



---

## **Rapport de visite :**

4 au 14 novembre 2019 – 1<sup>ère</sup> visite

Etablissement public de santé

Alsace-Nord

à Brumath

*(Bas-Rhin)*

## SYNTHESE

Dix contrôleurs ont effectué une visite de l'établissement public de santé Alsace Nord (EPSAN) du 4 au 14 novembre 2019. La visite a été annoncée à la direction la semaine précédente. Le rapport provisoire rédigé à l'issue de cette visite a été envoyé le 1<sup>er</sup> juillet 2020 au directeur de l'EPSAN, au président du tribunal judiciaire de Strasbourg ainsi qu'au procureur de la République près ce tribunal, à la délégation départementale du Bas-Rhin de l'agence régionale de santé du Grand-Est et au préfet du Bas-Rhin. Par courrier du 14 août 2020, le président et le procureur de la République près le tribunal judiciaire de Strasbourg ont fait savoir que le rapport n'appelait aucune observation de leur part ; par lettre du 9 septembre 2020, la déléguée territoriale du Bas-Rhin a indiqué prendre note des points d'amélioration relevés par le rapport. Les précisions et observations présentées par le directeur de l'EPSAN dans sa réponse du 24 août 2020 ont été prises en compte dans le présent rapport définitif.

L'EPSAN couvre les huit secteurs du Nord du Haut-Rhin, les autres secteurs du département étant pris en charge par l'EPSM d'Erstein et le CHU de Strasbourg. Il compte près de 300 lits répartis dans dix-huit unités installées sur deux sites : l'un – historique – situé à Brumath (distant de 20 km de Strasbourg) héberge quatorze unités, comprenant trois unités intersectorielles fermées pour patients à pathologies complexes et deux unités intersectorielles de gérontopsychiatrie dont l'une est fermée. L'autre site, ouvert en mai 2019 et installé dans des locaux neufs à Cronembourg, quartier Nord-Est de Strasbourg, accueille les patients des quatre secteurs de l'Eurométropole de Strasbourg dans six unités dont deux unités intersectorielles de vingt lits, l'une, ouverte, de réhabilitation et l'autre, fermée, de gérontopsychiatrie.

Chaque secteur offre des services extra hospitaliers dont le maillage répond aux besoins de la population : dix-neuf centres médico-psychologiques (CMP) pour adultes, enfants et adolescents, vingt-six hôpitaux de jour dont six de gérontopsychiatrie et sept pour enfants et adolescents, des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), des ateliers thérapeutiques, une équipe mobile de psychiatrie précarité, une équipe mobile de réhabilitation.

Ce dispositif de prises en charge psychiatriques est complété par une unité de soins de longue durée de soixante-douze lits, une maison d'accueil spécialisée (MAS) de vingt-quatre places, un foyer d'accueil médicalisé (FAM) de quarante places et un centre de ressources autisme. Le souci du respect de la personne du patient, largement partagé par l'ensemble des catégories de personnels – soignants ou non – et ressentie par les patients eux-mêmes, constitue l'élément essentiel du constat : cette valeur dominante fédère et motive des agents dont tous également ont témoigné leur satisfaction de travailler dans l'établissement. De nombreux points positifs ne dissimulent cependant pas quelques faiblesses.

### 1. Les locaux d'hébergement sont d'une qualité inégale

Les bâtiments de Cronembourg sont confortables et agréables – toutes les chambres sont individuelles avec salle d'eau et porte palière qui rassure très clairement les patients – à ceci près que les vitrages des chambres permettent une vue sur l'intérieur, le passant dans la rue voisine peut voir qu'une personne de sa connaissance déambule dans les couloirs et donc y est hospitalisée.

En revanche, si certaines unités de Brumath offrent des chambres individuelles avec salle d'eau, d'autres sont dans des états déplorables : chambres doubles voire triples, sans douche, et même

une chambre-bureau sans point d'eau. Mais, le site dispose de nombreux locaux et un plan de rénovation devrait mettre fin à cette disparité.

Les locaux collectifs sont de bonne qualité : cafétérias bien aménagées, salle de balnéothérapie, salle et terrain de sport, amphithéâtre.

## **2. Le souci de ce respect des libertés des patients est perceptible dans des pratiques déjà anciennement ancrées à l'EPSAN.**

Les restrictions sont très limitées dans la gestion de la vie quotidienne : accès libre au téléphone, au tabac, prohibition du port du pyjama, fourniture de wifi et possibilité de détenir un ordinateur, ce qui se traduit par l'absence de « règles de vie » dans les unités. Même les plus anciens des soignants ne se souviennent pas qu'il en est jamais été autrement, ce qui est plutôt rare.

De même, aucun lien n'est établi entre statut légal d'admission et affectation en unité fermée, ce qui est correct pour les patients en soins sans consentement.

Les personnes détenues ne sont pas nécessairement placées en chambre d'isolement mais néanmoins toujours en unité fermée.

## **3. La qualité de l'information fournie aux patients en soins sans consentement (SSC) est très hétérogène, notamment sur les documents remis.**

Les décisions d'admission en SSC sont souvent prises relativement tard par rapport à l'arrivée, un décalage d'au moins une journée voire plus pour les entrées le vendredi ; la notification de cette décision et des droits des patients est faite dans des délais encore plus lointains. Le document unique de notification des droits est incomplet. Les soignants n'ont pas une formation suffisante à la loi de 2011 et se montrent parfois embarrassés pour répondre aux questions des patients. Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur de l'établissement a indiqué que ces documents étaient en cours de modification, que le plan de formation 2021 intégrerait cet aspect du droit des patients et qu'une expérimentation d'astreinte était en cours pour raccourcir les délais d'édiction des décisions.

## **4. La qualité de prise en charge est tout autant perceptible dans l'organisation des soins.**

Une forte présence des psychiatres (un médecin est présent chaque jour dans chaque unité), les réunions cliniques hebdomadaires sont riches en échanges, une liberté de parole dont tous se félicitent. Des moyens confortables, matériels et humains, sont donnés pour les activités, notamment par la présence d'un infirmier de journée qui les conduit.

La distribution des médicaments respecte parfaitement le secret médical et l'intimité du patient. Une individualisation de la prise en charge est assurée pour les patients souffrant de pathologies complexes.

## **5. La suroccupation constante et importante détermine toute la politique de l'établissement, notamment l'organisation de la liberté d'aller et venir.**

L'EPSAN a obtenu la validation de son projet d'installation du site de Cronembourg en contrepartie de la fermeture de soixante-cinq lits, dont vingt restent tout de même actifs à titre transitoire. Alors qu'auparavant, une seule des unités était ouverte, le projet visait à limiter le nombre des unités fermées en organisant une intersectorialité de celles-ci, les autres unités des secteurs pouvant rester ouvertes. Le résultat n'est pas à la hauteur des espérances, ce en raison d'une suroccupation constante des unités fermées ; elle oblige à héberger un patient jugé devoir

être pris en charge en unité fermée, dans une unité ouverte qui est alors fermée pour lui et donc pour tous les autres patients.

La suroccupation pèse sur les conditions de prise en charge des patients et surtout sur leurs droits, aux soins, à la préparation de la sortie, à la liberté d'aller et venir : la gestion des lits conduit à ce que des patients ne conservent pas leur lit quand ils sont en isolement et parfois la sortie de l'isolement consiste seulement à ouvrir la porte de la CI. Des patients en permission ne retrouvent pas leur chambre, voire pas leur unité, les équipes sont donc parfois réticentes à une « permission » de sortie sur une durée de plus de douze heures. Ces restrictions ralentissent les possibilités d'évaluation de l'autonomie du patient et donc la pertinence de la sortie définitive. L'élaboration des projets de sortie est plus difficile pour les patients hospitalisés en dehors de leur unité de secteur et ayant besoin d'une orientation médico-sociale. A l'inverse on constate des sorties prématurées pour les personnes n'ayant pas de difficulté de logement. D'où des réhospitalisations rapides alimentant en partie la suroccupation. Les soignants et médecins sont accaparés par la recherche de lits et la gestion du *turn-over* des patients, les infirmiers d'activité peuvent être utilisés à ces tâches, mettant de côté l'organisation des activités.

Cette situation ne laisse pas la direction indifférente et des mesures ont été prises pour y remédier : dans les deux années à venir, ouverture de structures d'accueil et d'hébergement pour faciliter les sorties ; amélioration de la prise en charge dans les services d'urgence et prévention des crises (ouverture étendue des CMP et équipes mobiles) pour limiter les entrées évitables.

## **6. Les pratiques d'isolement sont préoccupantes.**

Une grande attention est portée au contrôle des renouvellements de décision d'isolement et de contention et à la réévaluation des mesures. Cependant, les locaux d'isolement ne respectent pas la dignité de l'occupant : problèmes d'accès à des sanitaires, à un point d'eau, préservation de l'intimité. La sécurité n'est pas suffisamment assurée : Les boutons d'appel sont rares, certaines chambres d'isolement n'ont pas de double entrée. Des pratiques sont attentatoires à la dignité comme la mise à nu des patients suicidaires ou le recours aux agents de sécurité qui se tiennent à proximité lors de certains actes comme la douche.

Le registre d'isolement et de contention n'est pas fiable, notamment avec des doubles inscriptions ou à l'inverse avec des omissions, il ne peut donc constituer un outil fiable pour l'analyse du recours à l'isolement et à la contention.

Enfin, aucun travail institutionnel n'est formalisé sur le recours à l'isolement et à la contention.

Cependant, dans sa réponse au rapport, la direction de l'établissement a indiqué qu'à la suite de la visite des contrôleurs, l'ensemble des chambres d'isolement avait été mis en conformité avec les recommandations et que les erreurs d'enregistrement des mesures avaient été corrigées.

L'EPSAN conscient de ses faiblesses et de ses difficultés s'est donné les moyens matériels de les surmonter. Les divergences de pratiques médicales, notamment sur l'enfermement et la gestion de l'isolement, doivent être discutées institutionnellement, l'élaboration en cours du projet d'établissement devrait en être l'occasion, favorisée aussi par la nomination par le directeur – dans cet objectif – de chefs de pôle investis dans les changements et décidés à la réflexion. L'intérêt qu'a pris l'ensemble des interlocuteurs à la visite du CGLPL devait y contribuer. Le dynamisme de l'établissement s'est encore manifesté par sa réactivité remarquable aux recommandations formulées sur place et dans le rapport provisoire.

Les projets conduits par l'établissement pour multiplier les solutions de sortie devraient, s'ils sont soutenus par les autorités de tutelle, remédier en partie à la suroccupation. Il demeure que le nombre de lits de psychiatrie générale est actuellement insuffisant compte tenu de la "maturité" des dispositifs ambulatoires d'amont et d'aval de prise en charge. Les autorisations d'activité de soins de psychiatrie par l'ouverture de lits données au secteur privé, après la fermeture de soixante-six lits imposée à l'EPSAN en 2014, risquent, si elles devaient être mises en œuvre, de décourager sa détermination et de modérer son dynamisme.

## SYNTHESE DES OBSERVATIONS

### BONNES PRATIQUES

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

#### **BONNE PRATIQUE 1 ..... 27**

L'établissement finance l'intervention d'interprètes qui traduisent aux patients étrangers admis en soins sans consentement le contenu des documents de la procédure et les leur explicitent.

#### **BONNE PRATIQUE 2 ..... 48**

La mise à disposition du WIFI dans toutes les unités permet aux patients de se connecter sans utiliser leurs ressources propres.

#### **BONNE PRATIQUE 3 ..... 54**

L'organisation des régies par pôle permet aux patients sous tutelle du service de protection juridique de l'établissement d'avoir accès facilement à leurs biens.

#### **BONNE PRATIQUE 4 ..... 59**

Une formation spécifique à l'isolement et à la contention a été mise en place aux urgences pour tous les internes débutant leur stage en psychiatrie.

#### **BONNE PRATIQUE 5 ..... 59**

Un accueil infirmier permet une réponse téléphonique et physique 24h/24 pour les patients comme les partenaires extérieurs, avec possibilité, en tant que de besoin, d'un entretien médical avec le psychiatre.

#### **BONNE PRATIQUE 6 ..... 61**

L'affichage chaque semaine du planning des présences médicales permet à tous les patients de solliciter un rendez-vous à sa convenance avec le praticien qui le suit.

#### **BONNE PRATIQUE 7 ..... 64**

L'organisation d'« ateliers cliniques » ouverts au premier chef aux équipes des unités accueillant des patients aux pathologies complexes mais également aux autres soignants constitue une intéressante initiative de partage des expériences et des savoirs.

#### **BONNE PRATIQUE 8 ..... 68**

L'implication de la pharmacie de l'hôpital dans un programme d'éducation thérapeutique auprès des patients est relayé par des activités d'expertise en matière de psychopharmacologie auprès des prescripteurs (psychiatres hospitaliers et libéraux essentiellement, médecins généralistes ponctuellement).

#### **BONNE PRATIQUE 10 ..... 80**

Le repérage précoce des besoins de soins des mineurs et leur prise en charge ambulatoire par le maillage du réseau territorial et les partenariats mis en place limite les hospitalisations.

#### **BONNE PRATIQUE 11 ..... 81**

L'organisation de l'unité mère-bébé avec la présence d'un personnel soignant en nombre suffisant et en continu participe de la qualité de la prise en charge d'un public particulièrement vulnérable et de la gestion des crises.

## 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 ..... 22**

Une formation aux dispositions des lois de 2011-2013 sur la procédure d'admission en soins sans consentement et sur les droits des patients admis sur le fondement de cette loi doit être dispensée à l'ensemble du personnel intervenant auprès de ces patients. Une formation sur les mesures d'isolement et de contention doit également être dispensée.

### **RECOMMANDATION 2 ..... 24**

L'établissement ainsi que la commission départementale des soins psychiatriques doivent effectuer un examen critique du circuit d'entrée des patients en soins sans consentement sur décision de son directeur, circuit qui conduit à une proportion trop élevée de recours à des procédures exceptionnelles qui privent les intéressés des garanties de la procédure de droit commun. Cette réflexion doit inclure les partenaires des services d'urgences.

### **RECOMMANDATION 3 ..... 25**

L'établissement doit disposer de la capacité d'accueil des patients en hospitalisation complète nécessaire à une prise en charge respectant la dignité. La situation chronique de suroccupation appelle un soutien, en vue de leur aboutissement rapide, des projets conduits par l'établissement pour limiter les hospitalisations ou diminuer la durée des séjours, ainsi qu'une pérennisation des vingt lits maintenus à titre transitoire.

### **RECOMMANDATION 4 ..... 26**

Le règlement intérieur de l'établissement doit être élaboré pour pérenniser les règles de travail opposables aux professionnels.

### **RECOMMANDATION 5 ..... 36**

Les autorités judiciaires et administratives doivent exercer régulièrement, à l'EPSAN, la mission de contrôle sur les établissements psychiatriques que leur imposent les dispositions de l'article 3222-4 du code de la santé publique.

### **RECOMMANDATION 6 ..... 38**

Le tiers demandeur d'une mesure de soins sans consentement doit être averti de toute sortie du patient concerné.

### **RECOMMANDATION 7 ..... 42**

La tenue des audiences du JLD dans un autre établissement que celui d'accueil du patient constitue un obstacle sérieux à la présence de celui-ci devant le JLD. La juridiction concernée devrait organiser la répartition des juges et des audiences dans l'ensemble des établissements de santé de son ressort de façon à permettre aux patients d'y être présents sans avoir à se transporter.

### **RECOMMANDATION 8 ..... 47**

Chaque unité doit disposer d'un salon de visite agréablement aménagé pour les rencontres des patients avec leurs proches.

### **RECOMMANDATION 9 ..... 48**

La question de l'accès des patients à une vie sexuelle et de ses conditions doit être abordée et débattue dans un cadre institutionnel.

<b>RECOMMANDATION 10</b> .....	<b>56</b>
Le service d'urgence des hôpitaux généraux doit disposer d'une chambre individuelle permettant l'apaisement d'un patient en soins sans consentement sans risque pour sa sécurité ou celle d'autrui.	
<b>RECOMMANDATION 11</b> .....	<b>57</b>
Les décisions de mise en contention sur des patients relevant de la psychiatrie aux urgences d'un hôpital général doivent être validées par un médecin psychiatre.	
<b>RECOMMANDATION 12</b> .....	<b>58</b>
La traçabilité des décisions et de la surveillance de la contention doit permettre une analyse des pratiques visant à l'amélioration de la prise en charge.	
<b>RECOMMANDATION 13</b> .....	<b>62</b>
Les traitements par injection effectués sans le consentement du patient et sans la présence du médecin psychiatre en « si besoin » sont proscrits.	
<b>RECOMMANDATION 14</b> .....	<b>73</b>
L'intervention de l'équipe de sécurité lors de la mise en CI d'un patient devrait être l'exception et non le principe.	
De même, il ne devrait pas être fait appel systématiquement à l'équipe de sécurité pour l'ouverture de la porte de la CI ou encore lors de l'accompagnement du patient à la salle de bains.	
L'intervention de l'équipe de sécurité doit être une exception et doit être justifiée par l'état clinique du patient.	
<b>RECOMMANDATION 15</b> .....	<b>73</b>
Le port du pyjama en CI devrait être justifié par l'état clinique du patient et ne devrait pas être systématique.	
La mise à nu des patients qui présentent un risque suicidaire doit être proscrite.	
<b>RECOMMANDATION 16</b> .....	<b>73</b>
L'isolement comme la contention en chambre ordinaire doivent être prohibés.	
<b>RECOMMANDATION 17</b> .....	<b>76</b>
La tenue du registre de l'isolement et de la contention doit être fiable, lisible et rigoureuse. L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit permettre de définir une politique pour limiter le recours à ces pratiques.	
Les divergences de pratiques médicales, notamment sur l'enfermement et la gestion de l'isolement doivent être discutés institutionnellement.	
<b>RECOMMANDATION 18</b> .....	<b>79</b>
L'hospitalisation de mineurs avec des adultes dans une même unité doit être proscrit.	

## 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.*

<b>RECO PRISE EN COMPTE 1</b> .....	<b>28</b>
Les diligences effectuées pour la recherche et le recueil des observations du patient, prévue par l'article L. 3211-3 alinéa 2 du code de la santé publique, doivent être formellement tracées.	



**RECO PRISE EN COMPTE 2 ..... 37**

L'établissement doit revoir ses procédures de transmission des documents pour permettre une tenue plus rigoureuse et complète des registres de la loi.

**RECO PRISE EN COMPTE 3 ..... 71**

Les chambres d'isolement doivent garantir la dignité du patient et respecter son intimité. Elles doivent toutes disposer d'un dispositif d'appel, y compris pendant les phases de contention, de la possibilité d'allumer ou éteindre la lumière, d'avoir accès à l'eau, aux toilettes et à l'aération de la pièce.

**RECO PRISE EN COMPTE 4 ..... 75**

Les « retraits » et placements sous contentions effectués dans les trois unités pour patients à pathologies complexes doivent être tracés et colligés dans le registre général des isolements et contentions de l'établissement afin que puissent être observées et améliorées les pratiques.

**PROPOSITIONS**

*Ces propositions sont de nature à améliorer le respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté sans toutefois nécessiter un suivi de niveau ministériel. Leur application sera évaluée par le CGLPL au cours d'une visite ultérieure de l'établissement.*

**PROPOSITION 1 ..... 26**

La remise du livret d'accueil doit être protocolisée de façon à s'assurer de sa réception effective par le patient à un moment où il est susceptible de le comprendre. Ce document doit être complété par des règles de fonctionnement pour chacune des unités afin que les patients soient informés de leurs droits et des contraintes imposées au cours de leur hospitalisation.

**PROPOSITION 2 ..... 27**

L'organisation de l'établissement doit permettre la rédaction et la signature de la décision d'admission du directeur dès la prise en charge effective du patient.

**PROPOSITION 3 ..... 28**

Les patients en soins sans consentement doivent disposer à tout moment de l'information sur leurs droits et sur les moyens de les exercer ; ils doivent notamment pouvoir saisir les autorités prévues par la loi en ayant à disposition la liste de celles-ci, leur compétence et leurs coordonnées. Ils doivent être informés de l'inscription de la mesure les concernant dans le fichier HOPSYWEB.

**PROPOSITION 4 ..... 32**

L'ensemble du personnel doit être informé des orientations du comité d'éthique et destinataire de ses comptes rendus.

**PROPOSITION 5 ..... 33**

La personne de confiance, dont le rôle spécifique est confondu par les soignants et les médecins avec celui de la personne à prévenir, doit être contactée et informée du souhait du patient ; elle doit signifier son accord et être invitée à participer au processus d'information sur les soins prodigués.

**PROPOSITION 6 ..... 35**

Les patients doivent être informés systématiquement, dès leur arrivée, de leur droit de demander la confidentialité de leur hospitalisation.

**PROPOSITION 7 ..... 44**

La volonté de réduire le nombre de lits en unité fermée ne doit pas conduire à une fermeture fréquente des unités ouvertes.

La politique d'utilisation des unités fermées doit être revue afin que la décision de placement dans ces unités ne soit fondée que sur une nécessité médicale.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>2</b>
<b>SYNTHESE DES OBSERVATIONS</b> .....	<b>6</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>11</b>
<b>RAPPORT</b> .....	<b>13</b>
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE</b> .....	<b>13</b>
<b>2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	<b>15</b>
2.1 L'EPSAN tient une place prépondérante dans l'offre de soins psychiatriques du département.....	15
2.2 L'EPSAN dispose d'une capacité d'autofinancement qui a permis de financer en partie les bâtiments de Cronembourg mais son exploitation est en équilibre fragile .....	18
2.3 L'établissement connaît des difficultés récentes pour attirer médecins et soignants.....	19
2.4 La légère croissance des entrées ne porte pas sur les mesures de soins sans consentement qui, elles, diminuent sensiblement .....	22
<b>3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS</b> .....	<b>26</b>
3.1 L'information des patients sur leurs droits est perfectible .....	26
3.2 La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est dynamique .....	29
3.3 La désignation d'une personne de confiance est proposée mais sa participation aux soins n'est pas organisée .....	32
3.4 Le droit de vote est peu exercé .....	33
3.5 Un aumônier catholique et une pasteure sont présents sur les deux sites et organisent, à la demande, l'intervention de représentants d'autres confessions .....	33
3.6 Les soignants et les assistants de service social sont attentifs aux besoins des patients et vigilants à l'implication des tuteurs .....	34
3.7 La confidentialité de l'admission et de la présence du patient n'est pas assurée .....	34
<b>4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS</b> .....	<b>36</b>
4.1 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) réalise ses contrôles de manière régulière mais peu de patients la sollicitent .....	36
4.2 Le registre de la loi est incomplètement rempli et la régularité des mesures difficilement contrôlable .....	36
4.3 Les sorties définitives sont ralenties faute de solutions d'aval.....	38
4.4 Le contrôle du juge des libertés et de la détention s'exerce dans des conditions respectueuses des droits des patients .....	40
<b>5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES</b> .....	<b>43</b>

5.1	La liberté d'aller et venir fait l'objet de réflexion mais est entravée par la suroccupation des unités fermées .....	43
5.2	Les restrictions dans la vie quotidienne sont peu nombreuses .....	46
5.3	Les communication avec l'extérieur sont facilitées .....	46
5.4	La vie sexuelle des patients est respectée.....	48
<b>6.</b>	<b>LES CONDITIONS DE VIE.....</b>	<b>49</b>
6.1	Dans leur diversité, les lieux de vie sont globalement satisfaisants .....	49
6.2	L'hygiène est bien respectée mais sans machine à laver dans toutes les unités	53
6.3	Un libre accès à leurs biens est facilité pour les patients sous tutelle.....	53
6.4	L'organisation de la cuisine est fonctionnelle et permet de servir des repas dont la qualité et la quantité satisfont globalement les patients.....	54
<b>7.</b>	<b>L'ACCES AUX SOINS .....</b>	<b>55</b>
7.1	Les urgences psychiatriques et les admissions sont peu organisées .....	55
7.2	Les soins psychiatriques sont coordonnés entre dispositifs et les activités thérapeutiques sont intégrées aux projets de soins .....	60
7.3	L'accès aux soins somatiques est principalement assuré par des ressources internes.....	65
<b>8.</b>	<b>L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION .....</b>	<b>69</b>
8.1	Les chambres d'isolement présentent des conditions matérielles de prise en charge hétéroclites et globalement inadaptées.....	69
8.2	Les modalités d'application des mesures d'isolement et de contention ne sont pas homogènes.....	71
8.3	Le registre n'est pas fiable et n'est donc pas exploitable .....	75
<b>9.</b>	<b>LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....</b>	<b>78</b>
9.1	L'hospitalisation des mineurs est rare, hormis les nourrissons dans l'unité mère-bébé .....	78
9.2	L'unité mère-bébé assure une prise en charge de qualité d'un public présentant une vulnérabilité spécifique .....	80
9.3	Le protocole sur la prise en charge des patients détenus est protecteur de leurs droits et les pratiques dans les unités sont homogènes .....	81
<b>10.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>83</b>

---

# Rapport

Membres de la mission :

Anne Lecourbe, chef de mission ;

Chantal Baysse, contrôleur ;

Edith Chazelle, contrôleur ;

Luc Chouchkaïeff, contrôleur ;

Candice Daghestani, contrôleur ;

Augustin Laborde, contrôleur ;

Philippe Lescène, contrôleur ;

Jacques Martial, contrôleur ;

Annick Morel, contrôleur ;

Frédéric Suby, contrôleur.

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, dix contrôleurs ont effectué une visite de l'établissement public de santé Alsace Nord (EPSAN). Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le lundi 4 novembre 2019 à 11h et en sont repartis le jeudi 14 novembre à 15h.

Dès leur arrivée, ils ont procédé à une présentation de la mission devant une trentaine d'auditeurs dont l'équipe de direction, le président de la commission médicale d'établissement (CME), les médecins chefs de secteur et les cadres supérieurs de santé ainsi que des représentants des organisations syndicales.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet du Bas-Rhin ainsi qu'avec le président du tribunal de grande instance de Strasbourg et le procureur de la République près ce tribunal.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un téléphone et d'un ordinateur permettant d'avoir accès au site intranet. Les documents demandés par l'équipe ont été mis à sa disposition et regroupés dans un dossier électronique qui a été alimenté tout au long de la visite.

Des affichettes signalant la visite de contrôleurs ont été diffusées dans les unités.

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

Une réunion de fin de visite a eu lieu jeudi 14 novembre 2019 en présence du maire de Brumath, président du conseil de surveillance de l'EPSAN, et des mêmes personnes que lors de la réunion de présentation.

Le rapport provisoire qui a été rédigé à l'issue de cette visite a été adressé au directeur de l'établissement, au président du tribunal judiciaire de Strasbourg ainsi qu'au procureur de la République près ce tribunal, et à la délégation départementale du Bas-Rhin de l'agence régionale de santé du Grand-Est et au préfet du Bas-Rhin. Dans leur réponse, les chefs de la juridiction et la déléguée territoriale du Bas-Rhin n'ont pas fait valoir d'observation. Les précisions et observations présentées par le directeur de l'EPSAN dans sa réponse du 24 août 2020 ont été prises en compte dans le présent rapport de visite.

