les modalités de sa mise en œuvre et au délai de transmission à l'ARS –, dans la mesure où le préfet peut opposer un refus, ce qui s'avère être assez rare.

Ces permissions, renseignées dans le dossier informatisé de chaque patient, ne sont pas répertoriées par l'assistante de direction ou les secrétaires médicales. Leur chiffre exact sur une année n'a pu d'avantage être obtenu auprès du département de l'information médicale (DIM).

7.1.3 Les programmes de soins

Les programmes de soins sont toujours établis dans le cadre d'un changement de forme de prise en charge du patient, c'est-à-dire après un temps d'hospitalisation complète.

Au moment de la visite du CGLPL, sept patients en soins sans consentement – deux en SPDDE et cinq en SPDRE – étaient en programme de soins, la plus ancienne mesure de SSC datant d'octobre 2015 pour les SPDDE et de décembre 2015 pour les SPDRE. Le programme de soins le plus récent, en date du 5 janvier 2019, concernait un patient en SPDRE sur « décision judiciaire » admis en hospitalisation complète le 17 octobre 2018, passé en programme de soins le 19 novembre mais réintégré le 27 décembre et dont la mesure d'hospitalisation complète avait été levée, avec effet différé de 24 heures, par le JLD le 4 janvier 2019.

Les programmes de soins sont axés sur une prise en charge à domicile avec suivi régulier en CMP ou hospitalisation de jour. Pour quatre patients – un en SPDT et trois en SPDRE –, les programmes de soins prévoient la possibilité « d'hospitalisation complète à l'initiative du patient » outre pour un d'entre eux une hospitalisation séquentielle d'une semaine par mois. Si de telles dispositions respectent à la lettre les termes du code de la santé publique²¹, force est de constater que l'usage qui en est fait par les médecins psychiatres de l'établissement – fréquent et sans précision de durée – est de nature à contrevenir à l'esprit de la loi, comme à la finalité et l'objet même d'un programme de soins. En effet, au cours de la semaine de contrôle, un patient en programme de soins était hospitalisé à temps plein, en unité fermée et donc sans autorisation de sortir ; de même un patient ré-hospitalisé chaque mois depuis mai 2018 dans le cadre d'un programme de soins a été contraint de demander une autorisation de sortie de quelques heures pour se rendre

²¹ Articles L.3211 et R.3211.1

à une convocation au tribunal ; en outre, un patient ayant intégré librement le CM dans le cadre de son programme de soins pour un sevrage alcoolique, est resté hospitalisé trois semaines – du 20 octobre au 23 novembre 2018 – à l'US1, période pendant laquelle lui ont été accordées huit autorisations de sortie de trois à quatre heures pour des promenades ou activités à l'extérieur. Outre que cette dernière situation, laquelle échappe au contrôle du JLD en l'absence de réintégration, excède par sa durée le temps d'hospitalisation séquentiel admis dans le cadre d'un programme de soins, elle impose au patient, comme pour les deux premiers cas évoqués, une perte de liberté alors qu'aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous la forme d'un programme de soins²².

Pour le dernier cas du patient en SPDRE mentionné *supra*, le préfet, saisi en juin 2017 d'une demande de changement de forme de prise en charge, avait sollicité un second avis médical avant de se prononcer favorablement pour un passage en programme de soins ; lors du nouveau programme de soins proposé le 23 février 2018 après réintégration intervenue le 23 janvier, le préfet n'a pas formulé d'opposition. Malgré la prise en charge sous forme de programme de soins, les différentes demandes de sorties de courtes durées présentées au cours du mois de novembre n'ont généré de remarque ni de l'ARS ni du préfet.

7.1.4 La levée de la mesure de soins sans consentement

Pour les patients admis en SPDRE, la levée de la mesure s'accompagne dans la plupart du temps d'une poursuite de l'hospitalisation en soins libres. En 2018, treize patients ont bénéficié d'une sortie définitive, avec le plus souvent retour dans la famille.

La mainlevée de la mesure des patients admis en SPDRE, qui nécessite un arrêté du préfet pris au vu du certificat médical attestant de l'inutilité de la poursuivre, se caractérise majoritairement par une modification de la forme de prise en charge, avec levée de l'hospitalisation complète mais maintien de la mesure de SSC dans le cadre d'un programme de soins. Quand le préfet n'est pas convaincu par le certificat médical, il demande au directeur de faire procéder à un second examen médical – un cas en 2017 et un autre en 2018 – ; dans ces deux cas, le second avis s'est révélé conforme au premier certificat et le préfet a ordonné la levée de la mesure conformément à la proposition figurant dans le premier certificat, sans recourir à la saisine du JLD.

Dans tous les cas, la levée de l'hospitalisation complète ou de la mesure de SSC est préparée avec l'assistante sociale, le tuteur, la famille et est si besoin travaillée en articulation avec l'extra hospitalier et les différentes structures et institutions extérieures.

L'examen des différents programmes de soins démontre que le préfet demande parfois un second avis médical avant un changement de forme de prise en charge, deuxième avis qui est toujours suivi lorsqu'il confirme le premier certificat médical. Il n'y a jamais eu recours à la saisine du JLD.

7.2 LES SOINS SOMATIQUES BENEFICIENT DE LA PROXIMITE DE CENTRES HOSPITALIERS

Les soins courants sont réalisés par le médecin généraliste qui intervient tous les jours, et fait les bilans médicaux d'accueil.

Les examens complémentaires sont réalisés, selon le cas, au centre hospitalier Saint-Morand, situé à Altkirch, à 10 minutes en voiture, ou à l'hôpital de Mulhouse, à une demi-heure de route. Les examens biologiques sont envoyés, au besoin par taxi, au pôle sanitaire privé mulhousien du

²² Article L3211-2-1 III du CSP

diaconat, qui renvoie les résultats dans la journée par fax ou par informatique cryptée. Ces établissements entretiennent de bonnes relations avec le CM et les urgences sont traitées correctement.

