

# Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

---

## Rapport de visite :

1<sup>er</sup> au 5 avril 2019 – 1<sup>ère</sup> visite

Centre hospitalier d'Erstein

*(Bas-Rhin)*



© JC Hanché - CGLPL

## SYNTHESE

Sept contrôleurs et une stagiaire ont effectué une visite annoncée du centre hospitalier d'Erstein (Bas-Rhin) du 1<sup>er</sup> au 5 avril 2019. Cette mission a fait l'objet d'un rapport provisoire qui a été adressé le 14 novembre 2019 au directeur du centre hospitalier, au préfet du Bas-Rhin, à la déléguée départementale de l'agence régionale de santé, au président du tribunal de grande instance de Strasbourg et au procureur de la République près ce tribunal. Les chefs de juridiction et le directeur de l'hôpital ont émis des observations, respectivement les 12 et 16 décembre 2019. Elles ont été intégrées au présent rapport. Il s'agissait d'une première visite.

Ouvert en 1974, le centre hospitalier (CH) d'Erstein est l'un des trois sites d'hospitalisation psychiatrique du Bas-Rhin. Il regroupe une trentaine de structures hétérogènes, permettant la prise en charge complète des patients des trois secteurs de psychiatrie adulte et du secteur infanto-juvénile dont il a la charge. Lors de la visite, le CH d'Erstein offrait 203 lits de psychiatrie, tous à Erstein, répartis entre huit unités dont l'une admet des patients mineurs de plus de seize ans. Le 1<sup>er</sup> avril 2019, ces unités hébergeaient 196 patients. **Le taux d'occupation augmente ces dernières années et elles connaissent de plus en plus régulièrement des périodes de suroccupation.** Les solutions pour résorber efficacement cette saturation sont balbutiantes. Chaque unité peut accueillir des patients en soins sans consentement (SSC) : au jour de la visite, le CH comptait cinquante-et-un patients sous ce statut, dont 43 % en soins pour péril imminent. Il emploie 700 personnes, dont environ la moitié dans les unités d'hospitalisation complète en psychiatrie. Les effectifs sont fidèles et expérimentés mais le nombre de départs en retraite et les difficultés de remplacement constituent un point de préoccupation. Le nombre de médecins est légèrement insuffisant ; le phénomène est particulièrement marqué pour les somaticiens. Le budget est à l'équilibre.

**Les contrôleurs ont relevé de nombreux points positifs dans l'exercice et la protection des droits des patients.** Les restrictions sont limitées et individualisées dans les unités, les visites sont organisées de façon libérale, la sexualité des malades est prise en compte, les activités culturelles et sportives sont nombreuses, l'exercice du culte est possible, les patients ont accès à la *Wifi*. Les soins sont bienveillants, organisés dans la pluridisciplinarité et en lien étroit avec l'extra-hospitalier. La parole des patients est prise en compte, dans leurs réclamations écrites ou orales ou par leur participation à des réunions soignants-soignés très régulières. La préparation à la sortie est une véritable préoccupation pour l'ensemble des professionnels de soin.

**En revanche, le nombre d'unités fermées sur l'extérieur a surpris les contrôleurs.** Lors de la mission, une seule des huit unités pouvant accueillir des patients en soins sans consentement était ouverte, y compris celles majoritairement occupées par des patients en soins libres. De fait, les contrôleurs ont peu croisé de patients dans le parc alors que d'autres établissements de santé mentale valorisent au contraire l'accès thérapeutique au domaine. En outre, aucun patient ne pouvait ouvrir sa fenêtre librement et les patients âgés n'avaient pas accès à leurs biens.

Les différences d'approche flagrantes entre les deux pôles sectoriels ne sont pas justifiées par le public pris en charge. Le projet d'établissement, inexistant lors de la visite, était supplanté par les deux projets de pôle. Le temps de présence médicale est un peu faible, en tout cas insuffisant pour permettre un pilotage, une harmonisation ou une solide analyse des pratiques. L'examen

somatique n'est pas systématique à l'entrée ; il n'est pas réalisé pour les placements en chambre d'isolement. Au total, la prise en charge du patient en pâtit car elle est morcelée et discontinuée. Le « parcours patient » est à réinventer.

**Les aspects procéduraux des droits des patients en soins sans consentement constituent un autre point de préoccupation.** Lors de la visite, la notification des décisions était loin d'être systématique ; celles-ci étaient même parfois antidatées. Les certificats médicaux de soixante-douze heures et l'avis motivé de maintien en SSC à l'attention du juge des libertés et de la détention étaient rédigés au même moment, sur le même document et avec la même motivation. Les patients sont rarement présents à l'audience devant ce juge, du fait d'un taux anormalement élevé de contraindications médicales soit à la comparution elle-même, soit au transport. Les refus de sortie de courte durée pour les patients en soins à la demande du représentant de l'Etat ne sont pas toujours motivés.

Les locaux d'isolement, pourtant récents, ne sont pas satisfaisants du point de vue matériel. **Par ailleurs, de nombreux patients en soins libres sont placés en chambre d'isolement alors que cette mesure doit être exceptionnelle** les concernant et sans que leur statut soit modifié s'ils y sont admis plus de douze heures. Le registre d'isolement et de contention existe mais ne permet pas une analyse des pratiques et les décisions ne sont pas toujours suffisamment motivées. Le nombre de mesures augmente : au début de l'année 2019, une hausse de plus de 40 % était constatée par rapport à l'année précédente. La chambre d'isolement est par ailleurs un mode de prise en charge sur le long terme pour certains patients, ce qui constitue une atteinte à leurs droits fondamentaux : d'autres solutions doivent être dégagées pour ceux-ci. Les équipes de sécurité sont enfin trop présentes dans les espaces d'isolement : leur intervention est devenue le principe pour toute ouverture de chambre. Cette procédure constitue une violation du secret médical et conduit à des dérives inacceptables : repas décalés pour certains patients parce que les agents de sécurité sont pris par une autre tâche, prescriptions médicales d'ouverture sans agent de sécurité non suivies d'effet, etc.

Au travers des réponses au rapport provisoire et des documents transmis après la visite, les contrôleurs ont constaté d'importantes évolutions en faveur des droits des patients au CH d'Erstein, dont le projet d'établissement est désormais en cours d'écriture. Du point de vue matériel, l'accès aux biens est désormais possible en psychogériatrie et le patient peut ouvrir librement sa fenêtre. Une réflexion est en cours quant à l'ouverture des unités : d'ores et déjà les trois unités d'admission ont été partiellement ouvertes. Une organisation a été mise en place afin que l'équipe de sécurité soit mise à distance dans les espaces d'isolement et que leur intervention soit plus limitée. La formation (isolement, droits des patients, prévention des violences, savoirs de base pour les agents nouvellement affectés en psychiatrie) a été renforcée. De nombreux protocoles, fiches de procédure, certificats-type ont été mis à jour et diffusés après la visite, tenant compte des recommandations du CGLPL (par exemple relatives à la notification de leurs droits aux patients, à la désignation de la personne de confiance, ou encore aux pratiques du collège des professionnels de santé). Ces efforts doivent être encore intensifiés et soutenus sur la durée afin de pérenniser les bonnes pratiques. Il reste également au CH d'Erstein de travailler sur deux problématiques en lien avec ses partenaires :

- la première est persistante et ne pourra être corrigée qu'en concertation avec les magistrats : il s'agit du très faible taux de comparution des patients à l'audience du juge des libertés et de la détention, à mettre en lien avec l'organisation des audiences (seule

l'audience du lundi a lieu à Erstein, les deux autres audiences de la semaine se tenant dans les autres établissements psychiatriques du ressort, obligeant ainsi à transporter les patients d'un hôpital à l'autre) ;

- la seconde est nouvelle et doit être réfléchie à l'échelle du territoire, en lien avec l'agence régionale de santé : c'est celle de la saturation de l'établissement et de l'augmentation parallèle de la durée moyenne de séjour des patients en soins sans consentement.

## SYNTHESE DES OBSERVATIONS

### BONNES PRATIQUES

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

#### **BONNE PRATIQUE 1 ..... 23**

Les soignants peuvent bénéficier d'une formation de cinq jours sur le thème de la sexualité en institution.

#### **BONNE PRATIQUE 2 ..... 28**

Plusieurs unités de vie mettent à la disposition des soignants et des patients des dépliants réalisés par l'organisme public « Psycom » qui détaillent de façon très claire et par thème toutes les informations concernant les spécificités des soins sans consentement.

#### **BONNE PRATIQUE 3 ..... 47**

Les appels téléphoniques sont gratuits ; les patients peuvent remettre leur courrier à envoyer sans l'avoir affranchi.

#### **BONNE PRATIQUE 4 ..... 48**

Les patients ont un accès gratuit à la Wifi.

#### **BONNE PRATIQUE 5 ..... 56**

La question de la sexualité est prise en compte. Une véritable information est donnée aux patients et les personnes vulnérables font l'objet d'une prise en charge réelle de la part des équipes soignantes.

#### **BONNE PRATIQUE 6 ..... 81**

L'hôpital est doté d'une unité de réinsertion professionnelle qui accueille des patients en extra mais aussi en intra, dont l'objectif principal est le retour à l'emploi. Dépendant du PEMSS, il n'accueille aujourd'hui que des patients de ce pôle, dont certains en soins sans consentement. Le dispositif pourrait être développé et étendu à l'autre pôle.

### 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 effectifs des médecins psychiatres et généralistes doivent être abondés à hauteur de l'autorisation budgétaire. Un plan de recrutement doit être conçu pour anticiper les nombreux départs en retraite à venir dans les prochaines années.

#### **RECOMMANDATION 2 ..... 25**

L'hôpital doit engager une réflexion sur les raisons du nombre important de soins pour péril imminent, en lien avec les HUS et le CH de Sélestat, leurs services d'urgence étant à l'origine de ces demandes. Cette réflexion devrait intégrer les moyens de remédier à cette situation.

- RECOMMANDATION 3 ..... 26**  
 Une décision de placement en soins sans consentement doit être signée et notifiée au patient concerné le jour de son admission, y compris les jours non ouvrés. L'établissement doit cesser d'antidater les décisions qui concernent les patients admis le week-end.
- RECOMMANDATION 4 ..... 34**  
 Les patients protégés qui ne sont pas autorisés à sortir de l'hôpital devraient pouvoir récupérer plus facilement leur argent. Un travail avec les organismes de protection doit se poursuivre afin d'améliorer la prise en charge quotidienne des personnes protégées.
- RECOMMANDATION 5 ..... 36**  
 Un patient convoqué devant le JLD doit être parfaitement informé de l'objet de cette audience, du rôle du JLD, du lieu où elle doit se tenir, de la présence d'un avocat, des conditions de son transport. La seule remise de la convocation ne saurait suffire à assurer cette information.
- RECOMMANDATION 6 ..... 38**  
 Les difficultés liées à l'éloignement géographique des audiences du JLD ne doivent pas conduire à une systématisation de certificats d'inaptitude au transport. Les droits du patient doivent primer sur ces contraintes organisationnelles.
- RECOMMANDATION 7 ..... 40**  
 Toutes les décisions d'admission en SSC, de prolongations de séjour en hospitalisation complète doivent être notifiées aux patients ; leurs droits doivent également leur être systématiquement notifiés à chaque fois.
- RECOMMANDATION 8 ..... 40**  
 C'est dans le seul registre de la loi que les mentions et documents prévus par le code de la santé publique doivent figurer, un nouveau feuillet dans le registre en cours devant être ouvert en cas d'épuisement de l'espace réservé pour un patient.
- RECOMMANDATION 9 ..... 44**  
 Une réflexion doit être menée sur l'opportunité des interventions effectuées par l'équipe « accueil et sécurité ». Par ailleurs, l'intervention physique auprès d'un patient doit être réalisée exclusivement par du personnel soignant et jamais par des agents de sécurité.
- RECOMMANDATION 10 ..... 45**  
 Les patients en soins sans consentement doivent pouvoir être admis dans des unités ouvertes dès lors que leur état le permet.
- RECOMMANDATION 11 ..... 50**  
 Le fait de ne jamais permettre aux patients d'ouvrir eux-mêmes la fenêtre de leur chambre constitue une forme de privation de liberté. L'hôpital doit mettre en œuvre un nouveau dispositif d'ouverture des fenêtres.  
 Les patients du DIP ne peuvent conserver leur clef de placard. Cette interdiction ne saurait être absolue : elle doit être au contraire justifiée par des considérations relatives à l'état du patient et être réévaluée régulièrement, au cas par cas.
- RECOMMANDATION 12 ..... 52**  
 Face à la suroccupation, l'hôpital doit trouver des solutions qui ne pénalisent pas les patients déjà hébergés.
- RECOMMANDATION 13 ..... 57**  
 Chaque unité de soins doit se doter d'un projet de service précisant l'organisation et le fonctionnement de celle-ci ainsi que son articulation avec le pôle de référence. Si une latitude est laissée aux unités quant à certaines modalités d'organisation, les règles ayant un impact sur la prise

en charge des patients doivent être initiées par la direction du pôle et évaluées. Les pôles doivent se doter d'un même document cadre précisant notamment l'articulation entre le pôle et les structures qui lui sont rattachées.