## 2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

### 2.1 L'EPSAN TIENT UNE PLACE PREPONDERANTE DANS L'OFFRE DE SOINS PSYCHIATRIQUES DU DEPARTEMENT

L'EPSAN représente les deux tiers de l'offre de soins en psychiatrie publique du Bas-Rhin, les hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS) et l'établissement spécialisé de Erstein complétant cette offre. Il assure les soins de la population du Nord du département dont une partie de l'Eurométropole de Strasbourg, soit 718 000 habitants représentant 68 % de la population totale du département, répartie dans huit secteurs de psychiatrie générale adulte – de G01 à G08 –, deux intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile et un secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

De nombreux psychiatres libéraux exercent dans le Bas-Rhin ; la ville de Strasbourg, distante de 20 km, présente la deuxième plus forte concentration de psychiatres de France qui ont historiquement animé une école psychanalytique irriguant également le CHU. S'il n'existe pas de lits de psychiatrie en clinique privée dans le Bas-Rhin, cette situation risque de ne pas perdurer en raison de la tension sur les lits. Des autorisations d'activité en psychiatrie ont été sollicitées par des établissements privés dont l'un à but non lucratif. Deux ont été accordées en juillet 2019 au titre des besoins exceptionnels, en psychiatrie générale pour l'un et en pédopsychiatrie pour l'autre, décisions qui ont fait l'objet d'un recours ; trois demandes d'autorisation sont encore en instruction.

Le site de Brumath où se situe le siège de l'hôpital est son cœur historique, installé à 20 km au Nord-Ouest de Strasbourg, domaine isolé autrefois à l'abri des regards.



*La chapelle*



*Le château d'eau*

L'espace de 21 hectares, arboré et verdoyant est toujours situé en limite de campagne, sans nombreux voisins. L'organisation asilaire en pavillons a été conservée avec pour certaines unités des noms de saints qui ont perdu une partie de leur dénomination en raison du principe de laïcité, ainsi le pavillon Sainte-Barbe est désormais désigné comme Barbe. Si la chapelle divisée en deux parties distinctes, l'une réservée au culte protestant et l'autre au culte catholique, et le château d'eau en fonctionnement ont été conservés, les bâtiments de la ferme ne servent plus.

L'établissement a ouvert en 2017 un second site à Strasbourg dans le quartier de Cronembourg, dans des locaux neufs où sont installées six unités d'hospitalisation complète.

### 2.1.1 L'organisation du dispositif de la prise en charge psychiatrique

Les 358 lits d'hospitalisation de psychiatrie sont répartis dans dix-huit unités, installées sur les deux sites. Dans l'organisation en pôles, chacun d'eux comprend les dispositifs d'un secteur, dont il reprend la dénomination, et certains dispositifs intersectoriels qui peuvent lui être rattachés.

Sur le site historique de Brumath :

- quatre unités d'admission ouvertes : Pussin B (vingt-trois lits), pour les patient du secteur G01 ; Oberlin (vingt-trois lits), secteur G02 ; Augustin (vingt-trois lits), secteur G07 et Schweitzer (vingt lits), secteur G05 ;
- une unité intersectorielle fermée de vingt-trois lits, Pussin A, rattachée au secteur G05 ;
- trois unités intersectorielles fermées pour patients à pathologies complexes : Pfersdorff (onze lits), Lazaret (quinze lits) et Pensionnat (seize lits), souvent désignées globalement comme les « 3x15 » ;
- deux unités intersectorielles de gérontopsychiatrie, l'une, Dagonet A, fermée de treize lits, l'autre, Dagonet B, ouverte et offrant vingt-deux lits, toutes deux rattachées au secteur G02 ;



- une unité mère-enfants ouvertes, de quatre et cinq lits, rattachées à l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile I02 ;
- une unité « de rétablissement psychique » pour les deux secteurs G06 et G07 : Barbe (vingt lits), fermée. Elle représente vingt lits supplémentaires qui ont été accordés à titre transitoire pour faire face à la pénurie le temps que se développent les structures d'aval permettant de libérer des lits. C'est une unité intersectorielle et même interterritoriale car elle accueille des patients relevant de Strasbourg, en entrée directe s'ils sont connus ou en transfert de Cronembourg, dont elle permet ainsi de gérer la suroccupation (Cf. § 2.4.3).

Le site de Cronembourg héberge six unités ainsi réparties :

- les secteurs G06 et G07 partagent deux unités de vingt-cinq lits, l'une ouverte (A), l'autre fermée (B) ;
- les secteurs G04 et G08 partagent deux unités de vingt-cinq lits l'une ouverte (C) l'autre fermée (D) ;
- une unité de réhabilitation de vingt lits, ouverte, et une unité de gérontopsychiatrie de vingt lit, fermée, sont intersectorielles pour ces quatre secteurs.

Chaque secteur offre également des services extra hospitaliers : dix-neuf centres médico-psychologiques (CMP) pour adultes, enfants et adolescents, vingt-six hôpitaux de jour dont six de gérontopsychiatrie et sept pour enfants et adolescents, des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), des ateliers thérapeutiques, une équipe mobile de psychiatrie précarité (Cf. § 7.2.1), une équipe mobile de réhabilitation.

Ce dispositif de prises en charge psychiatriques est complété par une unité de soins de longue durée de soixante-douze lits, une maison d'accueil spécialisée (MAS) de vingt-quatre places, un foyer d'accueil médicalisé (FAM) de quarante places et un centre de ressources autisme. Son institut de formation en soins infirmiers (IFSI) accueille trois promotions d'élèves chaque année.

### 2.1.2 La politique de prise en charge en hospitalisation

Le projet d'établissement fourni aux contrôleurs par l'EPSAN porte sur la période 2012-2016. La politique poursuivie depuis 2016 présente deux axes : préserver la liberté d'aller et venir et fluidifier les parcours. Ces deux axes sont plus fortement corrélés qu'il n'apparaît à l'énoncé dans la mesure où le parcours de soins entre hospitalisation, prise en charge ambulatoire et solutions de sorties conditionne l'occupation des unités – à travers la durée moyenne d'hospitalisation – et leur modalité de fonctionnement. En effet, d'une part, toute unité ouverte est susceptible d'être fermée pour accueillir un patient qui le requerrait selon les règles que s'est donné l'établissement (Cf. § 5.1) et pour lequel aucun lit ne serait disponible en raison de la suroccupation chronique dans l'unité fermée de son secteur. Par ailleurs, toujours faute de lit disponible, un patient peut être admis dans une autre unité que celle de son secteur ; la préparation de sa sortie, en coordination avec les structures extra hospitalière de son secteur, est plus compliquée et pèse sur la durée de son hospitalisation ce qui alimente, en partie, la suroccupation.

La réorganisation de l'hôpital, avec une diminution de soixante-six lits imposée en 2014 par l'agence régionale de la santé (ARS) et le redéploiement des moyens dégagés sur l'extra hospitalier, a été l'occasion pour les corps médical et administratif de repenser l'application de la liberté d'aller et venir au sein des unités. La volonté affichée a été de privilégier les unités

ouvertes en passant de 264 lits d'admission dont 60 en unités ouvertes à 235 lits d'admission dont 163 en unités ouvertes. Le choix de l'organisation de Cronenbourg répond à cette préoccupation, les quatre unités d'admission étant chacune partagée par deux des quatre secteurs offrant pour chaque paire de secteurs une unité ouverte et une fermée.

Désormais, sur le schéma adopté, quatre des sept unités de Brumath sont théoriquement ouvertes en permanence (hors les unités de patients chroniques) et 40 % de celles de Cronenbourg. Les soignants ont adhéré à ce changement de politique. Ils s'efforcent de faire bénéficier un maximum de patients de cette liberté ; ainsi chaque jour, un point est fait à l'unité fermée Pussin A sur les patients susceptibles d'intégrer une unité ouverte. Mais les lits disponibles ne sont généralement pas en nombre suffisant et les effets escomptés de cette réorganisation se trouvent atténués par les choix d'affectation à l'admission et de gestion de la suroccupation décrits ci-dessous (Cf. § 2.4.3). En pratique, le nombre des unités ouvertes varie selon les jours et parfois c'est moins du quart d'entre elles qui le sont.

Enfin, pour diminuer la pression sur les lits, l'établissement souhaite développer et intensifier la prise en charge extra hospitalière afin d'éviter les hospitalisations à temps plein et augmenter les solutions de sortie pour diminuer la durée d'occupation des lits par les patients au long cours. Une partie des projets est conduite en partenariat avec des établissements de la région :

- une maison relais de vingt places au centre de Brumath dont le fonctionnement serait géré par une association avec des baux glissant fournis par un bailleur social ;
- un structure identique de vingt-cinq places à Schiltigheim en coopération avec la fondation Saint Vincent afin de désengorger l'unité de réhabilitation de Cronenbourg ;
- un hôpital de jour de dix-huit places en gérontopsychiatrie en coopération avec les HUS où seront installés les locaux, ce projet a reçu un avis favorable de l'ARS ;
- la création d'une unité de crise et d'urgence de douze lits – huit adultes et quatre adolescents – à Strasbourg en coopération avec les HUS et l'EPSM de Erstein ;
- un renforcement des CMP interfacés par une équipe mobile avec les structures d'urgences, offrant un accès sans rendez-vous et des horaires d'ouvertures étendus.

Les trois premiers dispositifs sont destinés à des patients au long cours.

Dans le même objectif, un travail de réseau est organisé avec le secteur médico-social dans le cadre de la psychiatrie de liaison avec les ressources des CMP. Les équipes mobiles travaillent à permettre un maintien au domicile et l'établissement participe à la politique « un chez soi d'abord » dans le cadre de laquelle 100 places d'hébergement protégé devraient être ouvertes.

## **2.2 L'EPSAN DISPOSE D'UNE CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT QUI A PERMIS DE FINANCER EN PARTIE LES BATIMENTS DE CRONENBOURG MAIS SON EXPLOITATION EST EN EQUILIBRE FRAGILE**

Une notable aisance financière, soulignée par la chambre régionale des comptes, caractérisait l'établissement dans les années 2000. Ce contexte « historique » explique que 40 % du coût de l'installation à Cronenbourg (31 500 000 euros) ait été financée par le fonds de roulement de l'établissement (13 235 000 euros), le reste l'étant par un emprunt (13 265 884 euros) et une subvention de l'ARS (5 000 000 euros). L'ouverture du nouveau site ayant été différée au milieu de l'année 2019, la première échéance de l'emprunt (4,5 millions d'euros) n'intervient qu'à partir de cette année. Selon les prévisions, si la capacité d'autofinancement de l'établissement permet en 2019 le remboursement du capital de la dette, son montant obérerait les investissements

futurs nécessaires au regroupement des équipements extra hospitaliers, notamment ceux de Saverne. L'établissement provisionne chaque année les sommes nécessaires à la rénovation des locaux (2 millions environ par an).

Des excédents budgétaires ont été encore enregistrés par l'établissement jusqu'en 2017 et ses comptes ont été à l'équilibre en 2018 (excédent de 163 000 euros sur le budget principal et 116 000 euros sur les budgets annexes incluant l'IFSI et les établissements médico-sociaux) mais l'année 2017 s'est soldée par un déficit d'exploitation de 650 000 euros dont 527 000 euros sur le CHS.

Ces résultats sont en partie la traduction d'une contrainte durable sur la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) et plus généralement sur les financements de l'assurance maladie, abondant le budget principal de l'établissement (89 % du budget total de la structure) : la DAF « pèse » en effet pour 85 % dans les produits de l'hôpital psychiatrique dont le budget s'établit à près de 89 millions d'euros en prévisionnel 2019.

En effet, depuis cinq ans, les financements de l'assurance maladie connaissent une relative stagnation, voire même une diminution en 2016, liée notamment à la réduction des capacités du CHS : depuis 2014, la croissance des financements de l'assurance maladie (0,53 % 2018/2017, 0,64 % 2017/2016 ; -0,15 % 2016/2015, 0,36 % 2015/2014) n'a pas permis pas de couvrir des charges d'exploitation en augmentation moyenne durant la période de 1,28% ; d'autre part, des modifications de structure dans les versements de l'assurance maladie fragilisent les prévisions budgétaires. Sont à noter l'amenuisement relatif de la part reconductible de la DAF et l'augmentation des financements sur projets (éducation thérapeutique, culture, etc.) du fonds d'investissement régional (FIR). En outre, il convient de souligner les aléas et l'incertitude qui pèsent sur le montant de ces versements : mise en réserve d'une partie de la dotation annuelle et déblocages en fin d'année (380 000 euros en 2018 et 379 865 euros en 2017) ; octroi de dotations spécifiques pour la psychiatrie (241 000 euros en 2017, 215 000 euros en 2018). Des augmentations du forfait hospitalier, enregistrées au titre 2 du budget de l'établissement, interviennent d'autre part régulièrement.

La réduction des marges de manœuvre de l'institution n'a pas entraîné cependant de réductions d'effectifs. Le budget 2019 prévoit l'embauche de vingt et un salariés pour des fonctions logistiques doublées sur le site de Cronembourg (accueil, sécurité, nettoyage, cafétéria), facilitée par les départs à la retraite de soixante salariés en 2018, le reste des agents (120 au total) étant redéployé de Brumath au terme de mouvements importants d'affectation.

## 2.3 L'ÉTABLISSEMENT CONNAIT DES DIFFICULTÉS RECENTES POUR ATTIRER MÉDECINS ET SOIGNANTS

### 2.3.1 Effectifs et recrutement

Dans l'ensemble de ses établissements, sanitaires et médico-sociaux, l'EPSAN comptait en 2018, 1 456 équivalents temps plein rémunérés parmi lesquels 95 médecins et 1 200 agents non médicaux.

En octobre 2019, la psychiatrie employait 114 médecins pour 96,8 équivalents temps plein (ETP) : 13 postes étaient vacants notamment des postes d'assistants (6 postes d'assistant spécialiste psychiatre sur 11). La majorité des médecins a le statut de praticien hospitalier (PH), 17 sont internes, aucun n'est praticien ou attaché associé. La pyramide démographique ne laisse pas

apparaître d'important « papy-boom » dans les prochaines années : 11 praticiens avaient plus de 60 ans en octobre 2019.

Le problème de l'attractivité médicale de l'hôpital semble pourtant être un sujet préoccupant assez récent et relativement « insensible » au versement récent de primes territoriales ou de la prime d'engagement hospitalière, destinée à fidéliser les praticiens hospitaliers et les assistants spécialistes. Dans un contexte de concurrence accrue en raison de la délivrance par l'ARS d'autorisations récentes de psychiatrie au secteur privé lucratif ou non lucratif, l'établissement a récemment constitué un groupe de réflexion afin d'étudier les moyens d'attirer et de retenir les médecins, notamment les psychiatres. Pour ce groupe, l'attractivité d'un projet médical d'établissement à élaborer, qui ferait une part à des pratiques nouvelles (hypnose, thérapies brèves) pourrait constituer une partie de la réponse institutionnelle.

Selon les informations données par l'établissement, 842,25 salariés non médicaux étaient employés en octobre 2019 dans les secteurs de psychiatrie dont la majorité était des soignants. L'établissement, pourtant en gestion d'un institut de formation en soins infirmiers, se dit préoccupé par les difficultés d'attractivité pour les soignants. Si seulement, une dizaine de postes de ces professionnels était vacante en octobre 2019, l'augmentation des départs annuels des soignants (environ soixante-quinze par an contre une trentaine les années passées, selon les informations recueillies) témoignerait d'une certaine désaffection du secteur public et de parcours moins « homogènes » qu'auparavant. L'établissement cherche à pallier ces difficultés en titularisant plus vite les infirmiers et aides-soignants recrutés (passage du concours de titularisation à partir de 6 mois de contrat et non au bout de deux ans) mais aussi en diversifiant les recrutements (éducateurs, accompagnants éducatifs et soignants) dans les secteurs pertinents («3x15 », pédopsychiatrie).

### 2.3.2 Organisation et gestion

#### a) *Les soignants et autres personnels non médicaux*

Afin d'harmoniser l'attribution des moyens humains aux unités, effectuée auparavant selon des critères « historiques », des effectifs cibles (minimum et maximum) ont été attribués à chaque unité selon la nature des patients accueillis et l'hospitalisation proposée : unités d'admission, patients au long cours, gérontopsychiatrie. Des modulations de capacités, intervenues pour certaines unités («3x15 ») ou des fonctions spécifiques pour d'autres (unités ouvertes mais qui peuvent être fermées) incitent à renouveler l'exercice pour clarifier les fonctionnements. Une assistante sociale est affectée à chacune des unités avec des durées de présence variables. Il en est de même des psychologues. Deux kinésithérapeutes sont mutualisés pour l'ensemble de l'établissement sanitaire.

Les services des soignants dans les unités sont organisés uniformément en trois équipes : 6h30-14h ; 14h-21h ; 21h-6h30. Un poste dit de journée (9h-16h30) vient les renforcer les équipes (deux à trois soignants) afin d'organiser des activités. Une rotation des équipes de jour assure le service de nuit.

Les effectifs attribués par unité permettent de gérer l'absentéisme de courte durée (20 jours sur l'année). En cas d'absences simultanées conduisant à des effectifs inférieurs aux effectifs requis, il est d'abord fait appel à la solidarité des unités ayant la même fonction puis au volontariat d'agents au repos ou en RTT. Pour les absences de longue durée, la direction des soins dispose, au niveau central, d'un pool de remplacement composé de vingt jeunes soignants qui bénéficient de certains avantages (priorité pour les congés notamment). Le recours à l'intérim est

exceptionnel. En 2017 (dernières données communiquées), l'absentéisme (courte et longue maladie, accidents du travail, maternité) était de 9,93 % avec une stabilité assez grande sur 3 ans. Les contrôleurs ont, cependant, constaté dans certaines unités que l'absence d'un agent conduisait à des fonctionnements en mode « dégradé » entraînant le renoncement à des activités prévues. Une grande attention est portée aux conditions de travail, la direction de soins rencontrant tous les mois les représentants du service de la médecine du travail.

Des référents soignants douleur/médicaments/contention/hygiène sont théoriquement désignés dans les unités mais ce « référencement » semble diversement « impliquant ». Certaines unités « nomment » un infirmier diplômé d'Etat (IDE) ou plusieurs IDE comme référents des patients (Cronenbourg) ou des familles (Pfersdorff).

La cohérence institutionnelle est assurée pour les soignants par la direction des soins (réunion tous les deux mois de l'ensemble des cadres) et par les cadres supérieurs de santé des pôles qui réunissent chaque semaine les cadres des unités. La direction des soins opère tous les recrutements et assure le pilotage de groupes de travail institutionnels (prévention et lutte contre les actes de violence, ateliers cliniques dont la dynamique est, semble-t-il, décevante, etc.).

#### *b) Les médecins*

Leur gestion dépend de la direction des ressources humaines et des affaires médicales. Les médecins sont affectés par pôle et secteurs dans les unités d'hospitalisation et assurent également une activité extra hospitalière dans les structures du secteur. La permanence et la continuité des soins médicaux sont organisées sur les deux sites avec un système d'astreinte mutualisée de 17h à 18h30 les jours ouvrés et le samedi matin et reposent sur deux niveaux d'intervention : les internes en première intention et les PH en seconde. La permanence des soins la nuit et le week-end à partir du samedi après-midi s'appuie sur une ligne de garde (internes ou PH à Cronenbourg) et d'astreinte pour les PH en seconde intention. L'absentéisme médical était de 5,57 % chez les praticiens (bilan social 2017), chiffre relativement constant sur plusieurs années.

### 2.3.3 La formation

#### *a) Les soignants*

L'accueil des nouveaux soignants (infirmiers, aides-soignants) fait l'objet d'une procédure, applicable également aux nouveaux médecins, et d'une formation spécifique (dispositif d'accueil des nouveaux arrivants-DANA-) de quinze jours dans l'année qui suit les recrutements. Un tutorat, réactivé cette année, devrait également intervenir dans la même période.

Le plan de formation, financé sur deux enveloppes, obéit à une logique stratégique institutionnelle, dite prioritaire et transversale (enveloppe 2019 de 317 680 euros) et répond également aux besoins des pôles (enveloppe de 253 165 euros). Dans la première, revisitée chaque année par la direction des soins avec les cadres, figurent en 2019, outre le DANA, cette année les actions de promotion professionnelle, de prévention des risques (formation à la gestion des conduites agressives – PECCA, depuis 2014, concernant prioritairement l'unité de soins de longue durée (USLD) et l'unité Pfersdorff – et aux alternatives à la contention), de formation à l'urgence ou encore au logiciel Cariatides. Sont également mises en place, pour développer l'exercice professionnel, des formations aux entretiens infirmiers, aux conduites addictives, à la prise en charge du patient suicidaire, à l'actualisation des connaissances sur

l'autisme ou encore à la prise en charge de la douleur. Un module de 7 heures sur la mise à jour des connaissances en gestion des mesures de soins sans consentement ne serait destiné qu'aux secrétaires médicales. Une journée « Snoezelen » est également organisée chaque année pour tout l'hôpital, au-delà des formations spécifiques « Snoezelen » dont bénéficient les agents des unités « 3x15 ».

Aucune formation sur les lois de 2011-2013 et les droits spécifiques des patients en soins sans consentement n'est prévue, or, les soignants connaissent mal les droits des patients en soins sans consentement et la procédure afférente à leur statut d'admission, de même, aucune formation n'est prévue sur les mesures d'isolement et de contention.

### Recommandation 1

Une formation aux dispositions des lois de 2011-2013 sur la procédure d'admission en soins sans consentement et sur les droits des patients admis sur le fondement de cette loi doit être dispensée à l'ensemble du personnel intervenant auprès de ces patients. Une formation sur les mesures d'isolement et de contention doit également être dispensée.

*Dans sa réponse, le directeur de l'EPSAN indique que « L'organisation de cette Formation Continue est une des étapes de la fiche action " DROITS DU PATIENT : Respect de la liberté d'aller et venir " du Projet de Soins 2020-2024. Cette formation sera inscrite dans les axes prioritaires du Plan de Formation 2021. Par ailleurs, une journée d'étude relative à " l'isolement et la contention en psychiatrie " est prévue le vendredi 06/11/20, à destination des professionnels de l'EPSAN (le programme est en cours de finalisation) ».*

Des évaluations des pratiques professionnelles (EPP), associant médecins et soignants sont mises en place depuis 2010. Trois d'entre elles concernent les pratiques de contention et d'isolement et deux la gestion des violences et des événements indésirables.

L'EPSAN bénéficie du statut d'organisme formateur pour les actions de développement personnel continu des soignants, ce qui lui permet de dispenser des programmes en interne pour les paramédicaux.

#### *b) Les médecins*

Les médecins disposent d'une enveloppe de formation continue dont les axes n'ont pas été explicités à la mission.

## 2.4 LA LÈGÈRE CROISSANCE DES ENTRÉES NE PORTE PAS SUR LES MESURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT QUI, ELLES, DIMINUENT SENSIBLEMENT

### 2.4.1 L'activité

En 2017 (dernier rapport d'activité communiqué), l'établissement a compté 3 738 entrées en psychiatrie adulte – « hors gérontopsychiatrie et pathologies chroniques » selon ce document - ce qui représentait une baisse 0,64 % par rapport à l'année précédente. L'unité mère-bébé a réalisé 1 865 journées en 2017 pour 158 entrées directes (contre 2 421 journées en 2016 et 123 entrées directes), soit une hausse de 26,83 % sur les seules entrées.

La durée moyenne de séjour en psychiatrie adulte a été de 27,46 jours (26,38 jours en 2016), avec de fortes disparités selon les secteurs, allant de 16,87 jours pour le secteur G05 à 55,85 jours pour le G06.



Le taux d'occupation des lits de psychiatrie adulte – « hors gérontopsychiatrie et pathologies chroniques » – a été en 2017 de 96,64 %, traduisant une tension qui s'accroît puisque le nombre d'hospitalisations a sensiblement augmenté en 2018, avec un nombre global - « hors gérontopsychiatrie et pathologies chroniques » - et unité mère-bébé - de 4 059, soit une croissance de 4,2 % des admissions.

#### 2.4.2 Les admissions en soins sans consentement

L'établissement a fourni les données relatives à l'ensemble des modes d'admission qui sont regroupées dans le tableau suivant :

	Nombre de mesures		Nombre de patients	
	2017	2018	2019 (au 1 <sup>er</sup> octobre)	2019 (extrapolation)
<b>Total SSC</b>	<b>912</b>	<b>959</b>	<b>536</b>	<b>714</b>
<b>Total SDDE</b>	<b>798</b>	<b>871</b>	<b>470</b>	<b>626</b>
Dont SDT ordinaire	159	168	90	120
Dont SDTU	189	202	96	128
Dont SPI	450	501	284	379
<b>Total SPDRE</b>	<b>114</b>	<b>88</b>	<b>66</b>	<b>88</b>
Dont à la demande du maire	22	16	8	11
Dont personnes détenues	14	19	14	19
Dont décisions judiciaires	2	1	8	11
Dont transformation SDT en SDRE	3	0	DM	DM
<b>Hospitalisations en soins libres</b>	<b>4 001</b>	<b>3 960</b>	<b>DM</b>	<b>DM</b>
<b>Total des patients hospitalisés</b>	<b>4 913</b>	<b>4 919</b>	<b>DM</b>	<b>DM</b>

SDDE : soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement

SDT ordinaire : soins psychiatriques à la demande d'un tiers

SDTU : soins psychiatriques à la demande d'un tiers en procédure d'urgence (article L.3213-3 du code de la santé publique)

SPI : soins psychiatriques en cas de péril imminent (article L.3212-1 II 2° du code de la santé publique)

DM : donnée manquante. Un même patient peut avoir été admis la même année plusieurs fois et selon des modes légaux différents. Donc, la somme des patients dans chaque mode est supérieure ou égale au nombre de patients entrés globalement en SDDE. Ce nombre n'a pas été fourni par l'établissement.

SPDRE : soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

La proportion de patients admis en soins sans consentement, tous modes légaux confondus, par rapport au total des patients hospitalisés augmente de 18,5 % en 2017 à 19,5 % en 2018. Ce ratio demeure plus faible que ce qui est constaté sur l'ensemble du territoire (24 % en 2015). Il a été indiqué qu'une partie importante des patients admis en soins sans consentement sont adressés par les services des urgences du nouvel hôpital civil (NHC) de Strasbourg qui a initié la procédure. En revanche, la proportion de décisions prises par le directeur de l'établissement sur le motif d'un péril imminent (SPI) est remarquablement élevée avec une tendance à l'accroissement :

56 % en 2017, 56,5 % en 2018 et 60,4 % au cours des neuf premiers mois de 2019 alors que la proportion de ce mode légal d'admission sur l'ensemble du territoire était de 29 % en 2017. Une explication réside dans le fait que les médecins des services d'urgence des hôpitaux généraux initient souvent la procédure de SPI pour orienter rapidement le patient dans un contexte de pression sur les lits de psychiatrie sans prendre le temps de chercher un tiers qui présenterait une demande sous le régime de droit commun. Une autre tiendrait au fait que la ville de Strasbourg ne recourrait jamais à la procédure de soins sur décision du représentant de l'Etat.

Cette procédure ne peut être ensuite interrompue avant la décision du directeur de l'établissement d'accueil que si celui-ci ne retient pas la qualification de la situation comme un « péril imminent », et considère que le certificat ne peut régulièrement initier une procédure de SPI, ce qui est rarement opéré. Or, la lecture des certificats initiaux de SPI montre que le caractère de péril imminent de la situation est parfois curieusement apprécié ou leurs termes très vaguement circonstanciés, voire tient en une justification tautologique par la simple affirmation d'un péril imminent. A titre d'exemple : « *conduite mettant en danger sa personne et sa santé physique* » ce qui peut caractériser n'importe quelle surconsommation alimentaire ou conduite routière exagérément sportive ou encore « *se prend pour la fille de Romy Schneider* ». Ce sont donc les examens médicaux des 24 h et 72 h qui conduisent, dans une proportion importante, à lever la mesure de SPI.