En cas de besoin, le patient est conduit aux urgences du centre hospitalier Saint-Morand.

Il n'est pas organisé d'éducation à la santé.

Le règlement intérieur prévoit la liste des produits interdits dont l'alcool et la drogue. Une association intervient dans l'établissement. Des rendez-vous individuels sont proposés à la demande.

Il n'est pas prévu de prise en charge des addictions. Il n'y a pas de véritable contrat passé avec le patient pour lui permettre de quitter des pratiques à risque pour sa santé.

8. LE RESPECT DE L'INTEGRITE DES PERSONNES

8.1 LES ADMISSIONS SONT GENERALEMENT PREPAREES MAIS, LORSQU'ELLES NE LE SONT PAS, LA GENDARMERIE OUTREPASSE PARFOIS SON ROLE

Deux modes d'admission sont décrits :

- de façon programmée ou directe, le patient étant adressé par son médecin généraliste ou par son psychiatre, hospitalier ou libéral ; dans ce cadre, les visites à domicile (VAD) effectuées par une équipe d'infirmières du CM jouent un rôle dans la préparation de l'hospitalisation ;
- par le biais d'un service hospitalier d'urgence.

Dans ce dernier cas, trois provenances sont identifiées :

- interne au CM par son accueil infirmier aux jours et heures ouvrables, qui permet une évaluation infirmière puis médicale avant hospitalisation ;
- le CH Saint-Morand à Altkirch, considéré par la population du secteur comme la structure de référence en cas de besoin nouveau et urgent ;
- le GHRMSA à Mulhouse, par son service des urgences mais aussi, depuis septembre 2018, par son service d'accueil spécialisé en psychiatrie CESAME²³ ouvert 24h sur 24h.

Il a été dit de ce dernier mode d'admission qu'il améliorerait l'heure d'arrivée des patients au CM, jugée moins tardive.

Les admissions de nuit proviennent des services d'urgence d'Altkirch et Mulhouse.

Le CM et le CH Saint-Morand ne disposant pas de leurs propres véhicules sanitaires, il est fait appel à des ambulances privées.

Il a été rapporté aux contrôleurs qu'une escorte était assurée par la gendarmerie d'Altkirch pour les patients qui arrivaient la nuit dès lors qu'ils étaient agités. Il s'avère que les gendarmes, quand ils ont pris en charge une situation au domicile ou sur la voie publique, sont amenés à sécuriser la prise en charge aux urgences hospitalières de Saint-Morand ; une fois la décision d'hospitalisation au CM Le Roggenberg prise, leur souci de ne pas attendre l'arrivée de l'ambulance – qui peut prendre plusieurs heures – et de se libérer les amène à procéder eux-mêmes au transport jusqu'à l'admission. Cela reste exceptionnel. Si cela est de nature à accélérer la prise en charge médicale, prioritaire, ce n'est une modalité de transport conforme ni aux textes ni à la nécessité de médicaliser le transfert.

²³ Depuis la mi-septembre 2018, les personnes en souffrance psychique peuvent se présenter au centre de santé mentale (CESAME). Pour éviter les entrées dans le système de soin *via* les urgences psychiatriques et l'hospitalisation complète, et pour octroyer aux médecins généralistes un lieu d'adressage dédié, le GH de la région de Mulhouse et Sud-Alsace a créé avec le CHS de Rouffach un dispositif interpolaire consistant en une permanence d'accueil infirmier 24h/24 et 7j/7, sur place et par téléphone, avec des consultations médicales non programmées cinq jours sur sept. Il peut accueillir sur une courte durée (moins de 24h) des patients en recherche d'écoute et d'apaisement et prendre en charge des patients en situation de crise (sous forme d'une hospitalisation inférieure à 72h), en vue de diminuer les hospitalisations inadaptées ou inadéquates dans les services de psychiatrie. Il complète particulièrement l'offre spécialisée la nuit et les fins de semaine.

RECO PRISE EN COMPTE 14

Les patients qui doivent être conduits au CM Le Roggenberg, à la suite d'une admission initiée aux urgences d'un centre hospitalier sécurisée par la gendarmerie, doivent être transportés dans un délai bref en véhicule sanitaire.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement déclare :

« Initiative à la seule responsabilité des adresseurs. Rapprochement avec les services d'urgence (PSY) de Mulhouse pour l'élaboration d'une convention.

Echéance : 4^{ème} trimestre (pour la convention) ».

8.2 L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION S'EFFECTUENT EN CHEMISE D'HOPITAL, SANS POSSIBILITE D'APPEL AU PERSONNEL EN CAS D'URGENCE ET LE REGISTRE N'EST PAS EXPLOITE

8.2.1 Les chambres d'isolement

Les trois chambres d'isolement ont été réaménagées en 2006, comme l'ensemble des locaux. Elles sont bien entretenues, s'agissant de leur équipement comme de leur état de propreté, sauf à mentionner les dégradations effectuées récemment par un patient aux peintures d'une des chambres.

