



---

## **Rapport de visite :**

2 au 11 mars 2020 – 1<sup>ère</sup> visite

Centre hospitalier spécialisé de  
Sarreguemines

*(Moselle)*

## SYNTHESE

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), huit contrôleurs ont effectué une première visite du centre hospitalier spécialisé (CHS) de Sarreguemines (Moselle) du 2 au 11 mars 2020. Deux précédentes visites ont été effectuées sur le site en 2009 et 2015 strictement limitées à l'unité pour malades difficiles (UMD). Un rapport provisoire a été adressé le 13 mai 2020 au directeur de l'établissement, à la délégation territoriale de l'agence régionale de santé (ARS) Grand-Est, au président du tribunal judiciaire (TJ) de Sarreguemines et au procureur de la République près ce TJ, ainsi qu'au préfet du département. Certains destinataires (le directeur de l'établissement, le délégué territorial de l'ARS) ont fait valoir des observations qui ont été prises en compte dans le présent rapport définitif.

Le CHS de Sarreguemines a été construit entre 1872 et 1880 pendant la période de l'annexion allemande pour recevoir les malades mentaux de l'ancienne région Lorraine. Partiellement détruit pendant la seconde guerre mondiale, la reconstruction qui a permis sa réouverture en 1957 et les rénovations et bâtiments érigés ultérieurement lui ont donné son visage actuel. Sur les six établissements de santé mentale du département, il est l'un des quatre qui accueillent des patients en soins sans consentement dans 475 lits d'hospitalisation à temps complet et 20 chambres d'isolement. Il est situé au Sud-Est du centre-ville de cette cité frontalière et est accessible par une ligne de bus régulière. Il emploie 1 203 agents, dont le nombre est stable à l'exception du personnel médical, qui affiche une diminution de 14 % en trois ans.

Le contrôle s'est exercé sur les quatre secteurs de psychiatrie adulte, l'antenne d'urgences psychiatriques sise sur le site du centre hospitalier Robert Pax attenant et l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP).

Des difficultés d'accès aux soins sont identifiées concernant :

- la présence médicale, tant psychiatrique que généraliste ;
- l'impossibilité d'une hospitalisation spécialisée des mineurs, mélangés à la population adulte voire hospitalisés sous le statut du soin sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) en USIP et en UMD ;
- l'inaccessibilité de l'USIP aux femmes, patientes comme soignantes ;
- l'absence de contact physique direct entre les soignants et les patients de l'USIP la nuit ;

Le recours aux contraintes additionnelles à la privation de liberté que sont les mesures d'isolement et de contention est marqué par des atteintes aux droits des patients :

- les interventions du service de sécurité ne sont pas suffisamment encadrées ;
- les mesures d'isolement et de contention ne sont pas toujours décidées par un médecin titulaire d'une qualification ordinaire de psychiatre, ne sont pas évaluées par un médecin deux fois par 24 heures ;
- l'établissement a créé une catégorie d'isolement particulière dit « retrait séquentiel » ; qu'il soumet à une obligation de renouvellement tous les sept jours ;
- l'évaluation médicale somatique en début de mesure n'est pas assurée par un autre médecin que le psychiatre ;

- les chambres d'isolement ne sont pas toujours équipées d'une table et d'une assise sécurisées, la disposition des WC ne respecte parfois pas l'intimité du patient, aucun dispositif d'appel des soignants n'est accessible à la personne sous contentions et la vue sur une horloge n'est pas garantie.

La satisfaction des besoins élémentaires des patients en soins sans consentement et le respect de leur dignité dans les actes de la vie quotidienne requièrent des améliorations s'agissant de l'accès à la chambre, qui n'est pas toujours libre et dont la porte est rarement équipée d'un verrou de confort, alors que cela permettrait de mieux assurer le droit à l'intimité et à la protection des effets personnels.

De manière générale a été relevé un défaut de formation du personnel en matière de droit du soin sans consentement et de droits des patients en soins sans consentement, *a fortiori* dans le cas du placement en isolement ou sous contention. Ce défaut est accentué par une communication inefficace, identifiée en matière de politique de la qualité et de la gestion des risques et en matière de diffusion des travaux du comité d'éthique.

L'exercice du droit à la vie privée est difficile s'agissant du droit à l'anonymat de l'hospitalisation qui n'est pas suffisamment mis en œuvre par tout le personnel et du droit à la liberté sexuelle en l'absence de réflexion sur la sexualité des patients dans la plupart des unités. Faute d'affichage des coordonnées des aumôniers dans toutes les unités, l'exercice du droit à la liberté de conscience par la pratique d'un culte est peu aisé.

Concernant les patients polyhandicapés accueillis dans l'unité Lierres C, le rapport relève des conditions de prise en charge hôtelière indignes et l'absence de médecin référent pour coordonner les soins.

Parallèlement, de bonnes pratiques ont retenu l'attention des contrôleurs : imprimés présentant le cadre juridique des soins sans consentement et les droits du patient, attention accordée à la tenue du registre de l'isolement et de la contention, accès à la banque des patients pour les personnes détenues hospitalisées et chambres d'une unité équipées d'un haut-parleur qui permet l'écoute de musique au réveil.

Le CHS de Sarreguemines a accueilli les contrôleurs dans une ambiance cordiale et collaborative. Les réponses apportées aux recommandations émises dans le débat contradictoire reflètent un engagement mesuré qui appelle une réflexion institutionnelle pérenne au service des patients en soins sans consentement.

## 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 ..... 52**

Les chambres des Acacias sont équipées d'un haut-parleur diffusant de la musique douce le matin au réveil, avec un bouton variateur permettant de régler le volume.

#### **BONNE PRATIQUE 2 ..... 80**

La qualité du recueil des données relatives à l'isolement et à la contention fait l'objet d'une attention permanente grâce à l'instauration d'un système d'alerte partiellement automatisé.

#### **BONNE PRATIQUE 3 ..... 84**

Une personne détenue peut faire virer de l'argent de son compte nominatif vers la banque des patients pour subvenir à ses besoins personnels pendant son hospitalisation.

### RECOMMANDATIONS

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

#### **RECOMMANDATION 1 ..... 16**

La modification des horaires d'ouverture des centres médico-psychologiques, pour les rendre plus proches des disponibilités des personnes qui travaillent, doit permettre de réduire le nombre d'hospitalisations à temps complet.

#### **RECOMMANDATION 2 ..... 17**

Des dispositions doivent être prises pour que les femmes bénéficient de soins de niveau 2.

#### **RECOMMANDATION 3 ..... 18**

La création d'une unité d'hospitalisation à temps complet pour des mineurs est impérative pour éviter que des mineurs soient placés dans des unités fermées avec des majeurs, voire même placés systématiquement sous le statut de SPDRE à l'USIP et à l'UMD.

#### **RECOMMANDATION 4 ..... 20**

L'établissement doit continuer à recruter des médecins généralistes, afin d'assurer une prise en charge médicale adéquate des patients. L'établissement doit également continuer à recruter des médecins psychiatres.

#### **RECOMMANDATION 5 ..... 23**

Les formations du personnel à la spécialisation et à la consolidation des savoirs en psychiatrie doivent être élargies à l'ensemble des infirmiers et aux aides-soignants et perdre le caractère exceptionnel prévu par le plan de formation ; celles sur l'isolement et la contention doivent être renforcées et celles sur les droits spécifiques des patients en SSC mises en place.

