

# Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

---

## Rapport de visite :

*10 au 14 septembre 2018 – 1<sup>ère</sup> visite*

Centre hospitalier spécialisé

de Rouffach

*(Haut-Rhin)*



## SYNTHESE

Du 10 au 14 septembre 2018, sept contrôleurs ont visité le centre hospitalier spécialisé (CHS) de Rouffach (Haut-Rhin).

Le rapport de constat a été adressé par courriers, le 4 février 2019 à la préfecture du Haut-Rhin, le 5 février au directeur de l'établissement de santé mentale, à la délégation territoriale du Haut-Rhin de l'agence régionale de santé du Grand-Est, au président du tribunal de grande instance de Colmar ainsi qu'au procureur de la République près le même tribunal. Le directeur du CHS de Rouffach a fait part de ses observations par courrier du 5 mars 2019, observations intégrées au présent rapport définitif.

Implanté depuis 1909 entre Colmar (15 km) et Mulhouse (25 km), le CHS de Rouffach accueille, pour six secteurs du département du Haut-Rhin (auxquels s'ajoute le secteur de Colmar s'agissant exclusivement des soins sans consentement), des personnes au titre de la psychiatrie générale, du handicap psychique, de la psychiatrie de l'âge avancé, ainsi qu'au titre de la pédopsychiatrie pour un secteur spécifique.

Le CHS dispose de structures variées, médico-sociales et sanitaires, tant pour la prise en charge ambulatoire que pour l'hospitalisation à temps plein. L'organisation de l'hôpital, tournée vers l'extérieur depuis plus d'une vingtaine d'années et son implication dans le groupement hospitalier de territoire (GHT) et dans la communauté psychiatrique de territoire (CPT) le lient aux autres dispositifs en place dans le département. **Dans ce contexte dynamique, l'amont et l'aval de l'hospitalisation ne se présentent pas comme une difficulté. La prise en charge en ambulatoire est une politique sanitaire assumée.**

Il emploie 1 450 personnes, stables, compétentes et motivées.

Le contrôle s'est exercé sur les trois pôles de psychiatrie adultes et le pôle de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent, disposant respectivement de 297 lits répartis dans 14 unités et 12 lits dans une unité, 4 unités (une unité par pôle de psychiatrie adulte, celle de l'enfant et l'adolescent) ainsi que 3 unités de géro-psycho-geriatrie étant fermées.

Le 10 septembre 2018, 110 patients étaient sous statut de soins contraints, répartis dans toutes les unités pour adultes, dont 26 sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) et 84 à la demande d'un tiers (SDT). De façon habituelle, les admissions en SDT sont les plus nombreuses (70 %) et les SDRE s'établissent à 8 % environ malgré la présence dans le territoire de deux établissements pénitentiaires. De façon générale, les admissions en soins sans consentement sont en légère baisse sur les trois dernières années, comme les hospitalisations complètes.

Les dix chambres d'isolement, à raison de trois à quatre chambres par unité, sont situées dans les unités fermées pour adultes exclusivement ; elles sont complétées par des chambres d'apaisement, dont une dans l'unité pour enfants et adolescents. Le registre d'isolement et de contention existe depuis 2016 et un rapport annuel est produit depuis 2017.

L'établissement et son personnel sont soucieux de mettre en pratique les droits des patients, depuis plus d'une dizaine d'années. Le rapport note que certaines méthodes constituent des bonnes pratiques.

**Les recommandations identifient des efforts à poursuivre concernant la mise en œuvre de certains droits :**

- possibilité d'accéder à l'air libre, de jour comme de nuit ;

- droit à l'intimité et à la confidentialité en privilégiant l'aménagement de chambres individuelles, en installant des portes pleines, en garantissant que la vidéosurveillance dans les chambres d'isolement n'est pas systématique et que les WC n'y sont pas visibles depuis le sas, en portant dans toutes les unités la même attention aux conditions de distribution des médicaments ;
- droit d'être informé en diffusant aux patients un livret d'accueil, en notifiant la décision originale du directeur dans les procédures d'admission à la demande d'un tiers, en expliquant plus et mieux le statut juridique du soin ;
- droit de s'exprimer en transcrivant les observations des patients dans les certificats médicaux successifs ;
- droit à bénéficier de soins adaptés en assurant la présence de médecins somaticiens jour et nuit et en maintenant les prestations du plateau technique de proximité existant ;
- droits à entretenir des liens avec l'extérieur et à gérer ses biens en mettant à disposition des patients un réseau wifi.

Est également recommandé le développement de la convivialité et de l'animation quotidiennes dans toutes les unités, afin d'éviter l'ennui et de renforcer le droit à une vie sociale.

L'établissement est enfin encouragé, par son analyse de l'isolement et de la contention, à réduire le recours à ces pratiques.

## 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 ..... 21**

Un tutorat formalisé autour d'un parcours individualisé de formation spécialisée facilite l'intégration des nouveaux infirmiers.

#### **BONNE PRATIQUE 2 ..... 32**

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), par sa réflexion et son dynamisme, concourt à la mise en œuvre de meilleures pratiques pour garantir les droits et la dignité des personnes hospitalisées sans leur consentement.

#### **BONNE PRATIQUE 3 ..... 55**

Un dispositif spécialisé en psychiatrie, ouvert 24h/24, mixant offre ambulatoire et hospitalisation courte, a été mis en place à Mulhouse (Haut-Rhin).

#### **BONNE PRATIQUE 4 ..... 55**

L'établissement a mis en place, dans une démarche de qualité des soins, une liste exhaustive de tâches à accomplir lors de l'admission d'un patient.

#### **BONNE PRATIQUE 5 ..... 58**

L'automatisation de la confection des piluliers a permis de libérer du temps infirmier au profit de la présence auprès des patients.

#### **BONNE PRATIQUE 6 ..... 60**

La préparation à la sortie et la prévention des rechutes sont particulièrement prises en compte à travers des outils comme les journées découvertes d'hôpitaux de jour, le « bail tremplin » ou encore le dispositif spécifique « case management de transition ».

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

En chambre d'isolement, le dispositif d'appel à disposition du patient et de réception par un soignant dédié, en capacité d'intervenir rapidement, permet une surveillance humaine, visuelle et directe. Cette présence soignante est préférable au recours à la vidéosurveillance en termes de respect de la dignité et de l'intimité de la personne.

#### **BONNE PRATIQUE 8 ..... 70**

Le choix de mobiliser des renforts exclusivement composés de membres du personnel soignant extraits des différentes unités de soins constitue la garantie d'une intervention rapide et rassurante pour le personnel, mais aussi respectueuse de l'intégrité physique et psychique des patients. L'introduction de la mixité dans la composition des renforts devrait être envisagée.

#### **BONNE PRATIQUE 9 ..... 79**

Le transfert et l'admission des patients détenus sont organisés selon des procédures élaborées avec le concours de toutes les parties prenantes qui révèlent une volonté de créer les meilleures conditions de prise en charge.

## 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**

Les formations éligibles au développement professionnel continu (DPC) par l'agence nationale du DPC doivent comporter une part à l'appréciation du seul établissement de santé, afin d'être en cohérence avec son projet d'établissement et son projet médical.

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

Les autorités énoncées à l'article L3222-4 du code de la santé publique doivent prendre les dispositions nécessaires pour effectuer annuellement une visite de contrôle au centre hospitalier de Rouffach. Elles devront se faire présenter et signer les registres de la loi.

### **RECOMMANDATION 3 ..... 26**

Les modalités de notification et d'information sur les droits nécessitent d'être explicitées avec davantage de pédagogie et de conviction.

La copie de tous les documents inhérents à l'hospitalisation sans consentement doit être remise au patient tout au long de son hospitalisation.

Les observations du patient doivent être consignées au moment de la rédaction des certificats médicaux.

### **RECOMMANDATION 4 ..... 33**

La dématérialisation du registre de la loi devrait être mise en œuvre rapidement pour en faciliter la tenue en répondant aux prescriptions de la loi du 27 septembre 2013.

### **RECOMMANDATION 5 ..... 37**

Le collège des professionnels de santé doit, conformément aux dispositions de l'article L3212-7 du code de la santé publique, obligatoirement entendre le patient et recueillir son avis avant de prendre sa décision.

### **RECOMMANDATION 6 ..... 40**

Des espaces extérieurs doivent être accessibles dans toutes les unités afin que les personnes puissent y exercer plus largement leur droit d'accéder à l'air libre.

### **RECOMMANDATION 7 ..... 43**

Les patients doivent pouvoir bénéficier de l'accès à un réseau wifi.

### **RECOMMANDATION 8 ..... 45**

Le respect de l'intimité des patients exige que le choix des chambres individuelles soit privilégié dans tous les programmes de construction ou de rénovation des unités.

### **RECOMMANDATION 9 ..... 49**

L'hôpital doit élaborer une politique globale de retrait d'argent des patients pour rendre plus cohérentes les pratiques constatées dans les unités.

### **RECOMMANDATION 10 ..... 53**

Une réflexion institutionnelle devrait être conduite sur toutes les questions relatives à la sexualité des patients.

### **RECOMMANDATION 11 ..... 61**

L'établissement doit permettre l'accès à un somaticien en urgence sans devoir recourir plus que de besoin à un transfert du patient aux urgences des hôpitaux civils de Colmar.

La continuité des soins somatiques, y compris en journée, doit être assurée de manière formalisée pour l'ensemble des unités du centre hospitalier.

**RECOMMANDATION 12 ..... 66**

Durant le placement d'un patient en chambre d'isolement, son lit dans une chambre en hospitalisation complète doit lui être conservé.

En outre, l'utilisation d'une chambre d'isolement comme chambre ordinaire en cas de sur occupation pour pallier le déficit de lits doit être proscrite.

**RECOMMANDATION 13 ..... 69**

L'établissement doit s'engager, grâce à la démarche entreprise sur l'analyse de ses pratiques, à réduire le nombre et la durée des mesures d'isolement et de contention, qui doivent véritablement être considérées comme des solutions de dernier recours, comme l'exige la loi.

**RECOMMANDATION 14 ..... 73**

Les motifs de prise en charge d'un enfant dans une unité pour adultes doivent être clarifiés dans une procédure de l'établissement afin de garantir au patient mineur son droit à la prise en charge médicale adaptée à son état de santé.

**RECOMMANDATION 15 ..... 76**

Les conditions d'intervention des professionnels de pédopsychiatrie au sein des unités pour adultes doivent être définies par un protocole liant les deux équipes afin de garantir la qualité de la prise en charge des mineurs.

**RECOMMANDATION 16 ..... 80**

Les droits des personnes détenues hospitalisées, relatifs au maintien des liens familiaux, doivent être davantage pris en compte : les visites des proches doivent être facilitées et la possibilité de téléphoner doit être donnée conformément à la réglementation en vigueur.

**RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE**

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

**RECO PRISE EN COMPTE 1 ..... 45**

Les hublots doivent être retirés des portes des chambres qui en ont encore.

**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 ..... 27**

Le livret d'accueil, mis à jour, doit être remis, avec les explications nécessaires, dès l'arrivée de chaque patient.

Des règles de vie devraient être formalisées et diffusées dans chaque unité.

**PROPOSITION 2 ..... 35**

Il est nécessaire de formaliser une convention entre le tribunal de grande instance et l'agence régionale de santé afin de pérenniser les modalités de l'audience du juge des libertés et de la détention.

**PROPOSITION 3 ..... 51**

L'offre d'activités occupationnelles au sein des unités doit être renforcée.

**PROPOSITION 4 ..... 58**

Les modalités de distribution des médicaments doivent respecter dans toutes les unités la confidentialité des soins et permettre un échange sur la thérapie.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>2</b>
<b>OBSERVATIONS</b> .....	<b>4</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>8</b>
<b>RAPPORT</b> .....	<b>11</b>
<b>1. LES CONDITIONS DE LA VISITE</b> .....	<b>12</b>
<b>2. LE CONTEXTE DE FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	<b>14</b>
2.1 L'histoire récente de l'établissement est marquée par des phases régulières de modernisation de la prise en charge .....	14
2.2 Le budget de l'établissement est en très léger déficit en 2018 sans conséquence négative à ce jour sur la prise en charge des patients .....	19
2.3 L'organisation des ressources humaines permet une présence des soignants adaptée au projet médical.....	20
2.4 Les mesures de soins sans consentement n'augmentent pas et la part des soins en péril imminent n'est pas en forte progression .....	22
2.5 Depuis 2016, le centre hospitalier n'a plus reçu de visites d'autorités autres que celles des membres de la commission départementale des soins psychiatriques .....	23
<b>3. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS</b> .....	<b>25</b>
3.1 L'information des patients sur leurs droits résulte d'explications orales insuffisantes et leurs observations ne sont pas consignées.....	25
3.2 Le traitement des plaintes et réclamations est totalement formalisé, les réponses sont rapides et la communication en commission des usagers complète.....	27
3.3 Le recours à la personne de confiance est pleinement intégré à la prise en charge du patient.....	28
3.4 L'établissement a garanti à chaque patient l'accès au droit de vote .....	28
3.5 L'accès aux principaux cultes est largement organisé et facilité .....	28
3.6 La confidentialité de l'hospitalisation est assurée par une procédure formalisée .....	29
3.7 L'établissement possède un service de protection juridique des majeurs principalement en charge des patients en intra hospitalier et des résidents des structures médico-sociales .....	30
<b>4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEUR CONTROLE</b> .....	<b>31</b>
4.1 La commission départementale des soins psychiatriques, dynamique, exerce avec conviction son rôle de contrôle.....	31
4.2 La tenue du registre de la loi, globalement conforme aux prescriptions du code de la santé publique, facilite le contrôle des hospitalisations sans consentement .....	32
4.3 Les sorties de courte durée sont facilement accordées avec pour objectif de préparer la levée de la mesure ou le passage en programme de soins.....	33



4.4	Le contrôle du juge des libertés, mis en place en concertation avec tous les acteurs dans le respect des droits des patients, s'exerce conformément à la loi .....	34
4.5	Le recours au collège des professionnels de santé, dans la plupart des cas, respecte les exigences réglementaires.....	36
<b>5.</b>	<b>LES RESTRICTIONS DE LIBERTE .....</b>	<b>38</b>
5.1	La liberté de circulation est prise en considération mais est encore insuffisante s'agissant d'accéder à l'air libre.....	38
5.2	Les restrictions de la vie quotidienne sont limitées .....	40
5.3	Les modalités de communication avec l'extérieur sont souples mais l'accès à internet pourrait être développé .....	41
<b>6.</b>	<b>LES CONDITIONS DE VIE.....</b>	<b>44</b>
6.1	Malgré le programme de rénovation des pavillons engagé, les unités manquent de chambres individuelles .....	44
6.2	L'établissement est attentif à fournir de bonnes conditions d'hygiène .....	47
6.3	Les biens et valeurs que les patients confient à l'hôpital font l'objet d'une gestion efficace avec toutefois des différences injustifiées entre unités .....	48
6.4	Les repas servis en salle à manger sont appréciés par les patients .....	49
6.5	Les activités au sein des unités sont insuffisantes .....	50
6.6	La sexualité fait l'objet d'une réflexion insuffisante de l'institution.....	52
<b>7.</b>	<b>LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES.....</b>	<b>54</b>
7.1	L'établissement intervient dans les modalités de prise en charge en urgence afin de maîtriser le processus d'admission .....	54
7.2	La prise en charge psychiatrique est organisée dans la collégialité et la prise en compte des parcours de soins .....	55
7.3	L'accès aux soins somatiques est insuffisant.....	60
7.4	Les activités thérapeutiques, variées, sont limitées par la fermeture des unités .....	61
<b>8.</b>	<b>L'INTEGRITE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE.....</b>	<b>63</b>
8.1	La politique du centre hospitalier prend en compte l'effet traumatisant de l'isolement et de la contention mais leur confère une vocation thérapeutique	63
8.2	La traçabilité exhaustive des mesures d'isolement et de contention fournit les éléments nécessaires à une politique de réduction qui reste à construire .....	67
8.3	Les violences des patients font l'objet d'une inquiétude largement exprimée malgré des chiffres peu significatifs et des réponses institutionnelles déjà mises en place.....	69
<b>9.</b>	<b>LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....</b>	<b>72</b>
9.1	La pédopsychiatrie s'appuie sur une unité d'hospitalisation rénovée et une équipe dynamique mais la prise en charge des mineurs dans les unités pour adultes doit rester exceptionnelle et être plus structurée .....	72

9.2	La géro-psihiatrie fait l'objet dans chaque pôle d'une prise en charge spécifique et s'appuie sur des structures extra hospitalières diversifiées.....	76
9.3	Les patients détenus sont placés dans les unités fermées sans être toutefois systématiquement enfermés en chambre d'isolement et ont peu de possibilités de communication avec leurs proches.....	78
<b>10.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>81</b>

---

# Rapport

16/18 quai de la Loire  
75921 PARIS CEDEX 19

[www.cglpl.fr](http://www.cglpl.fr)

Contrôleurs :

- Fabienne Viton, cheffe de mission ;
- Luc Chouchkaieff ; contrôleur,
- Marie-Agnès Credoz ; contrôleure,
- Thierry Landais ; contrôleur,
- Philippe Nadal ; contrôleur,
- Koman Sinayoko ; contrôleur,
- Anna Blanchot, stagiaire.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs accompagnés d'une stagiaire ont effectué une visite du centre hospitalier de Rouffach (Haut-Rhin) du 10 au 14 septembre 2018.

## 1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Cette visite avait été annoncée la semaine précédente.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 10 septembre 2018 à 11h30. Ils l'ont quitté le 14 septembre à midi.

Une visite de découverte du site a été organisée à l'arrivée, suivie d'une réunion de présentation de la mission devant une cinquantaine de personnes, parmi lesquelles la direction de l'hôpital, les chefs de pôle, les cadres des pôles et de nombreux cadres de santé, les responsables de services techniques, des représentants du personnel.

L'information sur la présence des contrôleurs a été largement diffusée par des affichettes apposées en divers lieux de l'hôpital dont les unités d'hospitalisation ainsi que par le journal interne à destination du personnel.

Des salles de travail ont été mises à disposition. Tous les documents demandés par l'équipe ont été fournis et regroupés dans un dossier électronique alimenté pendant la visite.

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

Des contacts ont eu lieu, sur place ou par téléphone, avec des magistrats du tribunal de grande instance de Colmar (Haut-Rhin), un représentant du bâtonnier et des avocats du barreau de la même ville, le commandant de la brigade territoriale de Rouffach (Haut-Rhin), la représentante de l'association Schizo Espoir de soutien aux proches de malades souffrant de schizophrénie. Des fonctionnaires de la délégation territoriale du Haut-Rhin (agence régionale de santé du Grand-Est) et de la préfecture du Haut-Rhin pour la commission départementale des soins psychiatriques se sont déplacés pour rencontrer les contrôleurs. Ces derniers ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention.

Une visite de nuit a eu lieu le 12 septembre dans deux unités fermées.

La réunion de restitution s'est déroulée le 14 septembre en présence d'une cinquantaine de personnes également.

Le rapport de constat a été adressé par courriers en date du 4 février 2019 à la préfecture du Haut-Rhin et en date du 5 février au directeur de l'établissement de santé mentale, à la délégation territoriale du Haut-Rhin de l'agence régionale de santé du Grand-Est, au président du tribunal de grande instance de Colmar ainsi qu'au procureur de la République près le même tribunal.

Le directeur du CHS de Rouffach a fait part de ses observations par courrier du 5 mars 2019. Lesdites observations ont été intégrées au présent rapport définitif.

## 2. LE CONTEXTE DE FONCTIONNEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

### 2.1 L'HISTOIRE RECENTE DE L'ÉTABLISSEMENT EST MARQUÉE PAR DES PHASES RÉGULIÈRES DE MODERNISATION DE LA PRISE EN CHARGE

#### 2.1.1 Présentation de l'établissement

La construction de ce qui est devenu le centre hospitalier (CH) de Rouffach s'est achevée en 1909, en contrebas d'un coteau de la plaine du Rhin, sur les plans d'un architecte allemand qui l'a conçu comme un asile-village de type pavillonnaire, destiné à accueillir 700 malades dans quarante-trois bâtiments. Autour d'un axe central – pour le bâtiment administratif, le service de soins somatiques et le lieu de culte, mais aussi une salle des fêtes – se répartissaient symétriquement, séparés par une ligne rouge, les bâtiments des hommes et ceux des femmes, selon leur pathologie. En tant que village, il s'appuyait sur l'exploitation d'un domaine agricole et disposait dès l'origine de bâtiments dédiés à des services généraux (blanchisserie, cuisine et fournil, garage, ateliers, etc.) dans lesquels certains patients trouvaient un emploi durablement.

Au même titre que l'Alsace, il a été allemand puis français. L'hôpital ayant été occupé à des fins militaires pendant la première puis la seconde guerre mondiale, les patients ont été déplacés d'un côté ou de l'autre, allemand ou français, en fonction de l'Etat administrant successivement la zone. Le site a accueilli jusqu'à 1 600 patients en 1939.

L'hôpital a été libéré avec la ville de Rouffach le 5 février 1945 mais n'a retrouvé son affectation hospitalière que peu à peu.

De cette histoire, il subsiste l'implantation générale des bâtiments sur le domaine (dont il a été dit, selon les interlocuteurs, qu'elle dessine un cerveau ou un escargot), le bâtiment administratif, le bâtiment des soins somatiques, le lieu de culte, la salle des fêtes, des ateliers ainsi que certains pavillons. La mixité parmi les patients est introduite en 1970, l'hôpital devient un centre hospitalier spécialisé, s'ouvre sur son environnement et s'adapte à la politique de sectorisation.

Un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) est implanté depuis l'origine sur le domaine du CH de Rouffach et rattaché à l'établissement, ainsi qu'un institut de formation d'aides-soignants (IFAS).

A la date de la visite du CGLPL, l'activité de soins est organisée en cinq pôles :

- un pôle médico-social, chargé de :
  - la Maison Saint-Jacques, unité hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 105 lits, dans le centre de la ville de Rouffach. On y trouve le dispositif Le Rempart pour la prise en charge de la psychiatrie de l'âge avancé, animé par le pôle Lauch-Thur-Doller (cf. *infra*) ;
  - L'Envolée, maison d'accueil spécialisée (MAS) prenant en charge cinquante-huit résidents adultes handicapés psychiques dont un en accueil temporaire, sur le site du CH ;
  - un foyer d'accueil médicalisé (FAM) prenant en charge quarante-deux résidents adultes handicapés psychiques dont deux en accueil temporaire, sur le site du CH.

La MAS comme le FAM ont été conçus à la fin des années 90. Ils facilitent la prise en charge en aval de l'hospitalisation en soins psychiatriques.

- un pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PPEA), animant :

- Ado'sphère, **unité d'hospitalisation pour adolescents de douze lits**, sur le site du CH ; son taux d'occupation en 2017 a été de 77,74 % ;
- l'antenne du Haut-Rhin du centre de ressource autisme (CRA) d'Alsace, sur le site du CH ;
- des centres médico-psychologiques (CMP), centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), hôpitaux de jour, classes thérapeutiques, permanences d'accueil à Mulhouse, Cernay, Colmar, sur le site du CH de Rouffach (ainsi qu'à Guebwiller, Wittenheim, Masevaux, Thann, Saint-Amarin pour des permanences d'accueil sur rendez-vous) ;
- une maison des adolescents (MDA) à Mulhouse.
- trois pôles de psychiatrie pour adultes, dénommés pôle 2/3, pôle 4/5 Lauch-Thur-Doller (LTD, dit pôle LTD), pôle 8/9, couvrant chacun deux des six secteurs de psychiatrie attribués au CH et supervisant :
  - **quatorze unités d'hospitalisation à temps complet pour adultes de 297 lits au total**, pouvant accueillir des patients en soins sans consentement, parmi lesquelles trois unités de géro-psycho-geriatrie, sur le site du CH ;
  - des hôpitaux de jour, CMP, CATTP, accueil familial thérapeutique, points-écoute sur le site du CH de Rouffach mais aussi à Cernay, Colmar, Ensisheim, Guebwiller, Kingersheim, Masevaux, Mulhouse, Munster, Pfastatt, Thann ;
  - le centre de ressources pour les auteurs de violences sexuelles (CRAVS) à Mulhouse ;
  - un hôpital de jour pour adultes dans le cadre du centre de ressource autisme (CRA) d'Alsace à Colmar ;
  - des appartements thérapeutiques sur la commune de Rouffach, à Colmar et à Thann ;
  - le centre psychothérapeutique de l'âge avancé « Le Rempart » au sein de la Maison Saint-Jacques, EHPAD à Rouffach (cf. *supra*) ;
  - des équipes mobiles (psychiatrie et précarité à Colmar (pôle 2/3), évaluation et soins psychiatriques du Haut-Rhin Sud à Mulhouse (pôle 8/9), psychiatrie de l'âge avancé (pôle 4/5 LTD)).

**L'hôpital s'est concrètement structuré autour de la prise en charge ambulatoire, au plus près des personnes en ayant besoin. L'offre en amont fait l'objet d'une attention réelle**, même si elle se révèle encore insuffisante eu égard au délai d'obtention d'un premier rendez-vous, trois mois avec un psychologue, trois à six mois avec un psychiatre, selon ce qui a été indiqué aux contrôleurs.

Seul le pôle 2/3 a vu le taux d'occupation de ses lits augmenter de 2016 à 2017 de 92 à 94 %. Les unités 13-2 (ouverte) et 23-2 (fermée) ont eu un taux d'occupation supérieur à 100 % en 2017.

Le pôle LTD est passé d'un taux d'occupation de 86 à 83 %, le pôle 8/9 de 93 à 89 % et aucune de leurs unités n'a affiché un taux d'occupation supérieur à 100 % en 2017.

Plusieurs des interlocuteurs des contrôleurs leur ont dit : « Avant, l'hôpital prenait en charge 1 600 patients avec 700 lits, maintenant il en prend en charge 15 000 avec moins de 310 lits ! ».