Globalement aménagées de la même façon, elles ont toutes une belle vue sur le parc à l'arrière de l'établissement. Les contrôleurs ont relevé :

- dans le couloir accessible à tous les patients, la porte, pleine, est banalisée, sans indication autre que le numéro de la chambre ;
- elles sont mitoyennes du bureau de soins infirmiers, dans lequel une vitre carrée de 38 cm de côté, équipée d'un store occultant roulant, facilite la surveillance directe par le personnel ;
- un sas comporte un placard fermé à clé servant à entreposer notamment le matériel de contention, trois vitres carrées de 38 cm de côté – une perçant la porte, deux perçant les murs pour voir l'une le lit et l'autre la salle d'eau, privant le patient de toute intimité –, deux patères pour les effets personnels des patients ;
- la chambre est carrelée au sol, peinte en couleur claire sur les murs, équipée d'un lit métallique scellé au centre de la pièce et équipé d'un matelas en mousse recouvert de plastique, les contrôleurs ayant relevé positivement l'usage d'un drap housse, qui glisse moins qu'un drap plat sur le plastique ;
- une salle d'eau ouverte sur la chambre, librement accessible au patient, comportant une cuvette de WC en inox avec chasse d'eau actionnable par le patient, un lavabo, un pommeau de douche et un bouton poussoir pour l'eau, réglable en température, fixés dans le mur et formant une douche à l'italienne sans rideau ; l'ensemble est carrelé en couleur ;
- la lumière naturelle est largement diffusée par une baie à double vitrage, complétée d'un volet roulant qui peut être actionné depuis le sas, et dans deux chambres sur trois par une autre large fenêtre donnant dans la salle d'eau et dont les vitres sont opaques pour protéger l'intimité du patient de vues extérieures ; les fenêtres, sans barreau, ne sont pas ouvrantes ;
- la lumière artificielle provient d'un plafonnier, l'interrupteur se trouve dans le sas ;
- la température de l'air est régulée, comme ailleurs dans le CM, par un système d'air pulsé qui peut être réglé dans le sas ;

- une horloge à aiguilles est disposée contre la vitre à côté de la porte de la chambre ; elle comporte un encadré digital donnant la date, qui ne fonctionnait pas dans la chambre n°101 lors de la visite.

La semaine de la visite, tous les lits étaient équipés du matériel de contention, partant du principe que « *il est plus facile de l'enlever que de le mettre quand on en a besoin* ».

Un oreiller était sur le lit dans deux chambres sur trois.

Les repas se prennent sur une table de lit roulante réglable en hauteur, remise dans le sas. Les couverts sont en plastique et la nourriture présentée dans des barquettes également en plastique.

Aucune vidéosurveillance n'équipe ces espaces, soumis à une surveillance visuelle directe non permanente du personnel. Il s'agit d'un choix fait par les équipes lors de l'aménagement des chambres.

Aucun bouton d'appel ou interphone n'est mis à la disposition des patients dans les chambres, ni par un équipement mural, ni par un équipement mobile. La proximité du bureau de soins infirmiers ne suffit pas à compenser cette absence, notamment quand le patient est contentonné.

Ces chambres ne sont complétées par aucun espace extérieur, réservé ou non, qui permettrait aux patients d'accéder à l'air libre et éventuellement de fumer. Cette faculté n'existe pas, pendant tout le placement à l'isolement ; des substituts nicotiniques sont, le cas échéant, prescrits.



Lit de la chambre d'isolement n°100



Salle d'eau et horloge de la chambre d'isolement n°101





La chambre d'isolement n°101

RECO PRISE EN COMPTE 15

Les patients en chambre d'isolement doivent pouvoir signaler une urgence au personnel soignant à l'aide d'un système d'appel accessible en permanence.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement déclare :

« La surveillance du patient placé en isolement devient efficace dans la mesure où l'oculus de chaque isolement donne directement sur la salle de soins infirmière. De ce fait, la surveillance est quasi permanente. De plus, les soignants se rendent au chevet du patient mis en isolement selon la procédure en vigueur. Cette surveillance est tracée dans CORTEXTE. Une étude de faisabilité est en cours concernant la mise en place d'un interphone qui serait disposé dans la chambre d'isolement et relié directement aux soignants.

Echéance : immédiate ».

8.2.2 Le recours à l'isolement et à la contention

Les dispositions du code de la santé publique, selon lesquelles « l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours »²⁴, sont rappelées dans le protocole référencé 14-PEC01-PT001 relatif aux « méthode et recommandations pour les mesures d'isolement et de contention » rédigé initialement en avril 2012, actualisé en novembre 2017, signé conjointement par le directeur du CM, le médecin-chef, la gestionnaire qualité et risques du PSA.

La contention est appliquée en lien avec l'isolement, uniquement dans les chambres d'isolement, conformément à ce que le protocole précité indique. Elle peut s'appliquer à un à quatre

²⁴ Article L3222-5-1

membres ; la décision médicale le précise. L'utilisation de barrières de lit et de « sécuri-draps » peut aussi être décidée.

L'isolement séquentiel n'est jamais appliqué, la mesure étant totale ou n'étant pas, dans le souci, partagé par tous, de ne pas la faire durer.

A l'unanimité des professionnels, il a été indiqué que l'isolement ou la contention n'étaient jamais anticipés par une décision « *si besoin* », malgré la persistance de cette possibilité dans le logiciel informatique *Cortexte*. L'obligation de disponibilité du médecin de garde rend aisé de ne pas y recourir : lors de la visite de nuit, les contrôleurs ont croisé ce dernier, appelé par les soignants qui envisageaient un isolement à la suite de leur propre évaluation d'un risque suicidaire déjà qualifié en niveau moyen devenant plus aigu, venu sur le champ évaluer le besoin²⁵.

Les indications médicales qui peuvent conduire à une mesure d'isolement résultent de considérations cliniques. Elles sont présentées différemment selon les médecins interrogés – trois sur quatre – : « *en cas d'agitation, externe ou interne* », « *en cas de risque suicidaire après évaluation* », « *en cas d'admission accompagnée d'informations préoccupantes du service des urgences avec mise en place d'une sédation dans ce service en vue du transport* », dans des cas très restrictifs selon le dernier médecin interrogé qui, de nationalité allemande, se réfère aux principes en vigueur dans son pays d'origine en plus de la réglementation française.

Des considérations sécuritaires peuvent encore conduire à une mesure d'isolement : c'est le cas systématiquement pour les personnes détenues pendant au moins le temps de l'évaluation clinique²⁶. Les chambres d'isolement sont d'ailleurs encore dénommées « chambres sécurisées » par certains interlocuteurs. Cela doit cesser.