#### **RECOMMANDATION 6 ..... 26**

Le statut juridique initial des patients en soins sans consentement, quand ils sont hospitalisés à l'USIP, doit être conservé ; le passage en SPDRE de patients hospitalisés sur décision du directeur doit être limité aux patients qui présentent les critères requis pour cette mesure, et non systématique.

Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins en péril imminent (SPI) et les soins à la demande d'un tiers en urgence (SPDTU) doit rester exceptionnel.

**RECOMMANDATION 7 ..... 26**

Le PTSM doit intégrer le besoin de créer des structures adaptées aux patients qui ne relèvent pas de l'hospitalisation à temps complet en psychiatrie, MAS et FAM, en relation avec les autorités territoriales compétentes.

**RECOMMANDATION 8 ..... 28**

Quel que soit le jour de l'admission d'un patient en soins sans consentement, la décision d'admission doit être établie et signée sans délai par le directeur ou son délégataire. Elle doit de plus être notifiée au patient sans attendre ; s'il n'est pas en état de la comprendre, elle doit alors lui être représentée au moment opportun.

**RECOMMANDATION 9 ..... 33**

Dans le respect de l'article L.1111-6 du code de la santé publique, la personne de confiance désignée par le patient doit être informée de sa désignation et des conséquences en découlant et invitée à confirmer son accord.

**RECOMMANDATION 10 ..... 37**

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) doit visiter les établissements de soins de son ressort au moins deux fois par an et ce conformément aux prescriptions de l'article R. 3223-6 du code de la santé publique.

**RECOMMANDATION 11 ..... 38**

La pratique consistant à rédiger un avis motivé en même temps que le certificat médical des 72 heures est contraire à la loi. Il doit y être mis fin sans délai pour ainsi faire parvenir au juge en charge du contrôle de l'hospitalisation, des renseignements actualisés les plus proches du moment de l'audience.

**RECOMMANDATION 12 ..... 41**

Le fonctionnement du collège des professionnels de santé doit, sans délai, être revu pour respecter les dispositions de l'article L. 3212-7 du code de la santé publique. Ce collège doit ainsi recevoir obligatoirement les patients pour recueillir leurs observations avant de donner son avis.

**RECOMMANDATION 13 ..... 45**

Les règles et les modalités de libre circulation des patients dans l'ensemble du CHS doivent être revus afin de faire respecter de façon homogène dans toutes les unités les principes qui régissent ce droit fondamental. Dans chaque unité, l'accès à une cour intérieure doit être rendu possible toute la journée.

**RECOMMANDATION 14 ..... 58**

Une réflexion doit être conduite dans toutes les unités, y compris à l'USIP, sur la sexualité des patients à la lumière des travaux du comité d'éthique de 2017.

**RECOMMANDATION 15 ..... 62**

La continuité des soins pendant l'hospitalisation nécessite que les soignants puissent entrer en permanence en contact direct avec les patients, y compris la nuit, notamment à l'USIP.

**RECOMMANDATION 16 ..... 65**

La pharmacie de l'établissement doit être modernisée, s'agissant tant de ses locaux que de l'analyse des prescriptions médicamenteuses, en bénéficiant de l'attention plus soutenue de la direction de l'établissement et de la communauté médicale, afin de contribuer à une véritable politique du médicament au service des patients.

**RECOMMANDATION 17 ..... 66**

Les modalités de distribution des traitements doivent mieux tenir compte des impératifs de confidentialité et de dignité dus au patient dans toutes les unités.

**RECOMMANDATION 18 ..... 73**

Le WC ne doit en aucun cas être visible du personnel soignant en charge de la surveillance des patients isolés.

**RECOMMANDATION 19 ..... 75**

Aucune décision de « *retrait séquentiel du patient* » ne peut avoir une validité de sept jours. Les règles applicables à l'isolement doivent s'appliquer au retrait séquentiel s'agissant de l'obligation de renouvellement de la décision après 12 heures puis 24 heures.

**RECOMMANDATION 20 ..... 76**

Les mesures d'isolement et de contention ne peuvent être décidées que par un médecin titulaire d'une qualification ordinaire de psychiatre.

**RECOMMANDATION 21 ..... 77**

Les patients placés en isolement et *a fortiori* ceux qui sont contentonnés doivent systématiquement bénéficier d'un examen somatique dans les meilleurs délais après le commencement de ces mesures puis au fur et à mesure de leur déroulement. La surveillance médicale doit être effectuée deux fois par 24 heures.

**RECOMMANDATION 22 ..... 78**

Afin que l'isolement soit effectivement une mesure de dernier recours, les motifs qui conduisent à la mise en œuvre de l'isolement séquentiel doivent être analysés. Une réflexion sur les causes doit conduire à mettre en œuvre d'autres moyens que l'isolement.

**RECOMMANDATION 23 ..... 79**

Les contentions mécaniques de plus de 24 heures doivent être exceptionnelles. L'actualisation administrative de la décision de contention – avant la 6<sup>ème</sup> heure puis toutes les 24 heures – doit impérativement être accompagnée de deux évaluations médicales par 24 heures afin de ne pas maintenir la mesure plus longtemps que nécessaire. Parallèlement, le personnel non médical doit veiller à actualiser en permanence l'information du médecin sur l'état du patient.

**RECOMMANDATION 24 ..... 88**

Les conditions de prise en charge hôtelière des patients polyhandicapés au sein de l'unité Les Lierres C sont indignes. L'absence de médecin référent – psychiatre ou somaticien – à l'unité les Lierres C – est préjudiciable à la prise en charge médicale des patients comme au pilotage du personnel non médical de cette unité.

**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..... 22**

A l'USIP, la logique sécuritaire qui conduit à disposer d'équipes de soignants exclusivement masculines doit laisser la place à une logique de soins respectant la mixité.

**PROPOSITION 2..... 24**

La supervision ou l'analyse des pratiques professionnelles, telle qu'elle existe dans les structures du pôle de psychiatrie infanto-juvénile, doit être étendue à l'ensemble des unités d'hospitalisation à temps complet.

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

Le livret d'accueil de l'établissement assorti de ses annexes doit être systématiquement remis et expliqué à chaque patient dès son arrivée. Chaque unité doit se doter de règles de vie établies à partir du règlement intérieur de l'établissement mis à jour et les porter à la connaissance des patients, notamment par voie d'affichage.

**PROPOSITION 4..... 30**

Si les représentants des usagers sont parfaitement intégrés aux instances de l'établissement, ils ne sont connus ni des patients ni des soignants. Une réflexion doit être engagée sur le contenu de leurs missions en direction des patients et de leurs familles.

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

Le plan de communication interne doit faire l'objet d'une refonte : le personnel du CHS, médical et non médical, selon des modalités à déterminer, doit être destinataire des orientations du comité d'éthique, des comptes rendus des commissions des usagers, des bilans annuels des événements indésirables – pour le CHS et par unité – comme des analyses des questionnaires de sortie. Cela passe vraisemblablement par la création d'une adresse de courriel pour chacun.

**PROPOSITION 6..... 34**

La diffusion des informations culturelles doit s'accompagner d'un affichage au sein de l'ensemble des unités et les coordonnées des aumôniers des différents cultes doivent y être mentionnées.