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

L'hôpital doit revoir les modalités d'affectation et la présence des praticiens hospitaliers au sein des unités de soins, l'objectif étant d'assurer une couverture médicale sur l'ensemble de la journée. Une réflexion sur l'organisation de la garde de nuit et des astreintes doit être conduite concomitamment, le relevé d'activité de celles-ci étant indispensable à ce travail.

**RECOMMANDATION 15 ..... 59**

Le constat assez fréquent des écarts observés entre les objectifs figurant dans les contrats de pôle, les rapports annuels d'activité de ceux-ci et les pratiques des unités interrogent sur les modalités de mise en œuvre de ces objectifs, leur suivi, leur évaluation et sur l'implication de l'ensemble des personnels soignant et médicaux. La participation de l'ensemble du personnel à cette démarche est essentielle pour sa réussite et doit être prise en compte pour les bilans 2019 et les annexes aux contrats de pôle de 2020.

**RECOMMANDATION 16 ..... 64**

Les mesures de contention concernant les patients relevant de la psychiatrie admis aux urgences des HUS et du CH de Sélestat ne sont pas tracées. Une réflexion doit être engagée entre le CH d'Erstein, le CH de Sélestat et les HUS afin que ces mesures soient connues à l'arrivée du patient à Erstein, et, le cas échéant, intégrées au registre d'isolement et de contention du CH d'Erstein.

**RECOMMANDATION 17 ..... 65**

L'architecture et la configuration des chambres et secteurs d'isolement doivent être revues. L'intimité et la dignité des patients doivent y être respectées.

**RECOMMANDATION 18 ..... 67**

Les mesures d'isolement et de contention doivent être justifiées sur le plan clinique, mieux limitées dans le temps, régulièrement réévaluées et, le cas échéant, renouvelées dans le respect des délais légaux. Au regard des dysfonctionnements observés, l'hôpital doit définir une politique pour limiter le recours à ces pratiques et rédiger un document précisant les objectifs à court et moyen terme et les indicateurs de suivi de ceux-ci. Ce document doit être soumis à la commission médicale d'établissement et au conseil de surveillance.

**RECOMMANDATION 19 ..... 68**

Les équipes de sécurité ne doivent pas intervenir par principe dans le cadre de mesures d'isolement. Ils ne doivent être sollicités qu'au cas par cas, pour prêter main-forte aux soignants qui feraient face à une très forte agressivité des patients, en chambre d'isolement ou ailleurs. Les procédures d'isolement et de contention doivent être actualisées en ce sens ainsi que les fiches de décision initiale et de renouvellement de ces mesures.

**RECOMMANDATION 20 ..... 69**

Le placement en chambre d'isolement pendant plus de douze heures de patients en soins libres doit cesser immédiatement. Si, à titre exceptionnel, le maintien de la mesure est jugé nécessaire au-delà de cette durée, une décision de placement en soins sans consentement doit être prise par le directeur. Plus généralement, l'hôpital doit analyser les raisons conduisant à placer en isolement autant de patients en soins libres et les moyens d'y remédier. Cette réflexion devra s'intégrer dans celle plus générale de la politique à définir pour limiter le recours à ces pratiques en très nette hausse actuellement.

**RECOMMANDATION 21 ..... 71**

Le statut des chambres d'apaisement doit être clarifié. Leur mobilier doit être adapté à leur objectif.

**RECOMMANDATION 22 ..... 74**

Si la violence des patients contre le personnel semble correctement évaluée, l'hôpital doit se doter d'outils pour mesurer les différentes situations mettant en insécurité les patients (agressions entre eux, vols, pressions diverses, etc.). Par ailleurs, l'analyse demeure limitée en la matière : il semble nécessaire de concevoir et mettre en œuvre un plan de prévention permettant de mieux appréhender les phénomènes de violence, comprendre leur évolution et les prévenir plus efficacement.

**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 de les rappeler ici pour mémoire, notamment en raison de leur utilité pour des établissements comparables.*

**RECO PRISE EN COMPTE 1 ..... 24**

La formation des soignants nouvellement affectés au CH d'Erstein doit être réinvestie, en particulier à destination de ceux qui n'ont jamais exercé en psychiatrie auparavant. Par ailleurs, la supervision, individuelle et collective, doit être développée pour permettre aux soignants d'exprimer les difficultés rencontrées dans leur exercice professionnel, et les dépasser.

**RECO PRISE EN COMPTE 2 ..... 27**

Le recueil d'éventuelles observations du patient sur les décisions prononçant le maintien des soins sans consentement ou définissant le projet de prise en charge doit être formalisé et tracé.

**RECO PRISE EN COMPTE 3 ..... 27**

Dans chaque unité, un exemplaire du livret d'accueil doit être remis à tous les patients au moment de leur admission. Celui-ci doit faire mention du CGLPL parmi les autorités chargées du contrôle des établissements psychiatriques et préciser son adresse.

**RECO PRISE EN COMPTE 4 ..... 31**

Les personnes de confiance doivent être avisées de leur désignation. Elles doivent être informées de la portée de celle-ci et mises en mesure de refuser, le cas échéant, à l'aide d'un formulaire que le centre hospitalier doit leur transmettre.

**RECO PRISE EN COMPTE 5 ..... 34**

Il est nécessaire que le centre hospitalier protocolise la question de la confidentialité de la présence d'un patient. Une alerte doit être mise en place pour le standard téléphonique. La question doit être posée systématiquement à tout arrivant, et doit figurer sur la *check-list* d'arrivée.

**RECO PRISE EN COMPTE 6 ..... 35**

Un avenant à la convention entre le tribunal de grande instance et le centre hospitalier doit prendre en compte la modification des horaires des audiences du JLD.

**RECO PRISE EN COMPTE 7 ..... 41**

Le certificat médical des soixante-douze heures ne doit pas intégrer l'avis motivé, le certificat d'aptitude à l'audience et le certificat d'aptitude au transport. Ces trois derniers avis doivent être émis beaucoup plus tard, un peu en amont de l'audience devant le JLD mais en aucun cas une semaine auparavant.

**RECO PRISE EN COMPTE 8 ..... 41**

La mention de la notification des décisions d'admission ou de maintien en hospitalisation complète doit être portée dans le registre. De même doit être renseignée la date de la notification des droits.



**RECO PRISE EN COMPTE 9 ..... 42**

Le collège des professionnels de santé doit se réunir quand la loi le prévoit. Il doit être entendu après avoir été informé de l'objet de cette réunion et doit pouvoir faire des observations lesquelles doivent être recueillies.

**RECO PRISE EN COMPTE 10 ..... 45**

Le projet de séparation des unités d'admission en deux secteurs, l'un fermé, l'autre ouvert, prévoit de placer systématiquement les patients en SSC dans le secteur fermé. Cette répartition ne devrait pas se faire selon le statut mais selon la pathologie du patient.

**RECO PRISE EN COMPTE 11 ..... 51**

Les patients du DIP ne peuvent conserver leur clef de placard. Cette interdiction ne saurait être absolue : elle doit être au contraire justifiée par des considérations relatives à l'état du patient et être réévaluée régulièrement, au cas par cas.

**RECO PRISE EN COMPTE 12 ..... 61**

L'accès aux soins somatiques des patients hospitalisés en psychiatrie doit être amélioré. Un suivi médical au sein des unités de soins – en dehors des demandes ponctuelles et des urgences – et un examen médical systématique de tout patient relevant d'une décision d'isolement ou de contention doivent être mis en œuvre sans délai. Toutes les activités de soin de cette unité doivent être colligées tant en interne qu'en externe.

**RECO PRISE EN COMPTE 13 ..... 63**

La convention entre le CH d'Erstein et les HUS doit être évaluée et actualisée, tenant compte des observations déjà formulées dans le rapport du CGLPL relatif à sa visite des HUS en septembre 2016.

**RECO PRISE EN COMPTE 14 ..... 68**

Le CHE doit mettre en place un programme d'information et de formation des personnels soignants et médicaux aux pratiques d'isolement et de contention. Ces formations doivent revêtir un caractère obligatoire.

**RECO PRISE EN COMPTE 15 ..... 75**

Le comité local d'éthique, en mesure d'émettre des avis éclairés sur des situations concrètes ou des projets qui lui sont présentés, doit reprendre son action.

**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.*

**Aucune entrée de table des matières n'a été trouvée.**

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>2</b>
<b>SYNTHESE DES OBSERVATIONS</b> .....	<b>5</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>10</b>
<b>RAPPORT</b> .....	<b>13</b>
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE</b> .....	<b>13</b>
<b>2. OBJECTIFS ET MOYENS DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	<b>15</b>
2.1 La place importante du CH d'Erstein dans l'organisation départementale de la psychiatrie du Bas-Rhin .....	15
2.2 Un établissement couvrant trois secteurs mais organisé en deux pôles et un département intersectoriel de psychogériatrie .....	16
2.3 Des objectifs cohérents aujourd'hui, et une nouvelle réorganisation de l'offre de soins envisagée pour 2021 .....	19
2.4 Des effectifs stables et attachés à l'hôpital, peu accompagnés à leur prise de fonctions et légèrement insuffisants en ce qui concerne les médecins .....	20
<b>3. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS</b> .....	<b>25</b>
3.1 Une hospitalisation en soins sans consentement de plus en plus longue, majoritairement sous le régime des soins pour péril imminent .....	25
3.2 Une information incomplète du patient en soins sans consentements sur ses droits, en particulier pour celui admis en fin de semaine .....	25
3.3 La prise en compte des observations du patient sur les décisions prononçant ou maintenant des soins sans consentement, pas assez formalisée .....	26
3.4 Les informations générales, plus ou moins complètes selon les unités .....	27
3.5 Des réclamations suivies avec rigueur, mais dont le faible nombre pose question .....	28
3.6 Un hôpital ouvert aux préoccupations des patients et de leurs familles .....	29
3.7 La personne de confiance : une notion bien comprise chez les soignants, mais une mise en œuvre non aboutie lors de la visite .....	31
3.8 Une information effective sur le droit de vote .....	31
3.9 L'exercice du culte, un droit respecté et intégré dans la vie quotidienne .....	32
3.10 La protection juridique, assurée par un service social à l'écoute des patients et des familles .....	33
3.11 La confidentialité sur la présence, mise en œuvre si elle expressément demandée .....	34
<b>4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS</b> .....	<b>35</b>
4.1 Des patients très peu présents à l'audience devant le juge des libertés et de la détention .....	35
4.2 La commission départementale des soins psychiatriques, peu saisie par les patients .....	38