A ces cas s'ajoutent des situations de patients chroniques qui se dirigent d'eux-mêmes vers la chambre d'isolement comme un lieu d'apaisement après avoir montré pendant plusieurs heures voire plusieurs jours des signes d'agitation hétéro-agressive. Les médecins et les infirmiers affirment ne pas faciliter ce repli et le faire précéder de mesures de désescalade dont ils ont l'habitude avec eux. Une telle situation d'isolement était en cours au début de la visite des contrôleurs, initiée le 7 janvier 2019 et terminée le surlendemain, concernant une personne en SSC.

De telles initiatives de la part de certains patients révèlent le besoin de pouvoir disposer d'une chambre d'apaisement, type de chambre inexistante dans les unités d'hospitalisation du CM.

RECO PRISE EN COMPTE 16

L'aménagement d'une chambre d'apaisement pourrait être envisagé.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement déclare :

« *Suite à la visite des experts, un groupe de travail a vu le jour. Il étudie la faisabilité d'une chambre d'apaisement en premier lieu au service fermé. Ce projet serait dans un second temps transposable en unité ouverte. L'objectif de la chambre d'apaisement est avant tout un outil pour les équipes soignantes et les usagers en vue d'éviter la mise en chambre sécurisée qui serait un*

²⁵ Le patient a été laissé dans sa chambre, sans mesure restrictive de liberté particulière, à la suite de l'entretien médical.

²⁶ Cf. *infra* chap. 9.1

danger pour lui-même ou pour les autres. L'ensemble des soignants sont engagés dans cette démarche. Actuellement, nous projetons en avance de phase de visiter une chambre d'apaisement au GHRMSA ainsi qu'un espace SNOEZELEN.

Echéance : en cours ».

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'un patient qui arrivait, sédaté, des urgences de l'hôpital était systématiquement placé en chambre d'isolement jusqu'à ce qu'il reprenne ses esprits : « *on ne sait pas comment il va réagir à son réveil* ».

La sédation n'est pas systématique. Elle est prioritairement administrée par la voie orale. Les injections sont rapportées, par tous les interlocuteurs, comme très rares.

Selon la procédure en vigueur, le port du pyjama doit accompagner tout placement en chambre d'isolement. Il s'agit d'une « chemise d'hôpital » qui se ferme dans le dos. Les contrôleurs ont fait part de leur étonnement devant cette pratique inhabituelle, difficilement justifiable et peu conforme au respect de la dignité. Le personnel, interrogé sur les raisons qui motivent le choix de la chemise d'hôpital, n'a pu que rapporter le fait sans en connaître les raisons.

Des témoignages montrent à l'inverse que certains patients sont laissés dans la tenue qu'ils avaient au moment de pénétrer dans la chambre, le fait de revêtir une autre tenue étant considéré comme une perturbation du patient.

RECOMMANDATION 3

Le port de vêtements personnels pendant la période d'isolement doit être la règle normale. Le port systématique d'une chemise d'hôpital doit être remplacé par le port éventuel d'un pyjama, dûment motivé par les besoins de la personne et dans le seul souci de préserver son intégrité physique.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement déclare :

« Suite à la visite des experts, la décision est prise d'acheter des pyjamas conformes, à usage unique pour le patient en chambre d'isolement dans le souci de préserver son intimité physique. Echéance : réalisé ».

Eu égard au taux d'occupation des unités, la chambre du patient est généralement conservée pendant son séjour en chambre d'isolement.

Lorsqu'un patient en soins libres est mis en chambre d'isolement pendant plus de douze heures, selon le protocole 14-PEC01-PT001 précédemment cité, le changement de statut juridique des soins doit être opéré.

Les données recueillies dans le registre, sous réserve de leur fiabilité (cf. *infra*), démontrent pourtant en 2017 et 2018 que :

- vingt-neuf patients en soins libres ont subi cinquante et une mesures d'isolement pendant des durées allant de 30 minutes à 25 heures et 50 minutes ;
- seize patients en soins libres ont subi trente mesures d'isolement pendant des durées supérieures à douze heures (jusqu'à 25 heures et 50 minutes).

RECOMMANDATION 4

Lorsqu'un patient en soins libres est soumis à une mesure d'isolement, mesure particulièrement restrictive de liberté, le statut juridique des soins doit être modifié en soins sans consentement dans un bref délai.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement déclare :

« Le recours à des mesures d'isolement pour des patients en soins libres est du ressort de situations exceptionnelles et implique :

* L'essai de recours à d'autres stratégies de soins en recherchant une alliance thérapeutique avec le patient : temps d'échanges soignants et médecins, adaptation du traitement, orientation dans la nouvelle unité de soins sécurisée avec à terme mise en œuvre d'une chambre d'apaisement (groupe de travail en cours sur le sujet)

* Une durée courte – la notion de bref délai étant soumise à débat versus quelle durée ? – attendue et maximale de 24h sinon l'on bascule dans une programmation de SSC avec une zone de fragilité qui est de transformer des soins libres en soins sous contrainte pour un patient sans tiers car nous rentrerions alors dans le cadre SPI imposant un médecin certificateur extérieur à l'établissement

* Il faut également rappeler d'autres situations où c'est le patient qui demande à aller en chambre d'isolement perçue alors comme lieu sécurisant ne pouvant rentrer alors dans le cadre sus-cité sachant que l'accès à venir à l'ouverture d'un lieu d'apaisement (cf. supra) pourrait pallier le recours à ladite chambre d'isolement.

Echéance : 4^{ème} trimestre 2019 ».

La surveillance médicale est réelle : le patient est vu deux fois par jour, y compris les fins de semaine. Un examen somatique est réalisé dans les 24 heures. La surveillance infirmière a lieu *a minima* toutes les deux heures.