**PROPOSITION 7..... 36**

Les établissements de santé sont tenus de protéger la confidentialité sur l'hospitalisation des patients. Il est nécessaire que le protocole existant soit porté à la connaissance des soignants, lesquels doivent en informer les patients dès leur arrivée.

**PROPOSITION 8..... 46**

Le service de sécurité doit connaître en temps réel les chambres dans lesquelles des patients sont enfermés, de jour comme de nuit. En aucun cas, les membres de l'équipe de sécurité ne peuvent être habilités à entrer en contact avec un patient.

**PROPOSITION 9..... 47**

Une réflexion doit être engagée pour harmoniser et assouplir les règles relatives à l'accès des patients à leur chambre et à leur placard.

**PROPOSITION 10..... 49**

Il serait souhaitable d'équiper la cafétéria et les unités de Wi-Fi permettant aux patients de se connecter à Internet sans dépendre de leur abonnement personnel *via* les téléphones portables.

**PROPOSITION 11..... 50**

Une réflexion doit être conduite pour permettre aux patients de recevoir des visites dans leurs chambres.

**PROPOSITION 12..... 50**

A l'USIP, les modalités de communication avec l'extérieur doivent être réexaminées : l'utilisation du téléphone portable ou fixe, l'accès au courrier comme aux journaux et à la télévision ; la visite des familles en semaine doit être possible, sauf contre-indication médicale individualisée et limitée dans le temps.

**PROPOSITION 13..... 52**

Les patients doivent pouvoir accéder librement à leurs chambres dans la journée dont les portes devraient être équipés de verrous de confort, voire de serrures à code.

**PROPOSITION 14..... 53**

Les chambres de l'USIP présentent des atteintes à la dignité auxquelles il convient de remédier au plus tôt : chambres et espace sanitaire visibles depuis le couloir, patients enfermés, mobilier type chambre d'isolement, mauvaises odeurs.

**PROPOSITION 15..... 54**

A l'USIP, en cas de souillure des patients la nuit, les soignants doivent pouvoir changer le linge sans devoir attendre le lendemain matin.

**PROPOSITION 16..... 56**

Les mouvements d'argent concernant les petites sommes déposées par les patients dans les unités doivent être tracés et systématiquement signés par les intéressés et contresignés par le soignant.

**PROPOSITION 17..... 61**

Il est nécessaire que la communauté médicale réfléchisse à tracer de manière explicite les observations du patient ou les raisons pour lesquelles le patient n'a pu ou n'a pas été invité à s'exprimer.

**PROPOSITION 18..... 63**

A l'USIP, l'accès à des activités thérapeutiques et à des consultations avec un psychologue doit être encouragé et coordonné afin d'introduire plus de soin dans la prise en charge des patients.

**PROPOSITION 19..... 72**

Dans les chambres d'isolement, une horloge affichant la date et l'heure doit être visible par le patient depuis la chambre qu'il occupe et un dispositif d'appel aux soignants doit être identifié, fiable, accessible y compris pour les patients placés sous contention mécanique.

**PROPOSITION 20..... 73**

Une table et une assise doivent être mises à la disposition du patient isolé, pour prendre ses repas ailleurs que sur son lit et ses genoux.



## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>2</b>
<b>SYNTHESE DES OBSERVATIONS .....</b>	<b>4</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>9</b>
<b>RAPPORT .....</b>	<b>12</b>
<b>1. LES CONDITIONS DE LA VISITE .....</b>	<b>12</b>
<b>2. L'ORGANISATION DU CHS DE SARREGUEMINES .....</b>	<b>14</b>
2.1 L'établissement délivre des soins de niveau 1 à tout patient, ainsi que des niveaux 2 et 3 à des hommes majeurs avec parfois des mineurs mais non des femmes	14
2.2 Redressée, la situation financière de l'établissement est saine et permet une gestion dynamique.....	19
2.3 Des équipes médicales et non médicales de qualité pallient le manque de psychiatres et souffrent d'un grave déficit de médecins somaticiens.....	20
2.4 Tous les patients de l'USIP sont sous le statut de SPDRE. Les trois unités d'hospitalisation de polyhandicapés ne sont plus de fait des unités de psychiatrie .....	24
<b>3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS .....</b>	<b>27</b>
3.1 La qualité de l'information didactique sur les droits des patients se perd lors des notifications souvent peu explicites et tardives .....	27
3.2 La politique d'amélioration de la qualité quoique dynamique reste confidentielle .....	29
3.3 La procédure de désignation de la personne de confiance n'est pas finalisée..	33
3.4 Le droit de vote est organisé mais peu exercé .....	34
3.5 L'accès au culte est limité aux confessions catholique et protestante .....	34
3.6 Les patients nécessitant une protection juridique sont repérés et correctement suivis .....	34
3.7 La confidentialité de la présence du patient n'est pas assurée .....	35
<b>4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS .....</b>	<b>37</b>
4.1 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) exerce avec conviction mais a minima son rôle de contrôle.....	37
4.2 La tenue des registres de la loi, conforme aux prescriptions du code de la santé publique, facilite le contrôle des hospitalisations sans consentement .....	38
4.3 Jamais demandées pour les patients hospitalisés à l'USIP, les sorties de courte durée sont pour les autres patients fréquemment accordées avec pour objectif la préparation à la sortie ou le passage en programmes de soins.....	39
4.4 Le collège des professionnels de santé, peu convaincu de son utilité, exerce mal sa fonction de contrôle .....	40
4.5 Le juge des libertés et de la détention exerce sa mission dans des conditions matérielles et relationnelles satisfaisantes .....	41

<b>5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....</b>	<b>44</b>
5.1 Bien que reconnu fondamental, le principe de la liberté d'aller et venir n'est que partiellement appliqué.....	44
5.2 L'équipe de sécurité formée à la gestion de la violence et au risque incendie n'est pas directement informée de la présence de patients en chambre d'isolement .....	45
5.3 Les restrictions imposées dans la vie quotidienne sont mineures à l'exception des conditions d'accès aux chambres .....	47
5.4 Les communications avec l'extérieur ne posent de graves problèmes qu'à l'USIP .....	48
<b>6. LES CONDITIONS DE VIE .....</b>	<b>52</b>
6.1 Les chambres, doubles pour près de la moitié des patients, sont peu accessibles dans la journée et celles de l'USIP sont indignes.....	52
6.2 Le nettoyage du linge et l'accès aux douches sont correctement organisés sauf à l'USIP .....	54
6.3 Les biens du patient sont inventoriés, protégés et accessibles mais les mouvements d'argent ne sont pas toujours tracés.....	55
6.4 La qualité nutritive et gustative des repas est jugée satisfaisante par les patients .....	56
6.5 La vie sexuelle des patients ne fait pas l'objet d'une réflexion collective au sein des unités.....	57
<b>7. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES .....</b>	<b>59</b>
7.1 La qualité de la prise en charge en urgence est garantie par une présence infirmière spécialisée et une équipe médicale stable .....	59
7.2 La prise en charge psychiatrique est insuffisante le jour et interrompue la nuit à l'USIP .....	60
7.3 Les activités sont dirigées par des soignants impliqués.....	66
7.4 Les soins somatiques sont assurés par les psychiatres et les internes du CHS, sauf lorsque ces soins sont spécialisés.....	67
<b>8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION .....</b>	<b>69</b>
8.1 Les conditions matérielles d'isolement ou de contention sont encore entachées par des équipements inadaptés .....	69
8.2 L'isolement et la contention tendent à être des mesures de dernier recours, tracées, mais l'isolement séquentiel est développé sans respecter les préconisations nationales .....	74
8.3 L'obligation légale du registre est investie en lui donnant du sens et le rapport annuel, récent, manifeste une analyse des pratiques encore balbutiantes au sein de l'établissement.....	79
<b>9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES .....</b>	<b>82</b>
9.1 Les patients détenus accèdent à leurs droits fondamentaux, exclusivement à l'USIP.....	82