4.3	Le registre de la loi, bien tenu mais incomplet .....	39
4.4	Le recours au collègue des professionnels de santé : des avis souvent établis en méconnaissance délibérée de la loi.....	41
<b>5.</b>	<b>LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....</b>	<b>43</b>
5.1	Des unités majoritairement fermées, dans lesquelles une équipe d'agents de sécurité intervient très régulièrement .....	43
5.2	Des contraintes dans la vie quotidienne exceptionnelles, individualisées et motivées .....	45
5.3	Des liens sociaux libres et préservés .....	46
5.4	Le port exceptionnel du pyjama .....	48
5.5	Le changement de médecin : une possibilité théorique .....	48
<b>6.</b>	<b>LES CONDITIONS DE VIE.....</b>	<b>49</b>
6.1	Des locaux entretenus et adaptés .....	49
6.2	L'hygiène : une attention qui permet un réel bien-être.....	51
6.3	Des lits supplémentaires de plus en plus nécessaires.....	52
6.4	Les biens des patients efficacement protégés .....	53
6.5	La restauration est quelconque mais permet, dans chaque unité, un lien entre patients et soignants .....	53
6.6	L'ennui réel, malgré les activités non thérapeutiques proposées .....	54
6.7	La prise en compte de la sexualité des patients.....	55
<b>7.</b>	<b>LES SOINS.....</b>	<b>57</b>
7.1	Les soins psychiatriques : un cadre et des objectifs clairs et ambitieux mais des pratiques au sein des unités de soins qui diffèrent.....	57
7.2	Les soins somatiques : une politique imprécise et des soins insuffisants pour les patients hospitalisés en psychiatrie générale .....	59
<b>8.</b>	<b>LE RESPECT DE L'INTEGRITE DES PERSONNES .....</b>	<b>62</b>
8.1	Les modalités de prise en charge aux urgences : des pratiques non maîtrisées, faisant notamment usage de la contention, et insuffisamment évaluées pour envisager des évolutions .....	62
8.2	Des mesures d'isolement et de contention fréquemment mises en œuvre, pour des durées trop longues et dans des conditions parfois illégales, trahissant une absence de politique d'ensemble sur la question .....	64
8.3	Vers une distribution des médicaments en chambre ?.....	71
8.4	La question des maltraitements, difficile à aborder malgré une politique volontariste de la direction.....	71
8.5	Un établissement dans lequel la prévention de la violence des patients n'est pas assez développée.....	72
8.6	Un comité d'éthique en demi-sommeil.....	74
<b>9.</b>	<b>LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....</b>	<b>76</b>

9.1 Le département intersectoriel de psychiatrie, accueillant un public très vulnérable .....	76
9.2 Des activités thérapeutiques intersectorielles riches et tournées vers la réhabilitation sociale .....	79
<b>10. CONCLUSION.....</b>	<b>82</b>

---

# Rapport

## Composition de la mission :

- Alexandre BOUQUET, chef de mission ;
- Jean-Christophe HANCHE, contrôleur ;
- Philippe LESCENE, contrôleur ;
- Pierre LEVENE, contrôleur ;
- Jacques MARTIAL, contrôleur ;
- Dominique PETON-KLEIN, contrôleure ;
- Cédric de TORCY, contrôleur ;
- Martine MALITCHENKO, stagiaire.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), sept contrôleurs et une stagiaire ont effectué une visite du centre hospitalier d'Erstein (Bas-Rhin) du 1<sup>er</sup> au 5 avril 2019. Il s'agissait d'une première visite.

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 1<sup>er</sup> avril à 14h. Ils l'ont quitté le 5 avril à 15h. La visite avait été annoncée la semaine précédente au directeur. Le directeur de cabinet du préfet du Bas-Rhin, la déléguée départementale de l'agence régionale de santé (ARS) du Grand-Est, le président du tribunal de grande instance de Strasbourg ainsi que le procureur de la République près ce tribunal ont été avisés de ce contrôle.

Dès leur arrivée, une réunion de présentation de la mission s'est tenue devant une vingtaine d'auditeurs dont le directeur et ses adjoints, la présidente du conseil de surveillance, la présidente de la commission médicale d'établissement, les chefs de pôle, des cadres supérieurs de santé, des cadres de santé et l'un des représentants des usagers. La journée s'est achevée sur une première visite de la structure.

Ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention, à une réunion entre l'hôpital et les organismes de tutelle, ainsi qu'à plusieurs réunions de synthèse et relèves dans les unités.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail. Tous les documents demandés par l'équipe leur ont été fournis. Des affichettes signalant leur visite avaient été diffusées dans les unités ; ils ont pu s'entretenir comme ils le souhaitaient, et en toute confidentialité, tant avec les patients qu'avec le personnel et les intervenants.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 5 avril, avec la plupart des personnes qui avaient participé à la réunion de présentation.

La qualité de l'accueil et la disponibilité de l'ensemble du personnel méritent d'être soulignées.

La mission a fait l'objet d'un rapport provisoire qui a été adressé au chef d'établissement, au préfet du Bas-Rhin, à la déléguée départementale de l'agence régionale de santé (ARS), au président du tribunal de grande instance de Strasbourg et au procureur près ce tribunal le 14

novembre 2019. Les chefs de juridiction et le directeur de l'hôpital y ont répondu de façon précise et détaillée, respectivement les 12 et 16 décembre. L'ensemble de leurs observations a été intégré dans le présent rapport de visite.

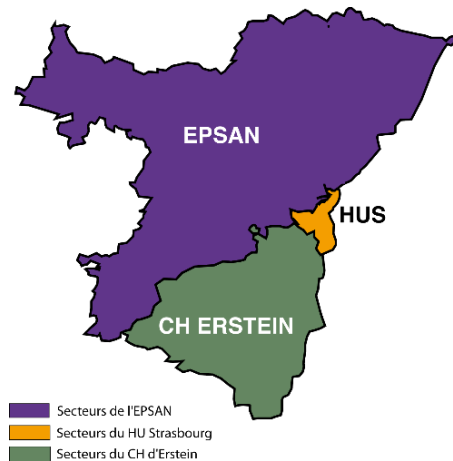
## 2. OBJECTIFS ET MOYENS DE L'ETABLISSEMENT

### 2.1 LA PLACE IMPORTANTE DU CH D'ERSTEIN DANS L'ORGANISATION DEPARTEMENTALE DE LA PSYCHIATRIE DU BAS-RHIN

Le Bas-Rhin, avec 1 120 000 habitants environ, fait partie des vingt départements les plus peuplés de France (source : Insee, 2016). C'est le plus peuplé de la région Grand-Est et de loin le plus dense (232 habitants au km<sup>2</sup>). On y relève plusieurs sites d'hospitalisation psychiatrique :

- le premier à Strasbourg, la préfecture : les hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS)<sup>1</sup> ;
- le deuxième à Brumath, à vingt kilomètres au Nord de Strasbourg : l'établissement public de santé Alsace Nord (EPSAN) ;
- le troisième à Erstein, à vingt kilomètres à l'opposé, au Sud : le centre hospitalier (CH) d'Erstein. Il s'agit de l'établissement faisant l'objet du présent rapport.

Les douze secteurs psychiatriques du département sont répartis entre ces trois sites : un secteur pour les HUS, huit secteurs pour l'EPSAN, les trois derniers (67G10, 67G11 et 67G12) pour le CH d'Erstein.



Un projet territorial de santé mentale est en cours de rédaction mais non finalisé.

La capacité d'accueil en psychiatrie semble légèrement sous-dimensionnée pour le département : le CH d'Erstein comme l'EPSAN connaissent des périodes de suroccupation. Le taux moyen d'occupation augmente d'ailleurs à Erstein, passant de 85 % à 93 % entre 2017 et 2018 (cf. *infra*, § 6.3). Lorsque l'EPSAN est saturé, cet établissement adresse parfois des patients en surnombre au CH d'Erstein avec l'accord de l'agence régionale de santé (ARS).

Les structures d'amont ne permettent pas particulièrement de prévenir les hospitalisations complètes, en particulier sous la forme de soins sans consentement (SSC). Les centres médico-psychologiques (CMP) sont nombreux mais fermés le soir après 17h et le week-end. Les hôpitaux de jour sont limités et pas toujours suffisamment investis. Deux services d'urgence orientent des patients vers le CH d'Erstein : les HUS et le CH de Sélestat (Bas-Rhin). La détection des patients à risque et leur orientation y est effectuée de façon différente selon les sites, même s'ils bénéficient tous deux de soignants mis à disposition par le CH d'Erstein (cf. *infra*, § 8.1). Les

<sup>1</sup> Cet hôpital a fait l'objet d'une visite du CGLPL en septembre 2016.

urgences du CH de Sélestat sont par ailleurs totalement saturées et ses locaux sont sous-dimensionnés : ce CH ne peut jouer le rôle de filtre.

Quant à la psychiatrie infanto-juvénile dans le Bas-Rhin, elle est répartie en quatre secteurs. Seul le quatrième relève du CH d'Erstein (67104). Plus vaste que les secteurs adultes réunis, il comporte douze structures extra hospitalières mais aucune unité dotée d'hospitalisation complète. Là encore, à l'échelle du département, la capacité de prise en charge à temps plein est trop faible. Il existe des listes d'attente pour les unités existantes (notamment celle des HUS) et les hospitalisations en urgence en pédiatrie sont régulières. Selon la direction, un projet concernant huit lits pour adolescents a été déposé, sans décision de l'ARS à ce jour. C'est dans ce contexte que le CH d'Erstein prend en charge les patients de plus de 16 ans, au même titre que les adultes, dans les unités d'admission.

Enfin, le CH d'Erstein appartient à un groupement hospitalier de territoire (GHT) qui regroupe treize hôpitaux. Celui-ci couvre la plus grande partie du Bas-Rhin et mord sur le département voisin de la Moselle : il est appelé GHT Basse Alsace Sud Moselle. Un projet de GHT psychiatrique, réunissant les trois établissements du département, avait été envisagé mais semble avoir fait long feu. Pour autant, ces trois hôpitaux se retrouvent dans un sous-groupe du GHT et une commission stratégique de psychiatrie les réunit.

## 2.2 UN ETABLISSEMENT COUVRANT TROIS SECTEURS MAIS ORGANISE EN DEUX POLES ET UN DEPARTEMENT INTERSECTORIEL DE PSYCHOGERIATRIE

Le CH d'Erstein est un établissement public de santé mentale dont la création est liée au constat dans les années soixante-dix de la saturation des deux hôpitaux psychiatriques historiques du département, l'hôpital de Brumath et celui de Hoerdts, respectivement mis en service en 1835 et en 1877 et aujourd'hui fusionnés au sein de l'EPSAN.

Le nouvel hôpital a été installé en 1974 à Erstein, petite commune de 7 400 habitants à l'époque (10 700 aujourd'hui – source : Insee, 2016). Erstein est située à 22 km au Sud de Strasbourg et à 25 km au Nord de Sélestat. L'hôpital est facile d'accès en voiture, non loin de la nationale Strasbourg-Sélestat-Colmar, et dispose d'un vaste parking. Deux bus relient par ailleurs le CH à la gare ferroviaire d'Erstein et aux villes d'Illkirch et Benfeld. Le choix s'est porté sur une implantation au Sud de la communauté urbaine de Strasbourg (CUS), pour faire ainsi la balance avec l'EPSAN qui dessert les populations situées au Nord du département.