8.2.3 Le registre d'isolement et de contention

Ce registre a été créé en 2016, dès l'entrée en vigueur des dispositions prévues au CSP²⁷, par une extraction des données renseignées dans le logiciel *Cortexte* lors d'un placement en chambre d'isolement ou sous contention. Des notes de service ont été diffusées en vue d'une meilleure inscription des données par le personnel afin de les rendre plus fiables pour constituer un véritable registre. Les données de 2016 ne sont pas fiables. Les données concernant la surveillance ne sont toujours pas exploitables car elles ne correspondent pas à l'heure exacte où s'est réalisée la tâche.

Le DIM entretient des contacts avec les gestionnaires du logiciel *Cortexte* pour faire évoluer le logiciel mais il n'avait encore jamais été sollicité pour transmettre les données du registre et encore moins pour les exploiter en vue d'une analyse. Les données retracent : identifiant permanent du patient (IPP), le contenu de la mesure – isolement, contention, avec des subdivisions –, les identités des psychiatres décideurs de la mesure et de son arrêt, la date et l'heure de début de la mesure, la date et l'heure de fin de la mesure, la durée de la mesure, l'identité du soignant en charge de la surveillance, la nature juridique du soin.

²⁷ article L3222-5-1

Le DIM a tenté en quelques heures d'extraire les données utiles à une analyse des durées des mesures, des décideurs, de la fréquence des mesures par patient, etc. Des incohérences apparaissent, l'exploitation des données disponibles nécessitant plus de temps de travail.

Les contrôleurs eux-mêmes identifient des incohérences : une mesure est ainsi censée avoir duré 34 heures seulement du 10 au 24 février 2017 ; la mesure d'isolement la plus longue aurait duré en apparence 72 heures du 21 au 24 mars 2017 alors qu'une lecture plus attentive des données permet de détecter sept mesures d'isolement pour le même patient en mars 2017 dont l'une a duré plus de 6 jours et une autre plus de 5 jours.

RECO PRISE EN COMPTE 17

Le registre d'isolement et de contention doit être rendu fiable.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement déclare :

« *Le médecin DIM a extrait les dernières données du registre le 18/6 et rencontré les médecins prescripteurs sur le sujet. Clairement a été identifiée une problématique car les durées rapportées ne pouvaient correspondre aux pratiques en place et la traçabilité ad hoc dans l'outil informatique Cortexte (DPA). En fait il y avait un bug dans le calcul de la durée horaire lors de la bascule à minuit d'un jour à l'autre avec rajout d'heures faussant à la hausse les résultats : nouvelle base correcte le 10 juillet correspondant à la réalité des temps et (ré)évaluations et validée par le corps médical et le médecin lors d'une nouvelle rencontre dédiée ce même jour. [...] Sur le sujet notamment sont actées institutionnellement des rencontres régulières (mensuelles) médecins/médecin DIM concernant le DPA, les indicateurs, le registre de libertés ... et en corollaire analyser et améliorer les pratiques si distorsion et/ou discordance. Les réunions cliniques pluridisciplinaires, les REMED (réunions médecins/directeur), le cellule éthique polaire sont également des lieux d'échanges, de partage, de réflexion voire de questionnement autour des problématiques de restriction de liberté dont l'usage de l'isolement et/ou la contention. Echéance : réalisé, aspect opérationnel ».*

Une exploitation des données en janvier et décembre 2018 fait ressortir :

- en janvier 2018, sept patients différents ont été soumis à un total de onze mesures d'isolement, parmi lesquels un patient y a été soumis quatre fois et un patient deux fois. La mesure la plus longue a duré 65 heures et 48 minutes, soit près de 3 jours, la plus courte 21 heures 53 minutes ;
- en décembre 2018, trois patients différents ont été soumis à un total de sept mesures d'isolement, parmi lesquels un patient y a été soumis quatre fois – le même qu'en janvier – et un patient deux fois. La mesure la plus longue a duré 143 heures et 13 minutes, soit plus de 5 jours, la plus courte 8 heures et 28 minutes.

Il n'existe aucune réflexion sur le recours à l'isolement et la contention : les instances de réflexion, comme le collège médical d'établissement ou le comité d'éthique, ne s'en sont pas saisi.

Aucune évaluation des pratiques professionnelles (EPP) n'est initiée sur ces sujets.

Aucun rapport annuel « *rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre* », tel que prescrit par le législateur, n'a été rédigé.

De fait, aucune politique de réduction du recours à ces mesures n'est initiée.

A la décharge de l'équipe médicale, cette dernière a été dégarnie en 2018. Elle est dorénavant au complet.

RECO PRISE EN COMPTE 18

L'établissement, sur la base d'un registre rendu fiable, doit élaborer un rapport annuel établissant un bilan quantitatif et qualitatif des mesures d'isolement et de contention et présentant les mesures de correction devant être mises en œuvre en vue de leur réduction.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement déclare :

« Le registre est désormais fiable (Cf. recommandation 21) en lien au travail de contrôle – vérification du médecin DIM (et re-paramétrage nécessaire suite découverte bug) sous couvert de la validation des médecins prescripteurs actée le 10 juillet. Il est décidé de faire un rapport annuel "établissant un bilan quantitatif et qualitatif des mesures d'isolement et de contention et présentant les mesures de correction devant être mises en œuvre en vue de leur réduction" qui sera intégré au rapport annuel d'activité de l'UGECAM Alsace. Une réunion de travail sur le sujet aura lieu le 30 juillet entre le médecin DIM et les médecins prescripteurs de mesure de restriction de liberté / isolement et contention pour la mise en œuvre opérationnelle et pratico pratique. A ce jour, il n'y a pas d'anomalie majeure objectivée dans les durées entre chaque réévaluation et il ne peut être réalisé de fait de comparatif (1^{er} "registre " réalisé) par rapport aux années précédentes, ce qui sera réalisé par la suite avec la logique institutionnelle suivant les recommandations en la matière : recourir le moins possible à un tel abord. Echéance : réalisé ».