Ainsi, les membres de la mission du CGLPL ont visité les unités suivantes :

Unité	Pôle 2/3	Pôle 4/5 LTD	Pôle 8/9	PPEA
13-1	24 lits, ouverte			

13-2	24 lits, ouverte			
21	16 lits, ouverte			
23-1	20 lits, géronto-psy.			
23-2	20 lits, fermée			
9-1		21 lits, géronto-psy.		
9-2		21 lits, fermée		
18-1		21 lits, ouverte		
18-2		22 lits, ouverte		
7-8			19 lits, ouverte	
22-1			22 lits, ouverte	
22-2			24 lits, ouverte	
24-1			18 lits, géronto-psy.	
24-2			25 lits, fermée	
Ado'sphère				12 lits, fermée
Nombre lits	104	85	108	12

Les unités ne portent pas d'autre nom que le numéro du pavillon suivi du numéro 1 ou 2, correspondant au niveau dans le pavillon, l'unité 18-2 étant au-dessus de l'unité 18-1 par exemple. Cela provoque au premier abord une difficulté pour se repérer, immédiatement levée sur place par la mise à disposition de plans clairs à de nombreux endroits sur le domaine hospitalier. Les patients, interrogés, se repèrent et ne s'en plaignent pas.

### 2.1.2 Les liens avec la psychiatrie dans le département

Le CH de Rouffach couvre :

- six des dix secteurs de psychiatrie pour adultes du département du Haut-Rhin (les secteurs G02, G03, G04, G05, G08 et G09, ayant donné leur nom aux pôles 2/3, 4/5, 8/9) ; le pôle 2/3 correspond ainsi à certains quartiers de la commune de Colmar, le pôle 8/9 à certains quartiers de la commune de Mulhouse.
- un des trois secteurs de psychiatrie de l'enfant (le secteur I02).

90 % des admissions concernent des patients issus des secteurs relevant du CH de Rouffach.

Les hôpitaux civils de Colmar n'étant pas habilités pour l'hospitalisation de personnes en soins sans consentement, c'est le CH de Rouffach qui les accueille.

En vertu d'une convention sur les admissions en hospitalisation en milieu psychiatrique du 15 mars 2010 signé entre les établissements hospitaliers concernés, les personnes détenues à la maison centrale d'Ensisheim sont dirigées vers le CH de Rouffach, de même que celles qui le sont à la maison



d'arrêt de Colmar ainsi que celles de la maison d'arrêt de Mulhouse dès lors qu'elles résidaient préalablement à leur incarcération dans un des secteurs attribués au CH de Rouffach. Les autres personnes détenues sont dirigées vers le groupe hospitalier (GH) de la région de Mulhouse et Sud-Alsace.

Le CH de Rouffach assure également la prise en charge psychiatrique au sein des unités sanitaires des établissements pénitentiaires de Colmar et Ensisheim.

Parallèlement, un psychiatre du CH de Rouffach intervient au titre des secteurs G05, G08 et G09 de 8h30 à 18h30 dans le service des urgences du GH de Mulhouse et Sud-Alsace, à tour de rôle avec des homologues des hôpitaux du Sud du département du Haut-Rhin qui couvrent les secteurs G06 et G07.

Le CH de Rouffach est intégré au groupement hospitalier de territoire (GHT) de Haute-Alsace, dit GHT 12, l'associant aux centres hospitaliers de Pfastatt, Altkirch, Sierentz et au GH de la région de Mulhouse et Sud-Alsace, ce dernier étant l'établissement-support. Le GHT 12 a établi son projet médical partagé.

Le CH de Rouffach présente la spécificité d'intervenir également dans des zones territoriales intégrées dans le GHT 11, dont les Hôpitaux civils de Colmar sont l'établissement support. Il entretient donc aussi des relations avec les établissements du GHT 11.

De plus, il fait partie de la communauté psychiatrique de territoire (CPT) du Haut-Rhin, qui l'associe aux hôpitaux civils de Colmar, au GH de la région de Mulhouse et Sud-Alsace, au centre médical du Roggenberg à Altkirch. Des réflexions sont en cours d'achèvement, notamment pour identifier des causes de rupture dans le parcours de soin des patients adultes, et font l'objet d'une communication publique régulière sous forme de flash-infos accessibles sur le site internet du CH de Rouffach.

### 2.1.3 Les objectifs et les projets de l'établissement

Le projet d'établissement est établi pour 2016 à 2020. Il a pour sous-titre : « *Vers un nouveau parcours de soins* ». Il est complété, en annexe, du projet médical de chaque pôle. Il a été validé par le conseil de surveillance de l'établissement en décembre 2015. Il pose les principes suivants :

- le projet d'un établissement sanitaire et médico-social chargé d'une mission de santé publique ;
- le respect des droits ;
- le malade dans son lieu de vie habituel ;
- la médecine basée sur des preuves<sup>1</sup> ;
- la mise en œuvre du projet d'établissement organisée dans une optique de développement durable et de responsabilité sociétale.

---

<sup>1</sup> « *Le centre hospitalier utilise des méthodologies et techniques diagnostiques et thérapeutiques scientifiquement validées et s'appuie sur les recommandations de bonnes pratiques cliniques, notamment sur les référentiels de la haute autorité de santé et de l'ANESM (agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux), des sociétés savantes françaises ou internationales. [...] garantir aux patients et résidents pris en charge la meilleure qualité de soins possibles. [...] Il s'agira de promouvoir au sein de l'institution une psychiatrie de l'évaluation, se basant sur la clinique (au moyen d'échelles de quantification des symptômes) et sur la para clinique (neurobiologie, chrono endocrinologie, électroencéphalographie diurne et nocturne, tests psychométriques, ...), à l'aide de protocoles de soins validés et reconnus, impliquant tous les acteurs du soin, par le biais de formations spécifiques et de soutien auprès des équipes.* », Projet d'établissement 2016-2020, page6.

## Dans ce cadre, l'établissement favorise le développement d'une psychiatrie centrée sur la communauté plutôt que sur l'hôpital.

Ainsi, le développement de l'ambulatoire est destiné à s'amplifier :

- une vingtaine de lits par pôle doivent encore être fermés sur le site du CH, dont l'unité 24-1 de géronto-psychiatrie du pôle 8/9, en plus d'une unité de dix-neuf lits du pôle LTD déjà fermée en 2017 ;
- le CH a annoncé implanter à Mulhouse, en collaboration avec le GH de Mulhouse Sud-Alsace, **une structure dénommée centre de santé mentale (CESAME), inspirée de modalités de prise en charge en vigueur à Trieste (Italie), accessible 24/24h<sup>2</sup> (cf. §7.1) ;**
- les modalités d'évaluation hors hospitalisation sont encouragées : par la présence médicale de Rouffach au sein des urgences du GH de Mulhouse, par les points d'accueil et d'orientation (PAO) de chaque pôle (2/3, LTD et 8/9) sur le site du CH de Rouffach (cf. §.7.1), à l'aide d'un projet de télémédecine dans quatre CMP du pôle LTD pour une évaluation à distance par un psychiatre senior, par le recours au *case management*<sup>3</sup>.

Le CH de Rouffach tente ainsi de favoriser la programmation des admissions et de diminuer le taux d'occupation des unités d'hospitalisation.

L'établissement promeut aussi, particulièrement au sein des locaux d'hospitalisation complète, la théorie de l'*empowerment*<sup>4</sup> : par exemple, en mettant en œuvre des démarches de « démocratie sanitaire » (cf. conclusion) ou en concevant l'équipement des chambres avec un mobilier de type hôtelier et non hospitalier afin de déstigmatiser la maladie et renforcer l'image positive du patient<sup>5</sup>(cf. §.6.1.2).

Parallèlement, l'établissement entretient le domaine hospitalier et rénove ses pavillons : le pavillon 3 a été rénové en 2017-2018 en vue d'accueillir Ado'sphère ; le pavillon 14 était en cours de rénovation ; la rénovation des pavillons 21 et 24 était projetée (cf. §.6.1.1).

---

<sup>2</sup> Le dispositif fonctionne depuis la mi-septembre 2018. Les contrôleurs ont pu s'y rendre dans la soirée du 15 janvier 2019 à l'occasion d'une autre mission à Mulhouse. Ils ont été reçus par deux infirmiers qui leur ont présenté la structure. Quatre personnes étaient prises en charge.

<sup>3</sup> La Haute autorité de santé (HAS) aborde la notion du case management dans la note méthodologique et de synthèse documentaire, *Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ?* septembre 2014, page 15 : « Dans certaines situations complexes, l'apport d'appuis ponctuels ne suffit pas à la coordination et à l'organisation des parcours : l'intervention d'une tierce personne (ou case manager) est nécessaire pour assurer la coordination et le suivi de façon complémentaire, et en articulation avec l'équipe de soins de santé primaire. Les case managers interviennent directement auprès des patients pour les aider dans leur parcours de santé, coordonner ce parcours et faciliter leur accès aux prestations nécessaires. La complexité des patients provient en général de la coexistence de problèmes médicaux, psychosociaux, fonctionnels et sociaux. La sortie du dispositif est envisagée quand les problèmes sont stabilisés ou résolus. ».

<sup>4</sup> L'*empowerment* des usagers et des aidants constitue l'une des cinq priorités définies dans le plan d'action d'Helsinki pour la santé mentale en Europe, signé en 2005 par les ministères de la santé de cinquante-deux pays, sous l'égide de l'organisation mondiale pour santé (OMS). L'OMS retient la définition suivante : « L'*empowerment* fait référence au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie. (...) La clé de l'*empowerment* se trouve dans la transformation des rapports de force et des relations de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements ». (*User empowerment in mental health – a statement by the WHO Regional Office for Europe, World Health Organization, 2010, page 1*).

<sup>5</sup> Projet d'établissement 2016-2020, page 22.

## 2.2 LE BUDGET DE L'ÉTABLISSEMENT EST EN TRES LEGER DEFICIT EN 2018 SANS CONSEQUENCE NEGATIVE A CE JOUR SUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Le budget du centre hospitalier de Rouffach n'est marqué ni par un plan de retour à l'équilibre ni par des emprunts toxiques.

La production de la menuiserie, de la boulangerie, du jardin – qui sont des services internes au CH de Rouffach – crée une valorisation à hauteur de plusieurs centaines de milliers d'euros par an : la menuiserie a ainsi produit l'aménagement du bureau des soins infirmiers (BSI), le mobilier des chambres, des portes, dont les contrôleurs ont apprécié la qualité apparente. L'activité de la buanderie se fait également au profit de structures extérieures à l'hôpital.

Le budget de la prise en charge intra et extra hospitalière, d'environ 74 millions d'euros, présente un déficit, apparu en 2012, puis à nouveau en 2015 et encore projeté en 2018 à hauteur de 300 000 euros environ. Les dépenses se présentent ainsi :

- 82 % pour le personnel, à plus de 68 millions d'euros en 2017 dont plus de 60 millions d'euros pour le personnel non médical et plus de 7 millions d'euros pour le personnel médical ; l'ensemble a augmenté de 2 % entre 2016 et 2017 malgré des effectifs constants, en raison de l'application du protocole parcours professionnels, carrières et rémunérations (PPCR), de l'augmentation des cotisations employeurs ainsi que du phénomène de glissement vieillesse technicité, symptomatiques d'un établissement où le personnel s'installe durablement<sup>6</sup>.
- 10 % environ de charges à caractère hôtelier et général ;
- 6 % de charges financières et amortissements ;
- 2 % de produits médicaux.

**Si l'établissement souhaite un budget à l'équilibre, l'effort n'est pas concentré sur la dépense en personnel, pour lequel aucun projet de réduction de l'effectif n'est rapporté.** Au contraire, la direction du CH et les instances de contrôle affichent le souci d'une prise en charge humanisée. C'est surtout l'absence de lisibilité sur la dotation annuelle de financement octroyée par l'assurance maladie qui est mise en avant pour expliquer le ralentissement de certains recrutements et achats, sans toutefois les empêcher, du fait de gels successifs de la dotation depuis trois ans.

Les dépenses d'investissement en 2018, selon un plan pluriannuel d'investissement, se portent sur l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite, l'aménagement du CESAME à Mulhouse, la rénovation des pavillons 3, 11, 14, la sécurisation du pavillon 21, etc.

Chaque pôle bénéficie d'une dotation de 16 000 euros par an, tant pour l'intra que pour l'extra hospitalier, que les cadres de santé affectent selon les besoins à des fournitures de bureau et d'informatique, à de la documentation et aux fournitures nécessaires aux activités des patients (cf. §.6.5 et §.7.4).

---

<sup>6</sup> « Le glissement vieillissement technicité (GVT) est un phénomène qui contribue aux variations de masse salariale de la fonction publique française. [...] Même si le nombre de fonctionnaires stagne, et que la grande majorité ne reçoit pas d'augmentation générale, la masse salariale de la fonction publique augmente parfois du seul fait qu'un plus grand nombre de fonctionnaires est mieux payé, parce qu'ils occupent des emplois plus qualifiés qu'avant, ou bien parce qu'ils ont une ancienneté moyenne plus importante, pour des raisons démographiques, leur salaire augmentant avec l'âge. » (Source : Wikipédia)

## 2.3 L'ORGANISATION DES RESSOURCES HUMAINES PERMET UNE PRESENCE DES SOIGNANTS ADAPTEE AU PROJET MEDICAL

### 2.3.1 Le personnel et l'organisation du travail

Le CH de Rouffach compte actuellement 1 350 équivalents temps plein (ETP) rémunérés correspondant à 1 450 effectifs physiques : 851 ETP de personnel soignant dont 78 médicaux, 111 ETP administratifs, 100 socio-éducatifs et 210 agents dans les services techniques. L'évolution est stable sur les deux dernières années. Sept internes de psychiatrie et un interne de médecine générale viennent compléter le personnel depuis la faculté de Strasbourg (Bas-Rhin). De nombreux étudiants en soins infirmiers et aides-soignants sont également présents dans les services.

Concernant les médecins, quatre postes de psychiatres sont vacants, dont deux en phase de recrutement à court terme. Un praticien « associé » ne dispose pas de la plénitude d'exercice et ne signe pas les certificats de soins sans consentement. Soixante-quatre médecins sur les soixante-dix-huit sont praticiens hospitaliers ; les pôles cliniques n'ont tous que moins d'un ETP non occupé, souvent du fait des temps partiels choisis par les praticiens.

**Les médecins ont très souvent un exercice partagé entre l'intra et l'extra hospitalier, voire dans des structures médico-sociales, ce qui favorise une cohérence de filière de soins.**

Le nombre d'infirmiers et aides-soignants n'a pas diminué ces dernières années et les recrutements se font sans difficulté, même si les départs en retraite importants amènent un recrutement annuel de vingt à trente professionnels. Le personnel choisit souvent l'établissement pour y faire carrière. Les équipes de nuit sont organisées à partir des effectifs de jour et les soignants y consacrent quelques nuits par mois. Les infirmiers travaillent en journées de sept heures.

L'analyse des plannings des derniers mois montre une stabilité quasi parfaite en nombre de soignants affectés à chaque demi-journée auprès des patients.

Il n'est pas fait appel à du personnel intérimaire. Les heures supplémentaires ont concerné 1 272 agents sur les 1 450, pour un montant d'indemnisation stable depuis trois ans à environ 250 000 euros.

L'absentéisme est lui aussi stable et modéré à 7 %. Ce taux relativement faible permet des remplacements par un rappel de personnel lors des absences imprévues et le maintien des effectifs de manière stable auprès des patients.

### 2.3.2 La formation

La formation fait l'objet d'une attention particulière pour l'ensemble du personnel.

Une formation a été dispensée en décembre 2011 sur les droits des patients à la suite de la loi du 5 juillet 2011, et une autre en janvier 2014 sur les soins aux patients sans consentement et l'impact de la loi du 27 septembre 2013.

Durant les quatre dernières années, 35 119 heures de formation ont été dispensées à 2 904 agents, dont 1 016 agents pour la sécurité incendie.

26 agents ont ainsi suivi un diplôme universitaire (DU) de soins infirmiers en psychiatrie, 26 un diplôme interuniversitaire (DIU) de santé mentale dans la communauté, 82 une formation à l'entretien infirmier en psychiatrie, 356 une formation Omega de gestion et prévention des situations de crise, 100 une formation aux techniques d'esquive de la violence (perfectionnement aux soins d'accompagnement et techniques d'esquive en situation de crise, PASAT), 8 une formation

aux droits des patients, 71 une formation à la bientraitance, 101 une formation sur le travail avec les familles, et 383 une formation aux gestes d'urgence.

La répartition des stagiaires en fonction des pôles montre un équilibre sur les quatre dernières années, allant de 232 à 349 agents formés par pôle.

Concernant la prise en charge des mineurs spécifiquement, un projet d'évaluation du respect des droits des patients mineurs hospitalisés a été mis en place au premier semestre 2018 ; cette grille d'évaluation a été élaborée à partir du rapport du CGLPL sur les droits fondamentaux des mineurs de 2017 et le guide HAS « enjeux et spécificité de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé » de décembre 2011.

Les nouveaux tuteurs ont également été formés au tutorat des étudiants en soins infirmiers et de nombreuses formations ont été dispensées pour l'utilisation du logiciel Cariatides dans sa dimension « isolement et contention ». Les nouveaux infirmiers affectés en psychiatrie bénéficient par ailleurs d'un accompagnement et parcours individualisé de professionnalisation sous la forme d'un passeport déclinant les objectifs à atteindre, l'identité du tuteur, la liste des capacités à développer et celle des formations à suivre sur un total de vingt-cinq jours. L'accompagnement tutoré-tuteur y est développé de même que les ateliers d'analyse des pratiques professionnelles (minimum de trois ateliers de deux heures chacun dans l'année de prise de poste).

### BONNE PRATIQUE 1

Un tutorat formalisé autour d'un parcours individualisé de formation spécialisée facilite l'intégration des nouveaux infirmiers.

Le plan de formation et de développement professionnel continu (DPC) du personnel non médical 2017-2018 suit les axes prioritaires suivants :

- la réalisation du projet d'établissement par le développement de compétence en santé mentale dans la communauté, dont le développement de l'extra hospitalier ;
- les orientations nationales comme la prévention des situations de crise et la gestion de l'agressivité ;
- le développement des connaissances et la consolidation des savoirs en psychiatrie, comme les entretiens infirmiers, le tutorat.

Le budget de ce plan est en augmentation en 2018, porté à 394 000 euros.

L'agence nationale du DPC a cependant refusé la labellisation de l'action Omega pour tous les professionnels autres qu'aide-soignants au titre que seule cette profession est visée par une orientation traitant de l'agressivité.

L'analyse des personnels médicaux et non médicaux ayant rempli leur obligation de développement professionnel continu montre des taux très importants sur l'ensemble 2016 -2017.

## RECOMMANDATION 1

Les formations éligibles au développement professionnel continu (DPC) par l'agence nationale du DPC doivent comporter une part à l'appréciation du seul établissement de santé, afin d'être en cohérence avec son projet d'établissement et son projet médical.

Enfin le programme annuel d'évaluation 2018 comporte, entre autres thématiques, la poursuite d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur les prescriptions d'hypnotiques pour les médecins, une autre EPP sur les pratiques d'isolement et contention, enfin une autre sur l'évaluation du respect du droit des patients.

Un plateau de formation, clinique et technique, avec chambre des erreurs, est partagé avec l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) de l'établissement.

### 2.4 LES MESURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT N'AUGMENTENT PAS ET LA PART DES SOINS EN PERIL IMMINENT N'EST PAS EN FORTE PROGRESSION

#### 2.4.1 Les données quantitatives

L'établissement a fourni les données quantitatives suivantes sur les hospitalisations des patients en soins sans consentement depuis la loi de 2011 :

#### Soins sur décision du représentant de l'État (SDRE)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Personnes détenues	33	30	24	22	17	20	22
Soins sur décision du préfet	20	15	23	27	33	24	11
Soins sur décision du maire	36	31	23	26	21	10	12
Irresponsabilité pénale	2	0	0	1	4	1	1
Soins sur décision de justice	3	2	3	1	1	0	1
<b>Total</b>	<b>94</b>	<b>78</b>	<b>73</b>	<b>77</b>	<b>76</b>	<b>55</b>	<b>47</b>

#### Soins sur décision du directeur de l'établissement (SDDE)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Soins sur demande d'un tiers	372	361	320	297	284	277	176
Soins sur demande d'un tiers en urgence	192	162	146	195	149	181	64
Péril imminent	118	132	129	132	114	141	73
<b>Total</b>	<b>682</b>	<b>655</b>	<b>595</b>	<b>624</b>	<b>547</b>	<b>599</b>	<b>313</b>

#### Evolution des mesures de soins sans consentement

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Soins sur décision du représentant de l'État	94	78	73	77	76	55
Soins sur décision du directeur d'établissement	682	655	595	624	547	599
<b>Total</b>	<b>776</b>	<b>733</b>	<b>668</b>	<b>701</b>	<b>623</b>	<b>654</b>
<b>Evolution par rapport à l'année précédente</b>	<b>6,30%</b>	<b>-5,54%</b>	<b>-8,87%</b>	<b>4,94%</b>	<b>-11,1%</b>	<b>4,98%</b>

L'examen des chiffres sur une période déjà conséquente d'application de la loi de 2011 ne fait pas apparaître comme dans d'autres établissements une augmentation significative du nombre de mesures de soins sans consentement. La légère baisse enregistrée sur trois ans doit être mise en



perspective avec la file active des patients adultes en hospitalisation complète : 2 419 en 2015, 2 308 en 2016 et 2 222 en 2017.

Pour l'ensemble des mesures de soins sans consentement la part respective des types d'hospitalisation est la suivante :

- 70 % de soins psychiatriques à la demande d'un tiers (un ou deux certificats) ;
- 21,6 % « péril imminent » sans tiers ;
- 8,4 % soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État.

Pour mémoire les chiffres nationaux<sup>7</sup> s'établissent en 2015 ainsi : 64 % de soins psychiatriques à la demande d'un tiers (un ou deux certificats) ; 21 % de « péril imminent » sans tiers ; 18 % de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État hors les personnes détenues et les irresponsables pénaux.

Pour la prise en charge de six secteurs de psychiatrie adulte, le nombre de mesures de soins sans consentement sur décision du représentant de l'État reste particulièrement faible surtout au vu du décompte dans ces chiffres des personnes détenues.

#### 2.4.2 Les principales pathologies

Dans son rapport annuel d'activités 2017, l'établissement communique les données suivantes sur les diagnostics principaux des séquences par ordre décroissant (liste non exhaustive et concernant tous les modes de prise en charge dans toutes les structures du centre hospitalier) :

- schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants, 663 patients ;
- troubles de l'humeur (affectifs), 549 patients ;
- troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes, 329 patients ;
- troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives, 266 patients ;
- troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte, 204 patients ;
- troubles mentaux organiques y compris les troubles symptomatiques, 179 patients.

#### 2.5 DEPUIS 2016, LE CENTRE HOSPITALIER N'A PLUS REÇU DE VISITES D'AUTORITES AUTRES QUE CELLES DES MEMBRES DE LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES

L'article L3222-4 du code de la santé publique (CSP) fait obligation au représentant de l'Etat, aux chefs de juridiction dans le ressort duquel est situé l'établissement et au maire de la commune de visiter ce dernier au moins une fois par an.

---

<sup>7</sup> « Les différents modes légaux d'admission ont été différemment affectés par l'évolution entre 2012 et 2015. Comme en 2010, les soins à la demande d'un tiers restent majoritaires avec 64 % des personnes concernées en 2015, suivis désormais par les soins pour péril imminent (21 %), puis les soins à la demande du représentant de l'État (18 %). Les autres mesures (hospitalisation en D. 398 des détenus, personnes jugées pénalement irresponsables et ordonnances de placement provisoire pour les mineurs) restent minoritaires, représentant moins de 4 % des personnes prises en charge sans leur consentement. [...] La plus forte augmentation a concerné la nouvelle mesure d'admission de la loi de 2011 pour des soins en cas de péril imminent. Le nombre de personnes admises en SPI a plus que doublé depuis sa mise en place en 2011-2012. 19 500 personnes ont été admises en SPI en 2015 contre 8 500 en 2012 (soit +128 %). Les SPI représentent désormais 21 % des soins sans consentement. Initialement destinée aux personnes désocialisées ou isolées, pour lesquelles il était difficile de recueillir la demande d'un tiers, cette mesure a connu une montée en charge qui dépasse la procédure d'exception. » Magali Coldefy et al., Questions d'économie de la santé, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, n°222, février 2017, page 4.

Les contrôleurs, ayant examiné le fichier traçant la venue de ces autorités, ont constaté que pour toutes les années allant de 2005 à 2015 le président et le procureur de la République du tribunal de grande Instance (TGI) de Colmar ont procédé à des visites régulières, au minimum annuelles, parfois deux, voire trois fois dans l'année (2008, 2009 et 2010).

Le maire de la ville de Rouffach a effectué douze visites alors que la venue du préfet n'est notée qu'à trois reprises, les 27 décembre 2012, 22 janvier 2015 et 2 septembre 2015.

Il n'apparaît pas, nonobstant les termes du dernier alinéa de l'article L3212-11 du CSP, que ces personnes aient apposé leur visa, avec d'éventuelles observations, sur le registre de la loi.

## RECOMMANDATION 2

Les autorités énoncées à l'article L3222-4 du code de la santé publique doivent prendre les dispositions nécessaires pour effectuer annuellement une visite de contrôle au centre hospitalier de Rouffach. Elles devront se faire présenter et signer les registres de la loi.

Dans ses observations en date du 5 mars 2019, l'établissement précise qu'il « s'attachera à suggérer localement que la règle soit mieux respectée ».

A compter de l'année 2016, seule la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP, cf. §.4.1) a exercé son contrôle par des visites annuelles ou biannuelles, aucune autre mention concernant la venue d'autorités n'apparaissant sur le fichier.

Par ailleurs, les contrôleurs relèvent le dynamisme d'autres instances : création et réunion de conseils locaux de santé mentale (CLSM) dans le département du Haut-Rhin qui sont un objectif piloté par le CH de Rouffach depuis 2014, réunion de la commission des usagers (CDU), présidée par un membre de l'association Schizo Espoir et dont le rapport de l'année 2017 a été communiqué aux contrôleurs (cf. §.3.2).