Ce ratio est préoccupant puisque ce mode d'admission est fondé sur l'avis d'un seul médecin qui n'est pas nécessairement psychiatre et n'est pas corroboré par le témoignage d'un tiers au patient.

De ces données, il ressort également que la proportion de patients admis en procédure d'urgence – 24 %, 23,2 % et 20,4 % de 2017 à 2019 – est, en revanche, considérablement moindre que ce qui est constaté sur le plan national, 46 % en 2017.

Mais il demeure que le ratio des admissions en procédure de droit commun sur demande d'un tiers, 20 % en 2017, est inférieur à la moyenne nationale – 25 % du total des SSC – déjà anormalement basse. A l'EPSAN, les procédures d'admission prévues par la loi pour être exceptionnelles, dès lors qu'elles diminuent les garanties des patients, représentent les quatre cinquièmes des admissions.

## Recommandation 2

L'établissement ainsi que la commission départementale des soins psychiatriques doivent effectuer un examen critique du circuit d'entrée des patients en soins sans consentement sur décision de son directeur, circuit qui conduit à une proportion trop élevée de recours à des procédures exceptionnelles qui privent les intéressés des garanties de la procédure de droit commun. Cette réflexion doit inclure les partenaires des services d'urgences.

Dans sa réponse, le directeur de l'EPSAN fait savoir que des échanges ont été organisés avec les différents partenaires (SAMU, Urgences, SOS Médecins) afin d'évoquer le volume de PI prescrits.

### 2.4.3 La gestion de la suroccupation

La suroccupation est une situation chronique qui touche l'ensemble de l'établissement et perturbe sensiblement la liberté d'aller et venir des patients et les choix de fonctionnement des unités.



Elle est particulièrement criante sur le site de Cronembourg dont l'architecture des unités – toutes les chambres sont individuelles – ne laisse aucune marge de manœuvre pour le nombre de patients accueillis. Lorsque les besoins d'hospitalisation sont supérieurs aux capacités, deux solutions sont prioritairement utilisées : un lit est d'abord recherché dans une des autres unités que celles du secteur du patient ; les lits des personnes en permission de sortie sont utilisés. Cette situation est presque systématique au point que les permissionnaires sont priés de réunir leurs affaires avant de partir afin que celles-ci soient plus facilement entreposées. Les médecins sont harcelés par des demandes d'hospitalisation directe. Les équipes passent beaucoup de temps chaque jour à chercher des lits, organiser des transferts et des sorties, parfois prématurées ce qui conduit à des réhospitalisations qui alimentent la suroccupation. Il en résulte que les équipes n'ont aucune vision pour planifier les prises en charge ou prévoir des activités notamment avec des patients hors secteur ou inconnus.

A défaut de lit dans l'une des quatre unités d'admission, les patients « *en débordement de Cronembourg* », selon l'expression vernaculaire, sont transférés ou directement adressés à Brumath qui a des capacités de prise en charge plus importantes. Notamment, des unités peuvent accueillir des patients en surnombre par rapport au nombre de lits officiel car les lits physiques existent.

Mais lorsque ces patients sont en soins sans consentement, ils doivent être affectés dans une unité fermée puisque telle est la logique appliquée à l'entrée (Cf. § 5.1) ; à défaut de place dans une unité fermée, une unité ouverte devra l'être pour les accueillir.

Il en est de même pour les patients relevant d'un secteur des unités de Brumath lorsque la caractéristique, ouverte ou fermée, de l'unité dont il relève ne correspond pas à son statut à l'entrée, soins sans consentement ou soins libres, ou encore si la restriction d'unité fermée a été posée à l'entrée par le psychiatre alors qu'il n'y a plus de place dans l'unité fermée ayant vocation à l'accueillir. Enfin, tout patient peut, après avoir été accueilli dans une autre unité que celle de son secteur, faute de place dans celle-ci, y être transféré si un lit se libère et que la durée prévisible de son séjour rend ce transfert pertinent. Ces discontinuités dans le parcours du patient sont perturbantes, tant pour ceux-ci que pour les équipes qui passent beaucoup de temps à les gérer.

Ainsi, la suroccupation conduit à affecter des patients dans les unités qui ne correspondent pas à leur secteur et où ils ne sont donc pas connus, le cas échéant, en les transférant ultérieurement, à fermer des unités qui sont en principe ouvertes pour accueillir les patients relevant, au sens de l'établissement, d'unités fermées surchargées.

### Recommandation 3

L'établissement doit disposer de la capacité d'accueil des patients en hospitalisation complète nécessaire à une prise en charge respectant la dignité. La situation chronique de suroccupation appelle un soutien, en vue de leur aboutissement rapide, des projets conduits par l'établissement pour limiter les hospitalisations ou diminuer la durée des séjours, ainsi qu'une pérennisation des vingt lits maintenus à titre transitoire.

### 3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS

#### 3.1 L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS EST PERFECTIBLE

##### 3.1.1 Les documents généraux

L'établissement ne s'est pas doté d'un règlement intérieur spécifiant les missions de chacun, ses droits et ses devoirs. Selon les propos rapportés aux contrôleurs, les journées d'accueil et le tutorat sont considérés comme étant suffisants pour l'information des nouveaux professionnels. Ainsi les soignants se réfèrent-ils à leur tuteur ou aux habitudes de l'unité.

#### Recommandation 4

Le règlement intérieur de l'établissement doit être élaboré pour pérenniser les règles de travail opposables aux professionnels.

*Dans sa réponse, le directeur de l'EPSAN indique que « Le règlement intérieur de l'établissement n'a pas encore été formalisé parce que les informations sont diffusées par d'autres canaux sans que cela n'ait posé jusqu'à présent un problème. Un travail sur la rédaction d'un règlement intérieur sera mené afin de se conformer à la réglementation. »*

Le livret d'accueil de l'EPSAN, édité spécifiquement pour chaque site, a été élaboré en mai 2019 à l'occasion de l'ouverture du site de Cronembourg. Hormis les descriptions architecturale et géographique propres à chacun des sites ainsi que les photos les illustrant, les deux livrets offrent des informations identiques.

La distribution de ces livrets est réalisée de manière hétérogène. Si l'état clinique du patient ne lui permet pas d'en prendre connaissance lors de son arrivée dans l'établissement, il n'est pas systématiquement remis ultérieurement ; il a été constaté que ce livret pouvait être déposé dans le casier du patient au bureau des infirmiers.

Le contenu intégral du livret n'est pas affiché. En l'absence de règles de vie, certaines des unités apposent, dans l'unité ou sur sa porte, la photocopie des informations relatives aux heures d'ouverture des unités, des visites ainsi que celle des pages mentionnant des interdictions diverses. En 2018, lors de l'analyse des questionnaires de sortie évaluant la satisfaction des patients, la remise du livret d'accueil obtient le score le plus bas des items proposés.

#### PROPOSITION 1

La remise du livret d'accueil doit être protocolisée de façon à s'assurer de sa réception effective par le patient à un moment où il est susceptible de le comprendre. Ce document doit être complété par des règles de fonctionnement pour chacune des unités afin que les patients soient informés de leurs droits et des contraintes imposées au cours de leur hospitalisation.

*Dans sa réponse, le directeur de l'EPSAN indique que la remise du livret d'accueil fait déjà l'objet d'un protocole et que les règles de fonctionnement des unités ont déjà été harmonisées en 2016. Il ajoute que l'actualisation annuelle du livret d'accueil est une des étapes de la fiche action « Améliorer l'information donnée au patient durant les différentes étapes de sa PEC » du Projet de Soins 2020-2024.*

Les contrôleurs prennent acte de ces informations mais maintiennent leurs constats que le protocole évoqué est inégalement appliqué.

### 3.1.2 L'information spécifique des patients en soins sans consentement

Dès le début de leur hospitalisation, les patients sont informés de leur statut et de leurs droits par les infirmiers ou le cadre de l'unité. Les soignants ont confié être parfois embarrassés à cette occasion pour répondre aux questions des patients, estimant n'avoir pas reçu de formation suffisante sur la loi du 5 juillet 2011.

Il est recouru à des interprètes pour les procédures concernant des patients étrangers, surtout des migrants, et dont le nombre croît de l'ordre de 10 % par an. Ces frais d'interprétariat représentent une dépense de 250 000 euros par an.

#### BONNE PRATIQUE 1

L'établissement finance l'intervention d'interprètes qui traduisent aux patients étrangers admis en soins sans consentement le contenu des documents de la procédure et les leur explicitent.

La notification de la décision d'admission du directeur, comme celle du préfet, ne s'effectue toutefois que lorsque l'unité est en possession de ladite décision, transmission qui intervient en différé par rapport au moment de l'admission réelle dans l'unité. L'envoi est effectué par courriel à partir du bureau d'accueil infirmier aux fins d'impression par les cadres de santé ou les IDE et d'émargement par le patient.

#### PROPOSITION 2

L'organisation de l'établissement doit permettre la rédaction et la signature de la décision d'admission du directeur dès la prise en charge effective du patient.

*Dans sa réponse, le directeur de l'EPSAN fait savoir que « Une expérimentation est sur le point de démarrer sur le site de Cronembourg en vue de la mise en place d'une astreinte administrative en dehors des horaires habituels d'ouverture. Cela permettra ainsi l'édition de la décision d'admission, qui sera signée par le directeur de garde, également en dehors des horaires d'ouverture du service des admissions. L'objectif étant de déployer à court terme cette organisation sur tous les sites d'admission. »*

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement.

Le document unique de notification des droits se révèle incomplet ; il porte la liste des autorités à saisir pour contester l'admission en soins sans consentement mais ne précise que les coordonnées du juge de libertés et de la détention (JLD). Il a été indiqué aux contrôleurs que ces informations figurent également au livret d'accueil, lequel présente en page 9 les modes d'admission mais n'évoque les voies de recours que brièvement en page 17, dans la rubrique contestations ou réclamations. En outre, seules les coordonnées postales des autorités y apparaissent sans autre explication. Après lecture et remise du document au patient, les infirmiers ou le cadre de l'unité d'admission lui proposent de signer un bordereau accusant réception de la notification de la décision d'admission. Lorsque l'état du patient n'est pas compatible avec la remise de ce document ou qu'il refuse de le signer, l'accusé de réception est attesté par deux professionnels avec mention de leur nom et signature.

Le recueil des observations du patient n'est pas mentionné sur ces documents ; de manière générale, les modalités de prise en compte des observations des patients lors de chaque décision relative au projet de prise en charge ne sont pas formalisées.

### RECO PRISE EN COMPTE 1

Les diligences effectuées pour la recherche et le recueil des observations du patient, prévue par l'article L. 3211-3 alinéa 2 du code de la santé publique, doivent être formellement tracées.

*Dans sa réponse, le directeur de l'EPSAN indique : « Le recueil des observations du patient figure dans chaque décision de maintien, le médecin attestant de façon écrite ce recueil qui est prévu à ce moment. Afin de mieux formaliser ce recueil, un document qui sera à émarger par le patient est toutefois quasi finalisé. Ceci permettra de recueillir les observations de manière expresse dans le cadre de l'article L.3211-3. Le formulaire de notification des droits a été modifié en ce sens (voir pièces jointes n°1). Ce formulaire sort automatiquement depuis le logiciel de gestion des patients lorsque l'admission est validée. Cependant toute modification de document passe par l'éditeur du logiciel (le service informatique du CHU). Cette information et ce nouveau formulaire seront relayés à l'ensemble de l'établissement dans le cadre de la mise à jour du moteur de recherche après leur intégration dans notre logiciel de gestion documentaire. »*

Ainsi qu'ont pu le vérifier les contrôleurs, la copie de la décision d'admission est bien remise au patient qui peut la conserver dans son placard ou la laisser dans son casier au sein du bureau des infirmiers. En revanche, la remise des certificats médicaux n'est pas gérée de manière homogène, certaines unités arguant du fait que leur lecture pourrait perturber les patients. Par ailleurs, n'a pas été élaboré de document d'information relatif aux droits de la personne en soins sans consentement reprenant les droits édictés par la loi du 5 juillet 2011, et les différentes étapes possibles de la prise en charge (période d'observation, certificat médical des 24 et 72 heures, intervention du JLD et assistance d'un avocat lors de cette audience, certificats mensuels). Enfin, les patients admis en soins sans consentement ne sont jamais informés qu'ils vont faire l'objet d'une inscription dans le fichier HOPSYWEB<sup>1</sup>.

### PROPOSITION 3

Les patients en soins sans consentement doivent disposer à tout moment de l'information sur leurs droits et sur les moyens de les exercer ; ils doivent notamment pouvoir saisir les autorités prévues par la loi en ayant à disposition la liste de celles-ci, leur compétence et leurs coordonnées. Ils doivent être informés de l'inscription de la mesure les concernant dans le fichier HOPSYWEB.

*Dans sa réponse, le directeur de l'EPSAN informe que : « Le livret d'accueil va être prochainement modifié, il est prévu : D'intégrer le parcours complet du patient admis en soins sans consentement sous forme de tableau/logigramme. D'étoffer et intégrer la liste des autorités que le patient peut saisir (intégration de leurs compétences, rôles et*

<sup>1</sup> Décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement.

*coordonnées) (projet de modification, voir pièce jointe n°2). L'information relative à l'inscription de la mesure les concernant dans le fichier HOPSYWEB a également été intégré à la notification des droits (voir pièces jointes n°1). »*

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

### **3.2 LA POLITIQUE D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS EST DYNAMIQUE**

La direction des soins et de la qualité est très active au sein du centre hospitalier. Elle initie et gère l'ensemble des outils d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins, analyse les données et sensibilise le personnel à leur utilisation tant s'agissant des déclarations des événements indésirables, que les questionnaires de satisfaction et des évaluations de bonnes pratiques professionnelles (EPP).

#### **3.2.1 Les fiches d'événements indésirables**

Les déclarations d'événements indésirables, qui participent activement à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, se font sur Intranet grâce à un logiciel qui permet éventuellement de garder l'anonymat, seul le service apparaissant.

Sous la présidence du directeur des soins et de la qualité, la commission de vigilance et de gestion des risques (COVIRIS) regroupe vingt-sept membres du personnel (directeur des soins et de la qualité, directrice des ressources humaines, praticiens, cadres, ingénieurs, responsables techniques) et un représentant des usagers.

Cette commission réunit des sous-commissions, une par thématique de vigilance, couvrant tous les champs. Ainsi, un groupe a été réuni spécifiquement pour la prévention et la lutte contre les actes de violence, le PLAV.

Le COVIRIS s'est réuni à six reprises en 2018 afin de procéder à l'analyse des déclarations d'événements indésirables transmises par les fiches du même nom dites FEI. Elle a par ailleurs approfondi deux thématiques spécifiques : l'introduction de substances illicites à l'établissement et la conduite à tenir en cas d'agression à caractère sexuel. Les membres de la COVIRIS ou des sous-commissions la composant se déplacent dans les services lors de l'établissement d'une FEI dont le motif les interroge.

Il a été indiqué aux contrôleurs que la croissance forte du nombre de signalements démontre une réelle culture de la déclaration : de 937 fiches en 2015 à 1 330 en 2018. Les événements indésirables graves – principalement des tentatives de suicide – sont en augmentation.

En 2018, sur l'ensemble des services, 453 chutes constituent la première cause de signalement (34,06 %), suivie des incidents liés à la violence envers un agent pour 218 déclarations (16,39 %). Les non-retours de promenade, de permission ou de sortie de courte durée et les sorties sans autorisation étaient comptabilisés distinctement, de 51 pour les premiers et de 64 pour les seconds. Si leur nombre est en augmentation, il s'agit essentiellement du renforcement des déclarations par les soignants.

Le secteur G02 est celui qui a déclaré le plus d'événements indésirables en 2018 à hauteur de 261 FEI.

Les événements indésirables graves (EIG) font l'objet d'un travail d'analyse sous la forme de retours d'expériences et de consultation des dossiers des patients.

En 2018, onze réunions au titre des retours d'expérience liées aux EIG ont été organisées et la COVIRIS a procédé à huit revues de dossiers.

Les leviers de prévention sont mis en œuvre par des actions liées aux facteurs contributifs de l'EIG. A titre d'exemple, s'agissant du risque suicidaire, il est mis en œuvre une formation au repérage et à la prise en charge de ce risque et développé l'accompagnement du personnel en cas de vécu traumatique. Les événements indésirables graves sont présentés en commission des usagers (CDU).

### 3.2.2 Les questionnaires de satisfaction

Le questionnaire est remis au moment de la sortie ; il peut également être retourné à l'établissement par voie postale. Les indicateurs de ces questionnaires sont exploités par la cellule qualité puis diffusés aux médecins chefs de pôle, cadres de pôle, cadres des unités de soins pour être utilisés dans le pilotage de la démarche qualité du pôle.

L'ensemble des résultats des questionnaires de satisfaction est présenté et commenté en CDU. Le cas échéant, des actions correctrices sont préconisées, conduites par la cellule qualité et intégrées dans le programme d'amélioration de la qualité des soins.

En 2018, 2 401 questionnaires ont été retournés correspondant à 73,34 % de taux de participation. Sur une échelle de 0 à 10, la gêne occasionnée par le bruit et la distribution du livret d'accueil constituent les items notés comme étant les moins satisfaisants (5,5 et 6,2) tandis que la prise en charge par les infirmiers et la propreté des locaux obtiennent les scores les plus élevés (8,7 et 8,6). Les résultats de cette enquête réalisée annuellement sont affichés dans les unités sous deux formes : le bilan global chiffré de l'établissement et la situation particulière de l'unité concernée, complétée des commentaires des patients.

### 3.2.3 Accès au dossier du patient

Le livret d'accueil précise, dans la rubrique relative aux droits et aux devoirs du patient, que l'accès au dossier médical est envisageable selon deux modes, en le consultant sur place ou en sollicitant l'envoi de copies à domicile. Les frais découlant des photocopies et de l'envoi postal sont à la charge du patient. En 2018, la CDU a traité soixante et une demandes d'accès au dossier par le patient ou ses ayants-droits. Le délais de 8 jours maximum, porté à 2 mois pour les dossiers de plus de 5 ans, a été réduit respectivement à 7 jours et 37 jours durant l'année de référence.

### 3.2.4 Requêtes et plaintes

Le dispositif des plaintes est opérationnel : les plaintes ou réclamations des patients ou de leurs familles comme celles des soignants, sont recueillies oralement ou par écrit et traitées, dans un premier temps, par le cadre de l'unité et le cadre supérieur de santé puis par le service des soins et de la qualité.

Les patients peuvent être conduits à la gendarmerie pour y déposer plainte et il a été rapporté aux contrôleurs qu'à une occasion particulière un gendarme s'était déplacé.

Les soignants ne déposeraient que très rarement plainte faisant la distinction entre l'état clinique des patients et les actes délibérément malveillants. Néanmoins, dans l'une des unités, un IDE, en arrêt de travail à la suite d'une agression physique par l'un des patients, considérée comme malveillante, a déposé plainte. Durant la semaine de visite des contrôleurs, une FEI a été rédigée en raison de l'agression d'un interne par un patient.

A l'inverse, il a été rapporté aux contrôleurs qu'à deux occasions, des violences ont été commises par des soignants sur des patients. Des sanctions ont été prononcées dans chacun des cas : l'un d'eux a été licencié, l'autre mis à pied sans traitement durant deux semaines.

### 3.2.5 La commission des usagers

La commission des usagers (CDU) se réunit trimestriellement et de manière ponctuelle à la demande. Ainsi une CDU restreinte a été tenue en septembre dernier dans le cadre d'une médiation consécutive à la réclamation d'une famille relative à un problème somatique non détecté. Les représentants des usagers et leurs familles appartenant à deux associations (UNAFAM<sup>2</sup> et AUBE<sup>3</sup>) sont intégrés tant au sein de la commission des usagers que du conseil de surveillance de l'établissement ; trois d'entre eux siègent dans ces instances.

Les associations ne se rendent pas dans les unités mais elles disposent à l'intérieur de l'établissement d'un local où elles peuvent recevoir des familles. Une permanence de l'UNAFAM est organisée tous les vendredis.

Au total, quarante-sept réclamations ont été recensées en 2018 dont l'instruction n'était pas clôturée au 31 décembre pour six d'entre elles :

- quatorze réclamations sur l'accueil et l'administration (accueil loge, facturation, standard téléphonique etc.) ;
- dix-huit doléances sur la prise en charge des aspects médicaux (qualité des soins de prise en charge médicale, information du patient, relations avec les médecins, etc.) ;
- six réclamations pour la prise en charge des aspects paramédicaux (relations avec les soignants, liberté de circulation, qualité des soins, surveillance etc.) ;
- neuf griefs concernant la vie quotidienne et l'environnement (locaux, alimentation, perte, vol, etc.).

Le délai moyen de réponse à l'utilisateur est de 8 jours.

Les événements indésirables graves sont présentés en commission des usagers et y sont également examinés, les points les plus négatifs relevés à partir de l'analyse des questionnaires de satisfaction effectuée par la direction des soins et de la qualité.

### 3.2.6 Le comité d'éthique

Le comité d'éthique, instance pluridisciplinaire consultative, est composée de trente-six personnes, professionnels de santé et personnes qualifiées ayant une compétence pour les questions éthiques. Il est présidé par le directeur des soins et de la qualité. Le comité d'éthique se réunit deux fois par an.

Il a pour mission de produire des avis ou des orientations sur des questions, des procédures internes à l'établissement de susciter la réflexion sur les situations de soin.

Le comité d'éthique peut être saisi par tout membre du personnel, par les usagers ou leurs familles sous une forme écrite. Il se réunit au minimum trimestriellement et peut être saisi en urgence. Ses avis font l'objet d'un rapport adressé au directeur de l'établissement et sont

---

<sup>2</sup> UNAFAM : union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

<sup>3</sup> AUBE : l'association Aube représente un groupe d'entraide mutuelle (GEM)



consignés dans un registre mais seuls les avis relatifs au fonctionnement de l'établissement font l'objet d'une diffusion.

Le règlement du comité d'éthique date de juin 2009 et n'a pas été modifié depuis.

En réalité, un autre comité, le CROC (Cf. *infra*), présidé lui aussi par le directeur des soins et de la qualité, s'empare des thématiques fréquemment sollicitées par les soignants ainsi que des sujets émanant des questionnaires de satisfaction. Le comité d'éthique travaille dans le même sens que le CROC et en prépare le contenu de ses réflexions : la liberté d'aller et venir, la sexualité, les violences en institution, les équipes soignantes face au suicide, etc.

#### PROPOSITION 4

L'ensemble du personnel doit être informé des orientations du comité d'éthique et destinataire de ses comptes rendus.

Dans sa réponse, le directeur de l'EPSAN relève que « *Les travaux du comité d'éthique sont accessibles sur le réseau informatique à tous les personnels via intranet sur R/PUBLIC/comité d'éthique.* »

Les contrôleurs maintiennent que les travaux du CROC doivent également être portés à la connaissance du personnel.

#### 3.2.7 Le comité de ressource et d'organisation de colloques (CROC)

Présidé par le directeur des soins et composé de sept cadres de santé, ce comité, né en 2006, identifie les pratiques professionnelles qui nécessitent une réflexion et organise au sein de l'établissement, une fois par an, un colloque sur le thème qu'il choisit. Chacun de ces colloques présente sur le sujet les réflexions existantes et leurs perspectives.

Des intervenants extérieurs, français ou étrangers, référents de la question traitée, sont invités à présenter leurs travaux ; leur financement est assuré par l'inscription qui est payante.

Chacun des onze colloques passés a réuni 300 personnes dont une centaine de l'EPSAN. La diversité des sujets traités permet une réflexion dynamique sur les pratiques ; à titre d'exemple, ont été traités les sujets suivants : la liberté d'aller et venir, la sexualité, les violences en institutions, les équipes soignantes face au suicide, etc.

### 3.3 LA DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE EST PROPOSEE MAIS SA PARTICIPATION AUX SOINS N'EST PAS ORGANISEE

Le livret d'accueil mentionne en quatre phrases la possibilité offerte au patient de désigner une personne de confiance qui pourra l'accompagner dans ses décisions, sans en expliquer ni les modalités ni les effets concrets. Les patients sont renvoyés vers le personnel de l'unité pour ce faire. Dès leur arrivée dans l'unité, cette désignation leur est proposée mais les missions spécifiques de la personne de confiance étant mal connues des soignants, il n'est pas toujours expliqué son rôle particulier et la nécessité de l'en prévenir. Aucun parmi les formulaires examinés par les contrôleurs ne portait la signature de la personne désignée.

Les médecins ayant affirmé aux contrôleurs recevoir la personne de confiance lors d'entretiens médicaux ont en réalité rencontré la famille du patient, sans faire la distinction entre les différents rôles possibles de leur interlocuteur. De fait, un membre de la famille est souvent désigné à double titre comme personne à prévenir et personne de confiance.



**PROPOSITION 5**

La personne de confiance, dont le rôle spécifique est confondu par les soignants et les médecins avec celui de la personne à prévenir, doit être contactée et informée du souhait du patient ; elle doit signifier son accord et être invitée à participer au processus d'information sur les soins prodigués.

*Dans sa réponse, le directeur de l'EPSAN fait savoir : « Une action d'information et de formation est à prévoir pour l'ensemble des professionnels de santé : mise en œuvre réglementaire. Cet axe sera intégré dans la formation globale sur les droits du patient inscrite au plan de formation 2021. »*

*Les contrôleurs prennent acte de ces projets.*

**3.4 LE DROIT DE VOTE EST PEU EXERCE**

Les patients sont informés de leur droit de voter par les cadres des unités et mis en mesure de l'exercer. Des autorisations de sortie spécifiques sont sollicitées pour les personnes admises en soins sans consentement souhaitant exercer ce droit et l'établissement se charge d'accompagner celles qui en ont obtenu la permission. Cependant, l'accompagnement par les familles est privilégié, notamment dans les unités intersectorielles pour lesquelles de multiples déplacements seraient irréalisables. Les patients en soins libres se rendent au bureau de vote par eux-mêmes.

Lors des dernières élections (européennes) aucune sollicitation n'a été transmise au centre hospitalier ni en accompagnement ni pour l'établissement de procurations par la gendarmerie. Lors des élections présidentielles, les gendarmes s'étaient déplacés pour en établir une dizaine.

**3.5 UN AUMONIER CATHOLIQUE ET UNE PASTEURE SONT PRESENTS SUR LES DEUX SITES ET ORGANISENT, A LA DEMANDE, L'INTERVENTION DE REPRESENTANTS D'AUTRES CONFESSIONS**

L'établissement compte un aumônier catholique et une pasteur qui, contactés téléphoniquement par les contrôleurs, leur ont assuré n'éprouver aucune difficulté à rencontrer les patients qui le sollicitent, tant à l'aumônerie que dans les unités ou lors des offices et des groupes de prière. Tous deux se déplacent à Cronembourg où, comme à Brumath, ils disposent des moyens d'accéder aux unités (clés pour l'un, badge pour l'autre).

Le livret d'accueil en fait mention et les informations sont affichées dans les unités.