8.3 LES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX SONT CORRECTEMENT DISTRIBUES

Les médicaments sont livrés chaque jour par la pharmacie du centre hospitalier de Mulhouse. L'établissement détient un stock permettant de pallier des besoins imprévus. Les traitements sont préparés par l'équipe de nuit et contrôlés avant leur délivrance par l'équipe soignante de jour.

Le logiciel du centre médical permet de vérifier la compatibilité des médicaments.

Les médicaments sont délivrés individuellement dans la salle de soins avant chaque repas et le soir avant d'aller se coucher.

Lors de l'entretien qui suit l'admission, le psychiatre référent donne au patient des indications sur son projet de soins et les médicaments qui y sont associés. Selon l'état du patient au moment de son admission, le médecin peut préférer décaler ces explications de quelques jours.

Il n'est pas prévu de séances d'informations sur les pathologies et leurs traitements.

8.4 LES INCIDENTS ET LES VIOLENCES NE SONT PAS EN AUGMENTATION ET FONT L'OBJET LE CAS ECHEANT DU CONCOURS DE LA GENDARMERIE

8.4.1 Le traitement des événements indésirables

Les déclarations d'événements indésirables (EI) sont effectuées sur un outil informatique. Le suivi et le traitement des EI relève du service « qualité et gestion des risques ». Chaque signalement fait l'objet d'une transmission à une personne à qui est attribué le suivi de l'événement, à trois

personnes au maximum pour simple information ainsi qu'une transmission automatique anonymisée au directeur du pôle sud-Alsace PSA.

Le personnel a déclaré soixante-huit EI en 2017 et trente-neuf en 2018. Le nombre élevé en 2017 s'expliquerait par la restructuration du PSA incluant des modifications dans la prestation de restauration. Aucun décès de patient hospitalisé n'a eu lieu.

En 2018, les EI ayant reçu la plus forte cotation de criticité sont relatifs à des fugues, trafics de drogue, bris de vitre suivi de blessure, chutes de patients avec blessure.

Quatorze EI ont eu trait à des violences interpersonnelles en 2017 : huit violences verbales dont une entre patients et six violences physiques de patients sur le personnel. Dans cinq situations de violences physiques, il est mentionné un appel à la gendarmerie²⁸.

Quatre EI ont eu trait à des violences interpersonnelles en 2018 : une violence verbale et trois violences physiques, tous exclusivement de patients à l'encontre de soignants.

Par ailleurs, on relève six signalements de consommation de tabac dans les chambres en 2017 et deux en 2018, complétés par quatre signalements relatifs à de la consommation ou des trafics de drogues et alcool en 2017 et trois en 2018.

Trois cas de fugues de patients en SSC ont été déclarés en 2017 et deux en 2018.

Sur chacune de ces deux années, l'ouverture forcée d'une fenêtre de chambre d'isolement puis le bris d'une vitre donnant dans le sas d'une chambre d'isolement ont été signalés.

Les EI sont présentés chaque trimestre à la commission régionale des usagers (CRDU).

Le tableau de suivi ne fait apparaître que des suites administratives internes. Peu de retours sont faits aux déclarants. Aucun comité de retour d'expérience n'a concerné les événements concernant la sécurité des personnes. Il a toutefois été fait état d'une réflexion, il y a plusieurs années, concernant la notion de fugue et ayant conduit à la rédaction d'un protocole distinguant les fugues des patients en SSC et les sorties à l'insu de l'établissement des patients en soins libres.

RECO PRISE EN COMPTE 19

Les événements indésirables les plus récurrents, même s'ils ne sont pas nombreux, mériteraient des discussions au sein de l'établissement afin d'y remédier.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement déclare :

« Les FSEI sont systématiquement revues en réunion des cadres et du médecin, et en CGQR (quatre réunions par an). Ces fiches donnent lieu à un enrichissement du plan d'action qualité. Le cas échéant, ces fiches conduisent à un CREX.

Echéance : permanente ».

8.4.2 La prise en charge de la sécurité

L'hôpital est accessible de jour comme de nuit, aucun portail ne fermant son entrée. Il n'est toutefois pas situé sur une route passante ; seules les personnes qui en ont la volonté parviennent sur le site, ce qui limite les allées et venues intempestives.

La porte d'entrée du bâtiment est fermée la nuit.

²⁸ Cf. *infra* chap. 8.4.2

Quelques intrusions sont rapportées qui relèvent d'anciens patients, en journée. Elles sont parfois en lien avec la vente et la consommation de produits stupéfiants, rapportées notamment par le personnel par le biais des fiches de signalement des EI. S'il s'agit d'un réel problème, il n'est pas fréquent.

Le CM ne dispose pas d'équipe de sécurité. Les soignants sont en possession d'un téléphone équipé d'une protection du travailleur isolé (PTI), qui permet de faire appel aux collègues des autres services – qui sont en nombre très restreint la nuit²⁹. Tous les soignants ne sont pas formés à la gestion des violences.

La gendarmerie, basée à Altkirch, se rend facilement sur place, d'initiative ou lors de ses patrouilles organisées ou sur appel du CM. En 2018, les militaires de la brigade territoriale autonome (BTA) d'Altkirch se sont notamment déplacés en soirée à la suite de deux fugues, en février et en août, et pour prêter concours dans une chambre d'isolement le 10 mai 2018³⁰. Le peloton de surveillance et d'intervention de la gendarmerie (PSIG) de la compagnie d'Altkirch intervient également. Les militaires viennent en principe à deux. La simple vue du gendarme suffit généralement à sécuriser l'intervention des soignants, à ce qui a été indiqué à l'unanimité aux contrôleurs. Toutefois, il est arrivé que les militaires prêtent main-forte plus activement pour permettre la pose des contentions médicales par les soignants. Il n'existe ni convention ni protocole entre les services, ni réquisition des militaires qui prêtent alors main-forte à une décision médicale.