### 3. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS

#### 3.1 L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS RESULTE D'EXPLICATIONS ORALES INSUFFISANTES ET LEURS OBSERVATIONS NE SONT PAS CONSIGNEES

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

Le bureau des admissions centralise les formalités d'admission des patients hospitalisés sans leur consentement ; il est ainsi destinataire des certificats médicaux obligatoires et, selon la nature juridique de l'hospitalisation, de la lettre du tiers demandeur et de l'arrêté préfectoral.

Après vérification de la conformité de ces documents, il prépare les notifications réglementaires qui seront transmises dans l'unité fermée d'affectation dans un délai variant de 24 à 48 heures.

Pendant ce laps de temps, le patient, après avoir été accueilli dans son unité par le personnel soignant et le médecin psychiatre, est informé sommairement de son statut d'hospitalisation. Dans une des unités, le psychiatre a précisé prendre le temps d'expliquer au patient l'objectif de la mesure destinée à le protéger tout en améliorant son état de santé.

Généralement il est simplement précisé au patient arrivant que les modalités de la mesure lui seront explicitées ultérieurement au moment où lui seront notifiés les documents afférents.

Il a été indiqué aux contrôleurs que, dans la plupart des cas, les préoccupations des patients ne sont pas d'ordre juridique mais médical. Les soignants disent être très peu sollicités à l'arrivée pour répondre à des questions touchant aux droits du patient ; toutefois, dans l'hypothèse d'une opposition de ce dernier, ils l'informent alors oralement de la possibilité, et des modalités, de saisir les autorités judiciaires et la commission départementale de soins psychiatriques (CDSP).

##### 3.1.2 La transmission des pièces écrites et juridiques

Ce sont principalement les cadres de santé ou l'infirmier de service qui procèdent à la notification de la décision du représentant de l'Etat et des droits des patients admis en soins psychiatriques sans leur consentement.

Dès la mise en œuvre de la loi de 2011, il a été fait le choix, concernant les hospitalisations sur décision du directeur, de ne notifier ni les certificats d'admission, ni la décision directoriale mais simplement un courrier qui s'intitule « *notification d'une mesure de soins psychiatriques* » et dont la première phrase est la suivante : « *Par la présente, j'ai l'honneur de vous notifier, conformément aux dispositions de l'article L3211-3, que vous avez été admis en soins psychiatriques sur décision du directeur du centre hospitalier de Rouffach à compter du...* ».

Ce même document détaille ensuite les dispositions de l'article L3211-3 du code de la santé publique (CSP) qui décline l'ensemble des droits reconnus à tout patient sous contrainte ; il indique avec précision les différentes voies de recours.

Ce document est laissé à l'intéressé après signature de l'attestation de réception, laquelle est ensuite versée au dossier administratif.

Le service des admissions, à la suite des échanges avec les contrôleurs, est vite convenu de la nécessité de notifier, dans l'avenir, l'intégralité de la décision du directeur, à l'instar de la notification de l'arrêté préfectoral.

Les contrôleurs ont ensuite obtenu des renseignements variables, parfois confus, quant à la réalité des modalités de notification des pièces écrites.

Leur constat est que l'objectif principal est d'obtenir une preuve formelle de ladite notification pour la retourner dans les meilleurs délais au bureau des admissions plutôt que de chercher à expliquer au patient les droits qu'il peut mettre en œuvre.

Les soignants dont beaucoup sont peu, voire pas, formés à la thématique juridique de la loi de 2011 (cf. §.2.3.2) ne se sont pas approprié le concept « *le droit fait partie du soin* » ; ainsi leurs pratiques, certes respectueuses du formalisme légal, ne font pas toujours montre de conviction quant à l'utilité des droits légalement accordés aux patients.

Dans l'hypothèse où l'état du patient rend impossible la notification, plutôt que d'attendre, comme le prévoit la loi, le moment où le patient sera en capacité de comprendre et ainsi d'apposer sa signature (ou de refuser) en toute connaissance, l'agent notificateur préfère spécifier tout de suite l'impossibilité du patient à signer l'accusé de réception.

Par ailleurs les copies de l'ensemble des documents, y compris les certificats médicaux mensuels, devant être remises, selon les exigences de la loi, tout au long de l'hospitalisation, ne le sont, de fait, que très exceptionnellement et, au mieux, à la demande du patient.

Concernant ses observations, elles doivent être recueillies par le médecin avant chaque décision d'admission en soins sans consentement, de maintien en hospitalisation complète ou de prise en charge sous forme de programme de soins ; or elles ne sont nullement tracées. Certes des psychiatres ont précisé mentionner les remarques des patients sur les certificats médicaux ; les contrôleurs n'ont pourtant pas constaté de telles mentions lors de la consultation d'un échantillonnage de dossiers administratifs même si, par ailleurs, ils ont observé le souci des médecins et des cadres d'expliquer aux patients l'évolution de leur parcours de soins nécessitant le maintien de leur hospitalisation sous contrainte.

### RECOMMANDATION 3

Les modalités de notification et d'information sur les droits nécessitent d'être explicitées avec davantage de pédagogie et de conviction.

La copie de tous les documents inhérents à l'hospitalisation sans consentement doit être remise au patient tout au long de son hospitalisation.

Les observations du patient doivent être consignées au moment de la rédaction des certificats médicaux.

#### 3.1.3 Les documents d'informations relatifs à la vie du patient

Un livret d'accueil de trente-six pages, édité en septembre 2015, outre une présentation exhaustive de l'établissement, décrit les différentes prises en charge psychiatriques sans omettre d'expliquer la spécificité des soins psychiatriques sans consentement.

Il est riche de nombreuses rubriques touchant autant à l'organisation pratique du séjour (gestion des affaires personnelles, courrier, téléphone, visites, aumônerie, activités) qu'à des renseignements d'ordre juridique, tels l'accès au dossier médical, la désignation d'une personne de confiance et les directives anticipées.

Ce document qui mérite une mise à jour (en cours selon les renseignements recueillis) n'est toutefois que rarement remis aux patients admis en soins sans consentement. Il a été dit aux contrôleurs que le stock était insuffisant et que la densité des informations était peu appropriée à l'état des patients au début de leur hospitalisation.

La visite des contrôleurs de chacune des unités a permis de constater que, lors de l'accueil, le patient bénéficiait d'une présentation orale des règles de vie, avec des explications individualisées et adaptées à son état.

Certaines unités (9-1, 9-2, 18-2, unités de psycho-gériatrie) utilisent une plaquette synthétisant les points essentiels du livret d'accueil, d'autres ont fait le choix d'afficher sur un panneau au sein du couloir de l'unité un certain nombre de règles destinées à faciliter la vie commune.

#### PROPOSITION 1

Le livret d'accueil, mis à jour, doit être remis, avec les explications nécessaires, dès l'arrivée de chaque patient.

Des règles de vie devraient être formalisées et diffusées dans chaque unité.

### 3.2 LE TRAITEMENT DES PLAINTES ET RECLAMATIONS EST TOTALEMENT FORMALISE, LES REPONSES SONT RAPIDES ET LA COMMUNICATION EN COMMISSION DES USAGERS COMPLETE

Le livret d'accueil consacre les deux premières pages du chapitre « *Vos droits et devoirs* » à la satisfaction des usagers du service public hospitalier. La possibilité et les modalités pour faire valoir une plainte ou une réclamation y sont très largement explicitées avec les coordonnées précises du cadre en charge de la qualité au sein de l'établissement. S'y ajoutent les missions, la composition et les coordonnées de la commission des usagers (CDU), le tout étant complété par les libellés des articles du code de la santé publique relatifs au traitement des plaintes et réclamations et à la saisine des médiateurs médicaux ou non médicaux. Au sein des unités, les contrôleurs ont pu constater également que la possibilité de déposer une plainte ou une réclamation était connue du personnel soignant.

Au bureau des entrées, il a été confirmé l'existence d'un protocole de traitement des plaintes et réclamations conforme aux prescriptions de la haute autorité de santé (HAS). Il a été remis aux contrôleurs le registre des plaintes 2017, qui fait apparaître que tous les supports utilisés pour les réclamations sont pris en compte : courriers, courriers électroniques, appels téléphoniques, entretiens oraux, pétitions du personnel et, dans un cas, saisine du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL).

Vingt plaintes ont été recensées en 2017, contre vingt-cinq en 2016 soit :

- quatorze courriers ;
- deux plaintes orales ;
- deux courriers électroniques ;
- un appel téléphonique ;
- une pétition.

Ces plaintes émanaient :

- des patients pour sept d'entre elles ;
- de leur famille dans dix cas ;

- de deux institutions pour deux cas<sup>8</sup> ;
- du personnel soignant pour la pétition relative à une série de violences.

Le délai de traitement moyen a été de quatorze jours en 2017 pour cinq jours seulement en 2016. Le registre des plaintes fait apparaître les suites données. Il apparaît ainsi qu'à deux reprises devant le constat d'une incompréhension du traitement par les familles de deux patients la solution a été « *constat de la rupture de confiance entre les parents et le psychiatre. Proposition de changer de psychiatre* ». Dans certains cas, le directeur en personne a reçu les familles pour expliciter les démarches de l'hôpital. Une médiation médicale a été effectuée en 2017.

Le détail des plaintes et réclamations fait l'objet de comptes rendus lors de la tenue des commissions des usagers (CDU) comme les documents produits aux contrôleurs le montrent.

### 3.3 LE RECOURS A LA PERSONNE DE CONFIANCE EST PLEINEMENT INTEGRE A LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Il est apparu lors de la visite que dans toutes les unités la mise en œuvre de la procédure de « *recours à la personne de confiance* » était loin, comme c'est souvent le cas, d'être purement formelle. Les soignants ne se contentent pas de faire établir à son arrivée par un patient le formulaire de désignation sans véritable implication ultérieure. Une fois le document établi, la personne désignée est prévenue et les cadres de santé veillent à le vérifier en principe une fois par semaine.

Dans l'unité 21, les quinze patients ont tous désigné une personne de confiance, invitée lors de sa première visite à signer le document de désignation. Il a été indiqué que c'était « *un moment de vérification de son consentement et de sa compréhension de la fonction* ». Dans l'unité 9-2, sur onze patients qui en ont désigné une, la personne de confiance est intervenue dans sept cas dans le processus thérapeutique, conformément au projet médical d'approche systémique de la maladie.

### 3.4 L'ETABLISSEMENT A GARANTI A CHAQUE PATIENT L'ACCES AU DROIT DE VOTE

Pour les élections nationales majeures de l'année 2017, l'établissement a diffusé une large information dans les unités pour que chaque patient qui le désire puisse exercer son droit de vote. Des permissions de sortie exceptionnelles ont été accordées et, lorsque l'état clinique de certains ne le permettait pas, il a été établi par la gendarmerie locale, soit dans leurs bureaux soit au sein même des unités, des procurations.

### 3.5 L'ACCES AUX PRINCIPAUX CULTES EST LARGEMENT ORGANISE ET FACILITE

Le statut concordataire du département du Bas-Rhin n'a aucune incidence sur le fonctionnement de l'accès au culte pour le CHS de Rouffach. Le livret d'accueil consacre une page à l'accès aux cultes avec des renseignements très complets sur les aumôneries catholique, protestante et musulmane et renvoie pour les autres cultes la personne intéressée à une prise de contact avec le bureau des entrées. L'information sur l'accès au culte est largement reprise par un affichage systématique à l'intérieur des unités.

Une grande chapelle a été construite lors de l'édification de l'établissement au milieu de l'emprise foncière. Les aumôniers des cultes protestant et catholique se partagent l'utilisation de cette chapelle, l'avant étant réservé aux catholiques et l'arrière, qui dispose d'une entrée séparée, aux

---

<sup>8</sup> Une saisine du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, et une de l'union départementale des associations familiales (UDAF).

protestants. L'ancienne chapelle protestante, devenue la salle « Dr Jean-Louis Lorrain », est utilisée par les deux cultes. Toute la semaine du lundi au vendredi, les patients sans distinction de religion y sont accueillis de 13h à 14h30 par les « aumôneries chrétiennes ».



*La chapelle*

En dehors de cet accueil œcuménique, l'aumônier catholique salarié de l'hôpital, que les contrôleurs ont rencontré, est présent chaque jour dans l'établissement. Il propose des permanences ou des accueils sur rendez-vous mais se rend également principalement dans les unités fermées à la rencontre des patients qui n'ont pas l'autorisation de sortie ou qui en sont physiquement incapables notamment en gériatrie. Sa présence est parfaitement admise au sein des unités, il organise en tant que besoin des prières le plus souvent dans les salles à manger qu'on laisse à sa disposition et dans lesquels il s'enferme avec les patients dans un souci de discrétion.

Lors de la visite, l'aumônière protestante était sur le départ et l'aumônier musulman en congé annuel, mais des éléments recueillis, leurs missions s'exercent dans les mêmes conditions d'accueil et de bienveillance.

### **3.6 LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION EST ASSUREE PAR UNE PROCEDURE FORMALISEE**

La procédure de confidentialité de l'hospitalisation a été mise en place. La question est systématiquement posée à l'accueil du patient. En cas de réponse positive, l'information est entrée dans le logiciel de gestion administrative de l'établissement.

Dans l'ancien logiciel, le patient désirant garder l'anonymat n'apparaissait plus que pour certains administrateurs habilités, comme le bureau des entrées. Les autres utilisateurs, dont le standard, ignorait la présence du patient.

Avec le nouveau logiciel, le patient apparaît toujours mais avec un indicateur coloré, très visible, indiquant à la personne consultant la fiche la volonté du patient de conserver la confidentialité de sa présence.

Il a été indiqué toutefois que dans le logiciel médical Cariatides, l'information n'était pas reprise.

### **3.7 L'ETABLISSEMENT POSSEDE UN SERVICE DE PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS PRINCIPALEMENT EN CHARGE DES PATIENTS EN INTRA HOSPITALIER ET DES RESIDENTS DES STRUCTURES MEDICO-SOCIALES**

Le CHS de Rouffach est doté d'un service de tutelle qui se trouve au rez-de-chaussée du bâtiment administratif. Ce service ne gère que les patients dont les juges lui ont confié la charge ; il n'entre pas dans ses attributions de gérer les problématiques des majeurs protégés placés sous la tutelle de tuteurs privés ou familiaux.

Quatre tribunaux d'instance du Haut-Rhin sont susceptibles de nommer la cheffe de service responsable de la mesure judiciaire de protection juridique : ceux de Colmar, Mulhouse, Guebwiller et Thann. Dans la majorité des situations, le choix des magistrats se porte sur le service du CH de Rouffach soit lorsque la personne y est hospitalisée et qu'il n'y a pas de projet de sortie à court ou à moyen terme, soit lorsque la personne réside dans les structures médico-sociales du CH.

Le jour de la visite le service a la charge de 101 mesures soit :

- soixante-dix-huit mesures de tutelle ;
- dix-sept curatelles renforcées ;
- deux curatelles aux biens ;
- une sauvegarde de justice ;
- trois tutelles aux biens.

Il s'agit de chiffres globaux pour l'ensemble de l'établissement. La plupart de ces mesures concernent les résidents des structures médico-sociales et seuls seize patients en hospitalisation complète sont concernés, à savoir cinq en soins libres et onze en soins sans consentement. Lorsqu'un patient n'est plus hospitalisé, dans la majorité des cas il est sollicité du juge un transfert pour un autre tuteur ou la levée de la mesure.

Le mercredi matin, les patients hospitalisés sont accueillis sans rendez-vous par le service des tutelles. Comme il est de règle en comptabilité publique, le service ne gère jamais d'espèces. Il remet aux patients des bons de retrait à la trésorerie installée dans l'établissement.

En raison du nombre de mesures, le service a dû restreindre sa présence aux audiences du juge des libertés et de la détention (JLD) en retenant principalement les critères suivants pour assister à l'audience :

- pour toute nouvelle mesure ;
- en cas de changement de mode d'hospitalisation ;
- en cas de cas de modification de la situation du majeur protégé dont il importe d'informer le tribunal ;
- lorsqu'il apparaît que la mesure n'est pas ou plus appropriée à la personne.

Le repérage des situations est effectué principalement dans les unités par les assistantes sociales, mais également par le personnel médical. Pour la psychiatrie, les situations sont en général connues et identifiées depuis longtemps, la détection s'effectuant plutôt en gériatrie.

## 4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEUR CONTROLE

### 4.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES, DYNAMIQUE, EXERCE AVEC CONVICTION SON ROLE DE CONTROLE

Le médecin généraliste, président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) depuis huit ans, a rencontré les contrôleurs le jeudi 13 septembre, jour où la commission s'est réunie au CH de Rouffach. De l'échange avec ce médecin autant que de l'analyse des rapports d'activité (régulièrement transmis au CGLPL) et plus précisément de celui de 2017, il apparaît que la commission, convaincue des enjeux de son rôle de contrôle, s'efforce de procéder à l'ensemble des tâches qui lui sont dévolues par l'article L3223 du CSP.

Régulièrement composée et se réunissant quatre fois par an, elle visite annuellement chacun des trois établissements du département, portant une attention particulière aux unités fermées, vérifiant la tenue des registres de la loi et celle du registre d'isolement et de contention.

Au cours de l'année 2017, elle a entendu, à leur demande, seize patients dont la plupart souhaitait une mainlevée de leur mesure de soins, quelques autres s'interrogeant sur l'efficacité de leurs traitements médicaux.

Certaines de leurs doléances ont été remontées aux directions des établissements visités pour qu'il y soit apporté une réponse adaptée portée à la connaissance des requérants.

La commission n'a pas prononcé de mainlevée, n'ayant décelé aucune irrégularité dans les procédures de soins sans consentement, ni aucun manquement grave aux droits et à la dignité des malades.

Plus encore, elle s'efforce de développer des axes de réflexion sur le nombre élevé des décisions prises sur la base d'un péril imminent.

Le président de la commission a indiqué sensibiliser les médecins urgentistes, souvent initiateurs d'une telle mesure, en leur rappelant que la procédure de péril imminent était à utiliser avec parcimonie, uniquement en cas de risques graves pour la santé et l'intégrité du patient. Elle ne devrait pas être une solution facile pour éviter la demande d'un tiers et, à plus forte raison, elle ne saurait se substituer à des mesures d'admission prises sur décision du représentant de l'Etat.

La commission ne cesse d'insister sur l'importance de la motivation circonstanciée des certificats médicaux mensuels concluant au maintien de la mesure sous contrainte et le président regrette que les médecins n'aient pas l'obligation de suivre une formation en ce domaine. Concernant le certificat médical de 72h, il considère qu'il devrait être « *le reflet d'entretiens au minimum quotidiens* » faute de quoi, selon lui, le sens d'une telle pièce, essentielle pour éclairer le juge des libertés et de la détention (JLD), est problématique, voire ambiguë.

Il a enfin été fait part aux contrôleurs des excellentes relations entretenues avec l'agence régionale de santé (ARS) qui gère efficacement la logistique de la CDSP.



## BONNE PRATIQUE 2

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), par sa réflexion et son dynamisme, concourt à la mise en œuvre de meilleures pratiques pour garantir les droits et la dignité des personnes hospitalisées sans leur consentement.

### 4.2 LA TENUE DU REGISTRE DE LA LOI, GLOBALEMENT CONFORME AUX PRESCRIPTIONS DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, FACILITE LE CONTROLE DES HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT

Ces registres, dits aussi livres de la loi, sont renseignés et conservés au bureau des admissions où deux agents, adjoints administratifs, sont notamment chargés de la gestion des soins sans consentement.

Ils veillent à renseigner les registres dans un délai concomitant à celui du dossier administratif et conforme aux prescriptions de l'article L3212-11 du CSP, à savoir dans les 24 heures des différentes décisions prises tout au long du parcours de soins sans consentement.

Ces registres, d'un modèle original puisqu'ils ne comportent aucune rubrique pré-imprimée, comportent 100 folios remplis par ordre chronologique d'inscription.

Ils ne sont paraphés ni à l'ouverture, ni au dernier folio.

Distincts selon qu'il s'agit d'y inscrire des patients hospitalisés à la suite d'une décision du représentant de l'Etat ou suivant la décision du directeur de l'établissement, ils sont remplis manuellement par les agents et les informations qui y figurent sont parfaitement lisibles et répondent à sept des neuf exigences déclinées dans l'article L3212-11 du CSP ; en effet, les deux mentions suivantes sont absentes du registre :

- les accusés de réception des droits énoncés à l'article L3211-3 du CSP ;
- les décisions de mise sous protection juridique.

Tous les certificats médicaux sont collés, sans réduction de format, ce qui en facilite la lecture. Ainsi les contrôleurs ont pu observer que leur contenu est, dans la plupart des cas, suffisamment explicite pour justifier la nécessité de soins sans consentement. Il n'a pas été constaté l'usage de certificats-types pour tous les cas.

Les arrêtés préfectoraux, établis selon un modèle standard national mentionnent les voies de recours judiciaires et administratives.

Toutes les décisions du JLD sont collées. Y figure évidemment l'intégralité des certificats mensuels des patients en programme de soins.

Au jour du contrôle il n'existait aucun retard à l'enregistrement des admissions en soins sans consentement pas plus qu'au suivi de ces mesures.

La consultation des registres regroupant l'ensemble des pièces relatives aux soins sans consentement permet ainsi un contrôle immédiat et aisé sans qu'il soit nécessaire d'aller rechercher le dossier administratif du patient.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'à compter de l'inscription des prochaines mesures figureraient sur le registre les deux informations jusque-là manquantes. Une recommandation sur ce point n'apparaît donc pas opportune.

Malgré l'article 9 de la loi du 27 septembre 2013 préconisant la dématérialisation des registres de la loi, aucun projet n'est mis en œuvre pour y parvenir alors que de l'avis unanime la tenue de ces registres est fastidieuse et chronophage ; dans un rapport d'information déposé en 2017 par la



commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, les députés recommandaient au gouvernement de transmettre sans délai l'état d'avancement du projet de dématérialisation.

#### RECOMMANDATION 4

La dématérialisation du registre de la loi devrait être mise en œuvre rapidement pour en faciliter la tenue en répondant aux prescriptions de la loi du 27 septembre 2013.

Dans ses observations datées du 5 mars 2019, l'établissement précise qu'il interroge chaque année le ministère des solidarités et de la santé pour savoir si le rapport que le gouvernement doit remettre au parlement sur la dématérialisation du registre en application de l'article 9 de la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 a été rendu et si des dispositions concernant ladite dématérialisation sont envisagées et dans quel délai. Faute de réponse, « il est difficile de mettre en œuvre une telle dématérialisation sans consigne précise de l'administration centrale ».

Le CGLPL souscrit aux interrogations de l'établissement.

### 4.3 LES SORTIES DE COURTE DUREE SONT FACILEMENT ACCORDEES AVEC POUR OBJECTIF DE PREPARER LA LEVEE DE LA MESURE OU LE PASSAGE EN PROGRAMME DE SOINS

#### 4.3.1 Les sorties de courte durée

Selon les informations recueillies, confirmées par les données statistiques remises aux contrôleurs, il ressort que la prise en charge du patient est orientée, dès que son état est stabilisé, vers sa réinsertion sociale.

Hors l'enceinte de l'établissement, les sorties, accompagnées de moins de 12 heures et non accompagnées jusqu'à 48 heures, sont donc fréquemment accordées pour maintenir les liens familiaux, faire des démarches extérieures à caractère médico-social, voire pour participer à un programme psycho-social dans un CMP.

La procédure d'autorisation, protocolisée, est identique quelle qu'en soit la durée.

Au sein des unités autant qu'au bureau des admissions, une vigilance est en place pour que la demande d'autorisation des patients hospitalisés sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) soit transmise à l'ARS dans un délai jamais inférieur à 48 heures avant la date prévue pour la sortie. Seul un refus écrit du préfet, notifié au patient au plus tard 12 heures avant la sortie, peut y faire obstacle. Les psychiatres savent qu'ils doivent être précis dans l'exposé de leurs motifs justifiant la sortie et les modalités de sa mise en œuvre.

Concernant les sorties des patients en SDDE, la demande est rédigée par un psychiatre et transmise au bureau des admissions pour accord tacite du directeur ; la sortie est tracée dans le logiciel Cariatides. Les tiers, quant à eux, et compte tenu des délais généralement très courts sont informés par courrier électronique ou par téléphone.

Entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 août 2018, le directeur de l'établissement a accordé 350 autorisations de sorties permettant à 140 patients de passer une nuit à l'extérieur de l'établissement (chez eux ou dans leur famille). S'agissant des patients en SDRE, dix-neuf d'entre eux ont bénéficié de quatre-vingts autorisations du préfet et il n'a pu être cité d'exemples récents d'opposition émanant du représentant de l'Etat.

Les sorties dans le parc sont autorisées sans formalisme par le psychiatre pour les patients dont l'hospitalisation sans consentement ne relève pas d'un arrêté préfectoral, alors qu'une demande

doit être sollicitée avec explication des motifs pour un patient en SDRE ; l'avis du chef de pôle est alors requis avant transmission pour accord ou refus du directeur de l'hôpital sans sollicitation de l'accord du préfet.

Le choix de l'établissement de ne pas solliciter l'accord du préfet pour des sorties dans le parc des patients en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) en facilite l'organisation et démontre une volonté d'ouverture dans la prise en charge. Un tel *modus operandi* facilite l'ouverture rapide vers l'extérieur et il n'a pas été fait part aux contrôleurs d'incidents susceptibles de le remettre en cause.

#### 4.3.2 Les programmes de soins

Les programmes de soins (PDS) sont quasiment tous menés en ambulatoire et les retours séquentiels à l'hôpital sont l'exception. Les médecins ont indiqué considérer le patient comme devant être, pour un temps aussi court que possible, dans un « lieu de soins » et non dans un « lieu de vie ». Le passage en PDS correspond à une réelle sortie du patient, certes toujours suivie et contrôlée, pour favoriser une reprise optimale de sa vie en société.

Au jour du contrôle, 71 patients en SDRE et 126 en SDDE bénéficiaient d'un PDS.

#### 4.3.3 La levée de la mesure d'hospitalisation en soins sans consentement

Les modalités de levée de la mesure d'hospitalisation diffèrent suivant le mode d'admission.