A Brumath, la chapelle de l'établissement a été partagée en deux pour que les deux cultes puissent s'exercer. Des célébrations ont lieu : le dimanche matin l'office est à 10h en la chapelle catholique et le culte protestant s'exerce par un temps de prière, le premier mardi du mois à 15h en la chapelle protestante. Par ailleurs, peuvent être proposées des célébrations dans les unités de l'hôpital. Les patients autorisés à sortir des unités peuvent se rendre directement à l'aumônerie et aux offices, ceux d'entre eux qui doivent être accompagnés n'ont pas toujours la possibilité de s'y rendre faute de disponibilité des soignants et non pas de leurs réticences à le faire, selon les propos rapportés.

Ces deux aumôniers se chargent d'assurer le relais pour organiser la visite de représentants d'autres confessions, ils évoquent la venue d'un imam et celle d'un aumônier bouddhiste, tous deux à de rares occasions.

### 3.6 LES SOIGNANTS ET LES ASSISTANTS DE SERVICE SOCIAL SONT ATTENTIFS AUX BESOINS DES PATIENTS ET VIGILANTS A L'IMPLICATION DES TUTEURS

Les patients sous protection juridique représentent une partie importante des personnes prises en charge dans les unités au « long cours ». Tous les patients des unités «3x15 » sont sous protection juridique et un à deux tiers d'entre eux dans les autres unités.

Les tuteurs sont soit les mandataires du service de l'EPSAN, soit des acteurs associatifs, privés ou familiaux : leur implication est d'intensité variable.

Le service mandataire de l'établissement avec trois mandataires (un quatrième poste étant ouvert mais non pourvu) était en charge en octobre 2019 de 296 mesures de protection, nombre relativement stable sur 5 ans ; la majorité était composée de tutelles. Une partie des majeurs protégés est à domicile ou en établissement médico-social.

La désignation par les juridictions du service mandataire de l'établissement, comme celle d'autres services, s'effectue après identification d'un besoin de protection par les assistantes sociales présentes dans chacune des unités : les réactions judiciaires peuvent être longues (parfois plus de 6 mois), même si une mesure de sauvegarde de justice peut être prononcée rapidement.

Pour ce qui est du service de l'établissement, les mandataires ont chacun en charge un portefeuille d'unités et de secteurs : les mouvements (nominations, décès, transferts ou levées des mesures) concernent, selon les années, de 20 à 25 % des dossiers. Lorsqu'une mesure de protection est prononcée par le juge, un référent mandataire est désigné. Sur la base d'une *check-list*, il établit un dossier administratif (famille, droits sociaux, assurance, etc.), évalue les ressources du patient puis ouvre un compte. Il prend contact avec le cadre du pavillon d'hébergement qui sera une relation privilégiée. Les assistantes sociales, moins impliquées dans la gestion quotidienne, sont plutôt chargées de l'élaboration des projets de sortie ou de placement dans les structures médico-sociales. Un projet de budget mensuel est élaboré en concertation avec le tuteur : des petites sommes en espèces, détenues par les cadres des unités permettent des achats courants et le paiement de « goûters » à la cafétéria de l'établissement.

Les relations des tuteurs associatifs, privés et familiaux avec les majeurs protégés sont plus ou moins étroites. Si certains entretiennent des rapports fréquents avec leurs « protégés », d'autres seraient plus difficiles à joindre et à mobiliser. Néanmoins, selon les informations recueillies, les contacts seraient globalement bons.

Les cadres des « 3x15 » s'efforcent de rencontrer tous les tuteurs une fois par an. Dans la plupart des unités, ceux-ci sont invités aux réunions sur les projets de sortie : tel est aussi le cas dans la plupart des autres unités.

Les tuteurs sont convoqués aux audiences du juge des libertés mais s'y rendent rarement.

### 3.7 LA CONFIDENTIALITE DE L'ADMISSION ET DE LA PRESENCE DU PATIENT N'EST PAS ASSUREE

S'il est possible d'être admis au centre hospitalier de manière anonyme, les patients n'en sont pas réellement informés. Il faut avoir lu le livret d'accueil (page 12) pour découvrir deux lignes sur le respect de la vie privée puis sur le secret professionnel, renvoyant les démarches sur l'équipe soignante et donc, en conséquence, après les formalités d'admission.

Le principe est que les patients puissent être admis de manière confidentielle sous l'une ou l'autre de deux catégories : l'anonymat (le nom et le prénom sont suivis d'un A majuscule) et l'admission sous X pour les femmes enceintes qui seraient hospitalisées dans l'unité mère-enfants, ainsi que, selon une ancienne réglementation, pour les toxicomanes se présentant

spontanément pour une désintoxication. Les deux formulaires transmis aux contrôleurs relatifs à ces possibilités datent de janvier 2015. Les soignants rencontrés ignoraient pour certains la possible anonymisation et le processus spécifique à mettre en œuvre. En réalité, personne au jour de la visite des contrôleurs n'était hospitalisé sous l'une ou l'autre de ces procédures.

Par ailleurs, la confidentialité de l'hospitalisation n'est pas respectée dans la mesure où le standardiste dispose de la liste des patients et de leur localisation afin de passer les communications aux unités. Les interlocuteurs ont donc connaissance de la présence des patients dans telle ou telle unité avant que revienne aux soignants le soin de bloquer les informations. Il a cependant été indiqué aux contrôleurs que l'établissement assurait des formations sur le secret professionnel pour l'ensemble du personnel y compris pour le standardiste.

#### PROPOSITION 6

Les patients doivent être informés systématiquement, dès leur arrivée, de leur droit de demander la confidentialité de leur hospitalisation.

*Dans sa réponse, le directeur de l'EPSAN indique que « Une plaquette d'information, qui sera mise à disposition au sein des deux bureaux d'accueil infirmier, ainsi que des affiches d'information, affichées dans les services, sont en cours d'élaboration. Ces documents seront intégrés dans le moteur de recherche et seront diffusés à l'ensemble de l'établissement via la procédure de mise à jour du moteur de recherche. »*

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement.

## 4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 4.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES (CDSP) REALISE SES CONTROLES DE MANIERE REGULIERE MAIS PEU DE PATIENTS LA SOLLICITENT

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), constituée par arrêté du 22 mai 2018, est composée d'un vice-président du tribunal de grande instance de Strasbourg, d'un médecin psychiatre des hôpitaux universitaires de Strasbourg, d'un médecin généraliste conseil de la sécurité sociale, retraité, d'un médecin psychiatre libéral, d'un membre de l'UNAFAM et d'un membre de l'association d'usagers Aube.

La CDSP contrôle les deux sites hospitaliers et reçoit les patients qui en ont présenté la demande. Son passage à Brumath était récent lors de la visite des contrôleurs qui ont cependant pu rencontrer ses membres lors de leur passage à Cronenbourg. A Brumath, quatre patients ont été reçus ; à Cronenbourg, deux patients s'étaient manifestés pour les rencontrer. Des affiches avaient été apposées et les cadres avaient relayé l'information.

En 2018, la CDSP avait visité six établissements et examiné 123 dossiers de patients dont 41 de plus d'un an. Aucune proposition de levée de la mesure n'avait été émise à ces occasions. Des réclamations avaient été adressées à la commission par neuf patients.

Deux magistrats du tribunal de grande instance de Strasbourg, vice-président et juge des libertés et de la détention, sont venus le 20 décembre 2017 vérifier la bonne tenue des registres de la loi. Aucune autre visite de représentant de l'autorité judiciaire ou administrative prévue n'a été signalée depuis lors.

#### Recommandation 5

Les autorités judiciaires et administratives doivent exercer régulièrement, à l'EPSAN, la mission de contrôle sur les établissements psychiatriques que leur imposent les dispositions de l'article 3222-4 du code de la santé publique.

*Dans sa réponse, le directeur de l'EPSAN affirme « Ces visites sont bien effectuées, voir pièce jointe pour l'année 2019. »*

*Il ne ressort pas de la pièce jointe que le procureur près le TJ de Strasbourg ou le préfet aient visité l'établissement au cours de l'année 2019. Les contrôleurs maintiennent donc leur recommandation.*

### 4.2 LE REGISTRE DE LA LOI EST INCOMPLETEMENT REMPLI ET LA REGULARITE DES MESURES DIFFICILEMENT CONTROLABLE

Les registres de la loi sont conservés à Cronenbourg et renseignés par les agents qui assurent également l'accueil des visiteurs.

Deux registres, de modèle officiel, sont ouverts, l'un pour les mesures de SDDE, l'autre pour les SPDRE. Les agents chargés de tenir ces registres n'ont reçu aucune formation et lorsque l'un change, son remplaçant est formé « sur le tas » par ses collègues. Malgré le sérieux et le soin avec lesquels ils s'acquittent de cette tâche, la tenue du registre ne répond qu'imparfaitement à ce qui en est attendu.

Dans l'un comme dans l'autre, pour chaque mesure, sont indiqués sur la page prévue et portant le numéro d'ordre, les informations sur l'identité de la personne admise, le cas échéant, celle du demandeur et la nature de la mesure.

Dans les pages suivantes sont collées les copies de certains documents de la procédure : les décisions, les demandes par les tiers, les certificats médicaux d'admission, de 24h et de 72h, les avis joints à la saisine du JLD, les décisions de levée de la mesure.

Les copies des décisions sont de format A4 et collées les unes sur les autres, dans l'ordre chronologique de leur date. Ces amas donnent rapidement une telle épaisseur au registre qu'il ne peut plus être refermé et que sa manipulation est très malaisée, difficulté avivée par sa lourdeur. En outre, chaque document étant collé sur une largeur de quelques centimètres sur le haut du document précédent, les en-têtes des documents se trouvent souvent recouvertes et il est donc impossible de connaître l'établissement où a été établi le certificat médical d'admission et, par suite, si le praticien qui l'a signé appartient ou non à l'établissement d'accueil.

La date de notification des informations, dont les droits, qui devrait figurer dans le registre n'y est jamais indiquée contrairement à ce qu'exigent les dispositions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique<sup>4</sup>.

Enfin, l'examen des registres fait apparaître des irrégularités ou lacunes. En premier lieu, le registre est renseigné tardivement par rapport à la date d'édition des mesures. Les décisions ne sont envoyées aux agents en charge de leur transcription que deux à trois jours après qu'elles ont été prises, ceux-ci ne peuvent donc pas enregistrer les mesures dans les 24 heures prévues par la loi. A titre d'exemple, une mesure décidée le 8 novembre 2019 n'a pu être transcrite sur le registre que le 13 novembre. Aucune attestation telle que prévue n'y figure et des documents sont parfois omis, ainsi a-t-il été constaté pour des décisions de passage en programme de soins, des avis joints à la saisine du JLD.

## RECO PRISE EN COMPTE 2

L'établissement doit revoir ses procédures de transmission des documents pour permettre une tenue plus rigoureuse et complète des registres de la loi.

*Dans sa réponse, le directeur de l'EPSAN explique : « Concernant l'épaisseur du registre, nous sommes toujours dans l'attente de la possibilité de dématérialiser ce registre, comme c'était initialement prévu par la loi de 2011. Cette dématérialisation permettrait de rendre plus lisible le registre des patients en soins sous contrainte.*

*Concernant l'impossibilité de vérifier si le praticien à l'origine du certificat d'admission appartient ou non à l'établissement d'accueil, les certificats émanant des établissements étant rédigés sur papier à en-tête, la question se pose uniquement pour les médecins extérieurs. Toutefois, des vérifications sont effectuées lors de la réception desdits documents, le service des admissions procédant à une vérification systématique de chaque document via le site de l'ordre des médecins.*

<sup>4</sup> Article L.3212-11 du code de la santé publique : « Dans chaque établissement mentionné à l'article L. 3222-1 est tenu un registre sur lequel sont transcrits ou reproduits dans les vingt-quatre heures ; (...) 4° Les dates de délivrance des informations mentionnées aux a et b de l'article L. 3211-3 ; (...) 6° Les avis et les certificats médicaux ainsi que les attestations mentionnées au présent chapitre ; »

*Concernant l'absence d'indication de la date de notification des informations au patient, cette difficulté va être corrigée par le collage de la copie du récépissé de notification des droits (voir pièce jointe n°3). L'information aux agents en charge du collage a été réalisée. Concernant le délai de renseignement du registre, les diverses vérifications nécessaires de chaque document ainsi que le fonctionnement en deux sites engendrent des délais incompressibles. Toutefois, une organisation est à l'étude en vue de réduire ces délais. ».*

Il est pris acte de ces précisions.

### 4.3 LES SORTIES DEFINITIVES SONT RALENTIES FAUTE DE SOLUTIONS D'AVANT

#### 4.3.1 Les sorties de courte durée

Les sorties de moins de douze heures ne posent pas de difficultés de principe pour les patients en SDDE.

Les possibilités sont fonction de l'organisation des équipes, de la mission dévolue au soignant de journée et de l'autonomie des patients et non du statut d'admission de ces derniers, hormis pour les personnes en SDRE. Elles sont régulières et fréquentes, d'autant plus aisées que le soignant de journée peut accompagner les patients qui le nécessitent. Des sorties en groupe sont également organisées, avec l'appui, si nécessaire, des soignants du dispositif d'accompagnement et de liaison.

Dans d'autres unités, comme Pussin A, les sorties individuelles reposent essentiellement sur la disponibilité des familles.

Les tiers demandeurs de la mesure qui doivent être prévenus des sorties ne le sont pas dans toutes les unités.

#### Recommandation 6

Le tiers demandeur d'une mesure de soins sans consentement doit être averti de toute sortie du patient concerné.

*Dans sa réponse, le directeur de l'EPSAN indique que « L'information du tiers demandeur de la sortie est tracée sur le formulaire « Demande d'autorisation de sortie de courte durée non accompagnée n'excédant pas 48 heures » (article L3211-11-1 du CSP) établi par le médecin ».*

*La circonstance qu'une procédure prévoit de tracer l'information du tiers ne donne pas l'assurance que cette information soit toujours réalisée. Les contrôleurs maintiennent leur recommandation.*

Les sorties pour les patients en SDRE sont plus compliquées à organiser, dès lors que le préfet doit en être prévenu 48 heures à l'avance et que, jusque peu de temps avant le contrôle, il se montrait peu enclin à les accepter. Il n'est pas rare qu'il s'oppose à une sortie non accompagnée, refus souvent en lien avec le passé pénal du patient ce qui ralentit l'évaluation de l'autonomie. Pourtant les demandes du médecin correspondent à une évolution de l'état du patient et la sortie non accompagnée a été précédée, à la demande du préfet, d'une à deux sorties accompagnées. Mais, une réunion récente à la suite de la visite du directeur de cabinet à Brumath a permis d'échanger et des assouplissements commencent à se faire sentir.

De même, le préfet s'oppose fréquemment aux sorties définitives, utilisant le recours à un deuxième avis confirmatif pour les décider. C'est systématiquement le cas pour les patients entrés en application des dispositions de l'article 122-1 du code pénal – irresponsabilité pénale.

#### 4.3.2 La préparation de la sortie

Les sorties définitives des patients sont préparées dans toutes les unités lors des *staffs* hebdomadaires auxquels participent les assistants de service social qui lui sont affectés et un représentant des structures extra hospitalières du secteur. Pour les cas complexes, des synthèses spécifiques sont organisées, avec dans certaines unités la participation de la famille et, le cas échéant, du tuteur. Des représentants du groupe d'entraide mutuelle (GEM) peuvent également participer à l'élaboration du projet de sortie.

Dans les unités « 3x15 », les permissions de sortie, parfois longues – plus d'un mois pour un patient –, sont encouragées. L'accueil en structure médico-sociale fait partie des objectifs des projets de soins dès lors que l'état des patients le permet : la « transférabilité » des modes de prises en charge soignantes de l'hôpital vers d'autres structures accueillantes est recherchée. Les relations des équipes, notamment de l'assistant de service social mais aussi des cadres et des soignants avec les institutions médico-sociales sont étroites et étayées par des formules d'accueil séquentiel à l'hôpital qui permettent une observation partagée des patients et une réassurance des équipes des MAS et des FAM concernés.

La préparation de la levée de la mesure est souvent un processus au long cours pour les patients nécessitant un hébergement en structure médico-sociale. Ceux des unités dépourvues d'assistant de service social sont particulièrement pénalisés, le cadre qui le substitue n'ayant ni le temps ni la formation, ni le réseau professionnel pour être aussi efficace. Telle était la situation de l'unité Barbe. Dans toutes les unités, des patients sont en attente de structure de sortie, la situation étant plus aiguë en gérontopsychiatrie et dans les unités de patients aux pathologies complexes.

Par ailleurs, dans certaines unités d'admission, les tensions sur les lits allongent paradoxalement les durées d'hospitalisation : pour éviter que le patient perde son lit en cas de sortie de plus de douze heures, les médecins préfèrent autoriser deux jours de sortie consécutifs avec retour la nuit à l'hôpital. Ce faisant, ils se privent d'une possibilité d'évaluation sûre de l'autonomie du patient qu'offre une sortie d'une durée continue de 48 heures, et faute de cette appréciation, retardent la sortie. Mais ils estiment qu'il est plus préjudiciable à celui-ci de ne pas retrouver son lit et d'encourir le risque d'être orienté à son retour vers une autre unité, avec la modification de la prise en charge et l'interruption de la conduite du projet de sortie qu'elle implique.

#### 4.3.3 Les programmes de soins

Les rares patients en programme de soins présents dans les unités étaient en réalité des patients réintégrés.

Il a été contrôlé que les programmes de soins ne comportaient de période d'hospitalisation importante à l'exception de l'un d'entre eux concernant un patient en SDRE, qui prévoyait une hospitalisation nuit et jour avec des sorties trois après-midi par semaine.



Le préfet ne s'est pas montré opposé à ce programme qui en réalité, constitue une hospitalisation complète, pratique que le juge censure<sup>5</sup>.

#### 4.3.4 Le collège des professionnels

Le collège des professionnels de santé est réuni par le bureau des admissions qui convoque les participants deux mois avant. Les patients sont reçus par le collège.

### 4.4 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION S'EXERCE DANS DES CONDITIONS RESPECTUEUSES DES DROITS DES PATIENTS

L'un des juges des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de Strasbourg tient des audiences trois jours par semaine (lundi, mercredi, vendredi) sur trois sites : le centre hospitalier d'Erstein, le centre hospitalier de Brumath et les hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS). La répartition des patients est organisée en fonction, non pas de leur lieu d'hospitalisation, mais des délais contraints pour comparaître devant le magistrat. A l'audience, le greffe est tenu par un greffier du TGI de Strasbourg.

Les locaux annexes du tribunal sont bien signalés dans les allées de circulation de l'hôpital de Brumath et accessibles aux personnes à mobilité réduite. Une salle spécifique a été aménagée à proximité de l'entrée de l'établissement et des services administratifs. Elle est précédée d'une salle d'attente, de sanitaires et de bureaux destinés aux entretiens avec les avocats. Face au JLD en civil, les patients restent assis au premier rang avec leur avocat durant l'audience.

#### 4.4.1 L'organisation de l'audience

Le bureau des admissions s'assure auprès des secrétaires médicales des unités de la rédaction des certificats médicaux établis le 5<sup>ème</sup> jour<sup>6</sup> de l'admission auxquels sont joints le certificat destiné à la capacité du patient à se présenter à l'audience et, éventuellement, le refus du patient de s'y rendre. Le bureau des admissions prépare le dossier qui est envoyé par télécopie accompagné de toutes les pièces administratives et médicales du patient au greffe du TGI de Strasbourg. La convocation pour l'audience est ensuite adressée à l'établissement par le greffe du JLD, accompagnée d'un formulaire destiné au choix de l'avocat. Cette convocation est notifiée au patient par le cadre ou un IDE de l'unité qui lui explique le rôle du juge, de l'avocat et le déroulement de l'audience. Une fois signée par le patient cette convocation est retournée au greffe du JLD. Les tuteurs et curateurs ainsi que les tiers sont convoqués par le greffe du JLD par courrier ; ils ne se présenteraient que rarement à l'audience.

Les certificats d'incompatibilité de présentation à l'audience sont peu nombreux mais soixante-quatorze patients de l'EPSAN, pourtant aptes à se présenter ont refusé de se rendre à l'audience à Brumath en 2018 et trente-neuf ne se sont pas présentés à l'audience dans l'un des deux autres hôpitaux. Dans les deux cas, il s'agit essentiellement des patients hospitalisés à Cronenbourg.

#### 4.4.2 Le déroulement de l'audience

Les contrôleurs ont assisté à une audience au sein de l'hôpital de Brumath le mercredi 6 novembre à 9h. Sur les dix dossiers examinés par le JLD, sept concernaient des patients de l'EPSAN dont un arrivait de Cronenbourg ; les patients transportés pour les audiences ne sont

<sup>5</sup> Cf. Cour de cassation, 4 mars 2015, n°14-17824

<sup>6</sup> Trois établissements étant regroupés, le JLD a souhaité être saisi au 5<sup>e</sup> jour afin de répartir au mieux les audiences.



jamais sédatisés ni attachés. Seules quatre personnes se sont présentées à l'audience, deux patients de Brumath, le patient de Cronembourg et un patient des HUS. Les patients absents avaient refusé de se présenter à l'exception d'une patiente déclarée inapte à l'audition.

Les patients, vêtus de leurs effets personnels, étaient accompagnés par un infirmier de leur unité ou par l'un des soignants appartenant au DAL (dispositif d'accompagnement et de liaison composé d'un infirmier et de deux aides-soignants) ; les soignants sont restés en salle d'attente durant l'audience. A cette occasion, il a été rapporté aux contrôleurs que les trajets entre Strasbourg et Brumath mais aussi vers Erstein pouvaient être relativement longs et qu'il arrivait qu'un patient convoqué ne puisse simplement pas supporter le trajet. L'un des patients était accompagné d'un avocat choisi, les autres assistés par un avocat commis d'office. En pratique, les avocats ne rencontrent les patients que le matin de l'audience, dans les locaux réservés à cet effet.

Ni le procureur de la République ni l'établissement n'étaient représentés à l'audience.

La magistrate a expliqué en termes clairs et adaptés son rôle ainsi que les voies de recours de manière très précise avant de donner la parole à l'avocat sur les questions de procédure puis aux patients sur les modalités de leur hospitalisation, leurs souhaits et projets. Deux des patients admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ont fait valoir qu'étant hospitalisés depuis 13 jours, ils n'étaient plus dans les délais pour le passage devant le JLD, confusion qui perdure entre la date d'arrivée à l'établissement et la date de signature de l'admission par son directeur.

Les décisions sont toutes mises en délibéré ; les ordonnances sont transmises par courriel aux hôpitaux dans le courant de l'après-midi. Elles sont notifiées aux patients par les cadres qui leur font signer un récépissé. Une copie leur est remise et ils peuvent être aidés dans leurs démarches s'ils souhaitent faire appel, notamment pour contacter un avocat.

En cas d'appel, les patients adressent un courrier au bureau des admissions qui transmet l'appel à la cour de Colmar (Haut-Rhin). Comme tous les documents, la convocation pour l'audience et la décision sont adressées par télécopie par le greffe de la cour puis transmises pour notification aux patients.

Les décisions du JLD dont les contrôleurs ont pris connaissance (celles concernant les patients de l'EPSAN) sont motivées, les patients peuvent y retrouver la portée des propos qu'ils ont tenus lors de l'audience en regard de leurs droits.

#### 4.4.3 Les décisions rendues

En 2018, s'agissant des patients de l'EPSAN, sur 773 convoqués, 307 ont été effectivement présents à l'audience soit 39,72 %, proportion dont la faiblesse est en partie imputable à l'éloignement de la salle d'audience pour les deux tiers d'entre eux.

Les décisions rendues ont confirmé l'hospitalisation pour 681 mesures examinées (soit 88,10 %), 19 ont été levées et 1 mesure a fait l'objet de l'instauration d'un programme de soins. Vingt-neuf patients ont fait appel dont quatre se sont désistés en raison de la levée de la mesure entre la date de saisine et la date d'audience, vingt-trois décisions du JLD ont été confirmées et deux infirmées.

Pour les trois premiers trimestres de 2019, sur les 569 patients convoqués, on observe une moindre proportion de présence à l'audience pour 202 patients (soit 35,5 %), une proportion plus importante de maintien de l'hospitalisation pour 92,09 %. Sur les 18 appels, 17 de patients et 1 du parquet, 2 se sont désistés, 13 décisions ont été confirmées et 3 infirmées.

L'examen des six décisions de mainlevée rendues en première instance en 2019, fait apparaître que :

- deux patients avaient quitté l'hôpital sans autorisation plusieurs mois auparavant ;
- une mainlevée a été ordonnée pour une patiente adhérant aux soins afin qu'elle les poursuive sous la forme de soins libres ;
- deux mainlevées ont été différées à 24 heures pour la mise en place d'un programme de soins ;
- la mainlevée d'une mesure de SPDRE se fonde sur l'absence de risques compromettant la sûreté des personnes.

Deux mainlevées prononcées par la cour d'appel (CA) se fondaient, dans un cas sur le consentement du patient aux soins ; dans le second cas, où il s'agissait de l'appel d'un mandataire judiciaire sur l'une des décisions de passage en programme de soins ci-dessus, pour irrégularité car n'ayant pas été régulièrement convoquée à l'audience. La CA a ordonné le maintien sous la forme de l'hospitalisation complète.

#### Recommandation 7

La tenue des audiences du JLD dans un autre établissement que celui d'accueil du patient constitue un obstacle sérieux à la présence de celui-ci devant le JLD. La juridiction concernée devrait organiser la répartition des juges et des audiences dans l'ensemble des établissements de santé de son ressort de façon à permettre aux patients d'y être présents sans avoir à se transporter.

## 5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR FAIT L'OBJET DE REFLEXION MAIS EST ENTRAVEE PAR LA SUROCCUPATION DES UNITES FERMEES

#### 5.1.1 L'utilisation des unités fermées

A Brumath, les orientations des patients vers une unité sont faites par le bureau des admissions selon la procédure suivante : tout patient arrivant admis en soins sans consentement – dont les personnes détenues – est orienté vers une unité fermée ; il en est de même de tout patient pour lequel l'enfermement est demandé par avis médical. L'unité Pussin A, unité fermée intersectorielle, a vocation à accueillir ces patients, elle est donc choisie en première intention. Mais si elle est complète, le patient est orienté vers l'unité Schweitzer – unité « fermable » du secteur G05 –, qui en principe est ouverte mais sera fermée pour accueillir ce patient. Dans les deux cas, après quelques jours et évaluation de son état clinique, s'il est considéré que le patient n'a plus lieu d'être en unité fermée, il peut être transféré vers l'unité ouverte de son secteur. Enfin, si à l'arrivée de ce patient, ni l'unité Pussin A, ni l'unité Schweitzer ne disposent de lit, il sera affecté dans une unité ayant un lit disponible et qui sera fermée pour l'accueillir, l'unité de son secteur étant privilégiée.

A Cronembourg, les unités B et D sont fermées en permanence, les unités A et B peuvent être fermées s'il faut accueillir un patient qui le requiert et qu'aucun lit n'est disponible dans les deux premières unités.

La demande de fermeture d'une unité ouverte est rédigée et motivée par le médecin chef de pôle qui l'adresse au directeur de l'établissement à qui incombe de prendre la décision. La procédure de réouverture est plus souple et peut se faire sur simple appel au directeur. La stratégie visant à diminuer le nombre de lits en unités fermées pour réduire le nombre de patients hospitalisés en soins sans consentements a fait long feu.