RECOMMANDATION 5

L'intervention de militaires de la gendarmerie dans les chambres d'isolement doit être proscrite.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement déclare :

« Situation extrêmement rare (une fois en 2018) et toujours évaluée préalablement avec un médecin / astreinte administrative. Convention avec la gendarmerie en cours d'élaboration / signature. Formation de nos personnels à la gestion de la violence et de self-défense. Remarque : la féminisation de nos personnels implique pour leur sécurité une intervention potentielle des forces de l'ordre. Echéance : immédiate ».

8.4.3 Le traitement des incidents et des violences

Les patients comme le personnel peuvent déposer plainte auprès de la gendarmerie. Celle-ci est également prête à se déplacer pour recueillir la plainte.

Toutefois, elle n'a pas été saisie pour des faits se déroulant au CM Le Roggenberg.

Il n'existe pas de protocole relatif au dépôt de plainte d'un patient. La notion de « plainte » n'est abordée que dans le cadre des « plaintes et réclamations ».

²⁹ Cf. *supra* chap. 2.3.1

³⁰ Le 10 mai 2018 a correspondu au jeudi de l'Ascension.

8.5 LE COMITE D'ETHIQUE REGIONAL DIFFUSE SON ACTION DANS LES ETABLISSEMENTS PAR LE BIAIS DE REFERENTS, SUR LE THEME DE LA BIENTRAITANCE

Le comité d'éthique, dit « Comité éthique régional », est piloté par l'UGECAM Alsace. Il s'est réuni trois fois en 2017. Les éléments transmis ne permettent pas de connaître les dates de réunion plus récentes.

Il se développe dans les établissements sur le thème de la bientraitance, abordé lors de cellules éthiques et de cafés éthiques, dans lesquels des « référents bientraitance » s'investissent. « *La démarche implique le respect des droits, de la liberté et surtout de la dignité du bénéficiaire* », comme cela est indiqué dans un document de présentation.

Parallèlement, le service de gestion de la qualité et des risques a mené des enquêtes thématiques. En 2017 et 2018, elles ont porté sur les droits des patients et abordaient les questions suivantes : conditions générales du séjour, respect de l'intimité et de la confidentialité, accès à l'information.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LES PERSONNES DETENUES, RARES, N'ACCEDENT PAS A L'ENSEMBLE DE LEURS DROITS

Le CM n'accueille qu'exceptionnellement des personnes détenues : selon les informations recueillies, il s'est agi d'une femme en 2016 et d'un homme en 2018, en provenance de la maison d'arrêt de Mulhouse.

La procédure référencée 14-PEC00-PC006 de janvier 2012 relative à la prise en charge d'un patient détenu en soins sur décision du représentant de l'Etat a été actualisée en 2011 à l'issue d'un groupe de travail. Elle décrit le transfert – qui s'effectue par ambulance, en présence de soignants du CM, « couché et contentionné » – et la prise en charge de ces patients.

Ils sont placés dans l'US1, en chambre d'isolement dès leur admission et *a minima* pour toute la durée de l'évaluation initiale. Le patient est revêtu d'une chemise d'hôpital, dépossédé de tout effet personnel, et soumis, au moins pendant le temps de l'évaluation initiale, à une contention physique « *en lien avec l'effectif soignant réduit* ». Sa surveillance s'effectue selon les obligations du protocole « Isolement et contention »³¹. Une fois l'évaluation effectuée, il peut être envisagé de lever la mesure d'isolement et de circuler librement au sein de l'unité exclusivement.

Il en résulte une impossibilité de fumer pendant tout le séjour³² ; la procédure prévoit une prescription de substitut nicotinique.

L'accès à des activités occupationnelles comme la télévision ou la lecture n'est possible que si la sortie de la chambre d'isolement est accordée, ce qui fait dire que « *la prise en charge est plus dure qu'à la prison* », d'après les propos rapportés tant par le personnel médical que non médical y ayant participé.

La procédure prévoit la possibilité d'envoyer ou de recevoir courrier et colis et d'avoir des visites de personnes extérieures selon les conditions d'autorisation et de durée en vigueur à la maison d'arrêt de Mulhouse : deux fois 45 minutes par semaine. Les visites ne sont toutefois pas possibles pendant le placement en chambre d'isolement. La possibilité de recevoir la visite de son avocat est également inscrite. En revanche, « *le patient détenu ne peut en aucune façon avoir accès à un téléphone pour communiquer avec l'extérieur* ».

RECOMMANDATION 6

Les droits des personnes détenues hospitalisées relatifs au maintien des liens familiaux doivent être respectés : la possibilité de téléphoner doit être donnée conformément à la réglementation en vigueur.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement déclare :

« *Les droits des personnes détenues hospitalisées en psychiatrie sont définis par des textes de loi précisant les détails relatifs à l'utilisation du téléphone et du droit de visite (articles L6141-5 et L3214-1³³). Un patient en provenance de la maison d'arrêt de Mulhouse arrive au CM du Roggenberg en situation de crise. La procédure citée ci-dessous³⁴ est donc mise en application.*

³¹ Cf. *supra* chap. 8.2.2

³² Cf. *supra* chap. 5.2 et 8.2.1

³³ Code de la santé publique

³⁴ Procédure 14-PEC00-PC006

De plus, lors de l'hospitalisation d'un détenu au CM du Roggenberg, sa prise en charge nous renvoie à la fiche de liaison relative à l'hospitalisation d'une personne détenue (document joint à l'hospitalisation par la maison d'arrêt de Mulhouse). Ce document comporte un certain nombre de notions : l'autorisation de sortie, le permis de visite, l'autorisation de communication téléphonique. Ces items sont renseignés par la maison d'arrêt et propres à chaque détenu. Echéance : réalisé ».