Pour les patients admis en SDDE, l'hospitalisation cesse par décision du directeur après que les psychiatres de l'établissement en charge du malade ont certifié que les conditions l'ayant motivée ne sont plus réunies. Bon nombre de mesures sont levées avant le passage devant le JLD. En 2018 et jusqu'au jour du contrôle, alors que 426 patients ont été admis après décision du directeur, 342 avaient bénéficié d'une levée de la mesure.

La levée de la mesure d'hospitalisation des patients admis en SDRE nécessite l'accord du préfet après qu'il a été destinataire du certificat médical attestant de l'inutilité de la poursuivre. Quand il n'est pas convaincu, il en informe sans délai le directeur de l'établissement qui demande alors l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Celui-ci rend dans un délai maximum de 72 heures, un avis sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation. Lorsque ce deuxième avis confirme l'absence de nécessité de poursuivre l'hospitalisation, le préfet doit ordonner la levée de la mesure conformément à la proposition figurant dans le premier certificat. Il a été rapporté aux contrôleurs que, par principe de précaution, le préfet fait application des dispositions de l'article L3213-9-1 du CSP en s'entourant du deuxième avis, qui est toujours conforme au premier. En 2018 et jusqu'au jour de la mission, trente-trois arrêtés de levée de mesures avaient été pris alors que soixante-quatre patients avaient été admis en SDRE.

### 4.4 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES, MIS EN PLACE EN CONCERTATION AVEC TOUS LES ACTEURS DANS LE RESPECT DES DROITS DES PATIENTS, S'EXERCE CONFORMEMENT A LA LOI

Peu de jours avant la mise en œuvre de la loi de 2011, une réunion de travail en date du 27 juin 2011 formalisée dans un compte-rendu daté du 30 juin, regroupant les chefs de juridiction du TGI de Colmar, le JLD accompagné d'agents du greffe, la direction de l'hôpital et les responsables administratifs et médicaux concernés, a permis de mettre en place une logistique conforme aux exigences de la loi, tout en tenant compte de l'intérêt des patients.

Anticipant les évolutions législatives, il fut d'ores et déjà décidé que la tenue des deux audiences hebdomadaires aurait lieu dans une salle spécialement aménagée du centre hospitalier avec mise à disposition d'une connexion wifi et d'une imprimante.

Ces dispositions mériteraient maintenant d'être confirmées, conformément aux dispositions de l'article L3211-12-2 du CSP par une convention conclue entre le TGI et l'ARS.

## PROPOSITION 2

Il est nécessaire de formaliser une convention entre le tribunal de grande instance et l'agence régionale de santé afin de pérenniser les modalités de l'audience du juge des libertés et de la détention.

Les locaux affectés aux audiences sont situés à 150 mètres de l'entrée principale, au premier étage d'un bâtiment à usage administratif. Ils sont correctement signalés.

La salle d'audience, spacieuse et lumineuse, bénéficie d'un agencement moderne conforme à sa destination : grande table centrale entourée de sièges faisant face à des chaises et des bancs destinés au public.

Une pièce réservée aux avocats respecte les conditions de confidentialité.

Le palier attenant à la salle d'audience a été suffisamment aménagé pour que les patients, accompagnés de leurs soignants (un ou deux) attendent l'appel de leur affaire dans des conditions de confort, sinon excellentes, du moins correctes.

Les sanitaires sont facilement accessibles puisqu'au même niveau.

### 4.4.1 Les modalités d'organisation de l'audience

L'audience prévue douze jours après l'admission du patient hospitalisé sans consentement donne lieu à saisine du magistrat dans un délai maximum de huit jours après l'admission. Concernant la saisine du sixième mois, elle est exigée au plus tard quinze jours avant l'expiration du délai.

Un formulaire standard, comportant les renseignements d'identité, est transmis au greffe accompagné de la décision d'admission, des certificats médicaux des 24 et 72h, de l'avis médical de saisine. Dans l'hypothèse où l'état de santé du patient est incompatible avec sa présence à l'audience, le médecin le précise.

Les coordonnées du tiers et l'existence d'une mesure de protection juridique, quand elle est connue, sont toujours mentionnées permettant ainsi au greffe d'aviser les intéressés.

Dès réception de ces documents, le bâtonnier est saisi pour désignation d'un avocat au titre de l'aide juridictionnelle (les avocats choisis, donc rémunérés par le patient, sont l'exception).

Les convocations, adressées aux patients, transitent par le bureau des admissions avant d'être transmises à l'unité d'affectation.

Les contrôleurs n'ont pas eu l'occasion de vérifier quelles explications étaient données avant que le patient ne signe l'accusé de réception. Toutefois les échanges entre les contrôleurs, les soignants et les patients en attente de comparution ont fait ressortir que les informations reçues évitaient tout effet de surprise en assurant une compréhension minimale du sens de l'audience.

#### 4.4.2 Le déroulement de l'audience

Les contrôleurs ont assisté à l'audience du jeudi 13 septembre 2018 présidée par une vice-présidente juge des libertés et de la détention au TGI de Colmar en charge de l'ensemble des contentieux du contrôle des hospitalisations sans consentement.

Six affaires y étaient enrôlées ; cinq patients se sont présentés dont l'un avait saisi le juge par requête personnelle hors contrôle obligatoire du douzième jour.

Bien que convoqués, aucun tuteur n'était présent pas plus que la direction de l'hôpital ayant pris la décision d'admission en soins sans consentement.

Un avocat de permanence, formé à ce contentieux, assistait les patients et représentait la personne absente.

La juge et la greffière, à la différence de l'avocat, n'avaient pas revêtu leur robe.

La magistrate s'est présentée sans mentionner « des libertés et de la détention ». Après avoir expliqué son rôle en cherchant à ne pas ouvrir des « attentes » irréalistes, elle a résumé précisément les éléments du dossier et pratiqué un recueil d'informations avant de donner la parole aux patients qui tous étaient en capacité de s'exprimer.

L'avocat n'a pas soulevé de moyens de défense procédurale ou juridique.

Les patients ont eu la parole en dernier.

Le temps consacré à l'examen de chaque affaire a varié entre vingt et trente-cinq minutes dans des conditions de dignité et de sérénité indéniables.

#### 4.4.3 Les décisions rendues

A la fin des débats, la juge, après un temps de délibéré utilisé également à rédiger l'ordonnance, a expliqué à chacun des patients sa décision de maintenir l'hospitalisation et a précisé avec clarté les voies de recours. L'une des personnes a immédiatement manifesté sa volonté de faire appel.

Le contentieux généré par le contrôle de l'hospitalisation sans consentement est relativement stable : 661 patients convoqués en 2016, 686 en 2017.

Du 1<sup>er</sup> janvier au 31 août 2018, la situation de 470 patients a nécessité un contrôle judiciaire. Seuls vingt-deux patients n'ont pas assisté à l'audience. Le juge a prononcé trois levées dont une immédiate. Aucune expertise n'a été ordonnée. Seize patients ont fait usage de voies de recours en interjetant appel, toutes les ordonnances ont été confirmées.

L'année précédente, six mainlevées dans un délai de 24 heures et treize expertises avaient été ordonnées ; la cour d'appel avait ordonné deux mainlevées avec effet différé, infirmant ainsi le JLD qui avait maintenu l'hospitalisation.

### 4.5 LE RECOURS AU COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE, DANS LA PLUPART DES CAS, RESPECTE LES EXIGENCES REGLEMENTAIRES

Le collège des professionnels de santé<sup>9</sup> se réunit, après avoir été convoqué par le directeur. Le bureau des admissions veille scrupuleusement au respect des dates butoirs et à la convocation des membres.

---

<sup>9</sup> Le collège des professionnels de santé a l'obligation de se tenir notamment pour se prononcer sur le maintien d'une mesure de soins sans consentement, en hospitalisation complète ou en programme de soins, prise sur décision du

Composé d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient, d'un autre extérieur au suivi et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire de l'unité d'affectation ou du CMP assurant le suivi ambulatoire, ce collège est appelé à se réunir beaucoup plus pour les patients en PDS que pour ceux, peu nombreux, en hospitalisation complète depuis plus d'un an.

Ainsi au cours de l'année 2018 jusqu'au jour du contrôle, le collège a examiné soixante-quinze situations de patient SDDE et dix concernant des personnes bénéficiant d'une irresponsabilité pénale dont quatre étaient en PDS.

Il a été difficile aux contrôleurs d'être assurés que ce collège fonctionnait dans le total et strict respect des prescriptions de l'article L3212-17 du CSP qui exigent le recueil de l'avis du patient.

Selon des informations floues, voire variables, il est apparu que ce collège se contentait, certes dans quelques cas, de travailler sur le dossier du patient sans juger utile de le recevoir pour l'entendre. Dans les vérifications effectuées par les contrôleurs qui se sont fait communiquer une dizaine d'avis, la mention « *l'avis du patient a été recueilli* » était toujours présente.

Il apparaît, à toutes fins utiles, nécessaire de rappeler les exigences de la loi qui ne sauraient souffrir d'exceptions.

#### RECOMMANDATION 5

Le collège des professionnels de santé doit, conformément aux dispositions de l'article L3212-7 du code de la santé publique, obligatoirement entendre le patient et recueillir son avis avant de prendre sa décision.

---

directeur d'établissement lorsque sa durée excède un an et également avant le contrôle du JLD pour les patients hospitalisés à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale.



## 5. LES RESTRICTIONS DE LIBERTE

### 5.1 LA LIBERTE DE CIRCULATION EST PRISE EN CONSIDERATION MAIS EST ENCORE INSUFFISANTE S'AGISSANT D'ACCEDER A L'AIR LIBRE

Réparties sur l'ensemble du domaine du CH, les quatorze unités pour adultes sont situées à l'intérieur de pavillons particuliers, chacun disposant – sauf l'unité 24-1 – d'un jardin clos accessible depuis les unités situées en rez-de-chaussée.



*De gauche à droite, les jardins des unités 23-1 et 9-1*



*Le jardin du pavillon 18, accessible depuis l'unité 18-1*

Le plus souvent, un même pavillon abrite une unité de psycho-gériatrie au rez-de-chaussée et une unité fermée à l'étage (9-2, 23-2 et 24-2).

Les unités ouvertes (à savoir huit unités sur quatorze<sup>10</sup>) le sont de 8h ou 8h30 jusqu'à 18h ou 19h30 selon les unités. En journée, les patients accèdent librement à l'ensemble du parc, offrant une cafétéria, une bibliothèque, un espace de culte, etc. (cf. §.3.5 et §.6.5). Ces règles d'ouverture sont valables quel que soit le statut de la personne qui est prise en charge. Pour celles d'entre elles qui disposent d'un jardin, son accès est possible au-delà des horaires de fermeture de l'unité, comme

<sup>10</sup> Hors l'unité Ado'sphère.

dans l'unité 21 de 6h30 à 23h. Quand un patient décompense, c'est lui qui est amené à changer d'unité, et non l'unité à fermer.

En ce qui concerne les unités fermées (une unité par pôle soit trois unités, ainsi que trois unités de psycho-gériatrie), l'accès et la sortie de l'unité se font par badge magnétique en possession des professionnels. Les unités sont précédées d'un sas. Celui permettant l'accès à l'unité 24-2 est barré d'une grille à l'aspect « carcéral ».



*Sas d'accès à l'unité 24-2*

Toute sortie de patient en soins sans consentement (SSC) est conditionnée à une autorisation médicale (cf. §.4.3). Lors de la visite, dans l'unité 9-2, treize patients sur vingt et un bénéficiaient d'une autorisation de sortie de moins de 24 heures non accompagné. Les autres peuvent être autorisés à sortir en présence d'un soignant : dans la même unité 9-2, c'était le cas de huit personnes en SSC.

Le parti pris judicieux de l'installation des personnes âgées résidant au rez-de-chaussée s'avère en revanche particulièrement contraignant pour les patients des unités fermées, qui n'ont comme seule possibilité d'accès à l'extérieur que le fumoir aménagé sur une terrasse grillagée. Une seule des trois unités fermées (23-2) a aménagé un espace extérieur, indépendant de la cour de l'unité du rez-de-chaussée, au pied d'un escalier de secours ; son accès s'avère cependant restreint dans la mesure où l'escalier est fermé par une grille au niveau de la terrasse-fumoir.

Les contrôleurs ont été notamment à même de constater la frustration des personnes hospitalisées à l'unité 9-2, dont la vue donne directement sur le joli parc fermé de l'unité du rez-de-chaussée (unité 9-1) mais dont l'accès leur est interdit alors qu'il est la plupart du temps totalement déserté.

Cette restriction pour accéder à l'air libre vaut aussi pour les patients des unités ouvertes en dehors des horaires d'ouverture de l'unité d'hospitalisation et de son jardin. Cela constitue une difficulté réelle pour les patients fumeurs (cf. *infra* §. 5.2.1).

## RECOMMANDATION 6

Des espaces extérieurs doivent être accessibles dans toutes les unités afin que les personnes puissent y exercer plus largement leur droit d'accéder à l'air libre.

Dans ses observations en date du 5 mars 2019, l'établissement rappelle que « il y a des espaces extérieurs dans toutes les unités (même fermées) même si le parcours est parfois un peu compliqué » et sollicite des précisions de la part du CGLPL.

Les contrôleurs constatent effectivement l'existence d'espaces extérieurs dans toutes les unités (cf. *supra*), accessibles de façon variable (horaires mais aussi parcours pour y accéder, obligeant parfois à traverser une autre unité que celle dont dépend le patient et l'unité à traverser étant parfois une unité fermée comme le sont les unités de géro-psycho-geriatrie). Ils précisent que la recommandation doit aussi être lue en regard du développement consacré à la possibilité de fumer (cf. *infra* §. 5.2.1), exclue la nuit dans les unités ouvertes, possible la nuit dans les unités fermées disposant d'un fumoir extérieur.

A l'intérieur des unités fermées, comme dans les unités ouvertes, la circulation est libre d'un espace à l'autre.

## 5.2 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT LIMITEES

### 5.2.1 L'accès au tabac

Les patients se procurent le tabac eux-mêmes en se rendant chez le buraliste de Rouffach, chez lequel les patients sous tutelle peuvent payer en bon d'achat (cf. §.3.7 et §.6.3). D'autres patients ne s'y rendent qu'après avoir obtenu une autorisation de sortie. Enfin, les familles sont autorisées à déposer du tabac au sein des unités.

Les patients gardent avec eux leur stock de tabac, dans le placard de leur chambre. Seuls certains patients, pour des motifs économiques en accord avec leur tuteur, ou médicaux, doivent le ranger dans des casiers. Dans l'unité 9-2 par exemple, les modalités d'accès aux cigarettes sont notées sur la porte du casier individuel dans le bureau des soignants.

Hors ces impératifs économiques ou médicaux et hors le règlement intérieur qui interdit de fumer dans les chambres et à l'intérieur des unités, la consommation du tabac n'est pas limitée. Les patients peuvent fumer à l'air libre, soit dans le parc en journée, soit dans le jardin de leur unité à ses horaires d'accès (cf. *supra* §.5.1), soit dans les fumoirs créés dans les unités fermées, situées en étage. Dans l'unité 23-2, le fumoir occupe une terrasse située au bout de l'aile desservant les chambres d'isolement ; dans l'unité 9-2, il s'apparente davantage à une cage grillagée. Certains fumoirs sont équipés d'allume-cigares.





*Fumoir de l'unité 9-2*



*Fumoir de l'unité 23-2 vu de l'extérieur*

Une difficulté existe s'agissant des unités ouvertes, dans lesquelles aucun fumoir n'est prévu ; la consommation du tabac une fois l'unité fermée le soir n'y est possible que dans les jardins, inaccessibles la nuit voire déjà en soirée. Selon les informations recueillies par les contrôleurs dans les unités ouvertes 18-1 et 18-2, il arrive que des patients fument dans leur chambre ; des patients se sont plaints aux contrôleurs de ne pas pouvoir fumer de 23h à 7h (cf. *supra* §.5.1).

Des substituts nicotiniques sont proposés et accessibles.

### 5.2.2 Le port du pyjama

L'établissement n'applique aucun protocole systématique de mise en pyjama en dotation hospitalière lors de l'admission ou lors du placement en chambre d'isolement.

Si un tel pyjama doit être revêtu, ce n'est que sur prescription médicale avec justification d'un risque.

### 5.2.3 L'accès aux chambres

Les patients peuvent accéder librement à leur chambre, sauf parfois pendant les heures de ménage de cet espace.

Des divergences existent selon les unités quant à la possibilité de fermer la porte de sa chambre (cf. §.6.1.2).

Toutes les chambres sont équipées de placards qui ferment à clé, même s'il a été indiqué aux contrôleurs que des clés ne sont pas toujours remplacées en temps utile, comme dans l'unité 23-2. Dans ce cas, les objets de valeur sont entreposés dans un casier individuel fermant à clé au bureau des soignants. Le personnel en garde les clés mais se rend disponible pour faciliter leur accès.

## 5.3 LES MODALITES DE COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR SONT SOUPLES MAIS L'ACCES A INTERNET POURRAIT ETRE DEVELOPPE

### 5.3.1 La circulation du courrier

Il n'existe pas de restriction pour recevoir et envoyer du courrier, qui, en l'absence de boîte à lettres dans les unités, est remis au personnel soignant. Il n'a pas été fait état d'un contrôle du contenu du

courrier. Les timbres sont en vente à la cafétéria. Les courriers aux autorités, comme ceux au JLD, sont affranchis par l'établissement.

En cas de situation sociale complexe, la réception d'un courrier administratif est signalée à l'assistante sociale.

### 5.3.2 L'accès au téléphone et à l'internet

Les téléphones portables sont par principe autorisés, de même que les câbles d'alimentation (sauf dans les unités 21 et 23-2, où les câbles sont conservés dans les bureaux des soins infirmiers). Le règlement intérieur interdit exclusivement le fait de filmer ou photographier d'autres patients.

Les retraits de téléphone portable résultent de contre-indications médicales. Lors de la visite, selon les indications fournies, les patients des quatorze unités pour adultes contrôlées<sup>11</sup> disposaient tous de leur téléphone portable, sauf :

- dans l'unité 18-1, pour un patient sur les vingt présents ;
- dans l'unité 24-1 (géronto-psychiatrie), pour les quatorze patients présents.

Dans toutes les unités, les patients peuvent accéder à un téléphone fixe, généralement installé dans un couloir, sans garantir la confidentialité. Un poste est aussi installé dans le parc, près de la cafétéria.



*Poste téléphonique dans le parc, près de la cafétéria*

Ces postes fonctionnent avec une carte de communications téléphoniques prépayées, que les patients peuvent acheter à la cafétéria. Dans l'unité 21, les contrôleurs ont relevé la présence de postes de téléphone sur les tables de nuit pour transmettre les appels extérieurs reçus au bureau des soins infirmiers de l'unité.

Il n'existe pas de poste informatique relié à internet et mis à la disposition des patients dans les unités. Un tel poste existe à la médiathèque, sous certaines conditions (cf. §.6.5).

Les patients peuvent disposer librement de leur ordinateur personnel ou d'une tablette pendant leur hospitalisation. Un patient utilisait sa tablette dans l'unité 23-2.

---

<sup>11</sup> L'unité Ado'sphère est régie par d'autres règles (cf. §.9.1.2).

Dans la mesure où les patients ont accès à leur téléphone portable ou à des outils numériques et informatiques, il serait opportun de mettre à leur disposition un réseau wifi.

### RECOMMANDATION 7

Les patients doivent pouvoir bénéficier de l'accès à un réseau wifi.

#### 5.3.3 Les visites des familles

Dans l'ensemble des unités, les horaires de visite des familles sont souples, l'après-midi de 14h à 18h.

Lors du contrôle, dans les unités ouvertes, tous les patients pouvaient, par principe, recevoir des visites. Il en était de même dans les unités fermées, sauf un patient dans l'unité 24-2. Selon les informations recueillies dans l'unité 23-2, quand un patient est en crise et est placé en isolement, les visites sont suspendues avant d'être rétablies dès que le patient est autorisé à sortir de l'isolement en séquentiel. La famille en est informée, pour qu'elle ne se déplace pas inutilement. En revanche, dans l'unité 24-2, les informations recueillies font état de visites se déroulant dans la chambre d'isolement.

Dans quelques unités, il existe des locaux dédiés aux visites. Si les patients peuvent sortir de leur unité, la cafétéria les accueille, de même que le parc agrémenté de nombreux bancs.

Dans tous les cas, les visites se déroulent, au choix du patient et de sa famille mais aussi en lien avec la possibilité ou non de sortir de l'unité, dans le jardin de l'unité quand il existe, dans la salle à manger, dans le salon de télévision, dans une salle d'activités ou plus rarement dans les chambres.

Lorsque de jeunes enfants rendent visite à leur parent hospitalisé, un lieu hors de l'unité est mis à disposition.



*La salle de musique servant à l'accueil des familles avec enfants de l'unité 9-2*

## 6. LES CONDITIONS DE VIE

### 6.1 MALGRE LE PROGRAMME DE RENOVATION DES PAVILLONS ENGAGE, LES UNITES MANQUENT DE CHAMBRES INDIVIDUELLES

#### 6.1.1 Les locaux collectifs

Certaines unités (unités 18-1 et 18-2, unités 22-1 et 22-2, 23-1 et 23-2) sont de construction récente ou ont fait l'objet de rénovations lors des dernières années, le personnel ayant été parfois associé lors des phases préparatoires (par exemple, celui de géronto-psychiatrie à l'unité 23-1). Réalisée en 2009, la rénovation des unités 9-1 et 9-2 a été totale avec la réhabilitation d'un ancien bâtiment et la construction d'un bâtiment neuf en extension ; en revanche, l'unité 7-8 n'a connu qu'une rénovation partielle.

L'agrandissement des espaces collectifs et un meilleur éclairage naturel grâce à de larges baies vitrées confèrent un cadre agréable et convivial, comme l'a mentionné un membre du personnel aux contrôleurs : « *L'atmosphère a changé. Il y a moins de bruit, chacun peut y trouver son intimité, le calme gagné est un facteur d'accalmie, nous avons moins d'incidents.* ».



*Salle à manger de l'unité 9-1*

D'autres unités, en revanche, ont des locaux vétustes, particulièrement les unités 24-1 et 24-2 et l'unité 21. Toutefois, des travaux de reconstruction sont prévus pour les premières à l'automne 2019 et la rénovation de l'unité 21 est programmée pour la fin de l'année 2018.

#### 6.1.2 Les chambres

Dans les unités accueillant des patients en soins sans consentement, près de 60 % des lits sont installés dans des chambres doubles. Les lits en chambres individuelles ne sont en nombre majoritaire que dans quatre d'entre elles :

- onze lits sur vingt et un à l'unité 18-1 ;
- quatorze lits sur vingt-deux à l'unité 18-2 ;
- treize lits sur vingt-cinq à l'unité 7-8 ;
- quinze lits sur vingt-cinq à l'unité 24-2.

Cette dernière unité présente donc le paradoxe d'être une des plus vétustes de l'hôpital et d'avoir la plus forte proportion de chambres individuelles (seulement cinq chambres doubles).

Deux unités (23-2 et 13-2) présentent une situation d'équilibre : dix lits en chambre individuelle et cinq chambres doubles pour la première ; douze lits en chambre individuelle et six chambres doubles pour la seconde.

Dans les huit autres unités, dont certaines de construction ou de rénovation pourtant récente, la proportion des lits en chambres individuelles est minoritaire :

- 42 % dans les unités 13-1 et 22-2 ;
- 36 % dans l'unité 22-1 ;
- 33 % dans l'unité 9-1 ;
- 30 % dans l'unité 23-1 ;
- 23 % dans l'unité 9-2 ;
- 22 % dans l'unité 24-1 ;
- 12 % à l'unité 21, dotée de seulement deux chambres individuelles (à côté de sept chambres doubles).

Du fait de manque de chambre individuelle, les patients peuvent se voir contraints à des changements de chambre en fonction des admissions dans l'unité.

Peu d'unités ont équipé leurs chambres de verrous intérieurs afin de se prémunir de toute intrusion (dans l'unité 9-2, la clé de l'armoire permet de fermer la porte de la chambre). Plusieurs patients se sont plaints de vol commis dans les chambres. Seuls les sanitaires disposent d'un verrou intérieur (cf. *infra* §.6.2).

Les unités les plus anciennes, l'unité 24-1 notamment, ont encore des hublots aux portes, ce qui prive les malades de toute intimité.

### RECOMMANDATION 8

Le respect de l'intimité des patients exige que le choix des chambres individuelles soit privilégié dans tous les programmes de construction ou de rénovation des unités.

### RECO PRISE EN COMPTE 1

Les hublots doivent être retirés des portes des chambres qui en sont encore équipées.

Dans ses observations en date du 5 mars 2019, l'établissement rappellent que « seul le pavillon 24 dispose encore de hublots avec occultation sur certaines portes de chambres. Le service va déménager d'ici la fin de l'année [2019] et ce pavillon sera inoccupé ; le problème se réglera lui-même d'ici peu ».

Les chambres sont meublées avec des équipements standards : lits médicalisés, tables, chaises, tables de chevet. Aucune n'est équipée d'un téléviseur, les patients de l'unité 7-8 en chambre individuelle étant toutefois autorisés à y rapporter leur propre poste (quatre au moment du contrôle). Celles des unités les plus récentes ont un dispositif d'appel à la tête du lit. Lors du passage des contrôleurs, quelques chambres doubles manquaient d'une deuxième table, aucune ne comportait un paravent.



*Une chambre individuelle et une chambre double de l'unité 23-2*

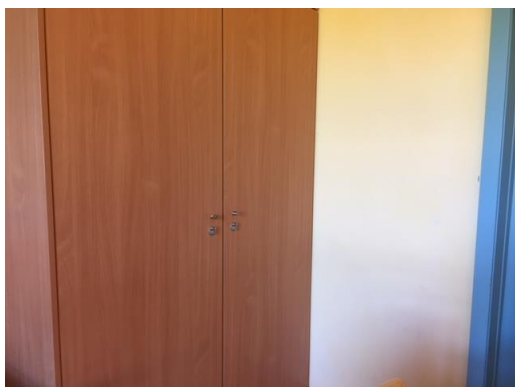
Dans les unités les plus récentes, le patient ne peut en général ouvrir et fermer lui-même la fenêtre et le volet de sa chambre, sauf si une partie de la fenêtre est oscillo-battante. Dans les unités anciennes, le patient peut ouvrir sa fenêtre et fermer son volet (unité 21) ou se faire remettre par le personnel une tige pour actionner son volet.