### 2.2.1 L'offre de soins actuelle

Le CH d'Erstein regroupe une trentaine de structures hétérogènes, permettant la prise en charge complète des patients des trois secteurs de psychiatrie adulte et du secteur infanto-juvénile dont il a la charge. Elles sont réparties sur huit communes correspondant aux plus importants bassins de population : Strasbourg, Illkirch, Lingolsheim, Obernai, Erstein, Sélestat et – uniquement pour la psychiatrie infanto-juvénile – Molsheim et Schirmeck.

Lors de la visite, le CH d'Erstein offrait 203 lits de psychiatrie, tous à Erstein. Il comptait par ailleurs, au sein d'un pôle personnes âgées ne relevant pas de la psychiatrie, quarante lits en unité de soins longue durée (USLD), vingt-six en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et quatorze en unité d'hébergement renforcée (UHR).

Les secteurs de psychiatrie adulte ont été répartis en deux pôles, le pôle Eurométropole Strasbourg Sud (PEMSS) et le pôle du pays d'Alsace centrale (PPAC). Le premier compte 135 000

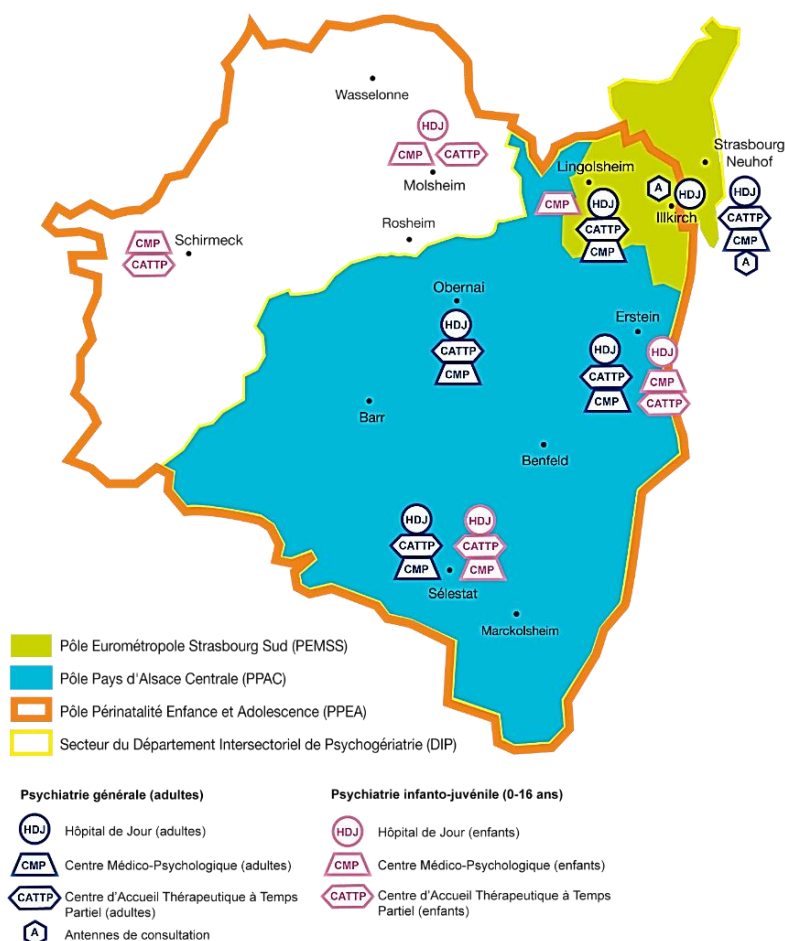


habitants, le second 162 000. A chacun de ces pôles sont associées des unités hospitalières à temps complet, sur site, et des activités ambulatoires situées sur les territoires des pôles :

- PEMSS : quatre unités intra (« Olympe de Gouges », « Simone Weil », « Camille Claudel », « Jules Verne »), trois hôpitaux de jour, deux centres médico-psychologiques (CMP), deux centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et deux antennes de consultation ;
- PPAC : quatre unités intra (« Victor Hugo », « Leonard de Vinci ») et deux unités relevant du département intersectoriel de psychogériatrie : « DIP-A » et « DIP-B »), trois hôpitaux de jour, trois CMP et trois CATTP.

Enfin, de nombreuses alternatives à l'hospitalisation sont disponibles sur ces trois secteurs, représentant 148 places : une cinquantaine d'appartements de transition, des foyers, une clinique mobile de gérontopsychiatrie.

Il n'y a pas d'hospitalisation à temps plein pour le secteur infanto-juvénile, mais une prise en charge au sein de trois hôpitaux de jour, cinq CMP et quatre CATTP. Il est néanmoins à noter que l'unité Simone Weil accueille des jeunes adultes de 16 à 25 ans, dans une sous-unité qui est passée de douze à seize lits en 2017. Lors de la mission, cette sous-unité n'accueille aucun patient en SSC.



### 2.2.2 Les unités d'hospitalisation de psychiatrie

Toutes ces unités peuvent recevoir des patients en SSC. Trois sont destinées à l'admission : Olympe de Gouges et Simone Weil pour le PEMSS, Victor Hugo pour le PPAC. Deux sont orientées

vers la réhabilitation psycho-sociale : Camille Claudel pour le PEMSS et Leonard de Vinci pour le PPAC. L'unité Jules Verne accueille quant à elle des patients au long cours, dont certains sont dits « inadéquats ». Ces trois unités de suite n'hébergent que de façon exceptionnelle des patients en SSC selon la direction. Enfin, le DIP est rattaché au PPAC mais il a vocation à accueillir dans ses deux unités les patients âgés de l'ensemble des secteurs de compétence du CH d'Erstein.

Les personnes hébergées en psychiatrie sont majoritairement originaires des cantons de Strasbourg (20 %), Sélestat (20 %), Erstein (17 %) et Obernai (14 %). Les patients extérieurs au département sont très minoritaires (moins de 2 %)<sup>2</sup>.

Le 1<sup>er</sup> avril 2019, premier jour du contrôle, le CH d'Erstein comptait cinquante-et-un patients en SSC. Ils se répartissaient comme suit :

Pôle	Unité	Lits	Nombre de patients (01.04.19)	Taux d'occupation			Durée moyenne d'hospitalisation (DMH) <sup>3</sup>	Nombre de patients en SSC (01.04.19)
				Au 01.04.19	Moyenne 2018 <sup>4</sup>	Moyenne 2017		
PEMSS	O. de Gouges	32	34	106 %	94 %	79 %	16 jours	21
	S. Weil	32	33	103 %	93 %	87 %	25 jours	13
	J. Verne	25	24	96 %	87 %	86 %	174 jours	0
	C. Claudel	32	27	84 %	94 %	84 %	51 jours	1
PPAC	V. Hugo	32	32	100 %	97 %	89 %	21 jours	10
	L. de Vinci	20	20	100 %	90 %	87 %	43 jours	2
	DIP-A	15	12	80 %	93 %	82 %	37 jours	1
	DIP-B	15	14	93 %	92 %	88 %	42 jours	3

Le taux d'occupation est très élevé dans les trois unités d'admission, et en hausse dans toutes, ce qui suppose des ajustements de plus en plus fréquents (cf. *infra*, § 6.3). La durée moyenne d'hospitalisation est assez élevée dans les unités de suite car elle est affectée par la présence de quelques cas de patients « au long cours », particulièrement prégnante au pavillon Jules Verne (qui ne compte aucun patient en SSC au jour du contrôle).

Ces unités n'accueillent en principe pas de personnes détenues. Les patients détenus de la maison d'arrêt de Strasbourg et du centre de détention d'Oermingen ont vocation à être accueillis à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Nancy (Meurthe-et-Moselle), compétente pour l'ensemble de la région Grand-Est. Compte-tenu de son éloignement de Strasbourg, il est fréquent, à titre subsidiaire, que des patients détenus soient adressés à l'EPSAN, qui dispose d'une convention avec la maison d'arrêt. Exceptionnellement, en cas de saturation de l'EPSAN, ceux-ci peuvent être accueillis pour une très courte durée au CH d'Erstein (trois cas en 2017). Une fiche de procédure a été établie dans l'hypothèse d'un tel accueil ; elle a été mise à jour en mars 2019. Elle prévoit notamment que les patients détenus ne doivent pas, du fait de leur statut de personne sous écrou, être placés en chambre d'isolement. Une fiche de liaison a en outre été réalisée mais celle-ci n'est pas renseignée par les prisons citées.

<sup>2</sup> Source : Demain 2020, p. 10

<sup>3</sup> Source pour la DMH et le taux d'occupation de 2017 : rapport d'activité 2017

<sup>4</sup> Source : données d'activité psychiatrique 2018

### 2.2.3 Le budget

Le budget de l'établissement, tous sites confondus, est de l'ordre de 48 M€. Il est à l'équilibre (en 2018, déficit de 130 000€ compensé par un report à nouveau de 180 000€). La dotation annuelle de l'ARS Grand-Est représente 92 % du financement.

La masse salariale de l'établissement s'élève à 36 M€, soit les trois quarts du budget de la structure.

Le taux d'endettement de l'hôpital est relativement élevé (40 % environ), lié notamment à des investissements immobiliers lourds et constants. Pour autant, les contraintes budgétaires n'affectent pas la prise en charge globale des patients et la direction dispose de marges de manœuvre.

Les pôles disposent d'un petit budget de fonctionnement (10 000€ chacun, soit 2 500€ par unité). Dans l'hypothèse d'une demande de crédits supplémentaires pendant l'année, celle-ci doit être soutenue par le cadre de santé de l'unité au travers d'un projet écrit argumenté.

## 2.3 DES OBJECTIFS COHERENTS AUJOURD'HUI, ET UNE NOUVELLE REORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS ENVISAGEE POUR 2021

Les principales orientations de l'établissement sont fixées dans le projet d'établissement « *Demain 2020* », rédigé en 2014. Il fait suite à « *CAP 2012* », écrit en 2008, qui énonçait quatre-vingts actions, dont soixante-dix ont été réalisées. « *Demain 2020* » vise trois axes principaux :

- l'investissement du CH d'Erstein sur ses secteurs de compétence géographiques, par l'adaptation de ses pratiques aux caractéristiques territoriales et par la qualité de son maillage extra hospitalier ;
- la rénovation de l'offre de soins au regard des évolutions du public, en améliorant la cohérence des parcours de soin, en développant des offres spécifiques aux personnes âgées et aux enfants ainsi que des stratégies de prise en charge des patients au long cours pour limiter les séjours inadéquats, en s'inspirant aussi des modèles étrangers (jumelage avec le CH d'Emmendingen, en Allemagne) ;
- la mise en cohérence des moyens au service du soin, par une meilleure structuration du projet social, l'amélioration du pilotage économique et l'ajustement de la gouvernance (notamment avec le déploiement des deux pôles PEMSS et PPAC).

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), signé par l'ARS en décembre 2018, couvre la période 2018-2023. Il s'agit d'un court document, fixant neuf objectifs dont quatre concernent le dispositif ORSAN<sup>5</sup>, lié au « plan blanc ». Les objectifs intéressant les droits des patients sont au nombre de trois : garantir un accueil adapté aux personnes hospitalisées, notamment lorsqu'elles sont en situation de handicap ou de précarité sociale, garantir la permanence de la prise en charge sanitaire, garantir l'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité.