9.2	Le CHS ne dispose pas en pédopsychiatrie d'un service d'hospitalisation complète .....	84
9.3	Les unités accueillant les polyhandicapés bénéficient d'une faible présence médicale.....	85
<b>10.</b>	<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>89</b>

# Rapport

Contrôleurs :

- Vianney Sevaistre, chef de mission ;
- Chantal Baysse ;
- Marie-Agnès Credoz ;
- Bruno Rémond ;
- Julien Starkman ;
- Cédric de Torcy ;
- Fabienne Viton ;
- Alexandre Baillon (stagiaire ENM).

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), sept contrôleurs et un stagiaire ont effectué un contrôle du centre hospitalier spécialisé (CHS) de Sarreguemines (Moselle), hors unité de malades difficiles (UMD), du 2 au 11 mars 2020.

Cette mission constituait une première visite, l'UMD ayant été visité antérieurement à deux reprises en juillet 2009 et en juillet 2015.

## 1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 2 mars à 15h. Ils l'ont quitté le 11 mars à 11h. Cette visite avait été annoncée le 26 février à la direction.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une vingtaine d'auditeurs.

Des contacts ont été établis avec l'agence régionale de santé (ARS) du Grand-Est et sa délégation territoriale de Moselle, la présidente et le procureur de la République du tribunal judiciaire (TJ) de Sarreguemines et la préfecture de la Moselle.

Un entretien a été organisé entre le chef de la mission et le vice-président du conseil de surveillance.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site ont été avisées de la présence des contrôleurs par le directeur du CHS.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un ordinateur permettant d'avoir accès au site Intranet. Tous les documents demandés par l'équipe ont été mis à leur disposition et regroupés dans un dossier électronique 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 restitution a eu lieu le 11 mars en présence d'une trentaine d'auditeurs.

Le rapport provisoire de cette visite a été adressé le 13 mai 2020 au chef d'établissement du CHS de Sarreguemines, à la délégation territoriale de l'ARS, au président du TJ de Sarreguemines et au procureur de la République près ce TJ, ainsi qu'au préfet du département.

En réponse, le 11 juin 2020, le préfet de la Moselle n'émet aucune remarque. Les observations apportées par la délégation territoriale de l'ARS et par le directeur de l'établissement, respectivement les 29 et 30 juin 2020, ont été intégrées au corps du présent rapport.

## 2. L'ORGANISATION DU CHS DE SARREGUEMINES

### 2.1 L'ETABLISSEMENT DELIVRE DES SOINS DE NIVEAU 1 A TOUT PATIENT, AINSI QUE DES NIVEAUX 2 ET 3 A DES HOMMES MAJEURS AVEC PARFOIS DES MINEURS MAIS NON DES FEMMES

#### 2.1.1 Les objectifs

Le CHS de Sarreguemines répond à trois missions de soins psychiatriques : une mission sectorielle de niveau 1, une mission régionale de niveau 2 à l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) et une mission nationale pour des soins de niveau 3 à l'unité pour malades difficiles (UMD). Les missions de niveau 2 et 3 sont réservées aux hommes de façon exclusive.

#### 2.1.2 L'organisation de la psychiatrie dans le département

Le département de la Moselle compte six établissements de santé mentale pour une population d'un million d'habitants dont quatre sont habilités à hospitaliser des patients en soins sans consentement. Un seul établissement, à Metz, accueille des mineurs en hospitalisation complète. Prochainement un second établissement, à Thionville, a prévu d'ouvrir une unité d'hospitalisation complète pour mineurs.

L'ARS Grand-Est élaborait les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) lors de la visite des contrôleurs. Les contours géographiques avaient été fixés aux départements.

Le département de la Moselle compte seize secteurs de psychiatrie adulte dont quatre sont desservis par le CHS de Sarreguemines :

- les secteurs 1 (Bitche 57G10) et 4 (Sarreguemines 57G13) avec 99 226 habitants<sup>1</sup> ;
- les secteurs 2 (Freyming-Merlebach 57G11) et 3 (Forbach 57G12) avec 138 813 habitants<sup>2</sup>.

Le CHS de Sarreguemines dessert un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile correspondant au territoire des quatre secteurs de psychiatrie adulte.

Le groupement hospitalier de territoire (GHT) Moselle-Est – le GHT9 – est composé du CHS de Sarreguemines, de l'hôpital Robert Pax (centre hospitalier général ou CHG de Sarreguemines), de l'hôpital Saint-Joseph (centre hospitalier général de Bitche), du centre hospitalier intercommunal UNISANTE+ comportant des sites à Forbach (dont l'hôpital Marie Madeleine) et à Saint-Avold (hôpital Lemire). Le territoire de santé du GHT compte 350 000 habitants dont près de 10 % sont âgés de plus de 70 ans.

Le CHS de Sarreguemines, l'hôpital Robert Pax et l'hôpital Saint-Joseph forment une seule entité administrative dirigée par un seul chef d'établissement.

Le CHS de Sarreguemines comptait, lors de la visite, quatre pôles totalisant 475 lits d'hospitalisation à temps complet et vingt chambres d'isolement (CI). Au 31 décembre 2018 le CHG de Sarreguemines, voisin du précédent, comptait 254 lits d'hospitalisation à temps complet et l'hôpital Saint-Joseph quatre-vingt-six.

Le CHS et le CHG de Sarreguemines employaient au 31 décembre 2018 respectivement 1 203 et 1 173 agents.

---

<sup>1</sup> Source : diaporama de présentation du CHS.

<sup>2</sup> *Ibid.*

Le personnel du CHS est resté globalement stable en nombre d'agents durant les trois dernières années (2017 : 1 133 ETP<sup>3</sup> ; 2018 : 1 151 ETP ; 2019 : 1 153 ETP). Ces données ne font pas apparaître la décroissance de 14 % en trois ans du nombre de médecins et donc de leur temps de travail, passé de 37,44 à 32,26 ETP.

### 2.1.3 La politique intra/extra hospitalière

Outre les services des accueils des urgences des hôpitaux Marie Madeleine (Forbach) et Robert Pax (Sarreguemines), les structures extra hospitalières sont sectorisées :

- secteur 1, sur un site unique à Bitche : un centre médico-psychologique (CMP), deux hôpitaux de jour (HJ) – l'un pour personnes âgées et l'autre pour psychotiques – un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ;
- secteur 2, sur un site unique à Freyming-Merlebach : un CMP, deux HJ – l'un pour personnes âgées et l'autre pour psychotiques –, deux CATTP – l'un pour personnes âgées et l'autre pour psychotiques – ;
- secteur 3, sur un site unique à Forbach : un CMP, deux HJ – l'un pour personnes âgées et l'autre pour psychotiques –, un CATTP et une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) ;
- secteur 4, sur un site unique à Sarreguemines : un CMP, un HJ et un CATTP.