*Bas de fenêtre ouvrante, barreaudée, et vue depuis une chambre de l'unité 18-2*

Toutes les chambres sont équipées d'un ou de deux placards en bois comprenant des étagères et une penderie, avec une serrure sauf les coffres au-dessus. Comme indiqué précédemment (cf. §.2.1.3), le mobilier est d'apparence hôtelière et non pas hospitalière. Les patients disposent en principe librement de la clé de leur placard sauf pendant le délai de remplacement d'une clé perdue ou en cas d'incapacité de gérer correctement leur placard. Ainsi, à l'unité 24-2, certains placards sont fermés à clé par les soignants pour éviter des changements de vêtements incessants.





### *Placards dans les chambres*

Les contrôleurs ont relevé de manière générale un excellent niveau d'entretien et de propreté des locaux. Le souci de maintenance de la part du personnel a trouvé une illustration sous leurs yeux à l'unité 18-2 avec une intervention du service technique à la suite d'un signalement daté de la veille pour un simple problème de gonds de fenêtre et de porte de placard.

La seule difficulté signalée concerne un problème de température dans les chambres en hiver sur la façade Ouest (selon ce qui a été indiqué aux contrôleurs, des températures ont été relevées à 14°C), qui serait toutefois résolu par l'augmentation du chauffage par les services techniques.

## **6.2 L'ETABLISSEMENT EST ATTENTIF A FOURNIR DE BONNES CONDITIONS D'HYGIENE**

### **6.2.1 Les sanitaires**

Dans toutes les unités, chaque chambre dispose d'un cabinet de toilette équipé d'un verrou intérieur, comprenant douche (parfois avec flexible), WC et lavabo et l'ensemble des équipements requis (miroirs, porte-serviettes, barres d'appui, patères, etc.). Le plus souvent, le lavabo comporte deux vasques dans une chambre double mais certains n'en ont qu'une, comme à l'unité 7-8.

L'ensemble est fonctionnel ; toutefois, les unités les plus anciennes, par exemple l'unité 21, peuvent encore avoir des douches avec marche et des WC séparés à l'intérieur de la chambre.



### *Cabinets de toilette en chambre individuelle dans les unités 23-2 et 9-1*

En outre, chaque unité dispose d'une salle de bains commune avec douche et baignoire.

Partout, les locaux sanitaires, comme l'ensemble des autres locaux des unités, sont apparus très propres. Aucune difficulté n'a été soulevée relativement au ménage. La présence des agents des services hospitaliers (ASH) a été jugée suffisante pour assurer un service de qualité.

### 6.2.2 L'hygiène

Les personnes hospitalisées sont tenues d'apporter à l'hôpital leur nécessaire de toilette, leur linge et leurs effets personnels.

Le CH a toutefois la capacité de leur fournir du linge de toilette (serviettes) ou des produits d'hygiène : shampoing, rasoir, gel douche, savon, peigne, etc. mais pas de brosse à dents dans certaines unités (par exemple dans les unités 7-8, 21-1 et 24-1). Il est, en outre, possible d'acheter quelques produits d'hygiène à la cafétéria.

Les rasoirs électriques sont rangés dans les casiers se trouvant dans les bureaux infirmiers.

Un coiffeur intervient au sein de l'établissement deux jours par semaine. Cette prestation est payante. Dans certaines unités, notamment à l'unité 23-2, un personnel soignant propose de coiffer les patients dans le cadre d'une activité ; de même, une infirmière de l'unité 24-1 offre ses services de manucure.

Le livret d'accueil indique aux personnes hospitalisées qu'il leur appartient de laver ou de faire laver leur linge personnel, auquel le règlement intérieur ajoute une recommandation, le marquage du linge, doublée d'une injonction : « à défaut, il sera systématiquement marqué par l'unité de soins ». Le même document prévoit la possibilité « à titre exceptionnel » du nettoyage du linge personnel (« lavable à 30° au moins ») par la blanchisserie du CH, qui « ne pourra être tenue comme responsable de l'altération de ses effets. »

De fait, l'entretien du linge incombe principalement aux familles, lorsqu'elles sont présentes, ou bien aux patients eux-mêmes ; un cadre de santé a estimé que deux patients sur trois dans son unité étaient ainsi assistés par leurs proches. L'entretien du linge par les patients s'effectue, si besoin avec de la lessive fournie gratuitement par le CH, dans le cabinet de toilette de leur chambre ; quelques rares unités sont dotées d'un lave-linge et d'un sèche-linge (par exemple, les unités 7-8 et 22-1, uniquement pour les urgences dans cette dernière). Des étendoirs sont disponibles dans les unités.

En dernier recours, le lavage d'un filet de linge est possible à la blanchisserie. L'opération prend en moyenne une semaine, d'une part, en raison de l'étiquetage obligatoire du linge au nom du patient, d'autre part, du fait du délai entre la remise et la récupération jamais inférieur à trois jours. Pour y répondre mais aussi pour faire face aux besoins des personnes démunies, les unités sont toutes dotées d'un vestiaire de dépannage, constitué de vêtements provenant de dons du personnel ou de proches. Les patients ont la possibilité de choisir les vêtements en stock.

Aucune difficulté n'a été signalée à propos du linge plat fourni par l'hôpital. Le personnel soignant des unités n'a pas non plus fait connaître de cas de rupture d'approvisionnement, de draps et de serviettes notamment.

## 6.3 LES BIENS ET VALEURS QUE LES PATIENTS CONFIENT A L'HOPITAL FONT L'OBJET D'UNE GESTION EFFICACE AVEC TOUTEFOIS DES DIFFERENCES INJUSTIFIEES ENTRE UNITES

A son arrivée à l'hôpital, il est proposé au patient de déposer à la trésorerie de l'établissement son argent (argent liquide, carte bancaire, chéquier) et ses objets de valeur (bijoux) après inventaire. En cas de refus de sa part, il est tenu de signer un document attestant avoir été informé des risques encourus et déchargeant le CH de toute responsabilité en cas de vol, perte ou détérioration. En



dehors des heures d'ouverture de la trésorerie, le bureau des soins infirmiers (BSI) entrepose les dépôts dans un coffre jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Le dépôt est réalisé par le patient lui-même ou par le personnel, si son état clinique ne lui permet pas d'y procéder conformément aux dispositions de l'article L1113-3 du code de la santé publique. Le protocole en vigueur fixant les modalités de prise en charge de l'argent et des valeurs date de février 2017.

Le livret d'accueil mentionne ces procédures d'inventaire et de dépôt. Une rubrique intitulée « *Votre argent* » indique la position de la trésorerie de l'établissement, située au rez-de-chaussée du bâtiment administratif et ses heures d'ouverture au public, du lundi au jeudi de 8h à 12h et de 14h à 16h, le vendredi de 8h à 12h. Au moment du contrôle, les horaires du guichet différaient le matin : entre 8h30 et 12h du lundi au mercredi, de 9h à 12h le jeudi et de 8h30 à 11h30 le vendredi. Certaines personnes se sont plaintes auprès des contrôleurs de la fermeture du service entre le vendredi midi et le lundi matin.

Pendant ces créneaux horaires, le patient se rend, seul ou accompagné d'un soignant de son unité, à la trésorerie pour effectuer un retrait de tout ou partie de son argent liquide de même que ses autres moyens de paiement. Certaines unités, par exemple l'unité 23-2, proposent aux patients ne pouvant se déplacer à la trésorerie de le faire à leur place : un soignant de l'unité présente à l'agent de la trésorerie la demande signée du patient et un document d'identité de ce dernier ; le soignant remet ensuite son argent au patient en présence d'un témoin. D'autres unités, par exemple l'unité 21, ne procède pas à ce type de gestion d'argent par le personnel.

#### RECOMMANDATION 9

L'hôpital doit élaborer une politique globale de retrait d'argent des patients pour rendre plus cohérentes les pratiques constatées dans les unités.

La procédure est différente pour le patient sous mesure de protection juridique, selon qu'il est suivi par un mandataire judiciaire appartenant au service de gestion des biens des majeurs protégés du CH ou bien par un organisme de tutelle extérieur ou un mandataire privé. Dans le premier cas, saisi par le cadre de l'unité, le gérant de tutelle adresse au patient un bon de retrait d'argent, que ce dernier présente le mercredi suivant à la trésorerie ; dans le second cas, le patient doit s'adresser à l'assistante sociale de son unité, qui sollicitera auprès de son tuteur un bon de retrait d'argent.

Toutes les unités sont dotées dans leur bureau infirmier de coffres individuels où les patients peuvent entreposer des objets personnels qu'ils ne souhaitent pas conserver dans le placard de leur chambre (papiers d'identité, argent) ou qui leur ont été retirés pour des questions de sécurité (couteaux, rasoirs) ou de gestion en raison de leur état clinique (tabac, briquets). Aucune difficulté n'a été constatée ni signalée concernant l'accès des patients à leur coffre.

#### 6.4 LES REPAS SERVIS EN SALLE A MANGER SONT APPRECIÉS PAR LES PATIENTS

Les repas des patients sont préparés dans la cuisine centrale de l'hôpital, dont la production est également servie dans les structures extra hospitalières dépendant du CH mais aussi auprès de clients extérieurs : en 2017, pour un total 617 710 repas produits, 238 498 l'ont été pour les unités de soins. Le CH dispose, en outre, d'une boulangerie, qui assure une production de pains, de petits pains sandwich et de viennoiseries.

Les menus sont établis par le chef de restauration et le service diététique qui élaborent également des régimes spéciaux sur prescription médicale et en prenant en compte les interdits religieux. Les aversions de chacun peuvent aussi prises en considération. Les repas sont préparés suivant le principe de la liaison chaude. Les soignants rencontrés ont tous indiqué aux contrôleurs que les régimes alimentaires spécifiques étaient rapidement pris en compte ; les patients se sont montrés plutôt satisfaits de la qualité et de la quantité des plats.

Les repas sont directement acheminés de la cuisine centrale aux différentes unités avant le service du midi et du soir. Les horaires sont en principe fixes mais diffèrent selon les unités, la livraison de l'ensemble des unités prenant près d'une heure entre la première et la dernière livrée. Le livret d'accueil et le règlement intérieur ne donnent pas exactement les mêmes informations sur ce point : déjeuner entre 11h30 et 12h30 (livret d'accueil) ou 13h (règlement intérieur), dîner à 18h (règlement intérieur) ou à 18h30 (livret d'accueil). A titre d'exemples, au moment du contrôle, le déjeuner était servi à 12h30 dans les unités 9-2, 18-1 et 18-2 mais entre 11h30 et midi à l'unité 21 ; le dîner était généralement servi aux alentours de 18h30 : « *C'est beaucoup trop tôt* », s'est plaint un patient.

Selon les unités, le petit déjeuner est servi entre 7h30 et 8h30. Dans la plupart des unités, des boissons voire un goûter sont proposés autour de 16h, de même qu'une tisane en soirée.

Toutes les unités disposent d'une salle à manger. La configuration et l'état des salles à manger sont hétérogènes, plus lumineuses et fonctionnelles dans les unités les plus récentes, avec un aspect plus défraîchi dans les unités les plus anciennes. Les patients y prennent leur repas en commun, sauf si une prescription médicale prévoit un service en chambre. S'ils sont autorisés à des sorties séquentielles, les patients en chambre d'isolement partagent également les repas dans la salle à manger.

Les places ne sont pas attribuées à l'avance mais les mêmes patients se retrouvent toujours aux mêmes tables.

Le service se fait sur plateau individuel avec des couverts en métal et des verres en verre (sauf en chambre d'isolement). Dans les unités de géro-psycho-geriatrie, certains patients sont très assistés par le personnel pour prendre leur repas.

Parfois, les patients participent à la préparation et au rangement de la salle, débarrassent la table et font la vaisselle. Ceux de l'unité 21 sont inscrits sur un tableau affiché au mur dans un tour de service désignant deux personnes par jour « de petit ménage ».

Les repas thérapeutiques, associant patients et soignants, sont plutôt rares ; en revanche, des repas en commun ont lieu dans le cadre des activités thérapeutiques autour de la cuisine.

## 6.5 LES ACTIVITES AU SEIN DES UNITES SONT INSUFFISANTES

Les activités proposées le sont principalement sur prescription médicale, dans un cadre thérapeutique, organisées par les « activistes » (unité d'activités thérapeutiques (UAT), cf. §.7.4).

Au sein des unités, les activités occupationnelles sont, en revanche, peu développées. Lors de la visite des contrôleurs, les salles d'activités ont été vues, le plus souvent, vides de toute personne. Aucun argument d'ordre budgétaire n'a été avancé pour justifier cette situation. Il est apparu aux contrôleurs que l'organisation d'activités dépendait des initiatives prises par certains soignants et cadres. Un patient rencontré leur a dit combien les activités avec les soignants amélioreraient la convivialité et l'animation au sein de l'unité.

Dans ce contexte, la télévision est le premier dérivatif à l'ennui quotidien. Chaque unité est dotée d'un à deux salons de télévision, l'écran se trouvant parfois dans la salle à manger. Les patients disposent de la télécommande et choisissent leur programme. L'heure de coupure en fin de soirée est en général celle de la fin du programme. La présence de postes de télévision personnels en chambre est rare (cf. *supra* § 6.1.2). Les unités sont aussi dotées de lecteurs de DVD.

Les autres activités proposées au sein des unités sont ordinaires : jeux de cartes et jeux de société (parfois rangés sous clé donc pas directement disponibles), livres et revues mis à disposition dans certaines unités (qui proviennent de dons à l'unité 21), quelques baby-foot (à l'unité 9-2, la seule balle disponible est à demander aux soignants), ping-pong, etc. D'autres sont aussi organisées autour de la cuisine, des travaux manuels ainsi que des exercices propres aux personnes âgées (gymnastique douce, atelier « mémoire », pâtisserie, chants, tricot).

Les jardins des unités servent aussi de cadre aux activités : on y déjeune en commun et on y jardine (unité 23-1), on s'occupe d'un chat (unité 21).

Au total, l'offre est assez limitée pour les patients, situation dont se sont plaints ceux qui sortent peu en raison de leur statut de soins sans consentement ou de leur mobilité réduite.

### PROPOSITION 3

L'offre d'activités occupationnelles au sein des unités doit être renforcée.

Pour échapper à l'ennui, le patient doit pouvoir sortir de son unité : les patients libres d'aller et venir peuvent profiter des vastes espaces verts du parc, d'une superficie de 23 hectares, remarquablement entretenus.

En revanche, les sorties des patients nécessitant un accompagnement dépendent de la disponibilité du personnel. L'unité 23-2 organise chaque jour une sortie collective (en général, cinq patients au maximum pour un soignant), permettant à toute personne de sortir une fois par jour de l'unité. La promenade dans le parc dure, en général, entre une demi-heure et une heure et demie. Dans les unités de géronto-psychiatrie surtout, de nombreux patients sortent très peu souvent de leur unité. La cafétéria « Le Tremplin » est accessible tous les après-midis jusqu'à 17h30 (cf. §.7.4).



*Cafétéria Le Tremplin, en arrière-plan*

La médiathèque, située au pavillon 36, est ouverte tous les matins et deux après-midi par semaine (jusqu'à 16h) mais reste fermée le week-end. L'unité (fermée) 23-2 organise une sortie

hebdomadaire à la médiathèque. Deux animateurs reçoivent les patients, seuls ou accompagnés, dans une salle agréable et conviviale, comprenant des espaces lecture, musique et multimédia.

Elle met gratuitement à leur disposition des livres (4 000 ouvrages référencés, dont une collection en gros caractères), des revues (huit abonnements), des bandes dessinées, des CD musicaux, des films en DVD, grâce à un partenariat avec la médiathèque départementale qui permet la mise en circulation, chaque année, de 200 nouveaux livres (livraison en deux fois). Il est possible de les consulter sur place ou de les emprunter (directement ou par l'intermédiaire du personnel), à raison de deux livres pour quinze jours ou d'un DVD pendant 24 heures. La vigilance du personnel soignant dans les unités permet à la médiathèque de récupérer la quasi-totalité des emprunts, ce qui évite le remboursement des pertes à la médiathèque départementale sur le modeste budget (600 euros, hors abonnements) alloué chaque année à la médiathèque du CH.

Trois postes informatiques sont mis à disposition des patients ayant signé une charte d'utilisateur. Un accès contrôlé à internet est possible mais pas aux réseaux sociaux.

Grâce à sa participation au dispositif « Culture et Santé » et au réseau culturel local, la médiathèque offre enfin diverses animations (lecture de contes, micro-concerts pour les plus récentes) aux patients pris en charge dans les structures intra et extra hospitalières du CH.

## 6.6 LA SEXUALITE FAIT L'OBJET D'UNE REFLEXION INSUFFISANTE DE L'INSTITUTION

La sexualité des patients est moins abordée sur un plan institutionnel – il n'existe ni règles ni démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) relatives à la question – que sous un angle éthique. L'« espace local de réflexion éthique » a en effet consacré neuf réunions entre 2005 (année de la création de cette instance) et 2013 à la problématique de la sexualité, les procès-verbaux attestant de la diversité des approches de la question : « *le patient porteur du VIH ou MST* », « *la consentement des adultes handicapés mentaux dans l'incapacité de s'exprimer sur le sujet* », « *la sexualité en hôpital psychiatrique : exposé d'un cas concret* », « *la question de la sexualité en psychiatrie, au FAM et à la MAS* », « *journée d'étude "Formation sexualité des patients et résidents" du 21 mai 2013* ». En revanche, depuis cette date, aucune réunion de l'espace local de réflexion éthique ne semble avoir porté sur ce thème.

Des échanges des contrôleurs avec les professionnels exerçant au sein des unités, il ressort que la question de la sexualité n'est pas considérée comme un sujet tabou et qu'elle ne donne lieu à aucun interdit de principe : « *par principe, on ne sépare pas de leur chambre deux personnes occupant ensemble une chambre double et dont on sait qu'elles ont des relations sexuelles* ». Les réponses apportées sont classiques en termes de vigilance (s'agissant notamment de la vulnérabilité de certains patients), de vérification du consentement (« *on en informe le tuteur* ») et de prévention (préservatifs et contraception). La réflexion collective est différente entre les unités selon qu'elles accueillent des patients pour de courts ou de longs séjours.

Les soignants ont dit adapter leur positionnement, au cas par cas, soucieux notamment des patients dont les états maniaques font alterner des périodes de passages à l'acte et des périodes de prise de conscience. Leur attitude peut être induite de la configuration des unités où ils exercent, certaines se caractérisant par une majorité de chambres doubles (jamais occupées de façon mixte) dans lesquelles il n'est pas possible de s'isoler par une fermeture à clé de la porte. Lorsqu'il est possible d'anticiper, les équipes échangent en réunion de synthèse sur l'opportunité de certaines mesures préventives, par exemple le placement en chambre individuelle d'un patient très actif. Le personnel de nuit est apparu attentif à ce que les patients ne circulent pas entre les chambres. Les unités disposent de préservatifs, qui se trouvent aussi en vente à la cafétéria.

Une unité, l'unité 9-2, a une approche particulière de la sexualité, intégrée comme un élément de soin. Le questionnaire du centre de ressource pour les auteurs de violences sexuelles (CRAVS) y est utilisé et la psychiatre de l'unité, elle-même formée à la thérapie de couple et à la Gestalt thérapie<sup>12</sup>, mobilise des ressources en thérapie familiale : une thérapeute comportementale peut intervenir, une psychologue fait des bilans et un intervenant d'un foyer (Guebwiller) – connu pour sa bienveillance vis-à-vis de la sexualité des patients – va prochainement éclairer l'équipe.

#### RECOMMANDATION 10

Une réflexion institutionnelle devrait être conduite sur toutes les questions relatives à la sexualité des patients.

---

<sup>12</sup> « La Gestalt-thérapie, parfois appelée Gestalt, est à la fois une approche thérapeutique, un corpus de concepts et un ensemble de pratiques visant un changement personnel, psychosocial et organisationnel. Cette approche thérapeutique est centrée sur l'interaction constante de l'être humain avec son environnement » (Source : Wikipédia).

## 7. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES

### 7.1 L'ETABLISSEMENT INTERVIENT DANS LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE EN URGENCE AFIN DE MAITRISER LE PROCESSUS D'ADMISSION

Le CH de Rouffach ne disposant pas d'une autorisation d'accueil des urgences, les personnes peuvent se présenter aux urgences des hôpitaux généraux de Colmar et de Mulhouse. Comme indiqué précédemment (cf. §.2.1.2), le CH de Rouffach est présent aux urgences de Mulhouse par l'intermédiaire de psychiatres, aux urgences de Colmar par l'intermédiaire d'infirmiers. Des protocoles existent avec ces deux centres hospitaliers. Dans ce cas, l'examen somatique est effectué avant l'admission au CH de Rouffach. Selon les données du recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIMP)<sup>13</sup>, la file active pour laquelle le CH de Rouffach a effectué une prise en charge est passée de 1 143 en 2016 à 1 220 patients en 2017.

De manière générale, tous les pôles attribuent à leurs dispositifs extra hospitaliers – CATTP et CMP, appartements thérapeutiques, hôpitaux de jour, centre de ressource autisme – un rôle pivot dans l'orientation des patients vers la prise en charge la plus adaptée. Ces réponses de proximité tentent d'éviter l'hospitalisation et le recours aux mesures de soins sans consentement. Chaque pôle intègre pleinement le réseau extra hospitalier et médico-social dans son projet médical et ses modalités d'organisation de la prise en charge. Les médecins exercent tous ou presque à la fois sur l'intra et l'extra hospitalier.

L'hôpital lui-même peut se rendre auprès des patients, sur leur lieu de vie, en semaine et aux heures ouvrables, par l'intervention d'équipes mobiles chargées d'une évaluation (unités mobiles d'évaluation et de soins psychiatriques, UMES).

Parallèlement, les personnes peuvent se présenter dans l'un des trois points d'accueil et d'orientation (PAO) des pôles 2/3, LTD et 8/9 du lundi au vendredi, soit d'elles-mêmes soit adressées par leur médecin. Elles sont accueillies par un médecin de garde et un soignant d'une unité du pôle, qui évaluent la nécessité d'une hospitalisation.

**Depuis la mi-septembre 2018, les personnes en souffrance psychique peuvent se présenter au CESAME (cf. §.2.1.3).** Pour éviter les entrées dans le système de soin *via* les urgences psychiatriques et l'hospitalisation complète, et pour octroyer aux médecins généralistes un lieu d'adressage dédié, le CH de Rouffach participe avec le GH de la région de Mulhouse et Sud-Alsace à un dispositif interpolaire consistant **en une permanence d'accueil infirmier 24h/24 et 7j/7, sur place et par téléphone, avec des consultations médicales non programmées cinq jours sur sept.** Il peut accueillir sur une courte durée (moins de 24h) des patients en recherche d'écoute et d'apaisement et prendre en charge des patients en situation de crise (sous forme d'une hospitalisation inférieure à 72h), en vue de diminuer les hospitalisations inadaptées ou inadéquates dans les services de psychiatrie. Il complète particulièrement l'offre spécialisée la nuit et les fins de semaine.

---

<sup>13</sup> Rapports d'activité 2016 et 2017.



### BONNE PRATIQUE 3

Un dispositif spécialisé en psychiatrie, ouvert 24h/24, mixant offre ambulatoire et hospitalisation courte, a été mis en place à Mulhouse (Haut-Rhin).

Dans tous ces cas, une évaluation psychiatrique a lieu avant l'hospitalisation afin d'en déterminer son bien-fondé.

L'établissement compte aussi « *développer les liens avec les professionnels de santé exerçant en ville pour favoriser leur association à la prise en charge des malades* »<sup>14</sup>, ainsi que l'usage de l'imagerie et de la vidéo pour limiter le recours à l'hospitalisation en urgence en effectuant l'évaluation à distance, antérieurement à l'hospitalisation.

Toutes ces modalités d'intervention sont susceptibles de concourir à l'hospitalisation directe des patients dans le service de psychiatrie adapté, à la préparation des hospitalisations, à la diminution des hospitalisations *via* les services d'urgence, au consentement au soin.

Finalement, seuls certains soins sans consentement non programmés arrivent directement sans qu'une évaluation préalable psychiatrique n'ait été faite : par exemple le cas d'un patient placé en soin sans consentement lors d'une garde à vue, comme lors de la semaine de présence du CGLPL. La personne, conduite dans la nuit par les gendarmes, a été placée dans une chambre d'isolement jusqu'à évaluation médicale le lendemain matin puis sortie de l'isolement en quelques heures.

Une fois admis en urgence au sein du CH de Rouffach, le patient bénéficie d'un entretien avec un psychiatre dans les heures qui suivent et toujours dans les vingt-quatre heures. S'il est examiné par un interne, le praticien senior vient secondairement valider les décisions médicales prises. Une fiche remplie par le praticien intitulée « *observations médicales d'admission* » est remplie par le praticien et intègre le dossier médical ; cette fiche comprend l'ensemble des éléments psychiatriques et somatiques nécessaires à la prise en charge. Une liste de toutes les tâches à accomplir, est également renseignée par l'infirmier qui accueille le patient. Cette liste est exhaustive et impose que toutes les cases soient cochées par le soignant. Elle comprend par exemple la présentation du service, l'information sur le livret d'accueil à consulter en salle d'attente, l'inventaire, la personne de confiance.

### BONNE PRATIQUE 4

L'établissement a mis en place, dans une démarche de qualité des soins, une liste exhaustive de tâches à accomplir lors de l'admission d'un patient.

## 7.2 LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE EST ORGANISEE DANS LA COLLEGIALITE ET LA PRISE EN COMPTE DES PARCOURS DE SOINS

### 7.2.1 Le projet d'établissement et le projet médical

Le projet d'établissement 2016-2020 décline la stratégie de l'établissement de manière opérationnelle et comporte les projets médicaux de chacun des pôles.