Selon les informations recueillies, la personne détenue hospitalisée du 8 au 18 juin 2018 a effectivement été prise en charge en chambre d'isolement avec une contention des quatre membres prescrite une première fois le 8 juin, renouvelée pour trois membres le 9 juin ; la contention a pris fin le 10 juin à 9h, après une durée de près de 37 heures. Il n'a pas été prescrit de sédation en lien avec la mesure d'isolement sous contention. Le 12 juin à midi, l'isolement a été levé et la personne a été placée dans une chambre normale, dont elle a démonté la fenêtre. Elle est revenue en chambre d'isolement le lendemain à la même heure. Elle a eu une prescription de substitut nicotinique sous forme de gommes. Un membre de sa famille s'est rendu deux fois au CM, les 15 et 18 juin, pour apporter des effets personnels. L'assistante sociale est intervenue deux fois pour aider le patient détenu dans des démarches.

BONNE PRATIQUE 2

L'assistante sociale intervient auprès des personnes détenues hospitalisées, y compris pendant leur prise en charge à l'isolement.

Les contrôleurs relèvent également que cette personne, relevant du dixième secteur de psychiatrie du Haut-Rhin, suite à cette première démarche de SSC sous statut de SPDRE initiée pendant une période de détention, a par la suite été prise en charge en soins libres.

9.2 LE CENTRE MEDICAL PEUT ACCUEILLIR DES MINEURS, MAIS LES SOIGNANTS NE SONT PAS FORMES A CETTE PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE

Le centre médical ne dispose pas d'unité de pédopsychiatrie mais peut accueillir des mineurs âgés de plus de 15 ans et 3 mois.

Dans tous les cas les mineurs sont affectés à l'US1 – unité fermée – où ils sont traités comme des majeurs.

Les psychiatres du CM ne sont pas spécialisés en pédopsychiatrie. Les soignants ont indiqué ne pas avoir reçu de formation spécifique à la prise en charge de mineurs.

Deux jeunes filles ont ainsi été admises en 2017 : l'une âgée de 17 ans, vivant chez ses parents et adressée par son médecin traitant, du 13 novembre au 14 décembre ; la seconde, âgée de 15 ans, vivant en famille d'accueil et suivie en hospitalisation de jour, du 2 au 16 février.

Une jeune fille âgée de 17 ans, vivant au domicile familial, a été accueillie à deux reprises en 2018 : une première fois du 26 mars au 11 avril, adressées par les urgences ; une seconde fois du 13 au 20 avril sur présentation spontanée.

10. CONCLUSION

Tout au long de la visite, les contrôleurs ont rencontré des soignants bienveillants, attentionnés, soucieux du respect du patient et conscients de la nécessité d'adopter un comportement apaisant à leur rencontre. Psychologues et assistantes sociales sont impliquées et participent aux réunions de service. Cependant, une meilleure connaissance par le personnel des spécificités des soins sans consentement s'avère nécessaire.

L'établissement a souffert d'un manque d'effectif de psychiatres ; ce point est désormais corrigé, ce qui devrait permettre d'améliorer la prise en charge des patients.

Des soignants ont déclaré aux contrôleurs regretter l'insuffisance de relations avec les médecins ; ils ont parfois le sentiment de ne pas être assez impliqués dans la prise en charge des patients, d'être « de simples exécutants ».

L'équipe médicale, également attentive, a connu peu avant la visite du CGLPL une modification à hauteur de 50 % de sa composition, modification susceptible de faire souffler un vent nouveau que le contenu du présent rapport peut renforcer.

ANNEXE - LISTE DES SIGLES EMPLOYES

AMP	: aide médico-psychologique
ARS	: agence régionale de santé
AS	: aide-soignant
ASH	: agent des services hospitaliers
BTA	: brigade territoriale (gendarmerie)
CATTP	: centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CDSP	: commission départementale des soins psychiatriques
CDU	: commission des usagers (ex-CRUQPC)
CGLPL	: contrôle général des lieux de privation de liberté
CHS	: centre hospitalier spécialisé
CLSM	: conseil local de santé mentale
CME	: commission médicale d'établissement
CM	: centre médical
CMP	: centre médico-psychologique
CPT	: communauté psychiatrique de territoire
CRDU	: commission régionale des usagers
CSP	: code de la santé publique
CTJ	: centre thérapeutique de jour
DAF	: dotation annuelle de fonctionnement
DIM	: département de l'information médicale
DMH	: durée moyenne d'hospitalisation
DPC	: développement professionnel continu
DU	: diplôme universitaire
EHPAD	: établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EI	: événement indésirable
EPP	: évaluation des pratiques professionnelles
ESAT	: établissement et service d'aide par le travail
ESPIC	: établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP	: équivalent temps plein
FAM	: foyer d'accueil médicalisé
FAS	: foyer d'accueil spécialisé
GEM	: groupe d'entraide mutuelle
GHRMSA	: groupe hospitalier de la région de Mulhouse et Sud-Alsace
GHT	: groupement hospitalier de territoire
IDE	: infirmier diplômé d'Etat
IPP	: identifiant permanent du patient

JLD	: juge des libertés et de la détention
MAS	: maison d'accueil spécialisé
PSA	: pôle Sud Alsace
PSIG	: peloton de surveillance et d'intervention de la gendarmerie
PTI	: protection du travailleur isolé
SPDT	: soins psychiatriques à la demande d'un tiers
SPDTU	: soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence
SPDRE	: soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat
SPPI	: soins psychiatriques pour péril imminent
SSC	: soins sans consentement
TGI	: tribunal de grande instance
UGECAM	: union pour la gestion des établissements des caisses de l'assurance maladie
UMESP	: unité mobile d'évaluation et de soins psychiatriques
US	: unité de soins
UVP	: unité de vie protégée
VAD	: visite à domicile

16/18 quai de la Loire
CS 70048
75921 PARIS CEDEX 19
www.cglpl.fr