



---

## 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 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 LEGERE CROISSANCE DES ENTREES 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 :

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.

























































































































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