En 2019, outre Pussin A fermée en permanence, l'unité Augustin (secteur G03) a été fermée pendant 57 jours et l'unité Schweitzer pendant 45 jours. En 2018, l'unité Augustin a été fermée 47 % de l'année (dont une fois plus de 4 mois en continu).

Le taux de fermeture annuel en 2019 des unités visitées s'élève à 65 % sur le site de Brumath et à 60 % sur le site de Cronembourg, ce taux signifie donc qu'une part importante des unités ouvertes sont en réalité fermées pendant de nombreux jours privant ainsi de leur liberté d'aller et venir les personnes en soins libres et celles dont la situation médicale les autorise à sortir.

Ce phénomène s'explique par deux choix : d'une part, le placement systématique à leur arrivée des patients en soins sans consentement dans une unité fermée alors que nombre de ces derniers sont connus des services et pourraient éviter le passage en unité fermée, d'autre part, la lutte justifiée de la direction contre la pratique qui consiste à mettre un patient en isolement pour éviter de fermer l'unité.

Alors que l'établissement s'est doté d'un groupe de travail sur la liberté d'aller et venir et a organisé un colloque sur le sujet en 2014, la stratégie mise en place ne remplit que faiblement cet objectif et mérite d'être réévaluée afin que le placement en unité fermée ne relève effectivement que d'un besoin médical évalué à l'arrivée et rapidement après. De plus, la précaution de faire autoriser les fermetures d'unité par le directeur, pour éviter les exagérations, joue rarement son rôle puisque les demandes sont toujours acceptées.

Enfin, les conséquences en termes de responsabilité, de l'ouverture des unités doivent être précisées aux soignants qui craignent d'encourir des poursuites disciplinaires en cas de sortie sans autorisation d'un patient, crainte qui, toutefois ne se réfère à aucun précédent précis.

#### PROPOSITION 7

La volonté de réduire le nombre de lits en unité fermée ne doit pas conduire à une fermeture fréquente des unités ouvertes.

La politique d'utilisation des unités fermées doit être revue afin que la décision de placement dans ces unités ne soit fondée que sur une nécessité médicale.

Dans sa réponse, le directeur de l'EPSAN relève que les taux présentés dans le rapport ne sont pas rapportés à la proportion des unités prévues comme ouvertes et fermées et fait état de l'effet du sous-dimensionnement en lits du site de Cronembourg.

Pour juste que soit cette réponse, elle n'invalide pas, dans l'absolu le constat des contrôleurs.

Le directeur ajoute toutefois, « Concernant les SSC et la fermeture des unités ouvertes, une des interprétations du CGLPL de la fermeture des unités ouvertes est très intéressante à savoir l'équivalence à l'admission SSC = unité fermée. C'est un point à travailler car si nous nous sommes décollés de cette équivalence pour des patients en SSC qui ne sont plus en phase aiguë et qui, donc, sont sous contrainte en unités ouvertes, nous n'avons pas poussé le raisonnement jusqu'au bout possiblement. »

Il est pris acte de cette résolution.

Les patients détenus, moins d'une vingtaine par an, sont toujours placés dans l'une des unités constamment fermées. Si aucun lit n'est disponible dans l'une d'entre elles, le patient détenu est hébergé dans une unité ouverte qui est fermée le temps de sa présence. Il est pris en charge dans les unités fermées comme les autres patients sans aménagement spécifique ; notamment, il n'est pas systématiquement placé à son arrivée en chambre d'isolement. A l'unité Schweitzer, il est placé en chambre d'isolement le temps que le médecin prenne une décision qui est, le plus souvent, une affectation dans une chambre ordinaire. Les patients détenus peuvent accéder au patio pour fumer, sous la surveillance d'un soignant et si possible au moins une fois par heure.

#### 5.1.2 La liberté d'aller et venir au sein des unités

Toutes les unités bénéficient d'un accès à l'espace extérieur que ce soit sous la forme d'un jardin ou d'un patio. La majorité des unités autorise l'accès libre en journée et pour certaines le soir à l'espace extérieur. Néanmoins, lorsque l'unité ouverte se transforme en unité fermée, le jardin devient accessible sur autorisation et en présence d'un soignant, c'est le cas notamment à l'unité Schweitzer.

#### 5.1.3 La sécurisation du site

Les sites de Brumath et de Cronembourg sont surveillés de manière différente.

A Brumath, les deux entrées, dont l'une est réservée au personnel, sont ouvertes et aucun système de vérification n'est assuré de 7h30 à 22h30. Après 22h30, les barrières sont fermées et un interphone permet de joindre l'accueil et le bureau accueil et d'information (BAI) qui décide

de l'ouverture. Le parc est ouvert sur l'extérieur, les soignants tentent généralement de noter les allers et venues pour connaître le nombre de personnes à l'extérieur en cas de problème.

L'installation sur le site de Cronembourg s'est faite dans un contexte de violence de la part de délinquants qui s'opposaient à une construction sur un lieu habituel de trafics. La proximité avec une école maternelle a également suscité des réticences de la population locale. La question de l'installation de vidéosurveillance s'est immédiatement posée et un groupe de travail s'est constitué afin de définir le positionnement des caméras. D'emblée, l'idée de caméras dans les lieux de soins a été écartée. Au total ce sont quarante-six caméras qui ont été installées : aux abords du bâtiment, sur le parking et dans le hall d'entrée ; la signalisation est visible. Les équipiers de sécurité sont en charge de consulter les écrans de temps à autre. Le délai de conservation des images est de quinze jours et l'accès est réservé au directeur en présence d'un médecin. Jusqu'à 22h30, aucune vérification des identités n'est effectuée par le personnel de l'accueil ; à partir de 22h30 et jusqu'à 6h des visiophones permettent d'autoriser ou non l'entrée dans l'établissement.

L'installation de la vidéosurveillance à Brumath devrait se faire prochainement. Les équipes de sécurité ont rapporté des trafics dans le parc qui s'effectuaient essentiellement autour de la cafétéria. Lorsque des trafics sont constatés, l'équipe informe le directeur de garde qui contacte la gendarmerie.

Les équipes de sécurités sont présentes 7 jours sur 7 et 24 h/24 sur les deux sites et relèvent du pôle logistique, achats et travaux. Au total, ce sont douze agents sur chaque site qui se relaient ainsi qu'un électricien d'astreinte en permanence. Les équipes de sécurité ont un certificat de qualification professionnelle « agent de sécurité » et une formation « service de sécurité incendie et d'assistance à personnes ». Les nouveaux agents sont doublés d'agents plus anciens qui les familiarisent avec la spécificité du lieu. Des formations internes obligatoires sont également effectuées : agent de sécurité en milieu hospitalier avec la particularité de la maladie mentale, trois modules sur la prise en charge des conduites agressives ; ces formations sont animées par des médecins, des cadres ou des infirmiers de l'hôpital. Les équipes interviennent sur demande du personnel de l'unité ou sur prescription médicale. Lorsqu'une équipe intervient dans une unité, c'est généralement à la suite du déclenchement d'un dispositif de protection du travailleur isolé (PTI) par un membre du personnel. Les deux agents se rendent sur les lieux et n'interviennent que sur demande des soignants. Il a été rapporté que souvent leur présence suffisait à calmer la situation. Les interventions sur prescription concernent généralement une situation liée à l'isolement d'un patient où des renforts sont jugés nécessaires, la liste des patients en isolement est conservée au BAI. Selon les agents de sécurité, leur présence lors d'une mise en isolement n'est pas systématique, les soignants ont quant à eux rapporté une présence très fréquente et quasiment systématique lorsqu'un patient est agité et qu'il a besoin d'une injection forcée. Aucun protocole spécifique n'est prévu pour les patients détenus, les interventions devant faire, elles aussi, l'objet d'une prescription. Le nombre d'interventions reste en moyenne particulièrement élevé puisque 7 000 interventions par an sont comptabilisées. Il a été mentionné aux contrôleurs qu'après une situation problématique, un entretien était conduit avec le patient par les soignants.

## 5.2 LES RESTRICTIONS DANS LA VIE QUOTIDIENNE SONT PEU NOMBREUSES

### 5.2.1 L'accès aux chambres et le rythme de vie

A Brumath, les patients ne disposent pas des clés de leurs chambres hormis dans les unités Pussin A, Pussin B et Oberlin. Néanmoins, l'accès aux chambres est libre et les heures de lever et de coucher, généralement de 7h à 23h, sont flexibles. Seules les unités Dagonet A et Dagonet B restreignent l'accès aux chambres durant le temps de ménage.

A Cronembourg, et dans les unités Pussin A, Pussin B et Oberlin du site de Brumath, tous les patients disposent d'un bracelet électronique leur permettant d'activer l'ouverture de leur chambre. La libre circulation des patients au sein de l'unité est assurée, le bracelet permettant également d'ouvrir l'espace extérieur mais pas la porte principale.

### 5.2.2 L'accès au tabac

La seule règle concernant le tabac est mentionnée dans le livret d'accueil « *pour la sécurité de tous et le respect d'autrui, il est interdit de fumer et de vapoter au sein des services et dans les chambres* ». Lors de la visite, les contrôleurs ont pu constater qu'aucune restriction systématique n'était appliquée concernant la consommation de tabac. Les restrictions sont possibles si un usage déraisonnable est constaté et qu'il engendre un problème de santé ou si la personne n'a pas les moyens financiers suffisants pour s'acheter des cigarettes. Les restrictions sont particulièrement appliquées au sein des unités « 3x15 » où une limite de sept cigarettes par jour est imposée au Pensionnat. Il est très rare que des soignants donnent ou prêtent des cigarettes aux patients, préférant que ces derniers s'arrangent entre eux.

Les briquets sont également laissés aux patients sauf dans les unités disposant d'allume-cigare à l'extérieur.

Lorsque l'unité est fermée, les patients fument sur la terrasse ou dans la cour, la nuit ces espaces peuvent être ouverts sur demande du patient.

### 5.2.3 L'usage du pyjama

Un seul patient, hospitalisé dans l'unité de long séjour Barbe, est pratiquement toujours en pyjama dans la chambre d'isolement où il a séjourné durant 239 jours de suite. Au sein de toutes les autres unités visitées, aucune utilisation du pyjama n'est faite hormis en chambre d'isolement. Une utilisation occasionnelle peut avoir lieu lorsqu'un patient intègre l'hôpital avec des vêtements sales et sans habits de rechange, le vestiaire de l'hôpital est dans ce cas rapidement mobilisé.

## 5.3 LES COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR SONT FACILITEES

### 5.3.1 Les relations avec l'extérieur

#### a) Le téléphone

Comme mentionné dans le livret d'accueil, aucune unité n'applique de restriction systématique concernant le téléphone portable, un avis médical est nécessaire pour que le téléphone soit retiré. Lors de la visite, tous les patients ayant un téléphone portable pouvait le conserver avec eux. Les chargeurs sont retirés systématiquement à l'unité Dagonet A, dans les autres unités seul un risque suicidaire peut justifier ce retrait. Pour les patients ne disposant pas de téléphone, un *point-phone* gratuit est mis à disposition dans les unités Oberlin, Schweitzer, Barbe, Unité B,

Unité C et Unité D avec le numéro de téléphone de la ligne. Dans les autres unités, il est possible de demander aux soignants d'utiliser la ligne de l'unité pour appeler ses proches, les patients peuvent ensuite apporter le combiné dans leur chambre. Cette solution a pour conséquence que la ligne est souvent occupée ce qui pénalise le service.

### b) Les visites

Le livret d'accueil mentionne que l'hôpital « est un établissement ouvert à toute personne qui a une raison valable d'y accéder ». Les moyens de transport desservant l'hôpital sont indiqués tout comme les horaires des visites qui peuvent se dérouler de 10h à 12h et de 14h à 18h ; néanmoins le personnel a affirmé être souple et permettre des visites en dehors de ces plages horaires. Dans les unités Dagonet A, Dagonet B qui ne disposent pas de salon de visite, les rencontres avec les proches ont lieu dans les chambres ou dans le salon commun situé dans le hall des deux unités. L'utilisation de la cour de l'unité ou de la terrasse est possible. L'unité Barbe n'offre pas non plus de salon de visite aménagé, le renforcement d'un couloir où se trouve le *point-phone* est alors utilisé. A l'unité de gérontopsychiatrie de Cronembourg les visites se font en chambres. Les unités disposant d'un salon de visite n'interdisent pas pour autant les visites en chambre.

Dans les unités « 3x15 », les visites n'ont pas lieu dans les chambres et se déroulent hors de l'unité ou dans un salon de visite.

Les salons de visites ne sont pas toujours accueillants par manque de place ou de lumière, la cafétéria ou les espaces extérieurs des unités offrent un cadre plus agréable lorsque la météo le permet.

## Recommandation 8

Chaque unité doit disposer d'un salon de visite agréablement aménagé pour les rencontres des patients avec leurs proches.

### c) Le courrier

L'adresse postale de l'établissement ainsi que les données à indiquer sur le courrier sont mentionnées dans le livret d'accueil. Le courrier est distribué par les cadres qui le récupère dans le bureau du vaguemestre. Le vaguemestre se déplace dans les unités lorsqu'il s'agit d'un colis ou d'un pli recommandé. Des timbres sont en vente à la cafétéria de l'établissement, le papier et l'enveloppe peuvent être fournis par l'unité. Aucun timbre n'est fourni par les unités (sauf dans l'unité Barbe), même lorsque le patient veut écrire au JLD, à la CDSP ou au CGLPL. Les patients qui ne peuvent pas poster eux-mêmes leur courrier peuvent le déposer au bureau des soignants qui le mettent dans la boîte aux lettres de l'accueil où il n'est relevé que par le vaguemestre.

### 5.3.2 L'accès à l'information et aux réseaux sociaux

Aucun téléviseur n'est installé en chambre, à l'exception d'un dans l'unité Schweitzer, alors même que des prises sont prévues à cet effet. Le visionnage de la télévision se fait donc dans les salles communes. Certaines unités bénéficient de deux salons de télévision ce qui n'est pas le cas des deux unités Dagonet et de Barbe qui n'en ont qu'un, quasiment pas utilisé. Toutes les unités laissent la télécommande aux patients : l'extinction de l'écran se fait généralement vers 23h.

Pour les amateurs de lecture, l'hôpital est abonné aux *Dernières Nouvelles d'Alsace*, le journal est donc distribué dans toutes les unités. Les familles sont également invitées à apporter des magazines.



Aucune restriction systématique concernant l'utilisation d'un ordinateur portable ou d'une tablette personnelle n'est appliquée. Toutes les unités disposent du wifi.

## BONNE PRATIQUE 2

La mise à disposition du WIFI dans toutes les unités permet aux patients de se connecter sans utiliser leurs ressources propres.

### 5.4 LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS EST RESPECTEE

Depuis le 5<sup>ème</sup> colloque des soignants organisé en 2013 intitulé « *Ça ne nous regarde pas ! Intimité-sexualité-institutions* » avec la participation d'intervenants extérieurs (Cf. § 3.27), aucune discussion n'a été engagée concernant la sexualité des patients durant leur hospitalisation.

Ce déficit de questionnement n'a cependant pas mené l'hôpital à s'opposer aux relations entre patients mais plutôt à les autoriser en s'assurant que les personnes sont consentantes. Dans toutes les unités il a été rapporté que la question était ensuite discutée lors des réunions d'équipe et que le sujet n'était pas tabou.

Les unités ne disposent pas de préservatifs, ceux-ci peuvent cependant être proposés par le médecin généraliste ou le gynécologue. Des préservatifs sont également en vente à la cafétéria de l'hôpital.

Si la pratique conduit au respect de la liberté, une réflexion institutionnelle mériterait d'être menée afin que toutes les équipes adoptent une vision commune et que les patients se sentent libres d'échanger sur ce sujet avec les soignants.

## Recommandation 9

La question de l'accès des patients à une vie sexuelle et de ses conditions doit être abordée et débattue dans un cadre institutionnel.

Dans sa réponse, le directeur de l'EPSAN indique que : « *L'EPSAN a déjà mis en place les actions suivantes :*

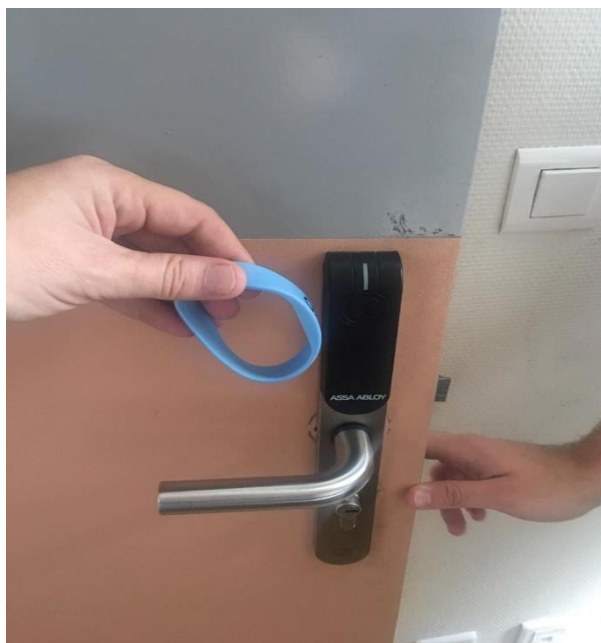
- journée d'intervention annuelle par un psychologue et l'association AIDES à l'attention des patients*
- distributeurs de préservatifs en place sur les 2 sites*
- chambre individuelle à contrôle d'accès (sur le site de Strasbourg et dans certaines UF du site de Brumath) ».*

Les contrôleurs prennent acte de ces initiatives mais maintiennent qu'une réflexion institutionnelle impliquant les soignants doit être mise en œuvre.

## 6. LES CONDITIONS DE VIE

### 6.1 DANS LEUR DIVERSITE, LES LIEUX DE VIE SONT GLOBALEMENT SATISFAISANTS

Des travaux de modernisation ont été entrepris dans certains des pavillons qui offrent désormais des chambres individuelles avec douche, WC, serrure électronique de porte permettant aux patients d'ouvrir et de fermer leur chambre à l'aide d'un bracelet.



*Serrure à ouverture électronique*

Les plus anciens pavillons ne bénéficient pas encore de ce confort et il existe dans certains d'entre eux des chambres doubles et même triples sans sanitaires, les WC et les douches se trouvant dans les parties communes.

Même dans les unités les plus anciennes, les patients peuvent ouvrir le battant de faible largeur de la fenêtre, situé à côté d'une vitre fixe qui leur permet de bénéficier de l'air extérieur. Des volets à commande électrique leur permettent également de s'isoler la nuit.

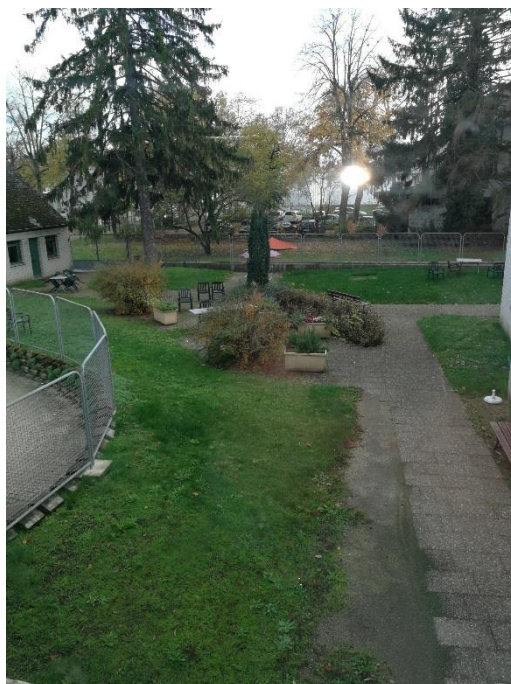
Dans les unités « 3x15 », l'adaptation du mobilier (chambres, table, chaise) est réfléchi, y compris avec l'équipe de maintenance de l'établissement afin d'améliorer le confort des patients.



*Fenêtre d'une chambre*

Chaque patient dispose d'une armoire pour ranger ses affaires personnelles. Lorsque la chambre n'est pas individuelle, les portes des armoires sont équipées d'une serrure dont la clef est confiée au patient. L'unité Barbe est certainement celle qui a le plus besoin d'être modernisée et adaptée car elle se trouve au premier étage d'un pavillon dont le rez-de-chaussée est inoccupé.

Cependant et quelle que soit la diversité des pavillons, l'ensemble est propre, vaste et clair. Il y règne une atmosphère de relative liberté, même dans les unités fermées dont il serait facile de s'échapper, les cours n'étant fermées que par une clôture de faible hauteur.



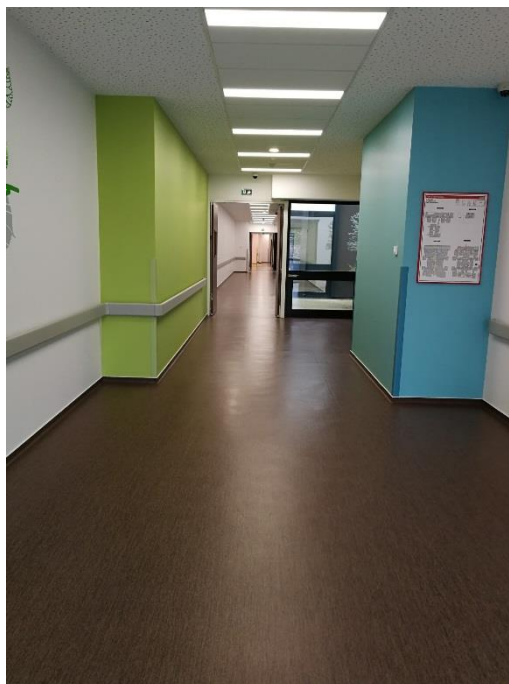
*Cour de l'unité Barbe*



### *Cafétéria*

Le site de Cronenbourg contraste avec celui de Brumath en raison de la modernité des lieux et du caractère réduit des espaces notamment extérieurs. Le bâtiment est un ensemble compact de faible hauteur intégré dans la ville avec peu d'espaces verts. Les moyens d'accès y sont très aisés puisqu'un bus relie la gare centrale de Strasbourg toutes les huit minutes en seulement dix minutes de trajet. Les quatre unités d'admission mises en service depuis le mois de mai 2019 sont situées en rez-de-chaussée. On y accède à partir d'un long couloir contrôlé par des caméras comme divers espaces extérieurs et lieux de circulation, placés sous la surveillance du poste de sécurité et du poste d'accueil infirmier.





*Site de Cronenbourg, couloir du rez-de-chaussée*

Toutes les unités disposent de chambres individuelles avec tout le confort moderne. L'ensemble est neuf, clair, et propre à l'exception d'une cour jonchée de nombreux mégots de cigarettes malgré la présence de cendriers.

A noter également que certaines chambres peuvent être vues depuis des logements de la cité située en face de l'hôpital. Toutes les chambres disposent cependant de volets à commande électrique.



*Chambre et cour intérieure*

Certains soignants ne sont pas satisfaits de l'architecture des unités et considèrent qu'elle les isole des patients, les bureaux et locaux infirmiers étant éloignés des espaces de vie des patients.

## 6.2 L'HYGIENE EST BIEN RESPECTEE MAIS SANS MACHINE A LAVER DANS TOUTES LES UNITES

Tous les locaux sont en bon état de propreté et d'entretien même si certains d'entre eux à Brumath sont maintenant un peu vétustes. Des agents des services hospitaliers en nombre suffisant assurent le nettoyage quotidien des lieux. Les draps et serviettes nécessaires aux patients sont lavés et repassés par la blanchisserie inter hospitalière implantée au sein du site de Brumath. Cette blanchisserie bénéficie d'une certification garantissant les bonnes pratiques d'une blanchisserie industrielle, la qualité de la prestation et des traitements respectueux de l'environnement.

Le linge des seuls résidents en long séjour est également traité par cette blanchisserie. Dans les unités d'admission, les patients doivent entretenir leur linge ou en faire assurer le nettoyage par leurs proches. Cependant, le linge des patients isolés et sans famille peut être également lavé par la blanchisserie. Toutes les unités ne disposent pas de machines à laver et à sécher le linge ce qui est regrettable et regretté par les patients et le personnel en général.

Toutes les unités ont constitué un vestiaire avec des vêtements donnés ou récupérés qui permet de fournir les patients qui en auraient besoin.

## 6.3 UN LIBRE ACCES A LEURS BIENS EST FACILITE POUR LES PATIENTS SOUS TUTELLE

Par principe, les patients conservent l'ensemble de leurs biens à leur arrivée. Les seules exclusions sont, sur avis médical, les objets tranchants, les briquets ou les parfums pour certains patients, notamment suicidaires : les objets retirés sont placés dans des casiers dans les bureaux des soignants.

Selon les unités, les biens peuvent être conservés dans des placards lorsqu'ils ferment à clé (Augustin, Dagonet, Oberlin) ou quand les chambres peuvent l'être (Pussin, Cronenbourg). Si tel n'est pas le cas, il est conseillé aux patients de déposer les sommes, au-dessus de 80 euros ou de 200 euros selon les unités, à la trésorerie *via* le bureau des admissions.

A Pfersdorff, en raison des pathologies spécifiques des patients, les placards personnels se trouvent dans les couloirs ; un vestiaire plus grand est disponible au second étage pour le surplus des effets. Au Lazaret et à Pensionnat, les patients, selon leur état peuvent avoir accès à leur placard.

L'accès à l'argent dépend pour les patients de leur statut au regard d'une éventuelle protection juridique mais aussi de la nature de l'unité, ouverte ou fermée. Lorsqu'un patient est placé sous la protection d'un mandataire de l'établissement, le cadre de l'unité d'accueil signale à celui-ci les besoins des patients. Les cadres supérieurs des pôles, qui sont régisseurs, se rendent périodiquement à la trésorerie pour y prélever les espèces nécessaires (10 à 50 euros par semaine par patient) : les prélèvements sont effectués sur le compte de l'établissement, ensuite crédité des virements effectués par les mandataires depuis ceux des patients protégés. Les cadres des unités reçoivent ainsi des cadres supérieurs les sommes nécessaires aux achats courants des patients et les conservent dans des « portefeuilles » placés sous clé dans leurs bureaux. Les dépenses font l'objet de factures individuelles, colligées par le service mandataire. Pour le tabac, le service mandataire peut demander des livraisons au bureau de tabac de Brumath. De nombreux magasins acceptent des bons d'achat, délivrés par les mandataires.

En ce qui concerne les autres tutelles – privées, familiales ou associatives –, de la même façon, les besoins retransmis aux tuteurs par les cadres sont satisfaits soit par une utilisation des cartes bancaires des patients (autorisations de retrait), soit par apport de liquidités par les tuteurs, soit enfin par l'utilisation de bons d'achat. Selon les propos recueillis, les tuteurs sont globalement à l'écoute des patients protégés.

### BONNE PRATIQUE 3

L'organisation des régies par pôle permet aux patients sous tutelle du service de protection juridique de l'établissement d'avoir accès facilement à leurs biens.