Un projet médical compilant ces projets a été établi en 2016 dans le cadre de l'intégration de l'établissement au groupement hospitalier de territoire (GHT) de Mulhouse (cf. §.2.1.2). La qualité

<sup>14</sup> Projet d'établissement 2016-2020, page 12.

des projets médicaux et leur précision dans la manière avec laquelle les équipes souhaitent prendre en charge les patients dans leurs diversités cliniques et sociologiques, créent pour l'établissement une richesse d'approches mutualisées au sein de la commission médicale d'établissement (CME) qui se réunit trois fois par an.

Les contrôleurs notent que les droits des patients sont sérieusement pris en compte dans ce projet, de même que la prévention des violences grâce à l'humanisation de la prise en charge par un personnel en nombre suffisant et formé. Seule la partie relative aux soins somatiques se base sur l'existant et l'histoire de chaque pôle, ce qui restreint une organisation imaginée à l'échelle interpolaire, alors même que l'accès aux soins somatiques constitue la faiblesse de l'établissement (cf. §.7.3).

Un espace de réflexion éthique au sein duquel sont présents les chefs de pôle et des membres de la CME a abordé de nombreux thèmes, dont celui de l'isolement et de la contention. Des comptes rendus sont établis.

### 7.2.2 La prise en charge psychiatrique

Les pratiques sont assez diversifiées d'un service à l'autre et les savoir-faire spécifiques à certains services sont partagés autour du collège médical. La prise en charge dans tous les services est conséquente et les équipes soignantes et médicales sont mobilisées pour apporter aux patients une prise en charge bienveillante.

Tous les praticiens et soignants utilisent le logiciel Cariatides.

Le patient est reçu en consultation au moins une fois par semaine par le psychiatre, régulièrement plus souvent, et tous les jours s'il est en chambre d'isolement, cela dans toutes les unités de l'établissement. Ces entretiens s'effectuent avec un infirmier voire un aide-soignant en cas d'indisponibilité de l'infirmier. Les traitements sont ainsi régulièrement revus et ajustés.

Cet accès au psychiatre est cependant variable selon les unités : si certaines bénéficient de la présence d'un psychiatre matin et après-midi du lundi au vendredi (unités 23-2, 9.2), d'autres n'ont pas de psychiatre présent dans l'unité la moitié du temps (unités 23-1, 18-1, 18-2, 9-1, 22-1, 7-8). Cette absence est parfois compensée par un gériatre lorsqu'il s'agit d'une unité de géronto-psychiatrie, ou par un interne lorsqu'il y en a un. Certaines situations sont liées à un poste provisoirement vacant (unité 23-1). L'établissement doit néanmoins veiller à garantir la continuité de la présence médicale en semaine comme les nuit et fins de semaine, de manière formalisée.

L'unité 24-1 du pôle 8/9 est médicalisée par une gériatre et aucun psychiatre n'y est affecté. Le praticien doit donc faire valider ses décisions médicales de psychiatrie par une réunion médicale de pôle qui a lieu tous les matins de 8h à 9h avec les cadres. Par ailleurs, ce gériatre est aussi le seul médecin qui assure les soins somatiques des quatre unités du pôle (cf. § 7.3).

Des entretiens infirmiers de même que des entretiens avec des psychologues sont partout proposés. Les unités disposent à cet effet de bureaux de consultation.

Certaines unités ont mis en place un système d'IDE référent (unité 7-8 par exemple).

L'appui des infirmiers des UAT, la présence de trois infirmiers chaque demi-journée dans les unités ouvertes, week-end compris sauf exceptions, et quatre infirmiers lorsque l'unité est fermée, permettent la mise en œuvre du projet médical dans l'ensemble des composantes de la prise en charge et la réalisation des entretiens infirmiers, des consultations, des activités, des sorties et préparation à la sortie, la surveillance et la gestion des violences. Les effectifs sont augmentés les jours de présentation au JLD et parfois les jours des réunions cliniques pour permettre un



fonctionnement permanent des services de soins ou certains jours fixes de la semaine pour le développement d'activités spécifiques (unités 23-1 et 23-2).

Un personnel infirmier est, dans certaines unités, spécialement affecté à la surveillance des chambres d'isolement.

Toutefois, le week-end, deux unités n'ont que cinq soignants inscrits au planning quotidien (au lieu de six) et l'unité 23-2 ne dispose pas des quatre soignants par demi-journée. Un projet, de nature à humaniser les soins conformément à la politique affichée par l'établissement, prévoit de renforcer l'effectif des samedis et dimanches pour permettre la même qualité des soins.

Seules quelques unités, comme l'unité 21, ont mis en place des réunions soignants-soignés. Cette réunion est cependant surtout destinée à programmer les activités de la semaine suivante mais concerne peu les modalités générales de prises en charge. Les groupes de parole ne sont pas développés.

Toutes les unités ont mis en place des réunions cliniques et de synthèse, à un rythme hebdomadaire et toujours avec l'ensemble des soignants et intervenants participant au soin : psychiatres, infirmiers, assistantes sociales, psychologues, médecins généralistes, ergothérapeutes, infirmiers de l'unité des activités thérapeutiques (UAT) et même des représentants des CMP (unité 23-2). Ces réunions cliniques permettent l'élaboration des projets de soins individualisés. Un service l'organise à 12h30 pour permettre aux équipes du matin et de l'après-midi d'y participer.

Outre ces réunions cliniques, les soignants sont régulièrement conviés à des réunions de pôle, et les chefs de pôle le sont à des réunions mensuelles.

Des séances de supervision sont rapportées comme étant proposées tous les mois à l'unité 7-8, effectuées par un psychologue de l'établissement mais non de l'unité, collectives, sur la base d'études de cas cliniques. Les autres unités disent ne pas bénéficier de supervision (pôle 8/9) ; ailleurs elles sont dites possibles sur demande mais n'auraient pas été nécessaires depuis quelque temps.

Cependant, une véritable supervision touchant aux mécanismes de transferts et contre-transferts dans les relations soignants-soignés ne peut être abordée qu'individuellement. La possibilité doit être offerte par l'institution de ce type d'accompagnement pour l'ensemble des agents au contact direct avec les personnes hospitalisées.

L'analyse des plannings des derniers mois montre que les cadres de santé parviennent à maintenir un nombre constant de soignants auprès de patients toute l'année, par lissage des congés annuels et rappel de personnel lors de congés maladie imprévus.

Les familles et proches de la personne hospitalisée qui le souhaitent peuvent être reçus par le médecin psychiatre. Une attention particulière est portée sur le respect des choix du patient dans la communication avec ses proches.

Le libre choix du médecin est limité par le nombre de médecins au sein des unités. L'établissement pourrait développer les possibilités de dérogation sectorielle pour élargir le spectre des psychiatres traitants lorsqu'un patient exprime la volonté de changer de médecin.

### 7.2.3 L'accès aux traitements

Alimenté par la pharmacie centrale, le circuit du médicament est particulièrement sécurisé grâce à la confection de piluliers de manière automatisée, par prise et par patient sous emballage plastique transparent thermoformé. Les piluliers sont ainsi livrés dans les unités et les infirmières effectuent la vérification au regard de l'ordonnance à chaque dispensation. Cette automatisation permet

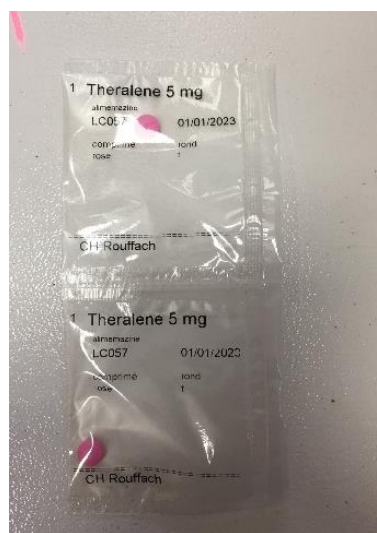
incontestablement de libérer du temps infirmier dans les services, auparavant consacré à la confection des piluliers, au profit d'un temps soignant auprès des patients.

### BONNE PRATIQUE 5

L'automatisation de la confection des piluliers a permis de libérer du temps infirmier au profit de la présence auprès des patients.



*Automate de la pharmacie*



*Sachet comportant les médicaments*

La dispensation est assurée individuellement en salle de soins ou de pharmacie, de manière confidentielle et avec un échange sur la thérapeutique dans les unités 7-8, 9-2, 22-1.

Dans d'autres unités (18-1, 18-2), les médicaments sont distribués aux patients lors des repas, dans la salle à manger, à la vue des autres patients.

La distribution du médicament étant un soin essentiel dans la prise en charge du patient, elle peut être un moment de dialogue entre la personne soignée et le soignant.

### PROPOSITION 4

Les modalités de distribution des médicaments doivent respecter dans toutes les unités la confidentialité des soins et permettre un échange sur la thérapie.

L'établissement propose également la sismothérapie mais en collaboration avec les hôpitaux civils de Colmar et non sur site. En première intention et en alternative à la sismothérapie<sup>15</sup> pour certaines indications, un service propose la stimulation magnétique transcrânienne<sup>16</sup> sur le site même de Rouffach. Le consentement du patient en SSC est recueilli.

<sup>15</sup> « L'électroconvulsivothérapie (ECT) ou sismothérapie vise à traiter les phases aiguës de certaines pathologies mentales. Elle consiste à provoquer une crise d'épilepsie chez le patient au moyen d'un courant électrique à administration transcrânienne, sous anesthésie générale. » (Source : Psycom, mot-clé « Electroconvulsivothérapie (ECT) », 28 mai 2015)

<sup>16</sup> « La stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS) est un outil thérapeutique récent en psychiatrie, non invasif et avec peu d'effets secondaires notamment cognitifs. Son principe repose sur la stimulation des réseaux corticaux

Les prises de sang sont effectuées par les infirmières de l'établissement, puis traitées par le groupe hospitalier (GH) de Mulhouse. Les résultats arrivent rapidement directement par voie électronique sur le logiciel Cariatides.

#### 7.2.4 Le prolongement des prises en charge

Tous les services disposent d'un temps d'assistante sociale permettant de faire le lien avec l'extérieur et les mandataires judiciaires et de préparer la sortie.

Quelques patients relèvent d'une maison d'accueil spécialisée (MAS) ou d'un foyer d'accueil médicalisé (FAM) mais actuellement aucune place n'est disponible. Ces patients sont particulièrement présents dans les unités de géro-psycho-geriatrie : dans l'une d'elles, neuf patients sur les douze présents sont ainsi en attente de place ou en hospitalisation transitoire depuis un établissement médico-social pour une phase de stabilisation. Les soignants rapportent également le problème du coût de certains établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes qui empêche leur prise en charge.

Des prolongements aux prises en charge somatiques engagées pendant le séjour hospitalier sont recherchés afin que les patients puissent continuer leurs soins une fois sortis de l'établissement. De la même façon, les psychologues continuent à recevoir les patients après leur sortie de certaines unités.

L'établissement organise des journées découvertes des hôpitaux de jour en préparation à la sortie.

Il a également mis en place un « *case management de transition* » (cf. § 2.1.3), dispositif rattaché au pôle 2/3. Composé d'infirmiers et d'un médecin psychiatre, il accompagne la sortie dix jours avant et trente jours après. Les buts poursuivis sont de pérenniser les progrès cliniques obtenus, de prévenir la rechute, d'aider à la réinscription dans un réseau de prise en charge, de favoriser la continuité des soins. La demande de suivi est faite par l'équipe intra hospitalière lors des réunions cliniques hebdomadaires. Il s'initie durant l'hospitalisation en identifiant les besoins, en mobilisant les ressources et en soutenant le patient dans l'élaboration de son projet de sortie ; durant le mois qui suit l'hospitalisation, il consiste en un accompagnement dans le réseau, une facilitation de la transmission des informations, un soutien dans la réalisation de son projet, une intervention en psychoéducation et un passage de relais aux membres du réseau.

Enfin, l'association de santé mentale appelée « Le Tremplin » qui gère la cafétéria du CH, propose un dispositif « bail tremplin » pour accompagner la réhabilitation des patients par l'accès au logement et pour faciliter l'intégration dans la cité. Ce système de bail glissant bénéficie d'une subvention de la direction départementale de la cohésion sociale pour dix baux, pour une durée de six mois. Sur dix baux pris en charge, huit ont déjà été repris par les patients.

---

par l'intermédiaire d'un champ magnétique appliqué sur le crâne. » Stimulation magnétique transcrânienne : une revue actuelle de la clinique et de ses implications en psychiatrie, Christophe Reintjens, Dominique Januel, in L'information psychiatrique, 2008/8, volume 84, pages 741 à 751.

La rTMS ne nécessite pas d'anesthésie du patient.

## BONNE PRATIQUE 6

La préparation à la sortie et la prévention des rechutes sont particulièrement prises en compte à travers des outils comme les journées découvertes d'hôpitaux de jour, le « bail tremplin » ou encore le dispositif spécifique « case management de transition ».

### 7.3 L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES EST INSUFFISANT

L'accès au médecin somaticien est organisé par pôle et en lien avec l'historique des services et les modes d'exercice des praticiens. Les contrôleurs relèvent que :

- les services recevant des personnes âgées comprennent souvent des gériatres en charge de la prise en charge somatique ;
- dans le pôle 2/3, l'accès aux soins somatiques est réalisé par un mi-temps dans chacune des unités, par un généraliste et deux gériatres ;
- dans le pôle 4/5, chaque unité dispose de 0,5 ETP de somaticien, gériatre pour les unités 9-1 et 9-2, généraliste pour les unités 18-1 et 18-2 ;
- dans le pôle 8/9, un gériatre assure à la fois la médicalisation d'un service de psychiatrie du sujet âgé et les soins somatiques des trois autres ; 1 ETP de somaticien serait vacant.

La demande de consultation somatique peut émaner du médecin psychiatre ou directement du patient. Les médecins généralistes assistent aux réunions de synthèses cliniques. Ils vont examiner les patients présents en chambre d'isolement ; ce sont cependant parfois les gériatres qui le font, y compris pour les patients ne relevant pas de la spécialité de gériatrie. Un des médecins généralistes est actuellement chargé d'organiser la coordination de la ressource en somaticiens.

Les gériatres et médecins généralistes organisent, le cas échéant, les rendez-vous avec d'autres spécialistes nécessaires, dans les centres hospitaliers de la région en fonction des spécialités, sans rapporter de difficulté d'accès. Les rendez-vous de cardiologie, dermatologie et urologie sont pris par exemple aux hôpitaux civils de Colmar. Les radiographies et échographies sont réalisées au CH de Guebwiller (deux navettes par semaine).

Lorsqu'un patient en SSC au CH de Rouffach fait l'objet d'une hospitalisation à l'hôpital général dans un service de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), il est surveillé en principe par des soignants de Rouffach pendant toute la durée de son séjour, sauf à ce que la mesure de SSC soit levée. Selon les interrogations exprimées aux contrôleurs, cette mission, chronophage, n'est pas toujours comprise.

Un petit plateau technique permet sur le site du CH de Rouffach un accès rapide au chirurgien-dentiste, à un kinésithérapeute, à un ophtalmologue (poste vacant actuellement), à un podologue. Les électroencéphalogrammes sont réalisés sur place.

L'établissement ne dispose pas d'un service spécialisé en addictologie mais elle est prise en charge au niveau des pôles, par une infirmière tabacologue ou un médecin, participant aux réunions cliniques. La prise en compte des troubles addictifs pourrait utilement être développée à l'échelle de l'établissement, y compris avec un partenariat extérieur.

Concernant l'absence d'un service spécialisé en addictologie, la direction du CH de Rouffach apporte dans ses observations écrites du 5 mars 2019 l'actualisation suivante :

« C'était vrai au moment de la visite, mais le projet existait déjà puisque les travaux d'adaptation de l'unité étaient en cours. L'unité intersectorielle « entrée en psychose et addiction » est désormais active au pavillon 13. »

L'éducation thérapeutique comme l'éducation à la santé sont peu développées et ne concernent que la nutrition et le tabac. Une diététicienne et une nutritionniste sont mobilisables auprès des patients des services.

Concernant les urgences somatiques, les services disposent tous d'un matériel d'urgence dans un sac à dos rouge. Des défibrillateurs sont également à disposition dans les services et dans le véhicule du l'interne de garde.

La nuit et les week-ends, les soignants font appel au médecin par le standard de l'établissement, qui active le bip de l'interne de garde. Le recours à des soins somatiques s'effectue après évaluation de l'interne de garde de psychiatrie, qui en cas de doute, transfère le patient aux urgences de Colmar car il n'y a aucune astreinte de somaticien sur place. Pour les problèmes psychiatriques, un praticien senior est d'astreinte à domicile et contacté par l'interne.

#### RECOMMANDATION 11

L'établissement doit permettre l'accès à un somaticien en urgence sans devoir recourir plus que de besoin à un transfert du patient aux urgences des hôpitaux civils de Colmar.

La continuité des soins somatiques, y compris en journée, doit être assurée de manière formalisée pour l'ensemble des unités du centre hospitalier.

#### 7.4 LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES, VARIEES, SONT LIMITEES PAR LA FERMETURE DES UNITES

Les activités, dont l'importance est inscrite dans le projet 2016 – 2020 de l'établissement, participent pleinement aux projets de soins individualisés et sont prescrites par les médecins.

Certaines activités occupationnelles sont proposées au sein des unités mais de manière ponctuelle et peu développée (cf. §.6.5).

Ce sont surtout des activités thérapeutiques qui sont mises en place, par l'appui, au sein de chaque pôle, d'une unité des activités thérapeutiques (UAT), qui se déplace dans les unités pour en faire la promotion et établir les plannings, voire y développer localement des activités. Elles disposent de salles d'activités réparties dans différents lieux de l'établissement.

Au pôle 8/9 par exemple, cette UAT est composée de six agents pour cinq équivalents temps plein et prend en charge les patients en soins libres comme sans consentement des quatre unités du pôle.

Un agenda électronique des activités est visible sur Cariatides et permet aux soignants des unités d'y inscrire les patients.

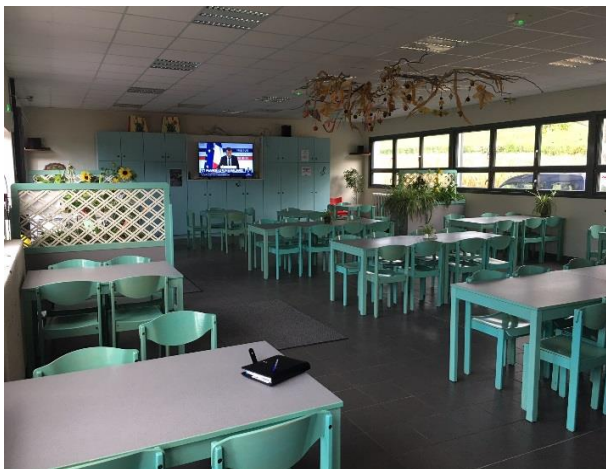
Globalement, dans l'établissement, les patients ont accès à des ateliers cuisine et pâtisserie, des sorties culturelles, de la marche ou jogging, de la pétanque, du maraîchage, de la gymnastique douce, des séances informatiques, des séances au sein d'un salon d'esthétique (unité 22-3), voire des massages relaxants par une infirmière à l'unité 9-2.

L'accès aux activités est cependant limité par la fermeture des unités, nécessitant un accompagnement des patients pour y participer.

Une cafétéria, « Le Tremplin », ouverte de 13h30 à 17h30 week-end compris permet par ailleurs le développement du lien social et des activités y sont proposées comme des sorties pédestres avec



repas froid le midi, des sorties pêche, la gestion d'un sentier des senteurs à proximité, un jeu d'échecs extérieur, un terrain de pétanque. Cinq agents sont affectés à cette cafétéria. Les patients peuvent y acheter des boissons, gâteaux secs, nécessaires d'hygiène, journaux.



*Cafétéria du CH*



*Jeu d'échecs extérieur*

## 8. L'INTEGRITE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE

### 8.1 LA POLITIQUE DU CENTRE HOSPITALIER PREND EN COMPTE L'EFFET TRAUMATISANT DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION MAIS LEUR CONFERE UNE VOCATION THERAPEUTIQUE

#### 8.1.1 Les « espaces thérapeutiques sécurisés »

L'hôpital dispose de dix chambres d'isolement (CI), réparties dans les trois unités fermées :

- quatre à l'unité 23-2 pour le pôle 2/3 ;
- trois à l'unité 9-2 pour le pôle LTD ;
- trois à l'unité 24-2 pour le pôle 8/9.

Dans chacune de ces trois unités, les chambres sont regroupées dans un ensemble dénommé : « espace thérapeutique sécurisé » (ETS). Cette appellation, qui confère une vocation thérapeutique à un placement en chambre d'isolement, apparaît en décalage avec la politique de l'établissement en la matière. En effet, dans un document commun<sup>17</sup> publié en janvier 2018, le directeur du CH, le directeur des soins et le président de la CME affichent l'« objectif principal d'éviter la pratique de l'isolement », partant du principe que « l'isolement et la contention induisent un effet traumatisant pour la personne », ajoutant que ces pratiques « doivent être considérées comme des mesures exceptionnelles de protection de la personne soignée ».

Toutes les chambres d'isolement sont précédées d'un sas, exigü, qui peut être commun à deux chambres comme dans l'unité 23-2. Le sas est équipé de placards de rangement des effets personnels (dont les chaussures), dans lesquels peuvent aussi être entreposées des sangles de contention ; on y trouve également une table roulante et une horloge murale visible depuis la chambre au travers d'une imposte vitrée.

Les équipements d'une chambre d'isolement (lit et bloc toilettes en métal) sont fixés au sol.

Le bloc toilettes (une cuvette surmontée d'un lavabo) et la douche (sans flexible) sont disposées en vis-à-vis dans deux coins de la chambre. Le papier hygiénique est dans la chambre.

Les chambres sont climatisées.

Chaque chambre est éclairée par une large fenêtre munie de barreaux à l'extérieur. Depuis les fenêtres des CI de l'unité 23-2, on a vue sur les vignes environnantes. L'ouverture des fenêtres et des volets est commandée par le personnel depuis le sas.

Une diffusion musicale peut être activée dans chacune des chambres refaites les plus récemment. Les contrôleurs ont constaté son utilisation.

La surveillance s'effectue depuis le sas au travers d'impostes vitrées donnant sur la chambre et sur la douche. Compte tenu de la présence d'un miroir fixé au plafond afin de réduire les angles morts, le patient isolé ne dispose d'aucun espace d'intimité dans la chambre.

---

<sup>17</sup> « Politique d'engagement en psychiatrie pour une prévention, une réduction et un contrôle des pratiques d'isolement et de contention associée à un isolement » (janvier 2018).



*Chambre d'isolement de l'unité 23-2*



*Douche d'une chambre d'isolement de l'unité 24-2, vue depuis le sas*

Chaque chambre est équipée d'une caméra, dont le champ occulte le coin WC et le coin douche depuis les écrans de contrôle installés dans les bureaux de soins infirmiers. La vidéosurveillance n'est en principe possible que sur prescription médicale : de fait lors du contrôle, à l'unité 9-2, faute d'une telle prescription, deux des trois chambres n'étaient pas visibles sur les écrans en l'absence de prescription ; en revanche, dans l'unité 23-2, la vidéosurveillance était activée dans les quatre chambres.

Dans chaque chambre, un bouton d'appel avec interphone est relié au téléphone portable du soignant affecté à la surveillance. Les contrôleurs ont noté que les patients maîtrisaient tous le fonctionnement de ce dispositif et qu'ils en faisaient parfois un usage répété, donnant lieu à chaque fois à une réponse du soignant et, le plus souvent, à un déplacement dans la chambre.



*Dispositif d'appel en chambre d'isolement*

## BONNE PRATIQUE 7

En chambre d'isolement, le dispositif d'appel à disposition du patient et de réception par un soignant dédié, en capacité d'intervenir rapidement, permet une surveillance humaine, visuelle



et directe. Cette présence soignante est préférable au recours à la vidéosurveillance en termes de respect de la dignité et de l'intimité de la personne.

Dans chaque ETS, on trouve une chambre « d'apaisement » identique dans sa conception mais meublée d'équipements en mousse (lit, pouf, fauteuil qui, retourné, sert aussi de table).



*Chambre d'apaisement de l'unité 23-2*

Lors du contrôle, toutes les chambres d'isolement étaient dans un état de propreté exemplaire. Celles de l'unité 24-2, vétustes comme l'ensemble des locaux du pavillon, vont être refaites dans le cadre des travaux de réfection prévus en 2019.

Dans aucune des trois unités qui en sont dotées, il n'existe dans les ETS un espace extérieur réservé. En fonction de son état, un patient en chambre d'isolement peut être autorisé à se rendre dans un espace extérieur, aménagé en fumoir et sécurisé par des grilles, commun à tous les patients de l'unité (cf. §.5.2.1). Lors de leur visite de nuit, les contrôleurs ont constaté que les soignants ont sorti un patient isolé de sa chambre pour qu'ils puissent fumer selon son désir.

### 8.1.2 Le recours à l'isolement et à la contention

Les dispositions de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique, selon lesquelles « *l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours* », sont rappelées dans le document (précité) signé conjointement par le directeur du CH, le directeur des soins et le président de la CME mais aussi dans tous les protocoles qui leur sont relatifs.

Les protocoles ont tous la particularité d'avoir été revus récemment<sup>18</sup>, notamment à la suite des observations faites par l'inspection diligentée en décembre 2016 par l'agence régionale de santé (ARS) Grand Est sur les conditions de prise en charge des patients dans les ETS. Les principales conclusions du rapport du 31 juillet 2017 portaient sur les chambres (revêtements des murs et des sols, installation de thermomètre et de thermorégulation – réalisée depuis –, réflexion sur l'installation de la télévision) et sur les principes de prise en charge des détenus devant « être clarifiés » non sans avoir aussi souligné le « *souci d'humanisation des ETS* » et « *la réactivité de l'établissement* » avec la mise en place, dès la promulgation de la loi, d'un registre des isolements et de la contention. Un plan d'action de soixante-deux points a été mis en place.

---

<sup>18</sup> « *Accompagnement d'un patient en isolement thérapeutique* », « *Prise en charge en isolement thérapeutique avec ou sans contention mécanique* », « *Contention mécanique stricte associée à une mesure d'isolement thérapeutique* » (22 août 2018), « *Contention mécanique chez le sujet âgé ou le résident* » (20 juillet 2018).