Ce descriptif ne fait pas apparaître les structures associatives telles que les appartements thérapeutiques.

En termes de ressources humaines, au sein des pôles Sarreguemines-Bitche et Forbach-Freyming, la répartition globale du personnel entre l'intra hospitalier et l'extra hospitalier est 80 % -20 %.

Les horaires d'ouverture des CMP sont de 8h à 17h du lundi au vendredi. Leur amplitude d'ouverture correspond mal aux amplitudes horaires des consultants qui travaillent. Le cadre d'orientation stratégique du projet régional de santé (PRS) 2018-2028 en fait état : « Axe 4. Résultats attendus à 10 ans : un accès aux soins en santé mentale plus adapté en termes d'horaires aux personnes en activité... ». Il s'appuie sur les constats suivants « L'accès aux soins en santé mentale se révèle parfois difficile : l'accessibilité au CMP peut être empêchée par les horaires d'accueil qui ne sont pas toujours adaptés aux personnes qui travaillent ou qui sont en formation. Ensuite, les délais d'attente, notamment en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sont parfois supérieurs à 6 mois. Des aménagements d'horaire, voire de jour d'ouverture devraient rendre ces structures accessibles aux usagers, au regard de leurs organisation professionnelle ou scolaire. La mise en place de plages d'accueil non programmé pourrait permettre d'apporter une première réponse rapide aux sollicitations des usagers ». Le constat est par ailleurs étendu aux personnes âgées en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes(EHPAD) ou demeurant à domicile.

---

<sup>3</sup> ETP : équivalent temps plein.

## RECOMMANDATION 1

La modification des horaires d'ouverture des centres médico-psychologiques, pour les rendre plus proches des disponibilités des personnes qui travaillent, doit permettre de réduire le nombre d'hospitalisations à temps complet.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur indique que les membres de l'établissement étudieront à moyen terme la possibilité d'adapter les horaires des structures extra hospitalières, eu égard aux besoins et moyens disponibles, sans exclure la possibilité d'utiliser la télémédecine.

Le chef du service territorial des établissements de santé de l'agence régionale de santé (ARS) indique que ce point est inclus dans l'objectif opérationnel n°5 du parcours en santé mentale du schéma régional de santé (SRS), « *Faciliter l'accès aux structures ambulatoires en aménageant les amplitudes horaires, les jours d'ouverture de ces structures (centres médico-psychologiques (CMP) et hôpitaux de jour, CATTP...)* ».

### 2.1.4 Les unités d'hospitalisation à temps complet du CHS

**Lors de la visite des contrôleurs, l'organisation du CHS venait d'être remaniée et comportait six pôles dont quatre avec des capacités d'hébergement à temps complet :**

- le pôle « dangerosité addictologie » comportait, outre sa participation aux soins psychiatriques au sein de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt de Sarreguemines, onze unités d'hébergement à temps complet totalisant 192 lits et onze CI :
  - huit unités au sein de l'UMD, avec chacune dix-huit lits et une ou deux CI, totalisant 144 lits et neuf CI. Ces unités fermées, délivrant des soins psychiatriques de niveau 3, n'ont pas été visitées par les contrôleurs en 2020, l'ayant été antérieurement en 2009 et en 2015 ;
  - l'USIP avec dix-huit lits et deux CI. Cette unité fermée, délivrant des soins psychiatriques de niveau 2, exclusivement réservée aux hommes, a été visitée par les contrôleurs en 2020 ;
  - les unités d'addictologie l'Ile et l'Equinoxe totalisant trente lits, sans CI, et n'hospitalisant pas de patients en soins sans consentement (SSC) ; ces unités ouvertes n'ont pas été visitées par les contrôleurs en 2020 ;
- le pôle Forbach Freyming-Merlebach comportait quatre unités d'hébergement à temps complet totalisant 112 lits et cinq CI :
  - l'unité les Lilas avec trente-cinq lits, dont douze en espace fermé et vingt-trois en espace ouvert, et deux CI ; cette unité a été visitée par les contrôleurs en 2020 ;
  - l'unité les Mimosas avec vingt-cinq lits et une CI ainsi que deux chambres l'une dite de repos et l'autre dite d'observation. Cette unité fermée a été visitée par les contrôleurs en 2020 ;
  - l'unité la Roseraie avec quarante lits, dont douze en espace fermé et vingt-deux en espace ouvert ainsi que six en « espace dépendance » (dans lequel sont hospitalisés des patients dépendants, le plus souvent âgés), et deux CI. Cette unité a été visitée par les contrôleurs en 2020 ;



- l'unité les Lierres A avec dix-huit lits sans CI, n'hospitalisant pas de patients en soins sans consentement (SSC). Cette unité ouverte n'a pas été visitée par les contrôleurs en 2020 ;
- le pôle Sarreguemines Bitche comportait deux unités d'hébergement à temps complet totalisant cinquante-huit lits et quatre CI :
  - l'unité les Glycines avec trente-quatre lits, dont quatre en espace fermé et trente en espace ouvert, et deux CI. Cette unité a été visitée par les contrôleurs en 2020 ;
  - l'unité les Acacias avec vingt-quatre lits, dont six en espace fermé et dix-huit en espace ouvert, et deux CI. Cette unité a été visitée par les contrôleurs en 2020 ;
- le pôle somatique et des services d'appui avec des unités d'hébergement à temps complet pour patients polyhandicapés adultes et pour adultes dépendants comportait cinq unités totalisant 113 lits et une CI :
  - l'unité Opaline rez-de-chaussée avec vingt-six lits et une CI (*Cf. infra* § 9.3), pour patients polyhandicapés. Cette unité fermée, sans patients en SSC, a été visitée par les contrôleurs en 2020 ;
  - l'unité Opaline étage avec vingt-six lits pour patients polyhandicapés. Cette unité fermée, sans patients en SSC, a été visitée par les contrôleurs en 2020 ;
  - l'unité les Lierres C avec douze lits pour patients polyhandicapés (la capacité maximale si les quatre chambres à quatre lits étaient effectivement utilisées avec quatre patients, de vingt-six lits). Cette unité fermée, sans patients en SSC, a été visitée par les contrôleurs en 2020 ;
  - l'unité les Tilleuls avec vingt-cinq lits pour patients chroniques. Cette unité fermée, sans patients en SSC, n'a pas été visitée par les contrôleurs en 2020 en raison de sa suppression prévue en juin 2020 ;
  - l'unité les Myosotis avec vingt-quatre lits d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), trente lits de soins de longue durée (USLD) et une chambre de soins intensifs pour personne en fin de vie. Cette unité fermée, sans patients en SSC, n'a pas été visitée par les contrôleurs en 2020 ;
- le pôle infanto-juvénile sans lits d'hébergement à temps complet. Ce pôle n'a pas été visité par les contrôleurs ;
- le pôle de réhabilitation psychosociale (PRPS) qui pilote les activités ergothérapeutiques et sportives et bénéficie du concours de l'association REHAB qui propose des ateliers et des chantiers thérapeutiques.