#### 6.4 L'ORGANISATION DE LA CUISINE EST FONCTIONNELLE ET PERMET DE SERVIR DES REPAS DONT LA QUALITE ET LA QUANTITE SATISFONT GLOBALEMENT LES PATIENTS

Les repas sont préparés par la cuisine interne de l'hôpital et sont servis en liaison froide. Le chef de cuisine a été recruté en raison de sa connaissance de la pratique et des règles strictes de la préparation en liaison froide. La cuisine emploie trente personnes qui travaillent en deux équipes, l'une du matin et l'autre du soir. Les repas sont fabriqués chaque jour pour les trois jours à venir suivant les menus composés par une diététicienne sur six semaines. Une soupe est préparée et servie quotidiennement. 600 repas sont servis à midi et 500 le soir. Des menus de régimes sans sel, sans viande et sans porc sont préparés pour 150 personnes. Il n'existe pas de régimes végan ou religieux. La matière est en grande partie fournie congelée mais pas exclusivement. Les repas sont présentés dans des barquettes de plastique individuelles filmées et étiquetées au nom des unités ou lorsqu'il s'agit d'un régime, au nom du patient. L'adaptation à l'interdiction d'utilisation du plastique jetable n'est pas encore préparée par l'hôpital. La cuisine qui a fait l'objet d'une inspection des services vétérinaires en juillet 2019 a obtenu un agrément sanitaire pour le service journalier de 1 500 repas. Le niveau d'hygiène a été considéré par cette inspection comme très satisfaisant.

Les repas sont réchauffés dans les unités et servis dans les salles à manger qui sont propres, simples et claires. Les patients choisissent librement leurs places mais ce choix est souvent ritualisé.

A l'unité Pensionnat, deux services de repas sont organisés pour diminuer le stress et apaiser. Les placements sont toujours identiques et quelques patients mangent sur des tables séparées. Une fois semaine a lieu un repas thérapeutiques Snoezelen (apéro-snack et pâte de saucisse) réunit quelques patients et soignants ; il en est de même à l'unité Lazaret.

Les patients de l'unité Pfersdorff prennent leur repas presque individuellement, avec de la vaisselle adaptée : des assiettes en carton, couverts en plastique ou cuiller en métal renforcé pour certains.

Selon les réponses aux questionnaires de satisfaction, les patients sont satisfaits de la quantité et de la qualité. Ce n'est pas cependant l'avis de tous les patients qui ont été interrogés pendant la visite.



## 7. L'ACCES AUX SOINS

### 7.1 LES URGENCES PSYCHIATRIQUES ET LES ADMISSIONS SONT PEU ORGANISEES

#### 7.1.1 La prise en charge aux urgences des centres hospitaliers généraux

Le CHS de Brumath ne dispose pas d'une autorisation d'accueil des urgences et l'admission s'effectue soit par les urgences d'hôpitaux généraux voisins soit par des entrées directes dans les services d'admission, y compris depuis des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en ce qui concerne les services de gérontopsychiatrie.

Les patients provenant des urgences générales peuvent ainsi venir du nouvel hôpital civil (NHC) de Strasbourg où est positionnée une unité d'urgences psychiatriques gérée par cet hôpital et dans lesquelles sont détachés des médecins psychiatres de l'EPSAN. Ils peuvent également venir sur les sites de Brumath ou de Cronembourg transférés du service des urgences des hôpitaux généraux de Saverne, Haguenau ou Wissembourg. Un psychiatre de l'EPSAN est détaché dans chacun de ces services pour traiter les urgences et assurer la psychiatrie de liaison, en journée de semaine. Aucun professionnel (médecin ou infirmier de psychiatrie) n'y est présent la nuit ou le week-end et ces services d'urgences doivent appeler le bureau d'accueil et d'information pour une réponse infirmière puis médicale si besoin.

Le territoire de santé ne comporte pas de dispositif de réponse aux urgences psychiatriques tel que voulu par l'article L 3221-5-1 du code de la santé publique ; le projet médical du groupement hospitalier de territoire (GHT) ne définit pas non plus clairement la filière des urgences psychiatriques à l'échelle du territoire couvert, n'exposant que l'état des lieux des offres actuelles.

Le projet d'établissement a, autrefois, prévu la création d'une unité intersectorielle d'accueil et d'orientation à l'EPSAN d'une capacité de huit lits pour des hospitalisations d'une durée inférieure à 72 heures afin de renforcer la prise en charge des urgences psychiatriques et des situations de crise mais ce projet n'a jamais vu le jour.

Au NHC cohabitent à la fois un service d'urgences générales et une entité urgences psychiatriques.

Aux urgences générales de Strasbourg, le CHS de Brumath détache trois praticiens (2,6 ETP) au sein de l'unité des urgences psychiatriques. L'équipe comprend également un praticien hospitalier (PH) à temps plein des hôpitaux universitaires de Strasbourg, 2 ETP de psychiatres du CHS d'Erstein et deux internes de psychiatrie. Deux médecins sont toujours présents chaque jour, avec deux infirmiers le matin et l'après-midi. La nuit, les effectifs comprennent un interne de garde, un PH d'astreinte et deux infirmiers. Un des médecins médicalise les urgences du CH de Hautepierre (HUS) les matins en semaine (l'après-midi, le patient est amené aux urgences psychiatriques en l'absence de psychiatre sur place).

Pour les patients des secteurs de l'EPSAN, deux systèmes parallèles d'admission en urgence sont à la disposition du médecin régulateur du centre 15 : si un examen somatique plus approfondi est nécessaire ou qu'un trouble est associé aux troubles psychiques (prise de toxique, traumatisme), le patient est orienté vers les urgences générales du NHC. Si le patient ne présente que des troubles psychiques, le psychiatre des urgences psychiatriques, contacté par téléphone, accepte qu'il soit amené directement aux urgences psychiatriques.

Lorsque le patient est admis aux urgences générales du NHC, il emprunte le cheminement de toute personne amenée aux urgences quelles que soient les conditions dans lesquelles il arrive (agité, menotté, etc.).

Il est reçu par l'infirmière d'accueil et d'orientation puis par le médecin urgentiste ; ce médecin appelle, le cas échéant au téléphone, le psychiatre des urgences psychiatriques, qui est présent physiquement le matin aux urgences générales et l'après-midi aux urgences psychiatriques situées de l'autre côté de l'hôpital à 300 mètres.

Le médecin psychiatre assure, aux urgences générales, les consultations demandées par les urgentistes le matin et également celles auprès des patients de réanimation admis pour des tentatives de suicide ou intoxications médicamenteuses volontaires. Aux urgences générales, les psychiatres ont deux bureaux à disposition si besoin mais peuvent examiner des patients dans les boxes des urgences.

Si le psychiatre estime nécessaire l'hospitalisation du patient en milieu psychiatrique, il gère la recherche de place avec l'EPSAN. Les médecins intervenant aux urgences étant administrativement rattachés à trois établissements différents, les certificats sont établis selon la procédure de SDTU ou de SPI selon que le médecin signataire appartient ou non à l'établissement d'accueil. Dans tous les cas, la mesure est initiée sur le fondement d'un seul certificat et selon une procédure prévue par la loi pour être exceptionnelle.

Ainsi, les personnes en soins sans consentement qui transitent par les urgences, bénéficient d'un examen somatique initial avant l'admission au CHS.

Il n'y a pas de chambre d'apaisement ou box ou lits d'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) affectés à la psychiatrie aux urgences générales. Si le patient est agité, il est placé dans un box non spécifique des urgences et attaché sur le brancard. Cette contention est décidée par l'urgentiste et inscrite sur le dossier médical du patient dans le logiciel des urgences DxCare ; ce logiciel comporte un onglet psychiatrie que complètent les psychiatres. Les psychiatres intervenant aux urgences disposent d'un ordinateur permettant l'accès au logiciel DxCare des urgences et au logiciel Cariatides de l'EPSAN.

Les locaux du service des urgences du CH sont ainsi bien adaptés aux besoins des patients venant pour des soins somatiques mais sont moins favorables à l'accueil de patients relevant de psychiatrie car la prise en charge implique des espaces conçus à cet effet (salle de rencontre avec les proches, chambre d'apaisement ou box sans hyperstimulation ni matériel fragile).

### Recommandation 10

Le service d'urgence des hôpitaux généraux doit disposer d'une chambre individuelle permettant l'apaisement d'un patient en soins sans consentement sans risque pour sa sécurité ou celle d'autrui.

*Dans sa réponse, le directeur de l'EPSAN précise : « Les 2 sites du SU MCO du CHU (NHC et HautePierre) sont sous la gouverne du CHU. La Recommandation leur sera transmise par nos soins pour suite à donner. Concernant le SU du CH d'Haguenau, celui-ci dispose bien d'une chambre dédiée aux patients psychiatriques. Il est à noter qu'elle est située à l'UHCD et est possiblement parfois occupée par des patients somatiques en cas de tension aux urgences.*

*Le SU de Saverne ne dispose pas d'une chambre dédiée, mais seulement d'un bureau d'examen. Une réunion à l'initiative de l'EPSAN avec le CH de Saverne a été organisée en janvier 2020 (directeurs, PCME, médecins urgentistes) pour préciser et retravailler les conditions d'accueil des patients psychiatriques aux urgences de Saverne. »*

Les infirmiers des urgences ou ceux de psychiatrie installent les contentions décidées par l'urgentiste. La contention dans l'ambulance entre les urgences et les urgences psychiatriques ou un autre CH est décidée de manière formelle sur le bon de transport du patient par le psychiatre. L'organisation propre au service des urgences conduit ainsi le praticien des urgences à décider l'isolement ou l'installation de contentions pour des patients relevant de soins de psychiatrie sans solliciter la validation du psychiatre (sauf transports). Aucun protocole n'indique qui décide d'une telle contention, ses modalités de renouvellement et de surveillance. Or conformément aux recommandations de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et de la fédération hospitalière de France (FHF) de 2004 relatives à la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires, et la loi de 2016 sur l'isolement et la contention complétée par les recommandations de la haute autorité de santé (HAS) de 2016, l'isolement et la contention d'un patient de psychiatrie doivent être décidés par un médecin psychiatre. S'il s'agit d'un médecin d'une autre spécialité, il doit faire valider sa décision dans l'heure suivant la mesure par un psychiatre.

#### Recommandation 11

Les décisions de mise en contention sur des patients relevant de la psychiatrie aux urgences d'un hôpital général doivent être validées par un médecin psychiatre.

*Dans sa réponse, le directeur de l'EPSAN indique : « Le SU du NHC présente de très loin le plus grand nombre de passages du département. Il est couvert sur le plan psychiatrique par les urgences psychiatriques du CHU, dont le projet médical de centre d'urgences et de crise a obtenu une autorisation de l'ARS. Ce projet prévoit une seniorisation des gardes psychiatriques sur place jusqu'à minuit 30. Cela permettra de pallier le problème soulevé sur l'Eurométropole de Strasbourg. Si l'on se réfère au schéma de la permanence des soins de l'ARS (PDSES), celle-ci n'en a cependant pas prévu le financement (cf. Recommandation 3).*

*Pour les SU de Saverne, Haguenau et Wissembourg, les effectifs médicaux ne permettent absolument pas une garde seniorisée de psychiatre sur l'un ou l'autre SU, l'EPSAN étant déjà en difficulté pour assurer les gardes sur les sites de Brumath et Cronembourg (en raison de la pénurie médicale) : 20 % des gardes d'interne sont effectuées par les praticiens hospitaliers. »*

Les contrôleurs prennent acte avec regret de ces informations.

Les urgentistes enregistrent, certes, leurs décisions de contention sur le logiciel des urgences dans le dossier patient. Cependant, aucune analyse des mesures prises n'est possible, aucune durée de contention n'étant connue et aucun registre tenu.

## Recommandation 12

La traçabilité des décisions et de la surveillance de la contention doit permettre une analyse des pratiques visant à l'amélioration de la prise en charge.

L'organisation de l'accès aux soins de psychiatrie aux urgences est ainsi actuellement insuffisamment lisible ; un protocole devra préciser les modalités de travail conjoint entre les différents spécialistes ainsi que la gestion des isolements ou contentions de patients relevant de la psychiatrie.

Les locaux de ces urgences psychiatriques comprennent un bureau de consultation ou de soins, une chambre dite « de contention » et un vaste bureau avec une table d'examen. La chambre de contention est, de fait, une chambre d'aspect « chambre d'isolement » avec brancard prééquipé de contention, sans aucun autre mobilier ; la fenêtre est obstruée par du contreplaqué ; il n'y a pas d'aération possible, pas de bouton d'appel au mur ou au niveau du lit pour les personnes attachées, pas de repérage du temps par une horloge, pas de toilettes ni de point d'eau. Les personnes sont emmenées en dehors du service pour aller aux toilettes. Il est indiqué qu'elles ne sont pas déshabillées et que la porte donnant sur les soignants n'est jamais fermée à clef.



*Chambre dite de contention*



*Grand bureau d'entretien joutant la chambre*

Aux urgences psychiatriques du nouvel hôpital civil de Strasbourg, les mesures de contention effectuées dans la chambre dite de contention sont exhaustivement tracées sur support papier volant, les données sont ensuite retranscrites par le cadre sur un support *Excel* informatique. Le registre contrôlé sur la période du 14 septembre au 6 novembre 2019 comptait dix contentions sur une file active d'entrée de 585 patients. 6 des 10 personnes attachées ont été transférées dans un service d'hospitalisation. Sur les 585 patients, 169 ont été ensuite hospitalisés. Rapportés aux seules personnes passées aux urgences ayant eu une hospitalisation au décours, 6 % ont subi une mesure de contention (taux faible par rapport aux taux observés dans des structures type CAP 48<sup>7</sup>, UHCD psychiatriques ou unité d'admission). Aucun patient n'était attaché lors du passage des contrôleurs.

Par ailleurs, le service de psychiatrie du NHC a mis en place une formation de tous les nouveaux internes par le cadre supérieur de santé des urgences psychiatriques ; vingt internes ont ainsi été

<sup>7</sup> CAP : centre d'accueil permanent

formés à la contention et à l'isolement le jour du contrôle, tant sur les aspects théoriques, juridiques que techniques avec un jeu de rôle entre étudiants.

#### BONNE PRATIQUE 4

Une formation spécifique à l'isolement et à la contention a été mise en place aux urgences pour tous les internes débutant leur stage en psychiatrie.

##### 7.1.2 L'admission au sein des unités

L'hospitalisation dans une des unités de l'établissement est régulée à l'échelle de l'établissement par deux bureaux accueil et d'information, l'un sur le site de Brumath et le second sur le site de Cronembourg. Les personnes sans domicile fixe sont affectées à un secteur en fonction des premières lettres de leur nom de famille.

Ces BAI, ouvert 24h/24, sont tenus par des infirmiers travaillant en douze heures qui se relaient sur les deux sites. Ils assurent l'ensemble de l'accueil physique de tout patient se présentant spontanément au CH, les admissions et la réponse téléphonique à toute personne sollicitant un avis de psychiatrie. Un patient peut ainsi être accueilli dans une salle d'attente puis un bureau de consultation, avec un entretien infirmier suivi, le cas échéant, d'un entretien avec le psychiatre du secteur concerné (ou la nuit et les week-ends, l'interne de garde suivi, le cas échéant, du PH d'astreinte). Les admissions, déjà régularisées par téléphone ne sont opérées que par les ambulanciers.

Le BAI dresse chaque jour le récapitulatif des lits disponibles ; le jour du contrôle, un seul lit était disponible pour tout l'établissement.

#### BONNE PRATIQUE 5

Un accueil infirmier permet une réponse téléphonique et physique 24h/24 pour les patients comme les partenaires extérieurs, avec possibilité, en tant que de besoin, d'un entretien médical avec le psychiatre.

Une fois admis au sein de l'EPSAN, le patient bénéficie dans toutes les unités et dans les heures qui suivent, d'un entretien avec un infirmier, un psychiatre, le praticien de garde ou l'interne. L'infirmier explique oralement les règles de vie.

Chaque praticien enregistre ses observations médicales dans le logiciel Cariatides ainsi que ses prescriptions. Les restrictions supplémentaires à l'affectation éventuelle en unité fermée – systématique pour les patients en soins sans consentement – sont alors décidées par le praticien individualisées en fonction de la clinique du patient et non de son mode légal d'admission.

Les patients sont examinés systématiquement par un médecin somaticien à l'admission (un gériatre pour les patients de gérontopsychiatrie).

Enfin, concernant les unités de patients hospitalisés au long cours (Pensionnat, Lazaret, Pfersdorff), les admissions programmées sont discutées tous les quinze jours lors d'une réunion spécifique des trois unités.

## 7.2 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT COORDONNES ENTRE DISPOSITIFS ET LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES SONT INTEGREES AUX PROJETS DE SOINS

### 7.2.1 Les dispositifs ambulatoires et les partenaires de la filière de prise en charge

L'établissement dispose dans chaque secteur de structures extra hospitalières (CMP, CATTP, hôpitaux de jour) permettant d'apporter une réponse graduée aux besoins de soins des patients sans recours systématique à l'hospitalisation, avec une bonne articulation avec les services d'hospitalisation complète mais sans service d'hospitalisation à domicile (HAD).

Dans la préparation à la sortie, les équipes soignantes soulignent le manque de structures d'aval, médico-sociales ou sociales, adaptées : par exemple dans l'unité Dagonet, seize patients sur trente-cinq étaient en attente de places dans des structures extérieures. A l'unité Pussin A, sept patients sont en attente d'une place dans le secteur médico-social.

Les relations nouées avec les EHPAD facilitent le retour des patients dans ces structures après une phase d'hospitalisation nécessaire. Le logiciel Trajectoire utilisé pour solliciter des places en EHPAD, unité de vie ou soins de suite et réadaptation, permet un traitement rapide des demandes. Néanmoins, dans l'unité de gérontopsychiatrie de Cronembourg, onze patients sur les vingt présents attendent une place en EHPAD et, en amont, cinq patients de l'unité Pussin A attendent une place en gérontopsychiatrie dans des conditions inadaptées (pour les soins de nursing, les activités).

Dans les unités accueillant au long cours des patients, les relations des équipes avec les institutions médico-sociales sont étroites et étayées par des formules d'accueil séquentiel à l'hôpital, qui permettent une observation partagée des patients et une réassurance des équipes des maisons d'accueil spécialisé (MAS) et des foyers d'accueil médicalisé (FAM) concernés.

Le délai de rendez-vous de consultation avec un psychiatre en CMP est de trois semaines hors urgence, le patient peut obtenir une consultation avec un psychologue ou un entretien infirmier dans un délai plus court.

### 7.2.2 Le projet de soin et les pratiques

#### a) Le projet d'établissement

Les objectifs du projet médical en cours abordent la qualité et sécurité des soins psychiatriques, les prises en charge somatiques et dans les structures médico-sociales, la lisibilité du parcours de soin et l'accessibilité aux soins. Ce projet s'appuie sur une évaluation complète du projet 2007-2011, rappelant ce qui a été fait et ce qui n'a pas été réalisé.

Dans les objectifs non réalisés sont décrits de nombreux projets de structures alternatives et médico-sociales de prise en charge des patients, sur la base d'une estimation des besoins : MAS foyers, centre de post cure, hôtel thérapeutique, hôpital de jour en alcoologie et pour personnes âgées, centre de jour, appartement-relais, service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

Le développement intersectoriel en hospitalisation complète prévoyait la création d'une unité d'hospitalisation complète pour personnes âgées et d'une unité spécifique pour les patients présentant des psychoses non stabilisées.

Le projet prévoyait aussi d'organiser le plus possible les unités en services ouverts et de créer les locaux nécessaires aux activités culturelles et socio-thérapeutiques, ce qui ne fut pas réalisé,



chaque secteur préférant sur ce dernier point, prendre en charge l'activité de ses propres patients.

Le projet médical 2013-2017 décrit de manière précise les fermetures de lits dans les différents pôles (diminution de soixante-dix-sept lits dont soixante-dix de psychiatrie générale entre 2012 et 2015), les ouvertures de lits en réhabilitation, la création de deux unités intersectorielles, l'une de gérontopsychiatrie, l'autre de réhabilitation. Le renforcement de l'offre extra hospitalière est mis en miroir de la diminution programmée du nombre de lits, avec une augmentation capacitaire en hospitalisation partielle de jour et des prises en charge ambulatoires. Enfin, ce projet médical décrit de manière assez exhaustive l'ensemble des droits du patient à respecter et les modalités d'organisation des services à l'échelle de l'établissement.

L'agence régionale de santé (ARS) s'étant engagée à maintenir la dotation annuelle de fonctionnement après la diminution du nombre de lits, les moyens en personnel libérés par la fermeture des lits d'hospitalisation à temps complet sont redéployés sur l'extra hospitalier.

Malgré ces redéploiements, multipliant des prises en charge ambulatoires qui limitent les hospitalisations, et le renforcement des collaborations avec le secteur social, le manque de places en aval de l'hospitalisation est objectivé par les patients en attente.

Une réflexion médicale sur les prises en charge est partagée à l'échelle de l'établissement et ses réunions au niveau des pôles se tiennent régulièrement, parfois même chaque matin pour les médecins d'un pôle. Les prises en charge au sein d'un pôle sont sensiblement harmonisées même si les projets de service ne sont encore presque tous qu'en cours d'écriture, voire non encore débutés.

#### *b) Les prises en charge individuelles*

Les contrôleurs ont pu observer que les patients bénéficiaient partout, régulièrement et au moins une fois par semaine d'entretiens avec un médecin psychiatre. Les entretiens se tiennent parfois avec les infirmiers en fonction de leur disponibilité. Les traitements sont régulièrement revus et ajustés. A l'unité Pussin A, le planning des médecins est affiché permettant aux patients de prendre rendez-vous directement avec le praticien lorsqu'il le souhaite.

### **BONNE PRATIQUE 6**

L'affichage chaque semaine du planning des présences médicales permet à tous les patients de solliciter un rendez-vous à sa convenance avec le praticien qui le suit.

Les entretiens infirmiers sont formalisés et inscrits dans le dossier médical.

Les certificats médicaux des 24h et 72h sont établis par des médecins différents après entretien médical spécifique.

Le dispositif d'infirmier référent n'a pas été choisi au regard de l'organisation des soignants par mission spécifique sur la journée. En effet, lorsque l'effectif est *a minima* de quatre infirmiers, un est affecté aux soins, un deuxième aux entretiens, un troisième aux aspects administratifs et le quatrième (de journée) assure les activités.

L'accès au dossier médical est indiqué dans le règlement intérieur et la procédure ne semble pas méconnue ni poser de problème ; les psychiatres expliquent aux patients les éléments de leur dossier. Les patients peuvent demander de changer de médecin.



Les familles et proches de la personne hospitalisée qui le souhaitent peuvent être reçus par le médecin psychiatre et l'assistante sociale. Les familles sont associées au projet de soin dans toutes les unités. Dans les unités de patients suivis au long cours, les liens avec la famille ou les tuteurs sont entretenus par les cadres des unités mais aussi par les soignants : à Pfersdorff, deux d'entre eux sont désignés comme référents « famille ou tuteur ». En revanche, la tentative d'associer les familles à des activités comme le repas de Noël n'a pas rencontré d'adhésion de celles-ci.

### c) Le travail d'équipe

Des réunions cliniques, *staffs* et synthèses ont lieu très régulièrement dans toutes les unités. Les réunions cliniques associent l'ensemble des acteurs du projet de soins : psychiatres, internes, assistantes sociales, psychologues, infirmiers, aides-soignants, et une fois par semaine, les équipes extra hospitalières ou les équipes des services de réadaptation ou ceux des urgences. Les généralistes n'y assistent qu'occasionnellement (Pussin A par exemple).

Les soignants bénéficient ainsi d'une réflexion en équipe pluridisciplinaire étayée par des références médicales pour être rassurés et accéder à l'expression des potentiels thérapeutiques et de la connaissance clinique. Les projets de soins individualisés sont discutés lors de ces réunions collégiales et les décisions sont prises après écoute des différents professionnels.

Les transmissions entre équipes de soignants bénéficient d'un temps dédié de trente minutes.

Les réunions soignants-soignés ne sont organisées qu'à l'unité Pussin B où cela prend la forme d'un groupe de parole animé par la psychologue et une infirmière, chaque semaine, et à l'unité de gérontopsychiatrie de Cronembourg sous la forme d'un conseil des patients.

La continuité des soins est assurée par une astreinte de psychiatre sur l'ensemble des deux sites (Brumath et Cronembourg), réalisée par tous les médecins à tour de rôle. La garde de nuit et de week-end est assurée par un interne, excepté sur le site de Cronembourg les week-ends (du vendredi soir au dimanche soir) où ce sont les PH qui font les gardes d'interne. De plus un PH est présent la journée avec un interne les dimanches sur le site de Brumath. Les décisions d'isolement prises par les internes durant leurs gardes sont validées par le psychiatre de garde dans l'heure qui suit.

Cependant, la pratique des injections de sédatifs « *si besoin* » reste observée dans quelques services. Ces injections, lorsqu'elles sont faites sans le consentement du patient, sont réalisées par les infirmiers sans la présence du médecin senior. Le contrôle général rappelle que le consentement du patient doit être recherché avant tout acte de soin par le prescripteur physiquement présent au moment d'une crise et que la nécessité de pratiquer l'injection forcée sans le consentement du patient doit être analysée en direct en fonction des éléments cliniques connus à ce moment-là et motivant la réalisation de l'acte. Toute administration de traitement sans le consentement du patient doit être tracée dans le dossier médical avec mention des recherches de consentement effectuées par le médecin senior.

## Recommandation 13

Les traitements par injection effectués sans le consentement du patient et sans la présence du médecin psychiatre en « si besoin » sont proscrits.

Dans sa réponse, le directeur de l'EPSAN affirme que « Les PH des secteurs étant présents en journée de semaine pendant le service quotidien de jour, et pendant la permanence des

*soins un PH étant de garde sur place du vendredi soir au dimanche soir et jours fériés sur le site de Cronembourg, et les dimanches et jours fériés sur le site de Brumath, il est pris bonne note de la Recommandation. »*

Les psychologues sont totalement intégrés dans la prise en charge globale du patient ; ils participent aux réunions cliniques et œuvrent en lien direct avec les psychiatres ; dans certains services, leur planning est affiché dans le couloir afin que les patients qui le souhaitent puissent prendre rendez-vous avec eux (Cf. Bonne pratique ci-dessus concernant les médecins). L'organisation des psychologues s'appuie sur le collège des psychologues de l'EPSAN et l'association des psychologues de l'EPSAN. Elle donne lieu à un rapport d'activité intégré dans le rapport de gestion de l'établissement.

Enfin, le déploiement de l'éducation thérapeutique est inscrit dans un avenant d'août 2019 au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens CPOM 2018-2023, avec un financement de 2 463 euros, et un second avenant de juillet 2019 attribue une subvention de 11 000 euros pour le développement du programme « culture santé ».

#### *d) La place des patients en « séjours inadéquats » ou hospitalisés au long cours*

Le projet médical 2012-2017 indique qu'en 2013, le nombre moyen de patients hospitalisés à temps complet en psychiatrie générale dont la durée de séjour est supérieure à 180 jours durant une période d'un an, était de 160. Le projet médical affirmait la nécessité d'une réflexion globale à l'échelle de l'établissement sur les modalités cliniques de prises en charge de cette catégorie de patients, le renforcement du travail de secteur et de réseau permettant de favoriser l'émergence de lieux de vie après la stabilisation psychiatrique de ces patients.

La prise en charge des patients au long cours à pathologies complexes s'est structurée par la création en 2011 de trois unités d'accueil multisectorielles, Pfersdorff, Lazaret, Pensionnat (« 3x15 ») qui constituent aujourd'hui le lieu de prise en charge de patients souffrant de psychoses infantiles, d'autisme, de pathologies psychiatriques sévères et/ou d'un cumul de pathologies psychiatriques et somatiques. Un long passé d'hospitalisation et d'enfermement marque fréquemment les parcours de vie.