Le CH d'Erstein ne dispose pas, en revanche, d'un projet médical formalisé. Celui-ci, en cours d'écriture lors de la mission, s'inscrira dans le projet territorial de santé mentale, lui aussi en cours de rédaction. Ceux-ci déclineront le projet du GHT, dont une partie concerne directement la « filière psychiatrie santé mentale ». Ce document établit des objectifs de nature plus politique

---

<sup>5</sup> Le dispositif ORSAN (organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles) est un dispositif d'organisation des soins qui date de 2014.

que le CPOM et « *Demain 2020* » : y sont notamment mentionnés la nécessité de « *faire reconnaître la discipline de la psychiatrie via une gouvernance adaptée au sein du GHT à dominante médecine chirurgicale et obstétrique* », celle de maintenir le rattachement de la psychiatrie universitaire au CHU, à la fois en termes géographique et institutionnel, ou encore celle de « *poursuivre l'ouverture de la santé mentale vers la cité en développant la psychiatrie communautaire* », les pratiques de soin devant à ce titre intégrer les politiques publiques de l'école, du logement et de l'inclusion sociale<sup>6</sup>.

En matière de droits fondamentaux, l'ensemble de ces objectifs très généralistes se traduit à court terme par une nouvelle organisation des unités d'admission, devant intervenir quelques semaines après la mission. Celles-ci devraient être divisées en sous-unités, l'une fermée et l'autre ouverte, afin notamment d'éviter que des patients en soins libres soient accueillis dans des unités fermées. Les contrôleurs sont réservés sur ce projet, qui présente des avantages mais aussi des faiblesses (cf. *infra*, § 5.1).

A moyen terme (2021), une nouvelle réforme est envisagée, tendant au « tout intersectoriel ». Les logiques de parcours de soins étant privilégiées, les patients des trois secteurs seraient admis indistinctement au sein de deux filières, selon leur diagnostic et leurs besoins : une filière « *dépression résistante et troubles de l'humeur* » et une filière « *troubles psychotiques complexes* », cette dernière prévoyant des unités de réhabilitation et des appartements-passerelles. Subsisteraient des unités d'admission uniquement pour les patients non connus ou non suivis pour lesquels le diagnostic demande une observation dans le temps. Des chambres d'isolement y seraient adossées, au contraire des unités des deux filières intersectorielles qui n'en disposeraient pas.

Par ailleurs, trois unités concernées par des avis défavorables de la commission de sécurité devraient fermer à l'horizon 2020-2021 : Camille Claudel, Jules Verne et Léonard de Vinci. Deux pavillons ouvriraient à leur place, pour un total de cinquante places environ. Ils auraient vocation à s'intégrer au projet de réorganisation de l'offre de soins évoquée ci-dessus.

Enfin, une maison d'accueil spécialisée (MAS) devrait également être mise en service en 2021. La capacité d'accueil en psychiatrie serait ainsi réduite d'environ vingt-cinq lits, ce qui paraît contradictoire avec l'augmentation importante du taux d'occupation (cf. *infra*, § 6.3).

## 2.4 DES EFFECTIFS STABLES ET ATTACHES A L'HOPITAL, PEU ACCOMPAGNES A LEUR PRISE DE FONCTIONS ET LEGEREMENT INSUFFISANTS EN CE QUI CONCERNE LES MEDECINS

### 2.4.1 Les effectifs et les caractéristiques du personnel

En 2018, le CH d'Erstein employait 707 personnes sur l'ensemble de ses structures. Ce chiffre est stable (705 en 2015 ; 699 en 2016 ; 702 en 2017). 79 % du personnel est féminin.

Il est fidèle au CH d'Erstein, comme en témoignent le *turn-over* faible (de l'ordre de 8 % par an) et l'âge moyen des équipes (45 ans tous corps confondus, et même 50 pour les médecins). Sur les 700 agents, 150 environ ont effectué toute leur carrière au CH d'Erstein, dont 50 titulaires du diplôme d'infirmier en soins psychiatriques obtenu avant sa suppression en 1992.

Cette ancienneté du personnel lui apporte de l'expérience et de la légitimité mais peut aussi être source de pesanteurs et de résistances au changement. Par ailleurs, combinée au fort ancrage

---

<sup>6</sup> Projet médical du GHT, p. 111 et suivantes

local des soignants dans la région, elle génère selon la direction une promiscuité parfois inadaptée avec les patients (naissance d'amitiés à l'intérieur de l'hôpital, patients qui habitent dans le même village que des soignants et les croisent très régulièrement, etc.). Au-delà du faible renouvellement des équipes par l'apport de fonctionnaires venant d'autres hôpitaux, la mobilité entre unités est rare elle aussi, de sorte que certains exercent au sein du même pavillon depuis quinze ou vingt ans. Il n'a jamais été fixé de règles, comme on le voit dans d'autres hôpitaux, visant à ce qu'un changement de poste intervienne au bout de quelques années.

L'absentéisme est présenté comme « *très faible* » par la direction. Le taux d'indisponibilité globale – hors congés annuels ou exceptionnels, activité syndicale et formations – est de l'ordre de 7,6 % en 2018, légèrement en-deçà de la moyenne nationale<sup>7</sup>. Deux observations peuvent être faites à la lumière des documents transmis aux contrôleurs : d'une part cet absentéisme est en hausse par rapport aux années précédentes (6,7 % en 2016 ; 6,6 % en 2017), d'autre part il touche nettement plus le PPAC (8,8 %) que le PEMSS (6,4 %)<sup>8</sup>.

La principale difficulté à laquelle est confrontée la direction concerne surtout le recrutement dans les années à venir. La pyramide des âges, tant pour le personnel médical que paramédical, a pour conséquence un nombre très important de départs en retraite (déjà vingt-sept en 2017). Pour les médecins (cinq départs en retraite d'ici 2023), la problématique réside dans le vivier de praticiens hospitaliers (PH) disponibles, très insuffisant en psychiatrie. Pour les IDE, et malgré l'existence d'un institut de formation en soins infirmiers à Erstein, c'est surtout le manque d'attractivité de l'hôpital public par rapport aux structures privées, nombreuses dans le Bas-Rhin, qui est en cause.

Au 1<sup>er</sup> mars 2019, l'établissement disposait de 38,2 équivalents temps plein (ETP) de médecins, internes compris, pour une autorisation budgétaire de 40,7. Cet effectif est jugé légèrement insuffisant par la commission médicale d'établissement. Selon sa présidente, l'effectif théorique a été fixé au-dessous du besoin réel ; par ailleurs, le nombre d'internes mis à disposition est beaucoup trop faible (quatre au-lieu de dix). Lors de la mission, neuf psychiatres (représentant 9 ETP) intervenaient au PEMSS et onze (représentant 9,6 ETP), dont trois contractuels, exerçaient au PPAC. Tous disposaient de la plénitude d'exercice. Trois internes y effectuaient leur stage par ailleurs (deux au PEMSS et un au PPAC). La répartition du travail entre unités n'est pas très lisible et les temps de présence de chacun sont variables. Même les trois unités d'admission, de trente-deux lits chacune, ne sont pas dotées à l'identique : 1,28 ETP pour Olympe de Gouges, 1,4 ETP à Simone Weil (dont un interne à mi-temps), 3,2 ETP pour Victor Hugo (dont un interne à temps plein). Dans certaines unités, y compris les unités d'admission moins bien loties, il arrive que soit relevée par les équipes ou la direction elle-même l'absence de médecin en semaine. Pour autant, auprès des contrôleurs, les patients n'ont pas particulièrement fait état de difficultés pour rencontrer un médecin.

Deux somaticiens interviennent en outre au sein des unités psychiatriques (pour un effectif théorique de 2,5 ETP). Même si ceux-ci n'interviennent pas au DIP, dont les deux unités sont couvertes par des gériatres pour tout ce qui relève de la médecine générale, ce temps médical demeure insuffisant. Le délai entre l'admission d'un patient et la première visite du somaticien

---

<sup>7</sup> Le rapport national de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) fait état, en psychiatrie, d'un taux de 3,9 % pour les médecins et 8,3 % pour le personnel non médical en 2015.

<sup>8</sup> Source pour l'ensemble des statistiques (à l'exception de celles de 2018, données par la DRH) : bilan social 2017

est très important et ceux-ci ne voient pas systématiquement les patients placés en chambre d'isolement ou faisant l'objet de contention (cf. *infra*, § 8.2).

### RECOMMANDATION 1

Les effectifs des médecins psychiatres et généralistes doivent être abondés à hauteur de l'autorisation budgétaire. Un plan de recrutement doit être conçu pour anticiper les nombreux départs en retraite à venir dans les prochaines années.

Dans sa réponse du 16 décembre 2019 au rapport provisoire, le directeur précise : « *une commission de l'attractivité médicale sera mise en place en janvier 2020 dans le cadre du projet médical d'établissement. Un groupe de travail sur cette thématique a également été constitué* ».

Les effectifs non médicaux exerçant dans les unités sont en nombre suffisant et il n'y a quasiment pas de postes vacants : 179 agents hospitaliers pour le PEMSS (représentant 170,8 ETP) et 172 pour le PPAC (représentant 157,2 ETP). Le fait que le PEMSS bénéficie d'un nombre plus important d'agents est cohérent puisqu'il abrite davantage de lits (121 contre 82 pour le PPAC). Un différentiel notable existe pour les IDE : 106,6 ETP au PEMSS contre 85,8 au PPAC. Celui-ci est lié au rattachement au PPAC des deux unités du département intersectoriel de psychogériatrie. Dans ces unités, les IDE sont en effet moins nombreux et la présence d'aides-soignants est en revanche plus forte.

Chaque pôle est animé par un cadre supérieur de santé (en lien avec le médecin chef de pôle). A l'échelle de chaque unité, on retrouve un cadre de santé – commun pour les unités Leonard de Vinci et Victor Hugo, et commun pour les deux unités du DIP – qui pilote un effectif d'environ trente agents. Les IDE, les aides-soignants et les agents des services hospitaliers (ASH) sont bien répartis entre unités, en fonction de la vocation de chacune. Les contrôleurs ont noté le faible nombre de psychologues : 1,9 ETP pour l'ensemble des huit unités, soit 203 lits, avec des temps de présence dérisoires dans certaines d'entre elles. Il ne s'élève qu'à 0,1 ETP (soit une demi-journée par semaine) à l'unité Camille Claudel et à 0,2 ETP (soit deux demi-journées) aux unités Jules Verne, DIP-A, DIP-B ou encore Victor Hugo.

Le service dans les unités est assez classique, en trois-huit. Il est établi pour quatre mois. Contrairement à d'autres hôpitaux, le CH d'Erstein ne pratique pas le service en longue journée (douze ou treize heures d'affilée). Les horaires sont les suivants : 6h-14h / 14h-21h / 21h-6h. Quelques agents ne travaillent que la nuit. Les relèves (quinze minutes à 6h, trente minutes à 14h, quinze minutes à 21h) sont rémunérées. En moyenne, les effectifs sont de cinq soignants (IDE et aides-soignants) le matin et quatre l'après-midi dans les unités d'admission, et un de moins dans les unités de soins de suite. Deux soignants sont toujours présents par unité la nuit.

La politique actuelle de la direction est d'augmenter le nombre d'IDE au détriment des aides-soignants dans la couverture journalière. Il est donc fréquent, à la retraite d'un aide-soignant, de recruter un IDE pour lui succéder au sein de la même unité.

Un effectif de sécurité – en dessous duquel il n'est jamais possible de descendre – a été fixé pour chaque unité : dans les unités d'admission, il est de quatre soignants le matin et trois l'après-midi. En cas de pénurie de personnel, un « *pool* commun » est sollicité. Dix agents (IDE, aides-soignants, ASH) sont en effet chaque jour dans une position de service spécifique, dite « *RH pool* », ce qui signifie qu'ils sont en repos mais rappelables en cas de difficulté de dernière minute. Compte-tenu par ailleurs de l'absentéisme maîtrisé au CH d'Erstein, les situations dans lesquelles les soignants sont en nombre insuffisant dans les unités sont ainsi rarissimes.

### 2.4.2 La formation

Le CH d'Erstein investit 445 000 € dans la formation en 2019. Le budget est ventilé entre formations institutionnelles, proposées par la direction (30 %), actions de promotion sociale (29 %), formations propres aux pôles, proposées par les médecins et les cadres supérieurs de santé (27 %), actions reportées (9 %) et colloques (5 %).