En outre le CHS s'appuie sur un HJ de trente-quatre places pour adultes, un HJ de vingt-cinq places pour enfants, sur vingt familles d'accueil, et dispose de trois places d'hôpital de nuit pour adultes.

## RECOMMANDATION 2

Des dispositions doivent être prises pour que les femmes bénéficient de soins de niveau 2.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement diffère l'examen et l'éventualité de mise en œuvre de cette recommandation au temps non précisé de l'élaboration d'un nouveau projet médical.

**Les restructurations en cours portaient sur les points suivants :**

- la création – budgétée – de trois nouvelles unités d'UMD de douze lits chacune pour hospitaliser des hommes agresseurs sexuels, des femmes et des mineurs ;
- la fermeture en juin 2020 de l'unité Les Tilleuls (vingt-cinq lits) ;
- la transformation attendue des trois unités Opaline rez-de-chaussée, Opaline Etage et Lierres C en maison d'accueil spécialisée (MAS) ;
- la modernisation achevée de l'immobilier des unités Lilas, Mimosas, Roseaie, Glycines et Acacias entre 2005 et 2009 ;
- le regroupement d'unités sectorielles avec pour corollaire la suppression de quarante-huit lits.

Ces restructurations ne prévoyaient pas, lors de la visite des contrôleurs, la création d'une unité d'hospitalisation à temps complet pour mineurs, le projet médical d'établissement (PME) n'en prévoyant pas, ni le PTSM dans son état actuel.

La direction affichait un principe organisationnel d'orientation des mineurs vers l'unité spécifique de l'hôpital de Metz, que tous les soignants rencontrés évoquaient comme « saturée et ne pouvant répondre aux demandes de transfèrement – l'absence de projet d'élaboration d'une unité d'hospitalisation à temps complet pour les mineurs au sein du CHS reposant sur l'attente du fonctionnement en rythme de croisière de la future unité de Thionville ».

Des patients mineurs, comme cela apparaît dans le § 9.2 *infra*, sont hospitalisés avec des patients adultes dans les unités sectorielles de psychiatrie (niveau 1) et, sous le statut de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE), à l'USIP (niveau 2) et à l'UMD (niveau 3). Cette situation démontre le besoin de disposer d'une unité réservée aux mineurs afin de séparer les enfants des adultes et que les mineurs bénéficient de la proximité de leurs familles.

### RECOMMANDATION 3

La création d'une unité d'hospitalisation à temps complet pour des mineurs est impérative pour éviter que des mineurs soient placés dans des unités fermées avec des majeurs, voire même placés systématiquement sous le statut de SPDRE à l'USIP et à l'UMD.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement renvoie l'examen de cette recommandation au PTSM afin que des solutions soient apportées au territoire de la Moselle pour l'amélioration de la prise en charge hospitalière comme ambulatoire des adolescents.

Le chef du service territorial des établissements de santé de l'ARS indique que les besoins de lits intersectoriels et inter établissement pour adolescents à fort trouble du comportement ont été estimés en 2015, l'ARS étant attentive à la mise en œuvre de solutions pour éviter d'hospitaliser des mineurs en psychiatrie adulte. Il évoque le diagnostic du PTSM sur cette difficulté prégnante signalée par le CHS. L'absence de places d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile est une cause majeure mais pas la seule, une réflexion plus large est à mener en matière d'intervention précoce de pédopsychiatrie dans les familles, dans les structures d'aide sociale à l'enfance (ASE) et les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) avec une prise en compte des traumatismes liés aux violences, notamment sexuelles.

## 2.2 REDRESSEE, LA SITUATION FINANCIERE DE L'ETABLISSEMENT EST SAIN ET PERMET UNE GESTION DYNAMIQUE

Deux décisions majeures, intervenues en 2015, ont heureusement permis de restructurer le budget du CHS en arrêtant un processus amorcé de déficit structurel.

En premier lieu, une décision de refinancement de deux emprunts toxiques, contractés en francs suisses, prise en accord avec le ministère et avec la société de financement local (SFIL) pour partenaires. Ce refinancement, qui s'élevait à 10 millions d'euros compte tenu du règlement d'une partie des indemnités compensatoires, s'est effectué sur une durée de 15 ans. Lui a été accolé un second emprunt, à hauteur de 15 millions d'euros pour la même durée, afin de permettre à l'établissement de réaliser des importants investissements nécessaires. En conséquence, les courbes reflétant l'augmentation annuelle des dépenses de remboursement de la dette et la diminution annuelle du montant des crédits affectés aux investissements ont été inversées. Au total, les investissements de l'établissement se sont élevés à 1,9 million d'euros en 2017, à 3 millions d'euros en 2018, à 6 millions d'euros en 2019 et à 4,7 millions d'euros en 2020.

Parallèlement, la fermeture de plusieurs unités depuis 2016 (*Cf. supra* § 2.1.4) a engendré une économie annuelle de près de 750 000 euros à laquelle s'est ajoutée l'économie d'environ 220 000 euros par an du fait de la suppression temporaire de deux postes de praticiens hospitaliers. En accord avec la tutelle et de façon concertée avec les représentants du personnel, ces économies ont été affectées temporairement jusqu'en 2020 inclus au financement de travaux dans l'établissement avant de réinjecter ces ressources aux dépenses de personnel lors de l'ouverture des nouvelles unités de l'UMD dont la construction est projetée. Ces économies d'un montant annuel total d'environ 1 million d'euros ont été consommées à hauteur de 0,5 million en 2017, de 1,5 million en 2018 et de 1,4 million en 2019, soit au total 3,4 millions d'euros, ce qui laisse un solde disponible de 0,6 million d'euros.

Grâce à ces deux décisions, des investissements importants ont pu déjà être réalisés au cours des exercices 2017–2020 en attendant la construction des trente-six lits supplémentaires d'UMD : la création de vingt appartements thérapeutiques dans l'ex-unité Charcot, le développement de l'extra hospitalier, l'ouverture de trois lits supplémentaires à l'USIP, le développement de l'addictologie (dépenses de 0,8 million d'euros avec en contrepartie des recettes de T2A), les réseaux d'eau et de chauffage.

Il n'en reste pas moins que la pression de la dette sur le budget demeure importante : un capital restant dû d'environ 46 millions d'euros et un remboursement annuel d'environ 2,3 millions d'euros.

Le budget de fonctionnement, équilibré depuis 2018, est essentiellement marqué par une grande stabilité des dépenses de personnel, la diminution temporaire des effectifs intervenue en 2016 ayant permis d'absorber les conséquences du glissement vieillesse technicité (GVT) et des effets prix sur les salaires, et par une baisse du total général des charges (82,3 millions d'euros en 2017 et 81,2 millions d'euros en 2020). Quant aux recettes, le rebasage de la dotation annuelle de financement (DAF) intervenu avant 2017 (-1,6 million d'euros) a été compensé par les recettes de T2A depuis 2019 (1,2 million d'euros en 2019 et 1,6 million d'euros en 2020).

Les trois futures unités de l'UMD, de douze lits chacune, se verront affecter 25,2 nouveaux ETP par réaffectation dès 2021 aux dépenses de personnel des crédits affectés de 2017 à 2020 au financement de travaux et d'aménagements.