Le nouveau projet d'établissement prévoit le regroupement des trois unités en deux de vingt lits, l'une ouverte, l'autre fermée. Il serait néanmoins utile de formaliser le projet de service de ces unités.

*Dans sa réponse, le directeur de l'établissement fait savoir que « Ce projet (UPIDECC) a été rédigé, et le regroupement a été réalisé dans de nouveaux locaux adaptés en juin 2020, une des unités de 20 lits étant une unité ouverte effective ».*

Les capacités d'accueil différentes dans les trois unités (respectivement dix, treize et seize patients), permettent une intensité de soins adaptée aux besoins des prises en charge. Une certaine diversification des profils des intervenants est notable : une éducatrice spécialisée est présente dans l'équipe de Pfersdorff, un accompagnant éducatif et social dans celle de Lazaret. Des psychologues et une assistante sociale complètent les prises en charge. Les équipes, qui présentent un noyau stable, sont imprégnées de la culture « Snoezelen » qui propose une stimulation sensorielle des patients déficients : des espaces de détente « Snoezelen » sont installés dans les unités et une balnéothérapie pratiquée au foyer d'accueil médicalisé (FAM), situé dans l'enceinte de l'établissement. Un film sur l'expérience Snoezelen dans ces unités a été primé.

Dans chacune des trois unités, les prises en charge sont individualisées. Un projet de soin est défini pour chacun des patients et réactualisé en fonction des progrès ou des évolutions constatés. Les objectifs des soins peuvent être pluriels : réduire les isolements, comprendre les comportements, réduire ou adapter les psychotropes, favoriser l'interaction avec les patients, etc. Les moyens de les atteindre sont médicaux et soignants, impliquant l'ensemble des acteurs. Des « ateliers » cliniques ouverts aux trois équipes mais aussi aux autres soignants peuvent intervenir trimestriellement autour de cas pris en charge.

### BONNE PRATIQUE 7

L'organisation d'« ateliers cliniques » ouverts au premier chef aux équipes des unités accueillant des patients aux pathologies complexes mais également aux autres soignants constitue une intéressante initiative de partage des expériences et des savoirs.

#### 7.2.3 Activités occupationnelles et thérapeutiques

Chaque unité propose en son sein, des activités dépendantes de la disponibilité des soignants mais réellement intégrées dans le projet de soin. Outre les salles de télévision, les patients ont à leur disposition quelques jeux et quelques livres. En général, un affichage informe les patients des activités potentielles, afin qu'ils formulent leur demande de participation (unité Augustin par exemple).

Les inscriptions aux activités sont décidées souvent au *staff* dans les services ; un infirmier de jour est détaché spécifiquement pour conduire les activités, animées parfois avec la psychologue. A Schweitzer, l'infirmier activité – qui est toujours la même personne – réunit tous les patients à 9h pour présenter les activités de la journée et organiser les participations.

Ces activités sont variées : expression libre, sortie au marché, gymnastique douce, séance de cinéma, modelage, massage des mains, esthétique, cuisine, peinture, boxe, ping-pong, baby-foot, médiation animale (« *animal'home* »), balnéothérapie. Les activités sportives sont animées par deux éducateurs sportifs ; l'infirmier en charge de l'activité coanime avec l'éducateur sportif certaines séances inter unités. Cependant la présence de l'infirmier affecté aux activités n'est prévue que du lundi au vendredi et lors de ses absences, il n'est pas remplacé.

Les unités disposent de salles spacieuses d'activité (trois à Augustin).

Une part des patients participe aussi à des activités en dehors de l'unité (la moitié à Augustin, par exemple). Aux activités proposées au sein des bâtiments d'hospitalisation, s'ajoute effectivement une offre d'activités thérapeutiques organisées sur prescription en extra hospitalier.

Pour les unités « 3x15 », le soin est considéré dans une acception large incluant un large éventail d'activités : prise en charge individuelle dans les espaces Snoezelen, activités sportives à l'extérieur individuelles ou collectives, kinésithérapie, musique, soins esthétiques, jardinage en été. Les sorties à l'intérieur de l'établissement (cafétéria, promenades, balnéothérapie au foyer d'accueil médicalisé) ou à l'extérieur (sorties individuelles pour des achats ou collectives – parcs d'attraction ou animaliers) sont proposées dès lors qu'elles sont jugées bénéfiques pour les patients. Chaque semaine, est établi pour chaque patient un programme d'activités dont les contrôleurs ont constaté l'effectivité mais qui est adapté tous les jours à l'état des patients. A Lazaret et à Pensionnat, sont mis en place des repas « thérapeutiques » (deux à trois patients) avec un soignant dans une petite salle qui bénéficie d'une musique douce, précédés d'un apéritif

et qui se déroulent dans une ambiance apaisée. Tous les patients de Lazaret de Pensionnat en bénéficient chaque semaine. A Pfersdorff, les heures des repas sont variables selon les patients. A Pensionnat, deux services sont organisés au déjeuner et au dîner pour réduire le bruit et le stress. Dans toutes les unités, les horaires sont fonction des activités prévues au « planning » des patients.

En raison de la mise en place d'activités les contrôleurs n'ont pas constaté dans la journée le regroupement de patients dans les salles communes mais une liberté d'aller et venir dans les chambres, les pièces de détente ou même le bureau du cadre pour ce qui est de Lazaret et de Pensionnat. A Pfersdorff, Lazaret et Pensionnat, sont respectés les rythmes ou les rituels de certains patients dont les soignants connaissent les spécificités.

### **7.3 L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES EST PRINCIPALEMENT ASSURE PAR DES RESSOURCES INTERNES**

#### **7.3.1 L'accès aux généralistes et aux autres spécialités**

Le pôle somatique dispose de 6,6 ETP de médecins somaticiens dont 2 ETP de gériatres et un médecin ayant le statut d'associé, de 2 ETP de kinésithérapeutes, d'une IDE et d'un secrétariat de coordination. Deux des médecins sont affectés spécifiquement aux services de Cronenbourg. Le service ne compte actuellement plus d'interne malgré l'agrément du service.

Un médecin gériatre assure la chefferie du pôle.

Ces médecins généralistes répondent à toutes les demandes d'examens dans les services d'hospitalisation, ils prennent en charge les pathologies somatiques chez les patients souffrant de troubles psychiques sur repérage des psychiatres ou sur demande des patients. Ils voient tous les patients entrants et ceux placés en isolement.

Les médecins généralistes sont présents en journée du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 et le samedi matin. Ils assurent les soins urgents dans les unités aux heures ouvrables et la formation continue sur les situations d'urgences somatiques ; tout le personnel a ainsi bénéficié d'une formation de trois heures aux bases du secourisme, en partenariat avec le centre d'enseignement des soins d'urgences CESU. Le service qualité du CH gère le matériel d'urgence ; des valises spécifiques sont disposées dans tous les services.

La nuit et les week-ends, l'urgence somatique est prise en charge par l'interne de garde (de psychiatrie) et le centre 15 et, sur le site de Cronenbourg, par les PH de psychiatrie du vendredi soir au dimanche soir, les gardes d'interne y étant assurées par les PH.

Un somaticien est référent dans chaque service fermé et présent sur place selon un planning mensuel préétabli, connu des soignants ; toutes les visites d'admission ainsi que les demandes de consultations sont honorées. En particulier, pour les unités « 3x15 », les prises en charge psychiatriques et somatiques sont fortement articulées. Un médecin généraliste, affecté au « 3X15 », effectue sur place des consultations une fois par semaine dans chacune des unités et se déplace à la demande : en cas d'absence, un autre praticien peut le remplacer. Praticiens et soignants portent une grande attention à la douleur dont l'expression est particulière pour les patients qui ne disposent pas de la parole. Les consultations spécialisées sont obtenues, sans

difficultés rapportées, au centre hospitalier d'Haguenau et des visites annuelles ont lieu à la clinique Handident Saint François d'Haguenau<sup>8</sup> pour les patients qui en ont besoin.

Pour les secteurs ouverts, les patients nouvellement admis et ceux ayant besoin d'une consultation somatique sont examinés au bloc médical sur rendez-vous pris par un infirmier du service ; le patient y vient alors seul ou accompagné selon la prescription du psychiatre.

Les éléments médicaux somatiques sont consignés dans le dossier médical informatisé. Un espace spécifique « somatique » est réservé au sein des courriers d'observations adressés au médecin traitant, dans les services de gérontopsychiatrie.

Les médecins somaticiens participent occasionnellement aux réunions cliniques surtout sur des cas particuliers.

Pour les besoins de rendez-vous extérieur auprès d'autres spécialistes ou examens, la secrétaire de coordination du bloc médical active le réseau des partenaires et trouve un rendez-vous dans les délais souhaités par le somaticien. Le coût de ces consultations est à la charge de l'établissement. Si besoin, les personnes souffrant de handicap sont accompagnées par deux soignants lors de ces rendez-vous extérieurs. Il n'y a pas de télé-médecine mais un projet est en cours et inscrit dans le projet médical.

Une réunion réunit chaque semaine tous les médecins somaticiens ; ils sont constitués en « groupe de pairs » pour la formation continue.

Les médecins généralistes participent à la CME et à la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS).

Un laboratoire privé traite les analyses biologiques avec deux navettes quotidiennes, les résultats arrivant directement sur le logiciel du dossier médical. Enfin, la réalisation de radiographies est possible aussi dans un cabinet privé à proximité du site de Brumath.

Les professionnels sont regroupés au sein d'un bâtiment vaste et entretenu où se situe le secrétariat et où sont présents régulièrement plusieurs partenaires : le kinésithérapeute, un cardiologue, un dermatologue, un gynécologue. Un dentiste est salarié de l'établissement pour 0,5 ETP. Une diététicienne passe deux fois par semaine dans tous les services. Un pneumologue et un neurologue intervenaient également une demi-journée par semaine mais les postes ne sont plus pourvus (depuis quatre ans pour le neurologue).

La prise en charge addictologique est précisée dans le projet médical du GHT mais sans qu'il soit possible d'en déduire les modalités d'accès ni ce qui est mutualisé. Le CHS de Brumath ne comporte pas de service d'addictologie et les consultations avec un addictologue ne sont possible qu'en extra hospitalier. Des formations seraient prévues à l'attention des soignants et les psychiatres ont reçus une formation générale à l'addictologie. L'EPSAN a accès à un centre de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) offrant un CMP d'addictologie et trois lits d'hospitalisation complète.

### 7.3.2 L'accès aux traitements

La pharmacie à usage intérieur (PUI) est gérée par quatre pharmaciens (3,3 ETP), cinq (4,25 ETP) préparateurs en pharmacie, un magasinier. Depuis novembre 2018, un pharmacien assistant partagé avec le CHU de Strasbourg complète l'équipe et développe la conciliation thérapeutique

---

<sup>8</sup> Clinique assurant les soins dentaires aux personnes âgées ou handicapées (un des seuls lieux en France)

au profit des patients de gérontopsychiatrie. Il n'y a pas d'interne ni d'externe bien que le service soit agréé pour les recevoir.

Les locaux sont satisfaisants, au rez-de-chaussée du bloc médical et au sous-sol ; ils permettent l'exercice de la mission, à l'exception du point de livraison des cartons de médicaments qui ne dispose pas d'un guichet, amenant les livreurs à entrer dans la PUI.

Le contrôle des prescriptions est réalisé à 100 %. L'analyse pharmaceutique est faite sur toutes les ordonnances ; un e-mail est adressé au prescripteur en cas d'avis pharmaceutique ou par exemple de prescription à compléter (« si besoin » non argumenté ou sans horaire) ; les avis plus importants sont donnés par téléphone avec le médecin. Les avis sont toujours suivis.

Un pharmacien participe à des réunions cliniques en gérontopsychiatrie. Le précédent projet médical de l'établissement prévoyait la participation ponctuelle des pharmaciens aux réunions médicales de service afin de promouvoir la pharmacie clinique ; l'effectifs de pharmaciens est resté insuffisant pour la réalisation de ce projet.

Toutes les unités ont une dotation d'urgence qui peut être mutualisée le week-end, un pharmacien pouvant être joint par le BAI, le cas échéant. Une armoire de réserve de secours en traitement d'urgence est située au BAI. La pharmacie à usage interne livre un réapprovisionnement chaque semaine dans les services et les dotations sont complétées chaque jour. Le préparateur en pharmacie vient dans des unités une fois par an.

Dans les unités, les infirmiers vérifient la cohérence entre les médicaments – qui sont livrés préparés par patient – et les ordonnances et délivrent le traitement aux patients dans la salle de soins ; la porte de la salle reste ouverte et les patients attendent debout dans le couloir en file indienne. La confidentialité comme l'explication du traitement sont ainsi respectées de manière assez relative, et même pas du tout au sein de L'unité Dagonet où les médicaments sont distribués à table. Cette dispensation reste en effet un soin et un moment de dialogue entre la personne soignée et le soignant, l'opportunité d'une éducation thérapeutique individualisée et la recherche d'un consentement éclairé aux soins.

La COMEDIMS se réunit trois fois par an. Présidée par un psychiatre, elle est composée de psychiatres, de généralistes, de pharmaciens, du cadre supérieur qualité. Un renouvellement important des psychiatres est observé au regard de la mobilité de nombreux praticiens ces dernières années. Au moins un médecin par pôle est désigné comme membre de la COMEDIMS, mais en pratique le taux de participation médical est très fluctuant ; avec, en moyenne en 2018-2019, deux à trois médecins présents aux séances.

La pharmacie du CHS a développé des séances d'éducation thérapeutique du patient : un programme « les ateliers du médicament » se déroule depuis 2016 les lundis après-midi (activité dont plus de 250 patients ont pu profiter depuis 2014). Un programme spécifique en Alsace, baptisé Pharmacopsy Alsace, réalise des activités d'expertise en matière de psychopharmacologie auprès des prescripteurs (psychiatres hospitaliers et libéraux essentiellement, médecins généralistes ponctuellement). Un projet d'extension à l'échelle du Grand Est a été déposé auprès de l'ARS.

Enfin, des séances « soirées avec famille » vont être organisées avec la présence de pharmacien, infirmier, psychiatre et un pair aidant.

### BONNE PRATIQUE 8

L'implication de la pharmacie de l'hôpital dans un programme d'éducation thérapeutique auprès des patients est relayé par des activités d'expertise en matière de psychopharmacologie auprès des prescripteurs (psychiatres hospitaliers et libéraux essentiellement, médecins généralistes ponctuellement).



## 8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

### 8.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT PRESENTENT DES CONDITIONS MATERIELLES DE PRISE EN CHARGE HETEROCLITES ET GLOBALEMENT INADAPTEES

Au moment du contrôle, sur 358 lits d'hospitalisation étaient dénombrées neuf chambres d'isolement (CI) dont deux localisées dans deux unités ouvertes<sup>9</sup>, ce qui est un ratio raisonnable. Par ailleurs, chaque unité dite des « 3X15 » dispose d'une chambre d'apaisement. L'établissement a réduit récemment le nombre de chambres d'isolement puisqu'il en comptait onze en 2018<sup>10</sup>.

Un audit des conditions hôtelières des CI a été réalisé le 5 décembre 2018, démarche constructive qui a abouti à dresser un inventaire des points faibles de chaque CI. Il ressort du rapport sur l'isolement et la contention pour l'année 2018<sup>11</sup> qu'à la suite de cet audit des équipements sécurisés ont été acquis<sup>12</sup>, l'installation de WC dans les CI des unités Pussin A et Avicenne A – non utilisées lors de la visite – a été réalisée, les matelas monobloc ont été remplacés par des lits fixés au sol avec matelas renforcé.

Néanmoins, les locaux ne respectent pas la dignité de l'occupant ni son intimité : dans certaines chambres, un seau tient lieu de toilette (notamment aux unités Augustin, Barbe, Schweitzer). Même dans les chambres les plus modernes, la cuvette de toilette est dans la chambre, sans séparation, visible depuis la lucarne de la porte (notamment les quatre unités de Cronenbourg, pour lesquelles la chasse d'eau est à l'extérieur, et à Pussin A). Elles n'offrent pas d'accès à un point d'eau. Les boutons d'appel sont rares. Certaines n'ont pas de double entrée.

---

<sup>9</sup> Unités Augustin et Schweitzer.

<sup>10</sup> Suppression de la CI de l'unité Oberlin et d'une CI de l'unité ouverte Augustin. Il n'y a pas de CI dans les unités suivantes : unités ouvertes Pussin B et Oberlin sur le site de Brumath, ni aux « 3X15 », ou encore aux unités de gérontopsychiatrie sur les sites de Brumath (Dagonet A et B) comme de Cronenbourg.

<sup>11</sup> Page 10 du rapport.

<sup>12</sup> Mobilier en mousse et vaisselle en silicone.



*Chambre d'isolement unité Barbe*

Dans la plupart des CI, néanmoins, le patient a accès à un repère temporel, une horloge à affichage digital étant visible depuis le hublot de la CI.

De plus, l'emplacement des CI dans l'architecture de certaines unités ou encore dans des unités ouvertes n'apparaît pas pertinente au regard des conséquences induites. Il en est ainsi lorsque les CI sont éloignées des postes de soins, allongeant le temps d'intervention comme à Augustin ou à Schweitzer ; dans cette dernière unité, non seulement la CI est à l'étage mais elle est si exiguë que l'occupant peut bloquer la porte d'entrée avec ses pieds et retarder l'intervention.

L'utilisation des CI pour des patients d'autres unités pèse sur les soignants et sur les patients de l'unité d'accueil. Il en est ainsi à l'unité Augustin – ouverte – lorsqu'un patient d'une autre unité y est placé, car Augustin doit alors être fermée pendant les phases où ce patient bénéficie de sorties séquentielles. Cette utilisation est mal vécue par les professionnels car elle porte atteinte à la liberté d'aller et venir des patients d'Augustin. Il en est de même, lorsqu'un patient détenu ne peut être placé en CI d'une unité fermée. Le maintien de cette CI laisse perplexe dans la mesure où la seconde CI de l'unité Augustin a été fermée au mois d'avril 2019.

A l'unité Pussin A (unité fermée intersectorielle) les deux CI sont éloignées du bureau infirmier, dépourvues de bouton d'appel et de point d'eau. La cuvette de toilettes en inox est à même la chambre.

Les unités de Cronenbourg (A, B, C et D) qu'elles soient fermées ou ouvertes disposent chacune de deux CI qui ne sont pas toutes utilisées par l'unité en question. Par exemple à l'unité C, ouverte, elles n'apparaissent plus dans la configuration des locaux et ne sont pas utilisées comme chambres même en période de suroccupation. En revanche, l'unité fermée D les a utilisées à trois reprises depuis l'installation à Cronenbourg. Les soignants de l'unité ouverte se retrouvent ainsi en situation de prendre en charge, au moins la nuit, les patients en CI ce qui pose un problème aux professionnels rencontrés.

Le point positif de ces CI est qu'elles disposent d'un patio réservé à l'occupant est qui lui est accessible, ; ce qui permet aux patients de fumer et d'accéder à une zone extérieure contribuant à l'apaisement du patient.

**BONNE PRATIQUE 9 BONNE**

Dans les unités du site de Cronenbourg, les CI donnent sur un patio extérieur accessible au patient.

**RECO PRISE EN COMPTE 3**

Les chambres d'isolement doivent garantir la dignité du patient et respecter son intimité. Elles doivent toutes disposer d'un dispositif d'appel, y compris pendant les phases de contention, de la possibilité d'allumer ou éteindre la lumière, d'avoir accès à l'eau, aux toilettes et à l'aération de la pièce.

*Dans sa réponse, le directeur de l'EPSAN informe que : « Des mesures correctives ont été mises en œuvre, de sorte que nous sommes en mesure de dire qu'à ce jour, il n'y a plus de CI où des seaux tiennent lieu de toilette, de même que nous sommes en mesure de dire que d'ici peu, toutes les CI auront accès à un point d'eau. En effet, là où il n'y avait ni toilettes ni point d'eau, nous avons installé des blocs inox comprenant une partie toilette et une partie évier. Là où il n'y avait que des toilettes, mais pas d'évier, nous avons remplacé les éléments en place, par le même type de bloc inox (à l'exception d'un bâtiment équipé de toilettes mais pas de point d'eau) pour lequel cela sera fait à l'automne.*

*De même, nous sommes en mesure de dire qu'à ce jour, toutes les CI (à l'exception d'un bâtiment pour lequel ce sera fait à l'automne), sont équipées d'un double d'appel malades, l'un au mur, et l'autre spécifique en cas de contention. »*

Les contrôleurs se réjouissent de ces réalisations.

**8.2 LES MODALITES D'APPLICATION DES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION NE SONT PAS HOMOGENES****8.2.1 Les unités non spécialisées***a) Les procédures*

Des documents cadres révisés régulièrement sont diffusés au niveau de l'établissement sur l'isolement et la contention en CI ou en chambre ordinaire, de même s'agissant de la contention posturale<sup>13</sup>. S'agissant des durées indiquées pour les mesures d'isolement et de contention, qu'elles soient en CI ou non, elles sont conformes aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS). De plus, les mesures « si besoin » sont proscrites.

Le respect de la dignité et de l'intimité est rappelé dans la procédure de l'isolement en chambre de soins intensifs<sup>14</sup>. Il est préconisé une prise de décision en concertation entre les médecins psychiatres et les équipes soignantes qui peuvent demander à tout moment la levée de la mesure, ce qui a été vérifié lors du contrôle auprès des équipes. Sont prévues deux visites médicales par vingt-quatre heures minimum ainsi qu'une information du patient et de sa famille

<sup>13</sup> Un document décrit la procédure de contention dans le but de préserver la sécurité et le confort du patient (perte du tonus postural, contrôle des errances et déambulation, prévention des chutes, des automutilations, soins médicaux nécessitant une immobilisation temporaire dans une chambre d'apaisement ou perso fermée à clé).

<sup>14</sup> Version décembre 2018.

avec son accord. Par ailleurs, les visites, courrier ou appel téléphoniques sont possibles en fonction de l'état clinique du patient.

Une attention particulière est accordée au renouvellement des certificats médicaux avec une organisation de l'établissement assurant une présence en continue d'un praticien hospitalier (PH) ; c'est donc toujours un médecin senior et non un interne qui prend une décision de placement en isolement ou sous contention. Les dimanches et jours fériés, le PH de garde prend en charge les décisions et les réévaluations des mesures d'isolement et de contention ce qui est positif. Des médecins psychiatres ont pu néanmoins témoigner de la difficulté de lever une mesure lorsqu'ils ne connaissent pas le patient ou de résister à la demande d'une équipe soignante parfois à bout lorsqu'ils ne sont pas le médecin référent de l'unité en question. Certains médecins psychiatres estiment que le manque de moyens peut empêcher l'utilisation d'alternatives à l'isolement comme la présence renforcée de soignants auprès du patient fragilisé.

### b) Les pratiques

Les pratiques, parfois entérinées par les documents de références, posent difficulté.

S'agissant de la surveillance, en théorie, elle devrait consister en un entretien avec l'infirmier pour travailler « l'alliance thérapeutique ». Ce contact a également pour objectif de prévenir les risques somatiques, il doit avoir lieu au moins toutes les deux heures, selon le protocole, voire plus souvent sur prescription. Cependant lors du contrôle, il a été constaté que la pratique majoritaire était la vérification visuelle par le hublot dans la mesure où la plupart du temps l'équipe de sécurité est sollicitée lorsque l'infirmier ouvre la porte de la CI tant que le patient ne bénéficie pas de sorties séquentielles. Des soignants ont mis en avant le manque de temps pour assurer une surveillance par entretien systématique. En revanche, le rythme de la surveillance est respecté dans la mesure où dans la plupart des unités, un infirmier est désigné comme référent ce qui réduit le risque d'erreur.

Par ailleurs, le principe qui prévaut est que la mise en isolement est réalisée avec l'équipe de sécurité sauf si l'équipe soignante « *estime disposer des moyens humains suffisants pour que la prise en charge se fasse dans de bonnes conditions de sécurité et de confort* ». Le principe et l'exception sont ici inversés. L'intervention de principe de l'équipe de sécurité interroge sur la perception que peut avoir le patient du sens de la mesure prise. De nombreux établissements fonctionnent sans équipe de sécurité pour les mises en isolement sans que cela pose de difficulté. Il n'a pas été possible de comprendre la genèse de cette pratique consacrée par les documents de l'établissement. Les équipes de sécurité sont particulièrement présentes sur le site de Cronembourg du fait de la configuration architecturale qui regroupe les quatre unités en un bloc. Aux unités Pussin A ou Schweitzer, il est fait appel régulièrement à l'équipe de sécurité pour qu'elle assure une présence à proximité pendant la toilette du patient.

### Recommandation 14

L'intervention de l'équipe de sécurité lors de la mise en CI d'un patient devrait être l'exception et non le principe.

De même, il ne devrait pas être fait appel systématiquement à l'équipe de sécurité pour l'ouverture de la porte de la CI ou encore lors de l'accompagnement du patient à la salle de bains.

L'intervention de l'équipe de sécurité doit être une exception et doit être justifiée par l'état clinique du patient.

Dans sa réponse, le directeur de l'EPSAN indique « *C'est un thème de réflexion qui reste prioritaire dans l'établissement, la révision de la politique de gestion de l'agressivité /violence ainsi que les missions et modalités d'intervention de l'équipe de sécurité est inscrite dans le Projet de soin 2020-2024 : Fiche action " Prévenir et prendre en charge la violence sous-tendue par les troubles du comportement pour limiter les pratiques d'isolement et de contention" ».*

Le port du pyjama est systématique en CI alors qu'il devrait être justifié individuellement. De plus certaines pratiques sont attentatoires à la dignité : la mise à nu des patients suicidaires (par exemple à Schweitzer). Si cette pratique reste à la marge il n'en demeure pas moins qu'elle doit être complètement proscrite. Elle semble être guidée par la crainte de l'engagement d'une responsabilité en cas d'autolyse alors qu'au regard de l'atteinte à la dignité qu'elle constitue, elle pourrait tout autant être sanctionnée par une juridiction.

### Recommandation 15

Le port du pyjama en CI devrait être justifié par l'état clinique du patient et ne devrait pas être systématique.

La mise à nu des patients qui présentent un risque suicidaire doit être proscrite.

L'examen par un médecin somaticien est organisée si besoin. Néanmoins au regard des modalités de la surveillance qui restent sommaires, il conviendrait de prévoir un passage systématique du généraliste.

Enfin, si aucune CI n'est disponible ou que le patient n'est pas transportable d'un site à l'autre alors il peut être attaché dans sa chambre ordinaire avec une surveillance et un traitement adaptés. Cette contention est en principe tracée dans le registre.

### Recommandation 16

L'isolement comme la contention en chambre ordinaire doivent être prohibés.

Dans sa réponse, le directeur de l'EPSAN indique ; « *L'EPSAN travaille à se conformer aux Recommandations. En particulier la confusion notée dans le rapport du CGLPL, pour les patients à pathologie complexe des unités « 3X15 », entre : temps de retrait imposés et mesures d'isolement/contention relevant de la loi Touraine a été éclaircie. (cf. commentaire de la Recommandation suivante). »*

Il convient de préciser qu'à Brumath, si un patient est placé en CI dans une autre unité, il conserve sa chambre d'hospitalisation dans l'unité d'origine.