Toutes actions confondues, le personnel a bénéficié de 2 889 jours de formation en 2018, soit quatre jours par an et par agent en moyenne.

L'inscription en formation est basée sur le volontariat mais chaque agent doit bénéficier d'une formation au moins une fois tous les trois ans. L'orientation est fonction des évaluations annuelles des agents, ainsi que de leurs attentes ou de difficultés constatées. Le nombre de demandes est important : certaines sont donc refusées, faute de budget.

Parmi les formations institutionnelles, plusieurs concernent directement les droits des patients : « *bientraitance : droits du patient, des résidents, de leurs proches* », « *intégrer la réflexion éthique dans la pratique soignante* », « *promouvoir les droits de l'enfant, de l'adolescent ou du jeune hospitalisé* », « *améliorer la connaissance de la protection juridique des majeurs et du statut du patient à l'hôpital psychiatrique* », « *liberté d'aller et venir* » ou encore « *le risque suicidaire* ». En outre, l'hôpital tient à donner le plus possible aux agents des clefs de compréhension face aux phénomènes d'agressivité des patients. Un organisme privé<sup>9</sup> dispense trois sessions annuelles, pour quarante-cinq agents au total, relatives à la gestion et à la prévention de la violence. Ce même organisme prépare douze autres fonctionnaires hospitaliers à devenir eux-mêmes formateurs en « *gestion de la violence et de l'agressivité* ». Ces formateurs locaux vont à leur tour mettre à jour les connaissances de soixante soignants en la matière d'ici la fin de l'année 2019.

Parmi les formations proposées par les pôles, les contrôleurs ont noté une formation relative au concept Snoezelen<sup>10</sup>, pendant trois jours, qui est un atout pour la création envisagée de salons d'apaisement s'inspirant des salles Snoezelen. Ils ont aussi remarqué une formation de cinq jours sur la sexualité en institution, à la demande de soignants de l'unité Jules Verne. Il s'agit d'une formation plutôt inédite mais très pertinente tant ce thème est rarement réfléchi en profondeur en psychiatrie.

#### BONNE PRATIQUE 1

Les soignants peuvent bénéficier d'une formation de cinq jours sur le thème de la sexualité en institution.

La formation des soignants nouvellement affectés est en revanche insuffisante. Les sessions « *consolidation et intégration des savoirs en psychiatrie* » (trois jours) étaient suspendues lors du contrôle. Seule une doublure – deux ou trois jours pour un IDE, même s'il n'a jamais exercé en psychiatrie auparavant ; deux semaines pour un psychiatre – est prévue. Celle-ci est réalisée avec le collègue partant, qui bien souvent quitte ses fonctions pour la retraite et a autre chose en tête que de former son successeur pendant ses derniers jours. Pour les professionnels qui débutent

<sup>9</sup> Gestion évaluation des risques et formation (GERFO), basé à Strasbourg

<sup>10</sup> Le terme Snoezelen est la contraction du néerlandais *snuffelen* (renifler) et *doezelen* (sommoler). Il s'agit d'une approche initiée dans les années soixante-dix dans le cadre du handicap et se développant aujourd'hui en psychiatrie, visant à proposer une activité vécue dans une salle spécialement aménagée, à l'écart, éclairée d'une lumière tamisée, bercée d'une musique douce, invitant à l'apaisement et la relaxation.

au CH d'Erstein, un tuteur est affecté quelques jours à l'unité. Enfin, une journée d'intégration est prévue tous les six mois pour les nouveaux agents de l'hôpital (présentation des services le matin, visite du site l'après-midi). L'ensemble n'est pas suffisant pour permettre aux nouveaux soignants, *a fortiori* ceux qui n'ont jamais travaillé en unité psychiatrique, de se sentir à l'aise dans leurs fonctions au contact des patients. Cela signifie par ailleurs que ceux-ci ne sont pas formellement sensibilisés aux droits des patients en SSC ou à l'isolement et la contention dès leur arrivée. En outre aucune supervision n'a été réellement mise en œuvre.

Depuis la visite la situation a favorablement évolué :

- Les formations « consolidation des savoirs en psychiatrie » pour les IDE nouvellement affectés ont repris ;
- Le plan de formation 2020 prévoit de rattraper le retard, la priorité étant donnée aux professionnels n'ayant jamais exercé en psychiatrie pour les formations « consolidation des savoirs » mais aussi « prévention de la violence », « entretien infirmier » et « évaluation du risque suicidaire » ;
- Un dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles en phase le plan de formation 2020 est en cours d'élaboration.

Ces informations ont été transmises par le directeur dans ses observations au rapport provisoire, qui a joint à titre de preuve le programme de formation sur la consolidation des savoirs.

### RECO PRISE EN COMPTE 1

La formation des soignants nouvellement affectés au CH d'Erstein doit être réinvestie, en particulier à destination de ceux qui n'ont jamais exercé en psychiatrie auparavant. Par ailleurs, la supervision, individuelle et collective, doit être développée pour permettre aux soignants d'exprimer les difficultés rencontrées dans leur exercice professionnel, et les dépasser.



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

#### 3.1 UNE HOSPITALISATION EN SOINS SANS CONSENTEMENT DE PLUS EN PLUS LONGUE, MAJORITAIREMENT SOUS LE REGIME DES SOINS POUR PERIL IMMINENT

Des patients en soins sans consentement peuvent être accueillis dans toutes les unités, mais de façon exceptionnelle dans les unités Jules Verne, Léonard de Vinci et Camille Claudel, ces deux dernières étant des unités ouvertes.

Au premier jour du contrôle, cinquante et un patients étaient hébergés étaient en SSC. Selon les données communiquées<sup>11</sup>, le nombre de patients en SSC représente sur la totalité des patients hospitalisés 30 % de ceux-ci en 2017 et 32 % en 2018. Le nombre d'hospitalisations en SSC est stable : 392 en 2016, 410 en 2017, puis 391 en 2018.

En revanche, le nombre de journées en hospitalisation complète pour les patients en SSC est passé de 13 901 en 2017 à 18 780 en 2018, soit une augmentation de 35 % en un an. La durée moyenne de séjour – DMS – est ainsi passée entre 2017 et 2018 de vingt à trente jours pour les patients en soins à la demande du directeur (SDT, SDTU et SPI<sup>12</sup>), et de vingt-neuf à trente-sept jours pour les patients en SDRE. Logiquement, ce sont les unités d'admission qui accueillent le plus de patients en SSC<sup>13</sup>.

Parmi les patients admis en soins sans consentement, ceux hospitalisés pour péril imminent restent majoritaires : 169 en 2018, soit 43 % du total. Les hospitalisations en SDT ont tendance à diminuer (104 en 2016 et 76 en 2018) ; celles en SDTU sont en progression (84 en 2016 et 108 en 2018), celles en SPI augmentent très légèrement également (162 en 2016 et 169 en 2018). Ces données montrent un nombre de SPI très élevé allant bien au-delà de la moyenne nationale observée s'établissant à 21 %.

#### RECOMMANDATION 2

L'hôpital doit engager une réflexion sur les raisons du nombre important de soins pour péril imminent, en lien avec les HUS et le CH de Sélestat, leurs services d'urgence étant à l'origine de ces demandes. Cette réflexion devrait intégrer les moyens de remédier à cette situation.

Dans sa réponse du 16 décembre 2019 au rapport provisoire, le directeur précise : « *un groupe de travail dans le cadre du GHT est constitué depuis deux mois avec les HUS afin de remédier à cette problématique* ».

#### 3.2 UNE INFORMATION INCOMPLETE DU PATIENT EN SOINS SANS CONSENTEMENTS SUR SES DROITS, EN PARTICULIER POUR CELUI ADMIS EN FIN DE SEMAINE

Dès son premier entretien avec un soignant puis avec un médecin, le patient est informé du statut de son hospitalisation. Dans les vingt-quatre heures qui suivent son arrivée, le bureau des

<sup>11</sup> Source : bureau des admissions du CH Erstein

<sup>12</sup> SDT : soins à la demande d'un tiers ; SDTU : soins à la demande d'un tiers en urgence ; SPI : soins pour péril imminent ; SDRE : soins sur décision du représentant de l'Etat

<sup>13</sup> Par unité, la part de journées d'hospitalisations en SSC s'établissait comme suit pour l'année 2017 : Simone Weil 54 % ; Olympe de Gouges 41 % ; Victor Hugo 36 % ; Simone Weil jeunes majeurs 23 % ; DIP 14 % ; Léonard de Vinci 14 % ; Camille Claudel 5 % ; Jules Verne 0,2 %.

admissions se déplace pour procéder à la notification de la décision d'admission en SSC, en présence d'un soignant.

En cas d'admission durant le week-end, la notification est réalisée le lundi ; elle est présentée à la signature de la direction le lundi, mais antidatée au jour d'arrivée du patient (cf. *infra*, § 4.3). Cela signifie qu'un patient peut être retenu en SSC pendant une période pouvant atteindre quarante-huit heures sans que la décision d'admission ait été prise et qu'il ait pu faire valoir ses droits. Une telle situation est, comme l'a récemment rappelé la Cour de cassation, illégale<sup>14</sup>.

### RECOMMANDATION 3

Une décision de placement en soins sans consentement doit être signée et notifiée au patient concerné le jour de son admission, y compris les jours non ouvrés. L'établissement doit cesser d'antidater les décisions qui concernent les patients admis le week-end.

Dans sa réponse, le directeur du CH déclare « *Le fonctionnement de la garde sera revu afin de prévoir un passage de directeur de garde quotidiennement les week-ends et jours fériés. Les documents idoines seront préparés par le bureau des entrées. Depuis le passage du CGLPL, les notifications de SSC en extra et intra sont faites en temps réel* ».

L'information des droits afférents aux SSC ne fait pas l'objet d'une notification formelle mais ces droits sont listés dans un formulaire remis au patient lors de la notification de la décision, accompagnée d'une lettre du directeur qui donne des précisions, notamment sur le rôle du juge des libertés et de la détention (JLD) et de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP). Lors de la mission, l'existence de cette lettre n'était pas connue des soignants ni du cadre d'une unité.

Les décisions de maintien prises chaque mois par le directeur après certificat médical mensuel ne sont pas notifiées, de sorte qu'il n'y a pas de nouvelle notification des droits.

La plupart des patients avec lesquels les contrôleurs se sont entretenus étaient manifestement en manque d'informations. Le bureau des admissions leur fait signer la procédure et leur donne quelques éléments mais l'ensemble n'est pas repris par les soignants. Ceux-ci estiment en majorité qu'il s'agit là de l'aspect procédural de la prise en charge du patient : ils se sentent donc peu concernés et même parfois peu légitimes pour en parler. Les contrôleurs ont perçu un manque de culture du personnel soignant sur les droits afférents aux soins sans consentement, leur notification, les explications à donner ; certains ne savaient pas exactement ce qui avait été notifié aux patients.

### 3.3 LA PRISE EN COMPTE DES OBSERVATIONS DU PATIENT SUR LES DECISIONS PRONONÇANT OU MAINTENANT DES SOINS SANS CONSENTEMENT, PAS ASSEZ FORMALISEE

Dans quelques unités, les patients peuvent obtenir copie des certificats médicaux s'ils le demandent, ce qui est rare. Dans d'autres les certificats ne leur sont pas remis (Victor Hugo par exemple).

---

<sup>14</sup> Avis de la Cour de cassation en date du 11 juillet 2017 : « *la décision d'admission peut être retardée le temps strictement nécessaire à l'élaboration de l'acte, qui ne saurait excéder quelques heures. Au-delà de ce bref délai, la décision est irrégulière* ».