## 2.3 DES EQUIPES MEDICALES ET NON MEDICALES DE QUALITE PALLIENT LE MANQUE DE PSYCHIATRES ET SOUFFRENT D'UN GRAVE DEFICIT DE MEDECINS SOMATIENS

D'après le bilan social, l'absentéisme total (médical et non médical) de l'ensemble du personnel du CHS a évolué de la façon suivante : 6,97 % en 2016, 5,97 % en 2017 et 6,89 % en 2018. Le *turn-over* a évolué de façon parallèle : 6,96 % en 2016, 5,54 % en 2017 et 7,9 % en 2018.

Les taux d'absentéisme des unités visitées par les contrôleurs sont au-dessus du taux moyen du CHS pour les unités d'hospitalisation des polyhandicapés (Opaline rez-de-chaussée et étage, les Lierres C) et les Acacias, et en-dessous du taux moyen pour les autres unités (USIP, Roseraie, Lilas, Mimosas, Glycines, Lierres C). Ces derniers taux sont inférieurs aux moyennes nationales.

### 2.3.1 La ressource en personnel médical

Lors de la visite des contrôleurs en mars 2020, l'effectif théorique du CHS en médecins somaticiens est de 4 ETP. **L'effectif réalisé de somaticiens est de 1,4 ETP. Le déficit est de 65 % (2,6 ETP).** Parmi les présents sont comptés deux 0,2 ETP de médecins en activités d'intérêt général (AIG) et 0,3 ETP de médecin en position de retraite.

L'effectif théorique du CHS en médecins psychiatres est de 26 ETP. L'effectif réalisé est de vingt-deux médecins dont dix-huit praticiens hospitaliers (PH) et quatre praticiens attachés dont deux associés. Parmi les PH, trois sont à temps partiel et sont présents pour 1,5 ETP. **Ainsi, la présence de psychiatres est assurée à hauteur de 20,5 ETP. Le déficit est de 21 % (5,5 ETP).**

Parmi les vingt-deux psychiatres, six sont roumains et deux sont algériens (les deux praticiens attachés associés).

Le CHS a fait face en 2019 au départ de sept PH pour différentes raisons. En 2020, un PH devrait partir, atteint par la limite d'âge.

Le CHS s'appuie également sur la présence de sept internes.

Les modalités de la permanence médicale sont décrites dans le § 7.2.2 *infra*.

### RECOMMANDATION 4

L'établissement doit continuer à recruter des médecins généralistes, afin d'assurer une prise en charge médicale adéquate des patients. L'établissement doit également continuer à recruter des médecins psychiatres.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement évoque « *la conscience du CHS quant aux difficultés de recrutement des médecins et des démarches permanentes pour pallier ce problème* ».

Le chef du service territorial des établissements de santé de l'ARS précise que l'accessibilité aux soins somatiques est une préoccupation exprimée dans l'objectif opérationnel n°6 du parcours en santé mentale de son SRS : « *Faciliter l'accès aux soins intégrés, à la prévention et à la réduction des risques et des dommages pour l'ensemble des personnes en souffrance psychique* », et précise que la pénurie médicale et l'attractivité relative pour l'exercice dans le champ de la psychiatrie constituent des obstacles au recrutement, le vieillissement de la profession des médecins généralistes et la baisse des effectifs par hausse des départs à la retraite non remplacés dans les années à venir participant à cet obstacle.

Il évoque le diagnostic du PTSM quant à l'existence d'une forte concurrence du Luxembourg sur le recrutement de médecins généralistes et psychiatre (rémunération et conditions d'exercice).

### 2.3.2 La ressource en personnel non médical

Le CHS connaît un déficit permanent de kinésithérapeutes – lors de la visite quatre postes étaient honorés sur les cinq budgétés mais les quatre présents avaient annoncé leurs prochains départs. Le CHS essaie de pallier cette situation en finançant des bourses à des étudiants.

Dans les autres spécialités, le CHS ne connaît pas de difficultés lourdes de recrutement.

L'effectif soignant d'une unité est déterminé en vue d'assurer le service en intégrant un volant de 10 % pour compenser les absences. L'effectif des unités de niveau 1 est calculé sur le ratio moyen de 1,17 soignant par lit ; celui de l'USIP sur le ratio de 1,39.

Chaque unité est encadrée par un cadre de santé.

Le personnel des unités est majoritairement formé d'IDE<sup>4</sup> ; chaque unité compte de 3 à 5 AS<sup>5</sup>. Quand une unité compte un espace ouvert et un espace fermé, et éventuellement un espace dépendance, les soignants d'une équipe sont affectés chacun à un espace.

Aucune unité ne compte d'ergothérapeute ou d'agent dont la formation de base est la conception et le pilotage d'activités thérapeutiques. Cependant, toutes les unités comptent des soignants qui se sont spécialisés dans l'ergothérapie ou la pratique des activités thérapeutiques – les formations qui visent à l'éducation thérapeutique sont nombreuses et suivies (Cf. *infra* § 2.3.3).

Chaque unité s'appuie sur une ou plusieurs assistances sociales qui partagent leur temps entre l'intra et l'extra hospitalier.

Le nombre de psychologues affectés aux unités est faible : 0,1 ETP pour les Mimosas et les Lierres A, 0,35 ETP pour les Acacias et les Glycines, 0,1 ETP pour l'USIP, 0,6 ETP pour les Lilas, 1,1 ETP pour la Roseraie.

La faiblesse du nombre de psychologues en intra hospitalier est un handicap aux yeux des contrôleurs, d'autant plus qu'aucune réflexion en matière d'accompagnement psychothérapique n'a été identifiée, les psychologues intervenant parfois en délégation de compétence pour répondre aux difficultés de recrutement des psychiatres.

A l'occasion des observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement indique que le choix stratégique du déploiement des psychologues en extra hospitalier répond à un besoin plus important, sans pallier les fonctions des psychiatres. Le chef du service territorial des établissements de santé de l'ARS évoque quant à lui les difficultés de recrutement de psychiatres en citant les pistes d'action du PTSM, notamment la formation et l'accueil d'infirmiers de pratique avancée (IPA) en psychiatrie à moyen terme et des protocoles de coopération avec délégation de tâche.

#### **Les horaires de travail dans les unités d'hospitalisation sont les suivants :**

- matin : 6h30-14h30 ; les transmissions de début d'après-midi durent une demi-heure et sont généralement conduites en présence d'un médecin psychiatre ;
- après-midi : 14h-22h ;

---

<sup>4</sup> IDE : infirmier diplômé d'Etat.

<sup>5</sup> AS : aide-soignant.

- nuit : 21h45-6h48. L'ensemble des soignants participe au service de nuit, il n'y a donc pas d'équipe de nuit spécifique ;
- journée : 8h-16h.

**L'effectif minimum ou de grève est l'effectif permanent :**

- matin et après-midi : quatre soignants (quatre IDE ou trois IDE/un AS) pour les Acacias et les Mimosas ; cinq soignants pour les Glycines, les Lilas et l'USIP ; six pour la Roseraie ;
- journée : de un à deux IDE selon le nombre de lits de l'unité ;
- nuit : deux soignants (deux IDE ou un IDE/un AS) avec si possible un homme et une femme ; trois soignants à la Roseraie ; un seul ou deux IDE à l'USIP.

Le service est ainsi réglé : le personnel soignant est divisé en deux équipes ; la première équipe assure le « matin » les quinze premiers jours du mois puis « l'après-midi » les quinze derniers jours du mois ; la seconde équipe fait l'inverse.