## 8.2.2 Les unités spécialisées

### c) Les unités de gérontopsychiatrie

Les unités Dagonet A et B, unités intersectorielles de gérontopsychiatrie, ne disposent pas de CI. Les professionnels rencontrés ont montré une certaine réticence à la pratique de l'isolement néanmoins la contention en chambre ordinaire est pratiquée alors que onze patients sur treize à Dagonet A et vingt sur vingt-deux à Dagonet B sont en soins libres. Ainsi, lors de la visite, à Dagonet B, deux patients faisaient l'objet d'une mesure de contention : l'un en permanence la nuit et en séquentiel le jour, l'autre était attaché en permanence.

De même à l'unité de gérontopsychiatrie du site de Cronenbourg, la CI livrée n'a jamais été utilisée ; un projet de sa transformation en salle Snoezelen est en cours. La contention est pratiquée ; avec utilisation de Securidrap® (deux jeux). Lors de la visite une patiente en bénéficiait la nuit.

### d) Les unités « 3X15 »

Les trois unités disposent d'un protocole spécifique « *de mise en œuvre des temps de retrait imposé et de contention* », daté d'octobre 2017 et distinct de celui applicable dans les chambres d'isolement (CI). Il prévoit les procédures d'isolement en chambre ou dans les chambres d'apaisement dans les unités ainsi que la pose de contentions en cas d'automutilation ou d'hétéro agressivité. Des contentions au fauteuil peuvent également être pratiquées pour éviter les chutes en cas d'absence de possibilité physique de maintenir une position assise.

Ces épisodes sont tracés dans le dossier informatisé des patients mais ne sont pas colligés : ils n'apparaissent pas dans le registre d'isolement et de contention qui ne concerne que les CI. Le statut d'admission des patients en soins libres n'est pas régulièrement transformé en soins sans consentement dans les conditions prévues par les recommandations de bonne pratique lors de ces enfermements. Or, les patients de ces unités sont majoritairement admis en soins libres : neuf sur treize à Lazaret, quatorze sur seize à Pensionnat et neuf sur dix à Pfersdorff.

Un audit de respect des procédures du protocole effectué sur les trente-huit patients des trois unités d'octobre à novembre 2018 témoigne des écarts aux pratiques recommandées, notamment pour ce qui est de l'information des patients et des proches, des modifications de statut pour les patients en soins libres, des réévaluations à 12 heures ou ultérieures de la décision initiale. Les pratiques analysées montrent que les « retraits » – enfermements – ont lieu majoritairement en chambre, et non dans les chambres d'apaisement, qu'ils sont minoritairement associés aux contentions. Ces dernières sont principalement les attaches mais l'utilisation d'un Securidrap® est également tracée. Les retraits sont principalement motivés par la nécessité d'hypostimulation des patients ainsi que par des déambulations excessives.

Les contrôleurs ont eu connaissance, lors de leur visite, de certains éléments constitutifs des pratiques.

A Pfersdorff, les enfermements pour éviter les stimulations sont séquentiels (après chaque repas, en cas d'agitation ou la nuit). Cinq patients étaient dans ce cas, les objectifs des projets de soins étant que les patients puissent réguler eux-mêmes les retraits. Un patient demande à être enfermé dans sa chambre car il ne peut s'y enfermer lui-même : l'équipe cherche une solution visant à équiper la porte d'un verrou électronique que le patient pourrait actionner lui-même par un bracelet. Si les contentions peuvent intervenir, l'objectif de les réduire est poursuivi. Il en est ainsi d'une patiente qui a évolué d'une contention cinq points la nuit à l'enveloppement dans un

Securidrap®. A Lazaret, pour un patient très longtemps placé en CI à Pussin, la prise en charge de l'unité a permis des « retraits » en chambre de moins en moins fréquents ; pour un autre, une contention au fauteuil est mise en place pour éviter les chutes ; enfin un troisième patient utilisant un déambulateur est enfermé dans sa chambre la nuit pour éviter une chute en cas de déplacement sans déambulateur, mais les contentions ne seraient pas utilisées non plus que les Securidrap®. A Pensionnat, deux patients auraient une prescription de « retrait » séquentiel en chambre dont l'un pour la nuit.

Par ailleurs, les patients de Lazaret et de Pensionnat peuvent être conduits dans les chambres de soins intensifs des autres unités. Le cas est très rare à Lazaret. A Pensionnat, depuis le début de l'année, selon les informations collectées, quatre patients auraient été transférés en CI, trois pour des durées inférieures à 24 heures, le quatrième pour cinq séquences depuis le mois de juillet, dont l'une a duré 9 jours. Les particularités des patients très déficients de Pfersdorff conduisent à ne pas les isoler dans les CI des autres unités.

#### RECO PRISE EN COMPTE 4

Les « retraits » et placements sous contentions effectués dans les trois unités pour patients à pathologies complexes doivent être tracés et colligés dans le registre général des isolements et contentions de l'établissement afin que puissent être observées et améliorées les pratiques.

*Dans sa réponse, le directeur de l'EPSAN informe que « L'EPSAN a aboli le protocole particulier « temps de retrait imposé » hors registre, qui existait auparavant.*

*Les formulaires de décision spécifiques aux unités « 3x15 » dans le Dossier Patient Informatisé (DPI) ont été retiré du DPI le 10/01/2020 et les mesures desdites UF sont tracées dans le registre. »*

*Il est pris acte avec satisfaction de ces modifications.*

### 8.3 LE REGISTRE N'EST PAS FIABLE ET N'EST DONC PAS EXPLOITABLE

Le registre n'est pas fiable et ne peut donc pas servir de base à l'analyse des pratiques pour deux principales raisons.

En premier lieu, les mesures concernant des patients qui sont placés en chambre d'isolement dans une autre unité que celle où ils sont admis sont enregistrées deux fois : dans l'unité d'admission initiale du patient et dans l'unité d'accueil du patient en CI. Par exemple, pour l'unité Pussin B des données d'isolement apparaissent en chambre dédiée alors que l'unité ne dispose pas de CI <sup>15</sup>.

En second lieu, le registre est incomplet. En effet, s'agissant des unités « 3X15 », il n'est en l'état pas possible de déterminer lesquelles des mesures devraient, compte tenu des motifs qui l'imposent, être également retracées dans le registre.

Le registre ne peut donc constituer un outil fiable pour l'analyse du recours à l'isolement et à la contention.

<sup>15</sup> Des vérifications ont été réalisées auprès de Pussin B qui ont confirmé le double enregistrement de plusieurs mesures d'isolement à la fois au sein de cette unité et dans les unités d'accueil.



En tout état de cause, il n'y a pas de véritable travail institutionnel d'analyse des pratiques formalisé sur le recours à l'isolement et à la contention pour le limiter, même sur la base des données disponibles biaisées.

Le document de l'établissement intitulé « *Registre des mesures d'isolement et de contention* » constitue un nouveau guide de tenue du registre. L'outil interne consistant à renseigner des « fiches papier » a été remplacé en 2019 par le registre du logiciel Cariatides. La comparaison entre les années 2018 et 2019 sera ainsi hasardeuse en raison à la fois de ce changement de méthode de récolte des données et du double enregistrement qui biaise les données. Le service qualité a indiqué qu'un travail sera mis en place pour rectifier les données du registre.

L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en CI et de contention, néanmoins aucune politique n'y est définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. S'agissant du rapport 2018<sup>16</sup> un renvoi à des tableaux *Excel*, fruits de l'exploitation des fiches papier, est indiqué comme base des données sans autre explication de méthode. Il était alors constaté une baisse de 48 % des mesures d'isolement entre 2017 et 2018 et une baisse du nombre total de jours d'isolement de 25 % ce qui pourrait, selon le rapport, expliquer l'augmentation de la durée moyenne des mesures d'isolement. De plus, des données y sont reportées concernant la répartition entre les patients en SSC et ceux en SL ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement (72,5% de SSC et 27,5% de SL). Il est d'ailleurs précisé que le pourcentage des patients en SL ayant débuté une mesure d'isolement a augmenté. Aucune analyse de ces données, de leurs conséquences éventuelles sur les pratiques, ne figure au rapport ou dans un autre document.

Enfin, sur un plan organisationnel, il est apparu singulier que ces données ne soient pas centralisées au niveau du département d'information médicale (DIM) mais par le service qualité avec peu d'échanges entre les services.

### Recommandation 17

La tenue du registre de l'isolement et de la contention doit être fiable, lisible et rigoureuse. L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit permettre de définir une politique pour limiter le recours à ces pratiques. Les divergences de pratiques médicales, notamment sur l'enfermement et la gestion de l'isolement doivent être discutés institutionnellement.

*Dans sa réponse, le directeur de l'EPSAN précise : « Concernant la fiabilité du registre pour la thématique « 3X15 », ce point a été solutionné (cf. commentaire précédent).*

*Concernant la réflexion institutionnelle sur les pratiques d'isolement et contention, pour insuffisante qu'elle soit, il est à noter qu'une EPP « prise en charge en chambre d'isolement » est en cours depuis 2014. Les actions réalisées dans le programme qualité et gestion des risques 2019-20 ont été :*

*Investigation pour une revue de pertinence et de conformité des mesures d'isolement et de contention, de 44 dossiers de patients ayant débuté une mesure d'isolement en soins libres s'étant prolongée au-delà de 12 heures*

*Travaux d'humanisation des chambres d'isolement (cf. commentaire supra).*

<sup>16</sup> Rapport annuel des mesures d'isolement et de contention 2018.

*Un point « isolement et contention » est systématiquement à l'ordre du jour de la CME tous les trimestres, où la question de l'isolement et de la contention y est débattue. »*

## 9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

### 9.1 L'HOSPITALISATION DES MINEURS EST RARE, HORMIS LES NOURRISSONS DANS L'UNITE MERE-BEBE

L'hospitalisation des mineurs à l'EPSAN de Brumath est rare en raison du dynamisme du secteur de psychiatrie infanto-juvénile implanté sur l'ensemble du territoire.

Deux intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile (67I01 et 67I02) sont répartis sur l'ensemble du territoire de l'EPSAN. Leur activité est à 99 % ambulatoire à l'exception de l'hospitalisation mère-enfant. Le délai d'attente pour un rendez-vous est en moyenne de 2 mois à 2 mois et demi, en périnatalité il est plus court, compris entre 15 jours et un mois maximum.

La prise en charge des mineurs en extra hospitalier limite de manière drastique les hospitalisations grâce au maillage du réseau territorial et aux partenariats mis en place depuis plusieurs dizaines d'années dans l'ensemble d'un département pourtant vaste. L'offre de soin est une offre de proximité pour des patients particulièrement vulnérables ce qui est positif. L'ancrage du dispositif dans l'ensemble du territoire permet de travailler en confiance avec les autres institutions prenant en charge les enfants comme l'éducation nationale, les CATT, les instituts médicoéducatifs (IME), l'aide sociale à l'enfance, les PMI<sup>17</sup>, les médecins spécialisés en pédiatrie, les médecins généralistes. Ainsi, des prises en charge séquentielles en hôpital de jour alternant temps de scolarisation dans l'établissement scolaire de secteur sont organisées ; des soignants assurent alors l'accompagnement des enfants à l'école. La prise en charge est individualisée au plus près de l'état clinique et des besoins de l'enfant et la continuité des soins est assurée.

L'hospitalisation en pédiatrie évite par ailleurs une hospitalisation en psychiatrie dans la mesure où des médecins spécialisés en pédopsychiatrie interviennent dans les services d'hospitalisation en pédiatrie sur la base d'un protocole et d'une convention. Si l'état clinique nécessite une hospitalisation en psychiatrie d'un mineur âgé de moins de 16 ans, il est orienté sur le service d'hospitalisation pour enfants et adolescents qui dépend des HUS de Strasbourg mais qui, avec seulement douze lits d'hospitalisation, est vite saturé. De plus, le repérage précoce permet d'éviter l'hospitalisation.

Les patients âgés de moins de 18 ans ne doivent pas être hospitalisés dans des unités pour adultes. Lors du contrôle aucun mineur n'était présent à l'EPSAN mais des unités peuvent exceptionnellement accueillir des patients âgés de 16 à 18 ans. Le nombre de ces hospitalisations diminue depuis trois années puisqu'en 2017, vingt-sept mineurs (en SL) étaient hospitalisés, vingt-deux en 2018 (dont deux admis en SDRE) et dix-neuf (en SL) entre le 1<sup>er</sup> janvier 2019 et le début du contrôle le 4 novembre 2019. Néanmoins, les mineurs sont principalement hospitalisés en unité fermée et, à défaut de lit disponible, dans une unité ouverte qui est alors fermée. Cette approche est justifiée par les interlocuteurs rencontrés par des raisons de sécurité. Pourtant, la systématisation de l'orientation d'un mineur en unité fermée n'apparaît pas adaptée. En effet, comme pour les autres patients cette orientation doit être individualisée.

---

<sup>17</sup> PMI : protection maternelle et infantile

### Recommandation 18

L'hospitalisation de mineurs avec des adultes dans une même unité doit être proscrit.

*Dans sa réponse, le directeur de l'EPSAN observe : « L'hospitalisation systématique des mineurs en unité fermée ne faisait pas consensus au sein de l'EPSAN. La Recommandation du CGLPL de se fonder sur la clinique est très claire. »*

Des documents spécifiques à l'hospitalisation de mineurs permettent d'attirer l'attention des professionnels sur leurs droits et ceux des représentants légaux, notamment :

- un formulaire de demande d'admission de mineurs en soins psychiatriques et l'information des représentants légaux ;
- un formulaire de recherche du consentement du patient mineur admis en soins psychiatriques qui indique « *normalement en cas d'aptitude à faire signer par le patient mineur* »<sup>18</sup> et qui demande au professionnel d'indiquer la raison pour laquelle il serait inapte à consentir ; une information est délivrée sur la présence de CI et le droit au recours auprès du JLD et de la CDSP ;
- un formulaire à remplir par les représentant légaux s'agissant de la liste des personnes autorisées à accompagner le mineur lors des sorties autorisées<sup>19</sup> ;
- un formulaire d'information des représentants légaux en cas d'hospitalisation d'un mineur sur décision du représentant de l'Etat ;
- un protocole d'admission et de prise en charge administrative d'un patient mineur en hospitalisation complète qui décrit l'utilisation des formulaires et rappelle les règles de transmission de la copie des décisions, des convocations et des informations légales dans le cas d'une hospitalisation par un représentant de l'Etat.

Par ailleurs, si un mineur âgé entre 16 et 18 ans connaît une hospitalisation en unité adulte à l'EPSAN de Brumath alors qu'il bénéficiait d'un suivi en ambulatoire, ce suivi doit continuer à être assuré par un pédopsychiatre mais le lien avec la pédopsychiatrie ambulatoire est aléatoire en fonction des unités. Aussi, un projet avec le secteur G02 est en cours pour assurer régulièrement ce lien en tant que de besoin. Par ailleurs, il est regrettable que les professionnels des secteurs de pédopsychiatrie ne soient pas informés d'éventuels placements en CI des mineurs hospitalisés.

---

<sup>18</sup> Visa de l'article L.1111-4 du CSP qui dispose : « (...) Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. (...) ».

<sup>19</sup> Visa de l'article R1112-57 du CSP

**BONNE PRATIQUE 10**

Le repérage précoce des besoins de soins des mineurs et leur prise en charge ambulatoire par le maillage du réseau territorial et les partenariats mis en place limite les hospitalisations.

**9.2 L'UNITE MERE-BEBE ASSURE UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITE D'UN PUBLIC PRESENTANT UNE VULNERABILITE SPECIFIQUE**

En janvier 2019 a été ouverte une unité d'hospitalisation mère-bébé, dépendant de l'inter secteur I02, qui dispose de neuf lits d'hospitalisation (cinq berceaux et quatre lits d'hospitalisation pour les mères), dont quatre dyades soit des chambres mère-enfant.

En principe les mères sont en soins libres néanmoins elles peuvent changer de statut pendant l'hospitalisation pour être admises en soins sans consentement.

L'objectif principal est d'évaluer et d'accompagner les compétences maternelles des patientes afin de stabiliser leur état pour la prise en charge en autonomie de leur bébé. Les mères peuvent être admises peu de temps avant l'accouchement pour entamer un travail en amont. Cette unité peut même être mobilisée dès le projet de grossesse. Le cas échéant, un travail est mis en place pour anticiper l'ajustement du traitement médicamenteux. Si cela n'a pas été possible une grande attention est portée à cette question. Deux praticiens interviennent en périnatalité, compétents pour prescrire pendant cette période. La compétence territoriale couvre celle de l'EPSAN de Brumath. Une autre unité mère-bébé, à Strasbourg, dépend du NHC.

Les locaux, installés sur le site de Brumath, sont particulièrement agréables, lumineux, avec un accès à un espace extérieur. Le patio de cette unité est commun à l'hôpital de jour La Frimousse dont les locaux sont attenants. Une chambre « zen » est à disposition des mères. Un projet en cours est de l'utiliser pour des ateliers mère-bébé. L'unité offre deux nurseries, une salle pour les entretiens et les soins somatiques, le cas échéant, un salon avec une téléviseur. Une salle de bains et de lingerie avec sèche-linge permet de travailler sur l'autonomie s'agissant de l'hygiène. Les repas sont pris en commun réunissant les mères et les enfants. Des repas thérapeutiques sont organisés.

L'équipe pluridisciplinaire est composée de psychiatres, psychologues, psychomotriciens, secrétaires, une assistante de service social et des soignants dont deux sont présents en continu. Cette présence permet de gérer les situations de crise en évitant une mesure d'isolement. La plupart des membres de l'équipe partage son temps avec l'extra hospitalier.

Un psychiatre assure une liaison en visitant les mères au sein des maternités. En effet, la philosophie de travail est l'implantation de proximité dans la communauté de vie et la dispensation des soins sur place.

Un entretien de pré admission est systématique en présence de la mère, le cas échéant du père, et de l'enfant (0-18 mois). Il a pour objectif de définir un projet de soins et de procéder à la visite de l'unité. Il peut arriver, en raison de l'aspect novateur de la structure, que des admissions de mères résidant hors du département soient acceptées. Les hospitalisations sont programmées et une liste d'attente est constituée après validation de la demande souvent effectuée par les interlocuteurs institutionnels qui prennent en charge la mère et/ou l'enfant. Lorsque l'enfant est déjà placé ou qu'il s'agit davantage d'un temps nécessaire pour régler des problèmes sociaux comme l'absence de logement, la demande n'est pas validée.

Si les mères peuvent sortir librement, le contrat de soins leur demande d'être présentes pendant les soins ou examens de l'enfant. Une vigilance est de mise lorsqu'elles se trouvent en danger (relation toxique avec le père de l'enfant, violences, etc.) ou se mettent en danger à l'extérieur.

La durée d'hospitalisation ne dépasse pas 3 mois avec un minimum de 15 jours. La durée de séjour varie le plus souvent de 6 à 8 semaines.

Les enfants peuvent être placés dans l'unité sur ordonnance de placement provisoire d'un juge des enfants, un travail préalable sur l'acceptation de l'hospitalisation est effectué en amont auprès de la mère. La perspective d'un placement de son enfant en pouponnière par le juge des enfants dans le cadre d'une procédure d'assistance éducative l'incite néanmoins à accepter l'hospitalisation à l'unité mère-bébé.

Les pères sont autorisés à des visites sans horaires fixes, liberté qui s'accommode des contraintes d'une activité professionnelle ; une salle de rencontre est à leur disposition. Une démarche, toujours en cours lors du contrôle, a été effectuée auprès de l'ARS en mars 2019 pour recevoir l'autorisation d'hospitaliser les pères, le cas échéant.

Une réunion se tient une fois par an avec les juges des enfants de Strasbourg et de Saverne.

### BONNE PRATIQUE 11

L'organisation de l'unité mère-bébé avec la présence d'un personnel soignant en nombre suffisant et en continu participe de la qualité de la prise en charge d'un public particulièrement vulnérable et de la gestion des crises.

### 9.3 LE PROTOCOLE SUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DETENUS EST PROTECTEUR DE LEURS DROITS ET LES PRATIQUES DANS LES UNITES SONT HOMOGENES

L'EPSAN de Brumath est susceptible de recevoir de manière exceptionnelle des patients détenus au centre de détention d'Oermingen et à la maison d'arrêt de Strasbourg, faute de place en unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA). Lors de la visite, aucun patient détenu n'était hospitalisé à l'EPSAN au titre de l'article L3214-3 du code de la santé publique et dans les conditions prévues par l'article D.398 du code de procédure pénale. Selon les informations communiquées, une dizaine de patients détenus par an sont en moyenne hospitalisés dans l'établissement.

Un protocole interne à l'EPSAN intitulé « *admission et prise en charge d'une personne détenue* » rappelle qu'elles doivent être hospitalisées dans les mêmes conditions que tout autre patient. Néanmoins, le protocole prévoit certains aménagements au regard de leur statut spécifique.

Une orientation en unité fermée est privilégiée pour des raisons de sécurité. Il est rappelé que l'utilisation d'une chambre d'isolement pour ces patients relève d'une nécessité médicale. Par ailleurs, il est précisé que ce sont les règles applicables au sein de l'établissement pénitentiaire qui continuent à s'appliquer au sein de l'EPSAN s'agissant des relations avec l'extérieur. En ce sens, le greffe de l'établissement pénitentiaire d'origine communique les permis de visite et les autorisations de contacts téléphoniques.

Les droits des personnes admises sans consentement s'appliquent aux patients détenus hospitalisés. La seule restriction est le régime des courriers et colis qui doivent être réorientés vers l'établissement pénitentiaire (article D.395 du code de procédure pénale).

S'agissant des promenades, il est indiqué qu'elles peuvent être autorisées sous réserve qu'une décision médicale soit consignée et que les conditions de sécurité soient respectées notamment par la présence d'un personnel affecté et dans un lieu clos.

Le service d'accueil de l'EPSAN organise le transfert du patient détenu depuis l'établissement pénitentiaire à la suite de la décision de l'autorité administrative ; il peut solliciter une escorte policière auprès de la préfecture. Deux soignants assurent le transfert et le matériel de transfert est utilisé en fonction de l'état clinique du patient. Le retour vers l'établissement pénitentiaire est assuré par l'administration pénitentiaire. Les mêmes circuits s'appliquent pour les transferts de ou vers une UHSA.

Les unités susceptibles de recevoir des patients détenus semblent adopter des pratiques homogènes. Quelle que soit l'unité, elle est fermée, si elle ne l'est pas d'habitude, lorsqu'un patient détenu y est hospitalisé. A l'exception de l'unité d'admission Schweitzer, au sein de laquelle les patients détenus sont systématiquement placés en CI puis orientés en unité fermée, les unités ne les orientent pas forcément en CI. A l'unité Cronembourg D fermée, il est indiqué que les soignants vont chercher les patients détenus qui sont contentionnés sur un brancard aux poignets et aux chevilles.

Ces patients peuvent se rendre dans la cour pour fumer, à un rythme dépendant de la disponibilité des soignants. A l'unité fermée Pussin A, ils peuvent accéder au patio et leur prise en charge est affinée en lien avec l'administration pénitentiaire. Les relations avec l'extérieur dépendent des instructions communiquées par l'administration pénitentiaire. De façon générale, au cours de son séjour, le patient détenu est pris en charge sans aménagement spécifique, comme les autres patients.

Enfin, un projet de protocole cadre avec le centre de détention d'Oermingen en cours de révision au moment de la visite de contrôle, fixe les modalités d'intervention des professionnels de santé à l'unité sanitaire du CD. Un autre protocole encadre l'intervention de l'EPSAN à l'unité sanitaire de la maison d'arrêt de Strasbourg.



## 10. CONCLUSION

La politique conduite par l'EPSAN pour assurer un accueil respectueux de la dignité et des droits de ses patients porte ses fruits s'agissant de la prise en charge matérielle et médicale de la plupart d'entre eux mais se trouve entravée, dans sa pleine réussite, par des procédures internes, s'agissant de ceux admis en soins sans consentement et par une suroccupation chronique.

Les locaux des deux sites sont, de façon générale, agréables et bien aménagés, surtout sur le site de Cronembourg et plus divers à Brumath mais ceux qui n'offrent pas de conditions suffisantes de confort doivent être prochainement rénovés ou changés.

Les restrictions dans la vie quotidienne sont très limitées quel que soit le statut d'admission du patient : accès libre au téléphone, au tabac, prohibition du port du pyjama hormis en chambre d'isolement, fourniture de wifi et possibilité de détenir un ordinateur. Les patients ont facilement accès à leurs biens, notamment à leurs moyens financiers par l'intermédiaire d'une régie bien organisée.

L'établissement soucieux de préserver la liberté d'aller et venir manifeste la volonté d'ouvrir au moins la moitié des unités. Cependant, les procédures d'affectation initiale des patients que s'impose l'établissement conduit à la fermeture d'unités, prévues pour rester ouvertes, afin de satisfaire le besoin de lits en unité fermée.

L'établissement opère ainsi une prise en compte inappropriée du statut d'admission. Les patients en soins sans consentement sont, indépendamment de leur état clinique, systématiquement placés en unité fermées à leur arrivée. S'ils ne font pas l'objet de restrictions particulières, ce qui est remarquable pour les patients détenus, leur statut juridique et leurs droits propres sont mal respectés : tardiveté de la prise de décision du directeur, le cas échéant, et de sa notification, insuffisante information des patients sur leur statut et leurs droits, audiences du juge des libertés et de la détention hors du site pour les deux tiers d'entre eux et insuffisante formation du personnel. L'importance de la proportion de ces patients faisant l'objet d'une procédure de péril imminent est préoccupante.

Le souci de qualité de prise en charge est tout autant perceptible dans l'organisation des soins avec une forte présence des médecins psychiatres, utile pour les patients mais également pour l'étayage des équipes, des réunions cliniques hebdomadaires et riches en échanges, une liberté d'échanges dont tous se félicitent. Il faut notamment relever la prise en charge attentive, adaptée, dynamique, pluridisciplinaire et coordonnée – somatique comme psychiatrique – des patients à pathologies complexes.

En revanche, les conditions dans lesquelles sont pratiqués les isolements doivent impérativement être revues : locaux indignes ou dangereux pour certains, présence de l'équipe de sécurité, registre non fiable, absence de travail institutionnel qui favorise la persistance de ces pratiques, injections faites sans consentement et sans présence du médecin.

Par ailleurs, la suroccupation chronique dont souffre l'établissement conduit à des parcours parfois erratiques pour les patients qui changent d'unité en cours de séjour, voire de site, à une complication des préparations à la sortie, à une difficulté d'organiser des activités alors que les matériels et humains sont donnés.

Les projets conduits pour multiplier les solutions de sortie devraient, s'ils sont soutenus par les autorités de tutelle, remédier en partie à la suroccupation. Il demeure que le nombre de lits de psychiatrie générale est actuellement insuffisant compte tenu de la "maturité" des dispositifs ambulatoires d'amont et d'aval de prise en charge. Les autorisations d'activité de soins de

psychiatrie par ouverture de lits données au secteur privé, après la fermeture de soixante-six lits imposée à l'EPSAN en 2014, risquent, si elles devaient être mises en œuvre, de pénaliser fortement ce dernier.

16/18 quai de la Loire  
CS 70048  
75921 PARIS CEDEX 19  
[www.cglpl.fr](http://www.cglpl.fr)