Le recueil d'éventuelles observations du patient sur les décisions prononçant le maintien des soins ou définissant le projet de prise en charge, et sur les certificats médicaux qui les fondent, n'est pas formalisé ni tracé.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CH déclare « *Les certificats possèdent tous la mention : "Le patient a été informé de la décision de maintien et des raisons qui la motivent ainsi que de ses droits et voies de recours. Il a été mis à même de formuler ses observations" ou "En raison de son état clinique, le patient n'a pas pu être informé de la décision de maintien et des raisons qui la motivent ainsi que de ses droits et voies de recours. Il n'a pas pu formuler ses observations". Cependant, il n'est jamais fait état des observations du patient ; c'est la raison pour laquelle l'établissement repense son organisation sur la formalisation et la traçabilité de l'information du patient. Echéance : fin mars 2020* ».

## RECO PRISE EN COMPTE 2

Le recueil d'éventuelles observations du patient sur les décisions prononçant le maintien des soins sans consentement ou définissant le projet de prise en charge doit être formalisé et tracé.

### 3.4 LES INFORMATIONS GENERALES, PLUS OU MOINS COMPLETES SELON LES UNITES

L'établissement ne dispose pas de règlement intérieur. Il a été remis aux contrôleurs une note de service intitulée « *Dispositions relatives au personnel – Complément au guide des ressources humaines et au règlement intérieur de l'établissement* ».

Un livret d'accueil en papier glacé de vingt-huit pages est remis à tous les arrivants sauf ceux de l'unité Olympe de Gouges. Il présente de façon très complète l'établissement – y compris par un plan détaillé, les équipes, les droits des patients (à l'exception de celui de formuler une réclamation – cf. *infra*, § 3.5), le déroulement de l'hospitalisation, les soins, les examens et traitements, etc. Il renseigne notamment les patients sur les différents types de soins sans consentement, détaillant le rôle du JLD, les voies de recours, les adresses du préfet, du TGI, de la CDSP. Il n'y est pas fait mention du CGLPL, en revanche.

Depuis la visite, le livret a été revu et la nouvelle version a été envoyée aux contrôleurs : « *il mentionne à présent les coordonnées du CGLPL, du Défenseur des droits et le droit à la non-divulgaration de la présence* ».

## RECO PRISE EN COMPTE 3

Dans chaque unité, un exemplaire du livret d'accueil doit être remis à tous les patients au moment de leur admission. Celui-ci doit faire mention du CGLPL parmi les autorités chargées du contrôle des établissements psychiatriques et préciser son adresse.

Des règles de vie sont élaborées pour chaque unité d'hospitalisation. Elles se présentent sous forme d'affichettes en papier glacé qui sont apposées dans les lieux communs et dans les chambres de certaines unités – les chambres de l'unité Victor Hugo n'en ont pas. Elles sont rédigées de façon très hétérogène :

- certaines sont brèves – une page –, impératives et peu accueillantes : « *Tabac : 4 cigarettes par jour après les repas* », « *Sortie du pavillon : sur autorisation médicale, remise d'un badge ; de 9h30 à 18h (horaire d'été : possibilité après le dîner de sortir jusqu'à 20h)* » ; « *Repas :*

*respect collectif sur les points suivants : respect des quantités, respect des régimes, respect des goûts et envies alimentaires, attention portée à la diversification alimentaire », ... ;*

- d'autres se présentent sous une forme plus conviviale, avec des phrases complètes :  
« Bienvenue à l'unité Léonard de Vinci ! », « L'équipe soignante vous accueille dans l'unité Camille Claudel ... », « Après votre passage au bureau d'accueil (admission), vous êtes pris en charge par un soignant de l'unité qui vous présentera les services, fera un entretien d'accueil, procédera à un inventaire de vos effets personnels et vous installera dans votre chambre ... ».

Dans plusieurs unités, des présentoirs placés dans les lieux communs proposent les dépliants réalisés par Psycom<sup>15</sup>. Il s'agit de documents disponibles sur Internet, très complets et compréhensibles, qui peuvent servir autant aux patients qu'au personnel soignant.

## BONNE PRATIQUE 2

Plusieurs unités de vie mettent à la disposition des soignants et des patients des dépliants réalisés par l'organisme public « Psycom » qui détaillent de façon très claire et par thème toutes les informations concernant les spécificités des soins sans consentement.

### 3.5 DES RECLAMATIONS SUIVIES AVEC RIGUEUR, MAIS DONT LE FAIBLE NOMBRE POSE QUESTION

Les patients saisissent par oral les soignants de leur unité, notamment les cadres de santé, pour toutes les demandes courantes (changement de chambre par exemple). Une partie des réclamations des patients est ainsi traitée au sein de l'unité, sans traçabilité particulière.

Le livret d'accueil mentionne la possibilité pour les patients ou leurs proches de saisir la direction pour se plaindre d'une difficulté. Le règlement intérieur de la commission des usagers (CDU) y consacre également son article 5. Le rapport d'activité du CH est muet sur la question : les statistiques sont disponibles dans le rapport d'activité de la CDU uniquement.

Les plaintes et réclamations sont en principe adressées au directeur. Il arrive, à titre exceptionnel, que certaines parviennent directement à la CDU ou encore à une association représentant les patients : elles les retransmettent à la responsable de la cellule qualité qui est chargée de leur recensement et de leur suivi. Toutes sont enregistrées sur un registre numérisé que les contrôleurs ont pu consulter.

Les réclamations font l'objet d'un double suivi : un traitement administratif d'une part et une communication à la CDU d'autre part. Le traitement administratif s'entend d'une réponse systématique au réclamant, la plupart du temps après contact avec l'unité ou le soignant concernés et, le cas échéant, la mise en œuvre d'actions correctives. Un accusé-réception est presque toujours envoyé le jour de la réception de la requête ou le lendemain. *In fine*, le délai moyen de traitement est rapide : toutes les réponses interviennent dans le mois de la requête.

---

<sup>15</sup> « Le Psycom est un organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale. Il aide à mieux comprendre les troubles psychiques, leurs traitements et l'organisation des soins psychiatriques. Ses documents, ses actions de sensibilisation et ses formations s'adressent à toute personne concernée par les questions de santé mentale (patient-e-s, proches, professionnel-le-s de santé, du social, du médico-social, de l'éducatif, de la justice, élu-e-s, journalistes, etc.). Pour tous ses projets, Psycom travaille de manière participative avec des personnes concernées (patient-e-s, proches, professionnel-le-s) et des membres d'associations d'usager-e-s et de proches ». (source : <http://www.psycom.org>)

Les réclamations, et les réponses qui leur sont apportées, sont transmises à la CDU (c'est pourquoi les informations et statistiques relatives aux réclamations figurent dans les écrits de la CDU et non au rapport d'activité de l'établissement). La CDU, qui siège trois à quatre fois par an (cf. *infra*, § 3.6), en prend connaissance, les examine et interroge la direction, le cas échéant, en fonction des thématiques abordées. Le président de la CDU considère qu'il s'agit la plupart du temps de griefs bénins et que les faits graves sont rares. Très peu de patients saisissent la CDU en direct.

Lorsque la problématique déferée traduit une opposition entre un patient et un personnel, une médiation est possible. C'est la cellule qualité qui est à l'initiative de ces médiations et en informe la CDU. Quatre médiateurs peuvent intervenir, en fonction de la nature du différend : deux médecins et deux agents non médicaux, exerçant tous au CH d'Erstein. L'absence de regard extérieur est regrettable, ce d'autant que l'un des médiateurs médecins est chef de pôle, ayant donc autorité sur les confrères de son service. A l'issue de la médiation, un compte-rendu est établi et transmis à la CDU.

Quatre médiations ont été proposées en 2018 : deux ont été refusées (cinq proposées en 2017, trois refusées). Tous les refus sont le fait du réclamant : les cas dans lesquels les professionnels impliqués refusent la médiation sont quasiment inexistantes.

Le chiffre global des réclamations, stable d'une année sur l'autre, est faible pour un hôpital de cette ampleur : dix-neuf en 2016, vingt et une en 2017, vingt en 2018, sept pour les quatre premiers mois de l'année 2019. Elles sont majoritairement formulées par écrit (85 %) mais les réclamations orales ou par téléphone sont admises. Elles émanent pour moitié des patients, pour moitié de leurs familles<sup>16</sup>. Le faible nombre de réclamations, surtout de la part des patients, traduit une absence de communication sur la question.

En 2018, les réclamations ont majoritairement porté sur :

- les traitements ou leurs effets secondaires (quatre cas, soit 20 % des cas) ;
- la contestation d'une décision d'hospitalisation en SSC (même proportion) ;
- la vie quotidienne (trois cas, soit 15 %).

Les contrôleurs ont examiné six dossiers leur paraissant représentatifs. Le courrier de saisine, ainsi que l'ensemble des documents ayant permis d'y répondre, y figurent. De nombreuses diligences sont manifestement accomplies pour une réponse rapide et de qualité.

### 3.6 UN HOPITAL OUVERT AUX PREOCCUPATIONS DES PATIENTS ET DE LEURS FAMILLES

#### 3.6.1 La commission des usagers

La CDU se réunit trois à quatre fois par an et produit chaque année un rapport à la commission médicale d'établissement (CME) et au conseil de surveillance. Le président de la CDU est membre du conseil de surveillance.

Le président de la CDU conçoit la commission comme une sorte de médiateur entre le patient – ou sa famille – et l'hôpital, celle-ci se devant de défendre à la fois les intérêts du patient et ceux

---

<sup>16</sup> Source pour l'ensemble des statistiques de ce paragraphe : registres des réclamations 2017 et 2018. Il est à noter quelques différences entre le registre 2018 et les données du rapport d'activité 2018 de la CDU : celui-ci fait état de vingt-six réclamations (contre vingt dans le registre) et cinq médiations (quatre selon le registre).

de l'hôpital. La CDU exclut dans son rôle tout ce qui pourrait concerner les questions religieuses ou politiques afin d'éviter toute source de conflits.

Elle est informée de toutes les réclamations des patients ou leurs familles (cf. *supra*, § 3.5).

Elle est également informée des demandes d'accès au dossier médical par les patients. En 2016, cinquante-quatre d'entre eux ont sollicité cet accès, dont quarante-huit qui souhaitaient recevoir la copie de l'ensemble de leur dossier. Une réponse favorable a été apportée à quarante-six demandeurs, soit 85 % des demandeurs. Les autres demandes ont été classées sans suite, les demandeurs n'ayant pas fourni les justificatifs demandés.

La commission a par ailleurs formulé des recommandations pour l'année 2017 dont « *l'évaluation des pratiques de restriction des libertés l'aller et venir et l'utilisation des chambres d'isolement et de contention* ».

### 3.6.2 Les associations d'usagers

Une permanence est assurée chaque semaine par la section locale de l'union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) et par le groupe d'entraide mutuelle (GEM) pour recevoir les familles qui le souhaitent. Depuis 2018 un lieu est spécifiquement dédié à ces rencontres : « la maison des usagers ». Les associations se déplacent également en tant que de besoin au sein des unités. La venue des familles au CH d'Erstein est rare. Celles-ci privilégient leur participation à des rencontres à thème organisées à l'extérieur et animées dans la grande majorité des cas par un psychiatre.

Le GEM propose également des activités aux patients qui regagnent leur domicile (marche, cinéma, sorties culturelles).

### 3.6.3 Le questionnaire de sortie

Un questionnaire de sortie est systématiquement distribué aux patients. Ce questionnaire d'une page comporte cinq rubriques :

- information et communication ;
- respect des droits ;
- qualité des soins proposés ;
- qualité des prestations (chambre, repas) ;
- et une dernière rubrique permettant de recueillir des remarques et suggestions.