Par ailleurs, une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) relative à l'isolement et à la contention, intitulée : « *Analyser les causes ou facteurs contributifs qui ont favorisés le recours à l'ETS* », a été lancée par la direction des soins en mars 2018.

Enfin, l'établissement venait, en septembre, de réactiver ses contacts avec l'observatoire des soins sans consentement pour faire évoluer ses pratiques en matière d'isolement et de contention.

L'isolement séquentiel est également pratiqué. En fonction de leur état clinique, les patients sont autorisés à se rendre après le repas dans le fumoir, à prendre les repas en commun dans la salle à manger, voire à circuler librement dans la journée au sein de l'unité. Au moment du contrôle, un jeune patient (14 ans, cf. §.9.1), installé à demeure dans la chambre d'apaisement de l'ETS de l'unité 23-2, n'était toutefois pas cantonné dans la journée à l'intérieur de la chambre et se trouvait ainsi en contact avec les autres patients, sous la vigilance étroite du personnel, muni d'une ceinture abdominale lui maintenant au corps sa main droite. Ce type de prise en charge donne lieu à des périodes d'isolement, tracées comme telles, qui se prolongent durablement.

Le port du pyjama en dotation hospitalière ne résulte que d'une prescription médicale et le recours médical à cette pratique est différent selon les unités.

Il n'est pas procédé à des contentions au lit ailleurs qu'en chambre d'isolement. L'utilisation de la contention est enregistrée. Les unités de psycho-gériatrie ont recours à la contention mécanique en raison des troubles cognitifs et des risques de chute pour certaines personnes âgées. La contention peut prendre la forme de la pose de barrières de lit ou d'une assise dans un fauteuil installé à proximité de la table au moment du repas mais aussi s'exercer avec des ceintures abdominales.

Selon les indications recueillies, l'isolement ou la contention ne sont jamais anticipés par une prescription « *si besoin* ».

La chambre du patient ne lui est en général pas conservée pendant un séjour en chambre d'isolement. Ainsi, l'unité 23-2 comptait, le 10 septembre 2018, vingt-deux patients pour une capacité de vingt lits. A l'unité 9-2, une solution est le plus souvent trouvée – le transfert d'un autre patient dans une unité ouverte du pôle – avant d'envisager son départ dans une unité d'un autre pôle, auquel cas il est totalement pris en charge par l'équipe accueillante, psychiatre compris, le retour dans l'unité d'origine étant organisé dès que possible pour permettre la prise en charge ultérieure en extra hospitalier. Par ailleurs, cette dernière unité utilise, en cas de besoin, les trois CI comme des chambres ordinaires en les laissant ouvertes.

## RECOMMANDATION 12

Durant le placement d'un patient en chambre d'isolement, son lit dans une chambre en hospitalisation complète doit lui être conservé.

En outre, l'utilisation d'une chambre d'isolement comme chambre ordinaire en cas de sur-occupation pour pallier le déficit de lits doit être proscrite.

Dans ses observations en date du 5 mars 2019, l'établissement rappelle sa note de janvier 2018, déjà communiquée aux contrôleurs, référencée PG-ETQA-15 décrivant sa politique d'engagement en psychiatrie pour une prévention, une réduction et un contrôle des pratiques d'isolement et de contention associée à un isolement. Il y est inscrit en introduction « le lit devant rester disponible durant la période d'isolement », ce qui fait indiquer à l'établissement dans ses observations que « Seules des situations de sur-occupation temporaire des lits peuvent conduire à son non-respect ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation et le développement qui la précède.

Lorsqu'un patient en soins libres est mis en CI, il a été indiqué qu'un changement de statut était rapidement opéré si la situation d'urgence n'est pas résolue entre-temps.

La surveillance médicale est réelle, chaque isolé est vu deux fois par jour, comme ont pu le constater les contrôleurs. L'ouverture d'une chambre s'effectue en général en présence de deux soignants.

## 8.2 LA TRAÇABILITE EXHAUSTIVE DES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION FOURNIT LES ELEMENTS NECESSAIRES A UNE POLITIQUE DE REDUCTION QUI RESTE A CONSTRUIRE

Dès l'entrée en vigueur en 2016 des dispositions de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique (CSP), le département de l'information médicale (DIM) a mis en place un recueil informatisé des mesures d'isolement et de contention à partir des données entrées dans le logiciel Cariatides lors d'un placement en chambre d'isolement ou sous contention. Les extractions ainsi faites ne garantissaient pas totalement la fiabilité des données dans la mesure où leur enregistrement était conditionné à l'activation d'une opération de « clôture ».

Depuis le 26 juin 2018, un nouveau registre a été établi dans un module « *isolement contention* » du logiciel Cariatides, qui guide davantage médecins et soignants tout au long des différentes phases de la procédure, pour disposer de données considérées comme plus fiables. Le DIM est désormais en mesure de recenser, par unité, le nombre de mesures d'isolement et de contention ainsi que leur durée, en distinguant les isolements en espace dédié, les isolements hors espace dédié (c'est-à-dire dans la chambre du patient) et les contentions pratiquées en chambre d'isolement. Les médecins et le personnel soignant des unités ont été formés à son utilisation.

Le registre contient douze colonnes renseignant l'identification du patient et du service, les dates et heures de début et de fin de mesure, la durée de la mesure, le nom du psychiatre décideur, celui du professionnel de santé chargé de la surveillance de la mesure et le mode légal de soins au moment de la mise en isolement ou en contention. Il se présente dans un ordre chronologique.

Une exploitation des données est possible à partir d'une sélection des items par patient, par médecin ou par unité. Ainsi, conformément à la loi, l'établissement est désormais en capacité d'établir un rapport annuel « *rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre* ». Une analyse des pratiques a été ébauchée dans un tel rapport établi pour l'année 2017.

Sur le modèle du nouveau registre, le DIM a repris, à l'attention des contrôleurs, l'ensemble des mesures d'isolement enregistrées durant le premier semestre 2018, au nombre de 210 (soit un peu plus d'une par jour), pour une durée totale de 35 846 heures (soit une durée moyenne par mesure de 198 heures ou 8 jours).

Ces isolements ont été pris à l'encontre de 158 patients selon la répartition suivante :

- pour le pôle 2/3, dans les quatre chambres de l'unité 23-2 : quatre-vingts isolements concernant soixante et un patients, pour une durée totale de 11 051 heures, soit 138 heures par mesure (5,7 jours). Vingt patients ont été isolés pour une période supérieure à cette moyenne, dont un pendant 1 082 heures (45 jours).

Une projection de 160 isolements par an, rapportée à la file active des hospitalisés à temps plein en 2017 (843 patients), donne une proportion de 19 % de patients mis en CI ;

- pour le pôle LTD, dans les trois chambres de l'unité 9-2 : soixante et un isolements (6 %) concernant cinquante patients, pour une durée totale de 10 138 heures, soit 166 heures par mesure (6,9 jours). Vingt et un patients ont été isolés pour une période supérieure à cette moyenne, dont un pendant 819 heures (38 jours).

Une projection de 122 isolements par an, rapportée à la file active des hospitalisés à temps plein en 2017 (886 patients), donne une proportion de 13 % de patients mis en CI ;

- pour le pôle 8/9, dans les trois chambres de l'unité 24-2 : soixante-neuf isolements concernant quarante-sept patients, pour une durée totale de 14 657 heures, soit 212 heures par mesure (8,8). Quatorze patients ont été isolés pour une période supérieure à cette moyenne, dont trois de plus de 1 000 heures, dont un pendant 2 424 heures (101 jours).

Une projection de 138 isolements par an, rapportée à la file active des hospitalisés à temps plein en 2017 (824 patients), donne une proportion de 16 % de patients mis en CI.

Les périodes d'isolement peuvent résulter de plusieurs séjours distincts. Ainsi, deux patients du pôle 8/9 ont respectivement cumulé quatre et cinq placements en CI pour un total de 917 heures pour le premier et de 1 186 heures pour le second (soit 49 jours).

Pour la même période du 1<sup>er</sup> au 30 juin 2018, le registre mentionne soixante-cinq mesures de contention, soit une tous les trois jours environ, prises à l'encontre de quarante-cinq patients, pour une durée totale de 928 heures (soit une durée moyenne par contention de 14 heures), selon la répartition suivante :

- pour le pôle 2/3 : dix-sept contentions concernant treize patients, pour une durée totale de 176 heures, soit 16 heures par mesure. Dix contentions (d'une durée totale de 150 heures) ont eu lieu dans l'unité 9-1 qui ne dispose pas de chambre d'isolement. Un patient de l'unité 9-2 a été maintenu en contention lors de deux isolements, respectivement pendant 13 et 15 heures ;
- pour le pôle LTD : vingt et une contentions concernant quinze patients, pour une durée totale de 346 heures, soit 10 heures par mesure. Un patient de l'unité 9-2 (mais non en CI) a été maintenue en contention pendant 84 heures (3,5 jours) ;
- pour le pôle 8/9 : vingt-sept contentions concernant dix-sept patients, pour une durée totale de 406 heures, soit 15 heures par mesure. Un même patient de l'unité 24-2 cumule 215 heures de contention (en trois mesures) en CI.

L'ensemble de ces données montre une utilisation conséquente des chambres d'isolement (CI), peut-être en raison de la pratique usuelle de sorties séquentielles en cours de placement, qui peuvent avoir pour conséquence de prolonger la durée de séjour dans une CI.

Un rapport annuel pour l'année 2016 a été publié par la direction du CH en juillet 2017 sur la base des données disponibles mais celui-ci reconnaissait ses limites en termes d'analyse et de contrôle des mesures d'isolement et de contention : « *L'élaboration de ce rapport montre que l'outil permettant la mise en place du registre dématérialisé doit être revu et amélioré, notamment du point de vue de la fiabilité de la saisie des données.* »

Le nouveau registre mis en place en juin 2018 est de nature à fournir ces données et à permettre un meilleur contrôle des pratiques dans chaque unité.

**RECOMMANDATION 13**

L'établissement doit s'engager, grâce à la démarche entreprise sur l'analyse de ses pratiques, à réduire le nombre et la durée des mesures d'isolement et de contention, qui doivent véritablement être considérées comme des solutions de dernier recours, comme l'exige la loi.

**8.3 LES VIOLENCES DES PATIENTS FONT L'OBJET D'UNE INQUIETUDE LARGEMENT EXPRIMEE MALGRE DES CHIFFRES PEU SIGNIFICATIFS ET DES REPONSES INSTITUTIONNELLES DEJA MISES EN PLACE****8.3.1 Le traitement des événements indésirables**

Les déclarations d'événements indésirables (EI) sont effectuées sur un outil informatique. Pour inciter le personnel et bien faire connaître la démarche, une campagne de communication interne a été effectuée en 2017 puis renouvelée en 2018, une charte de protection du déclarant cosignée par le chef d'établissement et le président de la commission médicale d'établissement (CME) a été diffusée.

Le suivi et le traitement des EI relève du service « qualité et gestion des risques ». Chaque signalement fait l'objet d'une transmission automatique au directeur, aux directeurs fonctionnels et à l'encadrement concerné par la situation. En 2017, le personnel de l'établissement a déclaré 552 événements indésirables (contre 426 en 2015 et 524 en 2016).

Les événements significatifs sont transmis aux éventuels groupes thématiques constitués, tel le « groupe hétéro-agressivité » (voir *infra* §.8.3.3).

Un bilan mensuel des déclarations est transmis à l'équipe de direction, aux chefs et cadres de pôle et à la direction des ressources humaines pour mise à disposition du secrétaire du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Un bilan annuel est présenté aux différentes instances. Les EI graves font l'objet d'un suivi particulier au travers d'un tableau de recensement partagé. Il a été indiqué aux contrôleurs que la transmission à l'agence régionale de santé (ARS) et à l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) des EI relevait de la seule décision du chef d'établissement.

Huit EI graves ont été recensés en 2017 : trois agressions du personnel, deux agressions sexuelles entre patients, un suicide, un décès et une panne du réseau informatique et téléphonique.

Sept EI graves sont enregistrés pour les trois premiers trimestres de 2018, quatre agressions physiques ou verbales d'un personnel par un patient, deux tentatives de suicide et un suicide.

Le tableau de suivi fait apparaître les suites administratives réservées à ces événements comme la transmission à l'ARS (effectuées pour les quinze EI graves), les date, numéro de déclaration et niveau de classement à l'ONVS (systématique pour toutes les affaires de violence). Les suites judiciaires sont également mentionnées : signalement au procureur de la République, dépôt de plainte des agents.

**8.3.2 La prise en charge de la sécurité**

Le domaine de l'hôpital n'est accessible que par un seul portail d'entrée, fermé la nuit et protégé le jour d'une barrière, dont le relèvement s'effectue pour le personnel au moyen d'un badge et pour les visiteurs en sollicitant un agent en poste dans le bâtiment d'entrée. L'hôpital est entouré d'une clôture grillagée et parcouru par des voies de circulation. La configuration et la superficie du domaine n'interdisent, de fait, aucune allée et venue intempestive. Toutefois, malgré de nombreux

témoignages recueillis relatifs à des intrusions fréquentes de personnes extérieures à l'hôpital dans le but d'y introduire des produits illicites (stupéfiants, alcool, etc.), les contrôleurs n'ont pu que constater la quiétude régnant au sein du parc et n'ont entendu, de la part de patients ou de leurs proches, aucune expression d'un sentiment d'insécurité qui les conduirait à renoncer à y circuler ou à s'y promener.

Contrairement à d'autres établissements, le CH de Rouffach a fait le choix de ne pas se doter d'une équipe de sécurité et de mettre en place un système de renfort à disposition des unités exclusivement composé du personnel soignant.

Lors de chaque service (matin, après-midi, nuit), six soignants (infirmiers ou aides-soignants), volontaires, masculins, sont identifiés pour servir de renfort à la suite d'un appel d'une unité ou au déclenchement d'une alerte par le biais du dispositif de protection du travailleur isolé (PTI) dont sont dotés tous les agents servant au contact des patients. Par extension, les termes « équipe PTI » ou « renfort PTI » sont utilisés pour évoquer les six soignants qui, sauf intervention en renfort, exercent normalement au sein de leur unité. Sous l'égide du bureau des soins infirmiers (BSI), la planification du renfort PTI est assurée par les cadres des pôles, qui doivent mettre à disposition deux soignants le matin, l'après-midi et la nuit en coordination avec les cadres des différentes unités. Il n'existe donc pas d'équipe d'intervention dédiée et, au jour du contrôle, soixante-seize agents étaient potentiellement mobilisables, soit, à raison d'un besoin de dix-huit soignants par tranche de 24 heures, une sollicitation moyenne de chacun d'entre eux tous les trois jours. Les unités majoritairement composés d'un personnel masculin sont naturellement plus sollicités.

En cas d'alerte PTI, l'appareil émet un signal sonore et un message s'affiche indiquant le lieu de déclenchement de l'alarme. Les six soignants de renfort PTI quittent immédiatement leur service et se rendent sur les lieux de l'intervention pour se mettre à la disposition de l'équipe en place. Les alertes portent sur des situations d'urgence (difficulté avec un patient agité, urgence somatique, etc.) mais aussi sur la gestion des chambres d'isolement. Leur intervention s'inscrivant exclusivement dans une logique de soins, les agents en renfort PTI conservent leur blouse blanche et ne revêtent pas de tenue particulière.

Le personnel est apparu aux contrôleurs très attaché à la pérennité de ce dispositif, voire inquiet du projet, soutenu notamment par une organisation syndicale, de constitution d'une équipe de sécurité spécialisée.

### BONNE PRATIQUE 8

Le choix de mobiliser des renforts exclusivement composés de membres du personnel soignant extraits des différentes unités de soins constitue la garantie d'une intervention rapide et rassurante pour le personnel, mais aussi respectueuse de l'intégrité physique et psychique des patients.

L'introduction de la mixité dans la composition des renforts devrait être envisagée.

De plus, le personnel de l'unité peut faire appel directement à la brigade territoriale de gendarmerie de Rouffach, par téléphone, en cas de besoin qui ne relève plus de l'équipe PTI. Cet appel téléphonique est décentralisé depuis 2015. Une telle intervention des militaires de Rouffach a été rapportée en février 2018, à la demande de l'équipe PTI, sur un patient en chambre d'isolement qui avait détruit la porte de la chambre avec la protection du radiateur et se montrait menaçant vis-à-vis du personnel soignant.



L'établissement signifie ainsi que l'hôpital n'est pas une enclave extra territoriale et qu'« on appelle la police comme on appelle les pompiers ».

### 8.3.3 Le traitement des violences

Les violences subies par le personnel sont manifestement un sujet sensible très largement évoqué lors de la visite même si les chiffres fournis sur la base des événements indésirables n'apparaissent pas particulièrement plus significatifs dans cet établissement. Ainsi, le personnel d'une unité a adressé à la direction une pétition relative à l'insécurité ressentie à la suite d'une agression d'un patient (cf. §.3.2).

Informé mensuellement de l'ensemble des événements indésirables, le secrétaire du CHSCT a sollicité et obtenu en 2017 la création d'un « groupe hétéro-agressivité » composé d'agents issus de tous les corps. Ce groupe se réunit quatre fois par an et travaille à améliorer la prise en charge des comportements violents des patients pour prévenir l'acte d'agression ou permettre que les conséquences en soient les moins graves possibles. Pour cela, un membre du groupe est systématiquement présent dans les procédures de « retour d'expériences d'événements indésirables ». Un formateur Omega participe au groupe pour vérifier et informer les autres participants de l'adéquation des gestes effectués avec le contenu de la formation. D'autre part, la direction est engagée dans une politique forte vis-à-vis des poursuites judiciaires en considérant que tout événement à connotation pénale doit être porté à la connaissance du procureur de la République ou des officiers de police judiciaire.

Toute déclaration d'agression sexuelle fait l'objet d'un avis au parquet doublé d'un dépôt de plainte auprès de la gendarmerie territorialement compétente, il en est de même des agressions de personnel par des patients qu'elles soient verbales (menaces) ou physiques. Contactés par les contrôleurs, les responsables de l'unité de gendarmerie ont confirmé la situation en mettant en avant les grandes difficultés à établir des faits et plus encore des responsabilités notamment dans les affaires d'agressions sexuelles entre patients.

Enfin, la conduite à tenir en cas d'agression sur le lieu de travail a été formalisée et fait l'objet d'une plaquette.



## 9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

### 9.1 LA PEDOPSYCHIATRIE S'APPUIE SUR UNE UNITE D'HOSPITALISATION RENOVEE ET UNE EQUIPE DYNAMIQUE MAIS LA PRISE EN CHARGE DES MINEURS DANS LES UNITES POUR ADULTES DOIT RESTER EXCEPTIONNELLE ET ETRE PLUS STRUCTUREE

Les dispositifs de prise en charge extra et intra hospitalière du secteur de pédopsychiatrie I02 sont décrits dans le paragraphe consacré à la présentation de l'établissement (cf. §.2.1.1).

#### 9.1.1 Les admissions en hospitalisation à temps complet

##### a) Les patients

L'unité Ado'sphère prend en charge les jeunes de 12 à 18 ans, en soins libres sauf exceptions.

Le 12 septembre 2018, onze jeunes étaient présents, âgés de 12 à 15 ans, en soins libres exclusivement. L'admission la plus ancienne datait de juin, soit trois mois plus tôt.

Depuis 2016, le CH admet annuellement environ 120 mineurs, correspondant à 157 et 174 séjours en 2016 et 2017 respectivement. La durée moyenne de séjour (DMS) dans l'unité a été de 19,8 jours en 2017. Parmi les jeunes accueillis :

- un mineur a été admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) en 2016 et deux l'ont été en 2018 ; un seul d'entre eux a été pris en charge par l'unité de pédopsychiatrie ;
- un mineur a été admis à la suite d'une ordonnance de placement provisoire (OPP) après accord du médecin en 2018.

Le patient admis du 20 au 24 juin 2016 en SDRE était âgé de 16 ans et présentait des troubles du comportement de type hétéro-agressivité verbale et physique avec violent passage à l'acte et menaces de mort.

Le patient admis au sein du CH du 6 au 8 mars 2018 en SDRE était âgé de 17 ans et provenait de la maison d'arrêt de Mulhouse. Il n'a pas été pris en charge par la pédopsychiatrie.

Le patient admis du 25 juillet au 17 août 2018 en SDRE pour des troubles du comportement avec hétéro-agressivité sur un membre de sa famille allait avoir 18 ans en septembre. Il a été pris en charge dans l'unité 23-2 pour adultes directement et pendant toute la durée de son hospitalisation en raison de son âge, dans le souci de la continuité des soins après sa majorité.

Une OPP a été prise pour un jeune à la date du 18 mai 2018. Une admission se préparait plusieurs semaines avant, lorsqu'il a été incarcéré. A la levée de la mesure de détention provisoire, il a été hospitalisé sur OPP. Déjà pris en charge à Ado'sphère à une autre occasion, sa prise en charge s'est effectuée dans une unité pour adultes eu égard à la nécessité de le soigner tout en protégeant les autres jeunes patients déjà hospitalisés dans l'unité Ado'sphère. L'hospitalisation a été levée par la pédopsychiatre, en contact avec ses homologues de la psychiatrie pour adultes pendant la prise en charge.

Il a été indiqué oralement aux contrôleurs qu'en cas d'admission contrainte d'un patient mineur – notamment s'agissant d'un jeune détenu, les conditions de sa prise en charge sont individualisées : il n'est pas systématiquement accueilli dans une unité pour adultes et pourrait l'être dans l'unité Ado'sphère. C'est le motif médical et administratif de la décision ainsi que l'équilibre du groupe de jeunes déjà pris en charge qui conduisent à l'orienter vers un lit de l'unité Ado'sphère ou un lit d'unité pour adultes.

## RECOMMANDATION 14

Les motifs de prise en charge d'un enfant dans une unité pour adultes doivent être clarifiés dans une procédure de l'établissement afin de garantir au patient mineur son droit à la prise en charge médicale adaptée à son état de santé.

### *b) Les admissions*

Une admission était en cours le 12 septembre 2018 lors de la présence des contrôleurs. Eu égard au taux d'occupation de l'unité, les admissions sont généralement préparées.

En cas d'admission d'un mineur dans le cadre juridique du soin sans consentement (SSC), il est fait appel à l'assistante sociale ou à la responsable du bureau des admissions, personnes ressources pour expliquer à l'équipe la procédure à suivre. Si le nombre de mineurs admis en SSC est faible en pédopsychiatrie, il convient toutefois que le personnel d'encadrement et le personnel médical soient formés, comme dans les pôles pour adultes (cf. §.2.3.2 et 3.1.2).

### 9.1.2 Les conditions de vie dans l'unité

#### *a) Les locaux*

L'unité Ado'sphère offre douze lits dans le pavillon 3. Jusqu'en juillet 2018, elle était installée dans le pavillon 17-1, dont il a été dit aux contrôleurs que sa surface de 120 m<sup>2</sup> était trop restreinte, qu'il manquait de luminosité, que les sanitaires étaient collectifs, qu'il manquait un espace d'apaisement. L'unité, en forme de L, est fermée. On y accède par un sas, après avoir sonné à la porte et s'être présenté.

Les bureaux d'entretien sont disposés autour d'une salle ouverte consacrée aux activités et aux repas. Le bureau des soignants est à l'entrée du couloir le plus long, qui dessert les chambres.

Les chambres sont majoritairement individuelles (dix lits), une chambre est double (deux lits). Elles disposent de sanitaires (WC, lavabo, douche). Leur aménagement est soucieux de rapprocher les conditions d'hospitalisation des conditions de vie au domicile, comme dans le reste de l'hôpital. Des WC indépendants sont aussi accessibles dans l'unité.

Une terrasse surplombe un jardin clos de grillages. Du mobilier d'extérieur est installé.

Une chambre d'apaisement complète les installations, mitoyenne du bureau des soignants, dans lequel une porte permet d'y accéder en plus de la porte donnant dans le couloir. Cette chambre aurait permis, selon ce qui a été indiqué aux contrôleurs, de diminuer le recours à l'isolement dans les unités pour adultes en permettant de désamorcer les crises. La porte peut être poussée de l'intérieur par son occupant afin de ne pas être dérangé par les autres patients. Elle est équipée de mobilier thérapeutique et un équipement d'activités sensorielles allait être acquis pour compléter l'installation.

#### *b) La vie quotidienne*

Il n'existe pas encore de livret d'accueil depuis que l'unité Ado'sphère a emménagé dans le pavillon 3. Il est en cours d'élaboration. Les règles de vie sont présentées oralement.

Une réunion « vie de groupe » est animée deux fois par mois, le mardi par la cadre de santé en présence des soignants. Les activités et la dynamique du groupe sont abordées, hors les situations personnelles.

Un enseignant, professeur des écoles, intervient quelques heures par semaine auprès d'une minorité de jeunes. Sa présence pourrait être renforcée pour que l'hospitalisation ne constitue pas un élément de déstabilisation de la scolarité, dans l'intérêt des enfants accueillis.

Les visites se déroulent dans le parc et à la cafétéria sur autorisation médicale ou, lorsque cette autorisation n'existe pas, dans l'unité même faute d'espace dédié. Si cela permet aux familles d'approcher les conditions de vie de leur enfant, la tranquillité et l'intimité ne sont pas garanties. Les frères et sœurs dont l'âge est inférieur à 5 ans ne sont pas autorisés à venir. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'un projet d'aménagement d'un espace de visite est en cours d'élaboration.

La consommation de tabac n'est pas prise en charge par le personnel soignant. Elle est laissée à l'appréciation de la famille et n'a donc cours qu'au sein de la sphère familiale ou sous sa responsabilité lors de visites assorties de l'autorisation de sortie de l'unité. En cas de difficulté, des substituts nicotiques peuvent être délivrés.

Les repas sont pris en commun dans la salle de vie de l'unité. Ils font l'objet d'une attention forte, notamment en raison des pathologies traitées (anorexie). La nourriture n'est pas autorisée dans les chambres.

Les téléphones portables sont conservés par les soignants, mais les patients y ont accès à leur demande pendant un temps défini en fin d'après-midi, sauf consigne médicale contraire. Le 10 septembre, 100 % des patients y avaient accès. Des lignes fixes sont aussi à leur disposition dans le service, soit un téléphone fixe installé dans le couloir, soit le téléphone mobile des soignants.