La direction des ressources humaines (DRH) est attentive à ce que le ratio femmes hommes soit semblable dans les unités d'hospitalisation du CHS à l'exception de **l'USIP, où le personnel est exclusivement masculin**. Les contrôleurs estiment qu'une logique sécuritaire fondée sur la seule présence masculine est discriminante et est contradictoire avec une logique de soins qui respecte la mixité.

**PROPOSITION 1**

A l'USIP, la logique sécuritaire qui conduit à disposer d'équipes de soignants exclusivement masculines doit laisser la place à une logique de soins respectant la mixité.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur d'établissement indique que l'organisation des effectifs serait en cours de révision pour prendre en compte leur féminisation.

Le système de remplacement pour **l'absentéisme imprévu**, de courte durée, est fondé sur la « suppléance de secteur » au sein d'un pôle : par roulement, plusieurs fois par mois, chaque unité fournit en sus de son effectif normal un IDE le matin et un autre l'après-midi. Cet IDE assure les remplacements dans les unités du pôle en cas d'absence imprévue.

Le pôle dangerosité a son système autonome de remplacement selon un processus similaire, géré par la structure de coordination des soins (SCS), avec deux IDE au lieu d'un. L'unité les Myosotis a également un système autonome en faisant appel à un pool de remplacement formé de trois soignants et, le cas échéant, en payant des heures supplémentaires.

Pour **l'absentéisme de longue durée**, la DRH fait appel à des contractuels. Il n'est jamais fait appel à l'intérim.

Le principe général est celui de la récupération des heures supplémentaires et non celui de leur paiement.

Aucun système d'appel au volontariat par téléphone ou messagerie internet n'a été mis en place. Le système fonctionne correctement : les contrôleurs n'ont recueilli aucune doléance.

### 2.3.3 La formation

#### a) La formation des arrivants

Les arrivants suivent une formation groupée d'une journée et demie à caractère général. Ainsi en 2019, vingt-quatre agents ont suivi une telle formation.

Dans les unités, les soignants sont doublés pendant une période allant jusqu'à un mois. Il n'existe pas de tutorat par un soignant extérieur à l'unité.

Un groupe de travail a été formé pour définir un cahier des charges sur une formation à la psychiatrie en vue de renforcer les connaissances des soignants, l'enseignement dispensé dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) étant jugé manifestement insuffisant pour la psychiatrie.

Des formations sont à caractère obligatoire : Omega (cycle initial et recyclage) pour la prise en compte de la violence, AFGSU (cycle initial et recyclage) et incendie.

#### b) La formation continue

Le plan annuel de formation est élaboré fin octobre-début novembre par la commission de formation, émanation du comité technique d'établissement (CTE). Le CTE valide ce plan lors de sa réunion de décembre pour l'année suivante. En raison des délais de passation de marché, les premières formations avec des intervenants extérieurs peuvent difficilement intervenir avant le mois de mars, alors que les mois de janvier et de février sont caractérisés par un fort taux de présence du personnel. Depuis peu, la direction des ressources humaines veille à programmer pendant ces deux mois les formations s'appuyant sur des formateurs appartenant au CHS.

L'examen des formations délivrées en 2019 fait apparaître les points suivants :

- les formations ayant trait aux activités thérapeutiques (deux formations de 31 h et de 14 h) et à la crise suicidaire (formation de 21 h) sont suivies chacune par une trentaine d'agents ;
- les formations aux alternatives à la contention et à l'isolement (durée de 7h ont réuni douze agents ;
- les formations ont réuni trois agents
- ce bilan ne fait apparaître aucune formation sur les droits spécifiques des patients en SSC.

### RECOMMANDATION 5

Les formations du personnel à la spécialisation et à la consolidation des savoirs en psychiatrie doivent être élargies à l'ensemble des infirmiers et aux aides-soignants et perdre le caractère exceptionnel prévu par le plan de formation ; celles sur l'isolement et la contention doivent être renforcées et celles sur les droits spécifiques des patients en SSC mises en place.

Par le biais de ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement évoque des formations obligatoires sur ces sujets à programmer dans le plan de formation professionnelle pour les prochaines années.

### 2.3.4 La supervision ou l'analyse des pratiques professionnelles

La supervision, au sens de l'avis du CGLPL<sup>6</sup>, ou l'analyse des pratiques professionnelles n'est pratiquée que pour le personnel du pôle de psychiatrie infanto-juvénile : un psychologue, extérieur au CHS, assure une supervision mensuelle par structure.

Dans les unités des autres pôles, une telle supervision n'existe pas. Les soignants sont susceptibles de faire appel au psychologue du travail au cas par cas, cependant lors de la visite, le poste n'était plus honoré depuis six mois.

#### PROPOSITION 2

d'hospitalisation à temps complet.

Dans ses observations écrites au rapport provisoire, le directeur de l'établissement propose une mobilisation du psychologue du travail dans un premier temps, avant de demander des moyens supplémentaires à l'ARS pour étendre le dispositif en place en pédopsychiatrie.

Le chef du service territorial des établissements de santé de l'ARS signale qu'une formation « analyse des pratiques professionnelles en psychiatrie » est proposée aux établissements de l'ancienne région Lorraine. Il précise qu'elle concerne les professionnels travaillant depuis un an en psychiatrie et qu'elle est une émanation d'une formation complémentaire proposée à ces professionnels dans le cadre du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015. Il précise qu'il conviendra d'inciter l'établissement à y participer ou à proposer une alternative.

## 2.4 TOUS LES PATIENTS DE L'USIP SONT SOUS LE STATUT DE SPDR. LES TROIS UNITÉS D'HOSPITALISATION DE POLYHANDICAPÉS NE SONT PLUS DE FAIT DES UNITÉS DE PSYCHIATRIE

### 2.4.1 Les files actives

La file active globale hors de l'UMD a été en 2019 de l'ordre de 6 200 personnes, avec des disparités fortes entre les pôles : 2 306 et 3 743 pour les pôles Sarreguemines-Bitche et Forbach-Freyming, 96 personnes pour l'USIP et 92 personnes pour le pôle polyhandicapés-addictologie.

Les durées moyennes de séjour (DMS) sont à cette image : 22 et 19 jours pour les pôles Sarreguemines-Bitche et Forbach-Freyming, 51 jours pour l'USIP et 198 jours pour le pôle polyhandicapés-addictologie ; les durées moyennes d'hospitalisation (DMH) également : 29 et 33 jours pour les pôles Sarreguemines-Bitche et Forbach-Freyming, 53 jours pour l'USIP et 295 jours pour le pôle polyhandicapés-addictologie.

Les taux moyens d'occupation des unités d'hospitalisation à temps complet sont de 85 % et 75 % pour les pôles Sarreguemines-Bitche et Forbach-Freyming, 93 % pour l'USIP et 85 % pour le pôle polyhandicapés-addictologie.

En ce qui concerne les hospitalisations à temps complet, hors UMD, les données de 2019 comparées à celles de 2018 sont les suivantes :

---

<sup>6</sup> Journal officiel de la République française du 12 juillet 2011, texte 81 : Avis du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 17 juin 2011 relatif à la supervision des personnels de surveillance et de sécurité NOR : CPLX1118750V.























































































































































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