Aucun accès à Internet n'est organisé. Des ordinateurs sont à disposition de l'enseignant, sans connexion Internet. Si le jeune a besoin d'accéder à Internet, cela se fait dans le bureau des soignants sous leur supervision. D'autres conditions matérielles pourraient être imaginées, le bureau des soignants étant étroit et devant garder sa destination initiale, notamment dans le souci de la confidentialité des informations qui y sont affichées ou conservées.

Le jeune est informé de la possibilité d'accéder à une pratique culturelle à son arrivée. L'équipe accompagne si besoin le jeune jusqu'à la chapelle (cf. §.3.5).

Aucune mise en pyjama n'est prescrite par les médecins et l'équipe ne dispose pas de pyjamas en dotation hospitalière dans l'unité.

Aucune fouille du patient n'est effectuée à l'arrivée dans l'unité. Il n'y a pas de retrait systématique d'objets.

Les patients ne sont pas autorisés à se rendre dans la chambre des autres. Des canapés et fauteuils sont installés dans le couloir qui dessert les chambres qui constitue un des lieux de regroupement par affinités.

Comme pour les personnes détenues adultes se pose la question des conditions des liens avec l'extérieur s'agissant des personnes mineures détenues (appels téléphoniques, liens avec la famille, etc.). Les contrôleurs constatent l'absence de procédure de prise en charge de cette catégorie de patients, ce qui ne garantit pas en l'état la mise en œuvre de leurs droits (cf. §.9.3).

### 9.1.3 La prise en charge thérapeutique

#### a) Le personnel

Sept praticiens hospitaliers couvrent 4,8 équivalents temps plein (ETP) en intra et extra hospitalier. Un poste n'est pas couvert.

Un praticien hospitalier pédopsychiatre et un interne étaient en poste dans l'unité lors du contrôle. L'interne est en capacité de réaliser des entretiens médicaux s'il est en dernière année d'internat. Le pédopsychiatre a pris son poste en juin 2018, après une expérience en extra hospitalier dans le secteur. Faute d'autre ressource, l'intervention d'un autre médecin à la demande du patient ou de sa famille n'est pas possible.

Plus encore que dans le reste du centre hospitalier, aucun médecin généraliste n'intervient (cf. §.7.3). Or, le besoin – qui était couvert jusqu'en janvier 2018 – existe. Les contrôleurs ont eux-mêmes constaté pendant leur temps de présence dans l'unité des situations individuelles nécessitant l'intervention d'un somaticien.

La cadre de santé a pris son poste en décembre 2017.

Le personnel soignant se compose de seize infirmiers diplômés d'Etat (IDE). L'installation dans le pavillon 3 a été accompagnée de l'octroi de deux postes supplémentaires. Il est plutôt stable : seuls quatre agents ont été intégrés dans l'équipe depuis le début de l'année 2018. Il dispose d'une expérience antérieure qui lui donne de la maturité professionnelle. Il accède aux formations proposées sur le CH, dont la formation Oméga.

Trois éducateurs sont présents du lundi au vendredi.

Un psychologue et un assistant social interviennent dans l'unité.

#### *b) L'activité de soin*

Les entretiens avec le médecin se déroulent en présence d'un infirmier, à tour de rôle, sans notion d'infirmier référent d'un mineur. L'équipe pense à mettre en place une référence, avec le souci de garantir sa continuité pendant le séjour : deux référents par mineur sont plutôt envisagés.

Plusieurs infirmiers disposent de la compétence utile à l'animation d'activités thérapeutiques : groupe de parole, atelier cirque. Ils sont plusieurs à pouvoir les animer, pour pérenniser les activités et ne pas les faire dépendre de leur planning.

Selon ce qui a été indiqué aux contrôleurs, l'équipe est soudée, l'information circule bien.

#### 9.1.4 L'isolement et la contention

Le personnel de l'unité ne recourt pas à la contention.

Seule une pièce d'apaisement a été conçue dans l'unité (cf. *supra* §.9.1.2).

L'unité Ado'sphère ne disposant pas de chambre d'isolement, elle utilise celles des unités pour adultes, unité 23-2 particulièrement. L'isolement est décidé en cas de mise en danger, de soi-même ou d'autrui, mais aussi de troubles du comportement. C'est le bureau des soins infirmiers (BSI) qui oriente vers telle ou telle unité en fonction de la disponibilité des chambres d'isolement. Hors l'isolement, il peut aussi être recouru aux unités pour adultes en cas de violence après recours à l'équipe PTI (cf. §.8.3.2). Le jeune patient y est conduit en véhicule ou à pied, selon son état.

Lorsqu'une mesure d'isolement est décidée et le patient transféré dans une unité fermée pour adultes, il est comptabilisé dans l'effectif de l'unité pour adultes mais son lit est conservé dans l'unité Ado'sphère. Lors de la visite, un patient mineur en soins libres était pris en charge dans l'unité 23-2, en chambre d'isolement. La veille du départ des contrôleurs, il avait été sorti de l'isolement, placé en chambre normale dans l'unité 23-2.

Le logiciel Cariatides, qui n'autorise la vision qu'aux professionnels de l'unité de prise en charge, a été déverrouillé pour permettre l'accès de la pédopsychiatrie aux dossiers des patients mineurs pris en charge dans les unités pour adultes.

Le psychiatre de l'unité adultes est responsable de la prise en charge au quotidien, sous la supervision ou avec le concours du pédopsychiatre. La décision d'isolement est prise par le pédopsychiatre considérant qu'il est le seul à connaître la crise clastique qui la motive ; la compétence quant au renouvellement ou à l'aménagement de la décision n'est pas claire. Dans le cas du jeune pris en charge en isolement pendant la présence des contrôleurs, la levée de l'isolement a été décidée dans la journée du 12 septembre par le psychiatre de l'unité 23-2, pour des motifs favorables au patient concerné mais tenant à la gestion de l'occupation de ses chambres d'isolement, sans concertation avec le pédopsychiatre.

En fonction des besoins, les soignants de l'unité Ado'sphère sont amenés à prendre en charge le jeune patient lors de sorties séquentielles de l'isolement, soit pour des activités dans l'unité pour adultes, soit par des sorties dans le parc, soit en le ramenant quelques heures dans l'unité Ado'sphère. Dans le cas du jeune isolé dans l'unité 23-2, l'équipe de pédopsychiatrie se chargeait de la prise en charge médico-éducative, en se rendant dans l'unité pour adultes et, en fonction de son état de santé en ramenant le jeune dans l'unité Ado'sphère pendant quelques heures.

Les consignes de prise en charge sont négociées individuellement entre les deux services. Aucune procédure ne définit le rôle du personnel de l'unité d'accueil et de l'unité de pédopsychiatrie. Le rôle de chacun dans la prise en charge se dessine au cas par cas, *a priori* en concertation entre les équipes. Cette situation est satisfaisante dès lors que les ressources humaines le permettent et que les équipes s'entendent ; elle est insuffisante dans le cas contraire.

### RECOMMANDATION 15

Les conditions d'intervention des professionnels de pédopsychiatrie au sein des unités pour adultes doivent être définies par un protocole liant les deux équipes afin de garantir la qualité de la prise en charge des mineurs.

## 9.2 LA GERONTO-PSYCHIATRIE FAIT L'OBJET DANS CHAQUE POLE D'UNE PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE ET S'APPUIE SUR DES STRUCTURES EXTRA HOSPITALIERES DIVERSIFIEES

Dès l'introduction de la présentation de l'établissement dans le livret d'accueil, il est rappelé que le CH de Rouffach « œuvre dans trois domaines : la psychiatrie, le handicap psychique et la prise en charge des personnes âgées. » De fait, le CH gère plusieurs structures médico-sociales dont la Maison Saint-Jacques, sise à Rouffach, établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 105 lits.

Pour les soins psychiatriques spécifiques aux personnes âgées, l'établissement dispose à la fois de structures d'hospitalisation complète, de structures extra hospitalières telles un hôpital de jour mais également d'équipes mobiles d'intervention.

### 9.2.1 L'hospitalisation complète

Chacun des trois pôles d'activité clinique dispose au sein du CH d'un service d'hospitalisation complète en géro-psycho-geriatrie, service susceptible d'accueillir des patients en soins sans consentement (SSC) :

- au pôle 2/3, l'unité 23-1 de vingt lits, dont, en 2017, la durée moyenne de séjour (DMS) était de 33,7 jours et le taux d'occupation de 92,32 % ;

- au pôle Lauch-Thur-Doller (4/5), l'unité 9-1 de vingt et un lits, DMS en 2017 de 26 jours, taux d'occupation de 90,5 % ;
- au pôle 8/9, l'unité 24-1 de dix-huit lits, DMS en 2017 de 39,1 jours, taux d'occupation de 95 %.

Dans ces trois unités des caractéristiques communes se dégagent dans l'organisation et le fonctionnement. Il s'agit effectivement de lieux de soins et non de lieux de vie. Les durées moyennes de séjour l'indiquent, les patients sont accueillis principalement en provenance de structures médico-sociales et y retournent après stabilisation. Il a été indiqué aux contrôleurs, que le tissu local et les relations entretenues depuis des années particulièrement avec les EHPAD permettaient d'éviter les trop longs séjours en hospitalisation complète uniquement justifiés par l'absence de solutions en aval.

Le choix des soins sans consentement apparaît largement minoritaire dans la prise en charge. Les médecins ont indiqué n'y avoir recours pour les personnes âgées seulement en l'absence d'autres solutions (absence de familles, refus de soins, situations de dangers auto-agressifs). De fait, lors de la visite, il a été dénombré :

- unité 23-1, sept patients en soins sans consentement (trois SDT, deux SDTU, un SPI) ;
- unité 9-1, trois patients en soins sans consentement (un SDRE, un SDT, un SDTU) ;
- unité 24-1, quatre patients en soins sans consentement (un SDT, trois SPI).

Aucune de ces mesures ne date d'avant le printemps 2018. En général, il n'est pas fait usage en géro-psycho-geriatrie de programmes de soins. Lorsque la personne apparaît stabilisée, la mesure est simplement levée dès lors qu'une solution d'hébergement est trouvée. Le passage devant le juge des libertés et de la détention ne se produit donc qu'en début de mesure. Il est très mal vécu par les patients, mais aussi par les familles peu au fait des procédures relatives à la psychiatrie.

Dans chacune des trois unités, la prise en charge somatique est assurée par un gériatre, présent au minimum une demi-journée par jour. Le travail pluridisciplinaire est particulièrement important surtout pour les primo-arrivants dont souvent la situation n'avait pas encore été détectée. Un psychomotricien et un neuropsychologue interviennent. Les assistantes sociales s'assurent notamment des mesures de protection juridique en cours ou souvent à mettre en place.

Le travail en unités de géro-psycho-geriatrie diffère essentiellement de celui de la psychiatrie adulte par le nombre important de soins de nursing (dans une unité, dix soins de nursing sont comptés pour douze patients). Les services apparaissent cependant parfaitement dotés en lits spécifiques pour éviter les chutes sans contention et plus généralement en équipements destinés à aider les personnes présentant de lourdes difficultés motrices.

Les trois unités sont fermées. Il est regrettable que seule l'unité 23-1 propose aux patients un accès à un jardin intérieur sécurisé. L'unité 24-1 apparaît comme celle ayant les locaux les plus vétustes avec notamment des hublots aux portes des chambres qui ôtent toute intimité aux patients.

Les contentions spécifiques à la prise en charge des personnes âgées (barrières droites, barrières gauches, sécuri-draps) font l'objet de décisions médicales consignées dans le logiciel Cariatides.

### 9.2.2 L'extra hospitalier

Dans la même implantation immobilière que l'EHPAD de la Maison Saint-Jacques se trouve une structure intersectorielle « Le Rempart » qui est à la fois un centre médico-psychologique de l'âge avancé, un hôpital de jour et un lieu de consultation « mémoire psycho-cognitive ». Deux équipes mobiles complètent ce dispositif :



- l'équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé (EMPAA) qui est présentée comme « *un dispositif dynamique au cœur des réseaux de soins et d'accompagnement des personnes âgées. Le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié de la prise en soins.* »
- un dispositif d'aide aux aidants d'un proche dépendant (ADAGE).

### 9.3 LES PATIENTS DETENUS SONT PLACES DANS LES UNITES FERMEES SANS ETRE TOUTEFOIS SYSTEMATIQUEMENT ENFERMES EN CHAMBRE D'ISOLEMENT ET ONT PEU DE POSSIBILITES DE COMMUNICATION AVEC LEURS PROCHES

#### 9.3.1 L'admission des patients détenus

Les personnes détenues dans les trois établissements pénitentiaires du Haut-Rhin – les maisons d'arrêt de Colmar et de Mulhouse, la maison centrale d'Ensisheim – sont hospitalisées au CH de Rouffach, dans le cadre d'une urgence, ou à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Nancy (Meurthe-et-Moselle) en hospitalisation programmée.

En principe, une fois la personne admise, lorsque la durée prévisible de son hospitalisation est supérieure à 72 heures, le CH demande un transfert à l'UHSA.

Les patients détenus sont toujours admis en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) au titre de l'art. L3214-3 du code de la santé publique (CSP) et dans les conditions prévues par l'art. D398 du code de procédure pénale (CPP).

Le rapport annuel 2017 fait état de vingt admissions (huit de Colmar et de Mulhouse, quatre d'Ensisheim) pour un nombre total de 138 jours d'hospitalisation, soit une moyenne de 6,9 jours par hospitalisation ; cette durée moyenne de séjour est toutefois ramenée à 5,5 jours si on ne tient pas compte des deux plus longues périodes d'hospitalisation, respectivement de 14 et de 24 jours.

Le nombre des hospitalisations sera plus important en 2018 puisqu'au terme du premier semestre vingt-deux admissions ont déjà été enregistrées (dix de Colmar, six de Mulhouse, cinq d'Ensisheim<sup>19</sup>), pour un nombre total de 187 journées d'hospitalisation (8,7 jours en moyenne). Six patients ont été transférés à l'UHSA de Nancy après des périodes d'hospitalisation au CH d'une durée comprise entre 12 et 49 jours, démontrant que l'attente d'une décision d'admission à l'UHSA peut donc avoir pour effet de prolonger le séjour au CH.

La proportion importante de patients en provenance de la maison d'arrêt de Colmar, au regard de sa capacité (120 places) et de celles de la Maison d'arrêt de Mulhouse (277 places) et de la maison centrale d'Ensisheim (215 places), s'explique par l'état de vétusté et de promiscuité de cet établissement : « *L'hospitalisation, même de courte durée, constitue un sas de décompression indispensable pour certaines personnes détenues incarcérées à Colmar* ».

Les patients détenus sont exclusivement dirigés vers les unités fermées disposant de chambres d'isolement. L'unité 23-2 au sein du pôle 2/3, dont le médecin-chef intervient à la maison d'arrêt de Colmar, est sollicitée en priorité : quatorze admissions pour 83 journées d'hospitalisation en 2017<sup>20</sup>.

Le transfert depuis l'établissement pénitentiaire et l'arrivée au CH ont fait l'objet d'un travail concerté entre les institutions concernées, concrétisé par de nombreuses procédures écrites : un

---

<sup>19</sup> La dernière admission concernait un patient de l'unité pour malades difficiles (UMD) de Montfavet (Vaucluse) pour la durée de son procès (un jour d'hospitalisation).

<sup>20</sup> La même année, l'unité 9-2 du pôle LTD a reçu quatre patients (17 journées) et l'unité 24-2 (pôle 8/9) deux patients (38 journées).



protocole d'accueil (révisé en juillet 2018) définit les critères d'admission puis les modalités de prise en charge ; un ordre de mission pour le transfert fixe la composition de l'équipage et les coordonnées téléphoniques utiles (septembre 2016) ; une liste des tâches à réaliser est établie au niveau du CH et au sein de l'établissement pénitentiaire (décembre 2016) ; à la même date, une liste des effets personnels que le patient détenu est autorisé à apporter<sup>21</sup> a été dressée, prévoyant un inventaire à l'admission et à la sortie signé par le patient, un représentant de l'établissement pénitentiaire et un agent du CH (le chef d'équipage au moment du transfert, un soignant de l'unité à la sortie).

### BONNE PRATIQUE 9

Le transfert et l'admission des patients détenus sont organisés selon des procédures élaborées avec le concours de toutes les parties prenantes qui révèlent une volonté de créer les meilleures conditions de prise en charge.

Le bureau des soins infirmiers (BSI) est chargé d'organiser le transfert d'un patient détenu au CH. Indépendamment de toute appréciation portée sur sa dangerosité éventuelle, un équipage est formé de trois soignants (hommes) et d'un chauffeur. Selon les indications données, la gendarmerie répond favorablement à une demande d'escorte en fonction du niveau de dangerosité de la personne détenue signalée par le greffe de l'établissement pénitentiaire. Il a été indiqué que le patient détenu était fouillé par un surveillant avant d'être remis à l'équipage soignant et qu'il était systématiquement mis sous contention pendant le trajet. La bonne collaboration avec les différents établissements pénitentiaires a également été soulignée.

#### 9.3.2 Les conditions d'hospitalisation des patients détenus

A l'arrivée d'un patient détenu, une décision médicale d'isolement est prise à son encontre pour une durée de 24 heures, qui correspond à la période d'observation initiale. Le placement en chambre d'isolement s'accompagne du port d'un pyjama, ainsi que les contrôleurs l'ont constaté.

Passé ce délai, l'évaluation clinique peut conduire à une évolution des conditions d'hospitalisation sous la forme de sorties séquentielles, au moment des repas pris en commun et pour se rendre dans le « fumoir » ou participer à des activités exclusivement au sein de l'unité (pas de sortie dans le parc). Pour répondre aux craintes et appréhensions, une formation « *prise en charge des détenus* » a été mise en place en 2017 à destination des agents concernés par le transfert et l'admission de ce public. Dans le même esprit, le choix a été fait d'orienter en priorité les patients détenus vers l'unité 23-2, ce qui permet à son personnel d'acquérir une expérience et de développer un savoir-faire. La stratégie, « pragmatique », du chef de pôle consiste à la fois à tenir compte de l'état d'esprit du personnel et à créer avec le patient détenu les conditions propices à une bonne prise en charge : « *On avance pas à pas avec le personnel mais on vise aussi à ce que le patient détenu ne nous dise pas qu'il a moins de liberté ici qu'en prison* ». L'objectif est de parvenir à placer un patient détenu en chambre individuelle ordinaire.

Les contrôleurs ont effectivement noté chez le personnel de l'unité 23-2 une attitude bienveillante, prioritairement dictée par le soin et non par des considérations de nature sécuritaire résultant du « statut » de détenu.

---

<sup>21</sup> Vêtements et sous-vêtements, affaires de toilettes, « loisirs » (radio MP3, écouteurs, livres/revues/mots croisés, photos, cigarettes/tabac), objets de valeur (montre, bijoux, lunettes, dentier, etc.)

Les relations du patient détenu avec ses proches sont particulièrement restreintes.

S'il peut recevoir un appel extérieur *via* le bureau infirmier de l'unité, il n'est en revanche pas autorisé à détenir un téléphone portable ni à passer un appel téléphonique. Le règlement intérieur justifie cette interdiction par la réglementation pénitentiaire et « *les difficultés d'organisation qui en découlent (contrôle de l'identité du correspondant et du contenu de la conversation, limitation de l'accès à certaines catégories de personnes détenues)* ».

Les visites sont théoriquement possibles – une copie des permis de visite est transmise au CH – toujours en présence d'un soignant. Elles sont en réalité rares : aucune visite n'a été notée en 2018. Pour l'expliquer, les agents rencontrés ont mis en avant la brièveté des séjours et l'état clinique des patients mais aussi la volonté de ne pas demander à une personne de présenter une pièce d'identité aux fins de vérification par rapport au permis de visite.

Les avocats, en revanche, peuvent s'entretenir avec leur client hors la présence du personnel.

Avant la sortie du patient, un lien est établi avec les soignants de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire. Le patient est reconduit avec son traitement médicamenteux et une fiche de liaison.

Les surveillants pénitentiaires viennent rechercher une personne détenue au terme de son hospitalisation sans qu'ils pénètrent au sein de l'unité. La pose des menottes est systématique et a lieu au niveau du sas d'entrée de l'unité. Il a été indiqué que, parfois, des entraves aux pieds lui étaient aussi posées à l'intérieur du véhicule.

#### RECOMMANDATION 16

Les droits des personnes détenues hospitalisées, relatifs au maintien des liens familiaux, doivent être davantage pris en compte : les visites des proches doivent être facilitées et la possibilité de téléphoner doit être donnée conformément à la réglementation en vigueur.

## 10. CONCLUSION

Le fonctionnement du centre hospitalier de Rouffach s'appuie sur une histoire riche, un personnel soucieux de bienveillance, des services nombreux, qui concourent tous à la prise en charge extra et intra hospitalière des personnes en besoin de soins psychiatriques dans le secteur, des enfants aux personnes âgées.

**Non seulement l'hospitalisation sous le régime des soins sans consentement (SSC) ne se développe pas, mais surtout l'établissement est engagé dans une démarche globale de soins consentis et de maintien des patients dans leur lieu de vie en disposant différemment, les uns par rapport aux autres, ses ressources intra et extra hospitalières, englobant aussi des dispositifs médico-sociaux.**

L'établissement s'est doté dès 2016 de moyens d'analyse des pratiques d'isolement et de contention en vue de les réduire, puis les a fait évoluer afin de les rendre plus opérationnels.

Le souci de conditions d'hébergement dignes, en adéquation avec la volonté de soigner, s'illustre dans le programme de rénovation des pavillons et de modernisation des espaces d'isolement.

**Toutefois, les droits fondamentaux des personnes hospitalisées à temps complet, particulièrement celles en soins sans consentement, seront mieux respectées si :**

- la possibilité d'accéder à l'air libre est offerte, de jour comme de nuit, dans toutes les unités, s'agissant notamment de pouvoir fumer ;
- le droit à l'intimité et à la confidentialité devient la norme en privilégiant l'aménagement de chambres individuelles en lieu et place des chambres doubles, en installant des portes pleines en lieu et place de celles avec hublot, en garantissant que la vidéosurveillance dans les chambres d'isolement n'est pas systématique et que les WC n'y sont pas visibles depuis le sas, en portant dans toutes les unités la même attention sur les conditions de distribution des médicaments ;
- le droit d'être informé s'accompagne de la réelle diffusion aux patients d'un livret d'accueil, de la notification de la décision originale du directeur dans les procédures d'admission à la demande d'un tiers, d'une plus grande capacité du personnel soignant à expliquer le cadre juridique du soin ;
- le droit de s'exprimer reconnu aux patients en SSC s'illustre concrètement dans la prise en compte de leurs observations dans les certificats médicaux successifs ;
- le droit à bénéficier de soins adaptés s'accompagne de la présence utile de médecins somaticiens – de jour mais aussi de nuit – et s'appuie sur un plateau technique de proximité qui ne doit pas s'appauvrir ;
- l'analyse des pratiques d'isolement et de contention conduit dorénavant à leur réduction ;
- la convivialité et l'animation dans toutes les unités fait l'objet d'actions quotidiennes afin d'éviter l'ennui ;
- l'entretien des liens avec l'extérieur se modernise en mettant à disposition des patients un réseau wifi.

Concernant plus précisément la prise en charge des adolescents, les contrôleurs déplorent l'absence de protocolisation des rôles de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie pour adultes dès lors qu'un jeune est pris en charge dans une unité pour adultes, *a fortiori* lorsqu'il est placé dans une chambre d'isolement, de telles prises en charge étant déjà exceptionnelles et devant le rester.

### S'agissant de la prise en charge des personnes détenues

, les contrôleurs regrettent que la communication avec l'extérieur ne soit pas mise en œuvre à l'instar de ce qu'elle l'est dans l'établissement pénitentiaire et attirent l'attention sur la nécessité d'individualiser les conditions d'admission et de prise en charge quotidienne.

Dès son projet d'établissement 2011-2015, le CH de Rouffach s'est engagé à promouvoir une « démocratie sanitaire » en lien avec la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)<sup>22</sup>, pour développer l'insertion du patient dans la cité et participer à sa réhabilitation psychosociale.

Dans le cadre d'un groupe de travail « démocratie sanitaire », un audit sur l'effectivité des droits des patients a été mené en 2014 par des binômes composés d'un professionnel et d'un usager ou d'un représentant des familles, formés préalablement à l'« écoute neutre », qui ont élaboré un questionnaire de cinquante-quatre items mis en place dans une unité ouverte et une unité fermée de chaque pôle auprès d'un total de 110 patients.

Selon les documents remis aux contrôleurs, il en est notamment ressorti les éléments suivants :

- 80 % des patients ont été bien accueillis à leur arrivée, contre 9 % estimant avoir été mal accueillis ;
- cinq patients sur quatre-vingt-seize connaissent l'existence de la CRUQPC<sup>23</sup> ;
- 40 % des patients savent qu'ils ont le droit d'accéder à leur dossier médical ;
- vingt-huit patients disent avoir été isolés durant leur séjour et vingt-quatre l'ont mal ou très mal vécu ;
- 15 % des patients estiment que leurs droits ne sont pas respectés.

Un plan d'actions a été élaboré à l'issue, comprenant des objectifs visant à diminuer le sentiment d'insécurité et/ou de vulnérabilité dans le parc de l'établissement, à améliorer l'information sur les associations susceptibles d'aider les patients et leurs proches, à lutter contre l'ennui, à améliorer les relations des patients avec leurs proches / l'extérieur.

Certains de ces objectifs rejoignent les constats effectués par le CGLPL lors de sa visite quatre ans plus tard.

Dans tous les cas, la démarche, engagée dès 2014, associant le personnel et les usagers et interrogeant l'effectivité des droits des patients, témoigne de l'état d'esprit que les contrôleurs ont encore trouvé en septembre 2018, marqué par de la transparence, de l'ouverture, de l'initiative et de la réceptivité aux remarques ainsi que des différences entre les pôles estompées par une culture d'établissement forte.

---

<sup>22</sup> La loi 2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation du système de santé change l'intitulé CRUQPC en commission des usagers (CDU).

<sup>23</sup> Ibidem.