630 formulaires ont été retournés en 2018, contre 790 en 2017. Les retours sont donc peu nombreux au regard du nombre de patients hospitalisés. L'établissement réalise par ailleurs une enquête bisannuelle, à un jour donné : une sorte de sondage-flash. Là encore, le nombre de formulaires retournés est faible, en légère baisse par ailleurs (93 formulaires en 2017 contre 105 en 2015). Un barème, de 0 à 10, est appliqué à chaque modalité de réponse à une question. Un score moyen est calculé, représentant l'opinion générale sur le séjour : 7,26 en 2017 (contre 6,45 en 2015).

L'impression à l'arrivée, l'accueil, l'information donnée, recueillent un score moyen de 6,49. Pour l'attention portée au patient, la disponibilité, la surveillance médicale la nuit, les activités thérapeutiques, le score est de 6,12. La prise en charge somatique voit son score s'établir à 5,59 (il est un l'un des seuls thèmes dont le score s'est dégradé : il était à 6,13 en 2015). A la question « *êtes-vous satisfait de la façon dont le médecin parle avec vous de votre problème ?* », le score progresse de plus d'un point (7,5, contre 6,45 en 2017). S'agissant des relations entre les patients

et le respect de l'intimité dans la vie courante, le score est de 6,75. La qualité de la restauration s'établit à 7,07 et les activités de loisir à 7,95.

Il n'a pas été possible de préciser aux contrôleurs les modalités de renseignement de ces questionnaires. Il n'est pas certain, du reste, que ce soit systématiquement les patients qui les remplissent : il pourrait s'agir des proches à la sortie de l'hôpital. Compte-tenu également du faible nombre de répondants, ces chiffres sont apparus aux contrôleurs plus indicatifs que réellement significatifs.

### 3.7 LA PERSONNE DE CONFIANCE : UNE NOTION BIEN COMPRISE CHEZ LES SOIGNANTS, MAIS UNE MISE EN ŒUVRE NON ABOUTIE LORS DE LA VISITE

L'annexe 1 du livret d'accueil est consacrée à la personne de confiance ; les informations données semblent complètes.

Pour les soignants un protocole d'information sur la désignation a été instauré, avec notamment « *la conduite à tenir à chaque admission* ». Il est demandé aux soignants de délivrer l'information aux patients, de renseigner la rubrique dans l'application Cariatides, de scanner le formulaire dans le dossier informatisé et de remettre une copie du formulaire à la personne désignée pour signature. La notion semble bien admise et comprise chez les soignants.

Un formulaire est proposé au patient lors de son admission ; celui-ci est incité à désigner la personne de confiance après que la notion lui a été expliquée.

Lors de la mission, 126 patients avaient désigné une personne de confiance, soit deux tiers des patients.

Dans quelques rares unités le formulaire est ensuite remis à la personne de confiance qui le restitue signé. Mais dans la plupart d'entre elles la personne de confiance n'est pas informée qu'elle a été désignée, sauf s'il s'agit d'un membre de la famille qui peut recevoir cette information d'une façon informelle à l'occasion d'une visite.

Suite à la visite, l'ensemble de la procédure a été revue. La nouvelle procédure a été envoyée aux contrôleurs. Désormais, les personnes de confiance sont informées de leur désignation et des enjeux associés.

#### RECO PRISE EN COMPTE 4

Les personnes de confiance doivent être avisées de leur désignation. Elles doivent être informées de la portée de celle-ci et mises en mesure de refuser, le cas échéant, à l'aide d'un formulaire que le centre hospitalier doit leur transmettre.

Très peu de personnes de confiance interviennent réellement, à l'exception de l'unité Jules Verne dans laquelle neuf des onze personnes désignées accompagnent ou assistent régulièrement des patients.

### 3.8 UNE INFORMATION EFFECTIVE SUR LE DROIT DE VOTE

En période d'élection, le CH d'Erstein diffuse à tous les patients une note explicative sur le droit de vote des personnes hospitalisées en soins libres ou sans leur consentement. Cette note indique notamment que « *les personnes souffrant d'un handicap mental, et plus généralement celles bénéficiant d'une protection juridique, peuvent dans la plupart des cas exercer leur droit de vote* ».

Les patients en soins sans consentement peuvent formuler une demande d'autorisation de sortie de courte durée.

Les patients qui souhaitent voter par procuration disposent du formulaire nécessaire et le cadre de santé de l'unité transmet la demande de vote par procuration accompagnée du certificat médical à la direction. Celle-ci transmet à la mairie du lieu de domicile.

Les familles des patients se mobilisent volontiers pour permettre à leur proche d'aller voter. Il est difficile d'estimer le nombre de patients qui se mobilisent à chaque élection mais l'information diffusée par le centre hospitalier est réelle et de bonne qualité.

### 3.9 L'EXERCICE DU CULTE, UN DROIT RESPECTE ET INTEGRE DANS LA VIE QUOTIDIENNE

Une chapelle, au centre de l'hôpital, est ouverte chaque jour. Les représentants du culte protestant et du culte catholique y assurent une présence. Le lieu est fréquenté, de la musique classique est diffusée et les patients apprécient cet espace apaisant. L'aumônier catholique et l'aumônier protestant disposent chacun d'un bureau d'accueil à l'entrée de la chapelle.

Les représentants du culte musulman et du culte israélite n'assurent pas de permanence au sein de l'établissement. Ils interviennent à la demande des patients ou des familles. C'est souvent l'aumônier protestant ou catholique qui fait le lien pour appeler leurs homologues des autres religions.

Les aumôniers rendent visite librement aux patients dans les unités, y compris ceux en SSC. Des célébrations sont régulièrement organisées dans la chapelle et dans les unités où les patients sont peu mobiles du fait de l'âge ou du handicap comme au DIP.

Quand un patient désire se rendre au culte alors qu'il nécessite une surveillance particulière, un soignant l'accompagne et reste avec lui au cours de la célébration. Les patients en SSC sont accompagnés de leur unité vers la chapelle.

L'aumônerie protestante a piloté un projet avec le groupe interreligieux de la ville d'Erstein. Ce projet a abouti à la création d'un jardin interreligieux au sein du CH d'Erstein. Il s'agit d'un parcours paysager et documenté permettant de découvrir les mythes fondateurs des différentes religions du Livre. Ce jardin a nécessité l'intervention d'un architecte paysagiste et des services techniques de l'hôpital. Il a été inauguré en août 2018 en présence, notamment, des autorités religieuses. Ce parcours a été nommé le « CHEmin » du dialogue, du respect, de la fraternité.



© JC Hanché - CGLPL

*La « chapelle » de l'hôpital*



### 3.10 LA PROTECTION JURIDIQUE, ASSURÉE PAR UN SERVICE SOCIAL À L'ÉCOUTE DES PATIENTS ET DES FAMILLES

Le CH d'Erstein dispose de 12 ETP d'assistantes sociales. Elles interviennent à l'hôpital, en secteur ouvert et au domicile des patients. L'assistante sociale fait partie intégrante de l'équipe soignante dans chacune des unités. Elle est en lien avec ses collègues assistantes sociales des autres unités. Les assistantes sociales repèrent les personnes qui ont besoin d'une mesure de protection grâce à leur participation aux réunions cliniques et au dialogue qu'elles entretiennent avec le personnel soignant. Elles sont en lien avec les familles pour mettre en place les mesures de protection juridique. Plusieurs rencontres sont parfois nécessaires afin de convaincre le patient ou la famille qu'une mesure de protection s'impose. Autant que possible l'assistante sociale cherche à obtenir l'accord du patient. A titre d'exemple, l'assistante sociale du DIP met en état vingt dossiers de tutelle par an. Quarante-cinq mesures de protection ont été prises en 2017.

Les visites à domicile permettent de préparer le retour du patient après son hospitalisation et de mettre en place les mesures de suivi à l'extérieur. L'aide aux aidants est aussi une préoccupation forte pour que l'entourage du patient se sente épaulé.

Pour les personnes très âgées et dépendantes, le service social de l'hôpital a développé un partenariat solide avec des établissements de type EHPAD (dont un sur le site même du CH d'Erstein) qui sont susceptibles d'assurer une prise en charge après l'hospitalisation.

#### 3.10.1 Les relations avec les organismes de tutelle

Soixante-quinze patients étaient bénéficiaires d'une mesure de protection lors de la mission.

Les relations avec les tutelles sont variables. Les tuteurs dépendants d'organismes comme l'union départementale des associations familiales (UDAF) sont souvent longs à réagir aux besoins du patient. La principale difficulté pour les majeurs protégés est d'obtenir régulièrement un peu d'argent. Il n'y a pas de distributeur sur le site de l'hôpital. Les soignants sont donc dans l'obligation d'accompagner les patients en ville pour effectuer des retraits quand ceux-ci sont titulaires d'une carte de crédit et pour acheter leur tabac par exemple. Les contrôleurs n'ont pas connaissance de solutions mises en œuvre pour les patients qui ne sont pas autorisés à sortir de l'hôpital. Les tuteurs privés sont souvent plus réactifs.

Lors du contrôle, une rencontre entre le service social de l'hôpital et les organismes de tutelle s'est déroulée et des résolutions ont été prises pour améliorer le suivi des personnes sous protection juridique. Elles sont désormais à mettre en œuvre.

Pour remédier aux difficultés rencontrées, le service social de l'hôpital a signalé les tuteurs défaillants au juge des tutelles afin de mobiliser, sur le sujet, les organismes gestionnaires et parvenir à une meilleure prise en charge.

#### 3.10.2 L'accès à l'expertise médicale

L'expertise médicale est réalisée, pour les patients en situation de pauvreté, par un praticien hospitalier accrédité par le tribunal et différent du médecin qui suit la personne dans son unité. Cela évite le coût de l'expertise (160 €) qui est inaccessible pour certains patients.

La mise en place d'une mesure de protection peut prendre de trois à six mois suivant la complexité du dossier et la disponibilité du juge pour rendre effective la mesure.

#### RECOMMANDATION 4

Les patients protégés qui ne sont pas autorisés à sortir de l'hôpital devraient pouvoir récupérer plus facilement leur argent. Un travail avec les organismes de protection doit se poursuivre afin d'améliorer la prise en charge quotidienne des personnes protégées.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur indique qu'une réunion avec les tuteurs et les cadres de proximité s'est tenue pendant la semaine de mission (le 2 avril 2019), ayant notamment traité à cette question. Aucune solution ne figure au compte-rendu de cette réunion, la difficulté n'est donc pas résolue.

#### 3.11 LA CONFIDENTIALITE SUR LA PRESENCE, MISE EN ŒUVRE SI ELLE EXPRESSEMENT DEMANDEE

Rien n'est formalisé pour assurer la confidentialité de la présence d'un patient. Lors de la mission, il n'existe aucune procédure, la question n'est pas posée lors de l'entretien d'accueil (sauf à l'unité Victor Hugo), elle n'est pas mentionnée dans la *check-list* à la disposition des soignants.

Les agents de l'accueil téléphonique n'ont pas fait état d'un protocole sur ce point. Ils sont parfois directement informés par un soignant de la volonté exprimée par le patient.

La pratique au standard est la suivante : lorsqu'un correspondant appelle pour demander un patient, sans connaître l'unité d'hospitalisation, il lui est répondu que la personne recherchée est inconnue ; si l'appelant fournit des précisions sur son identité, sur ses liens avec la personne recherchée, et s'il est suffisamment convainquant, l'appel est transmis à l'unité ; si l'appelant connaît l'unité d'hospitalisation, l'appel est transmis.

Dans les unités une fois l'appel transmis chacun fait selon ses habitudes et selon le patient.

Le patient qui souhaite que sa présence reste confidentielle doit prendre l'initiative d'en informer l'équipe soignante, qui fait toujours remonter l'information au standard « *qui le note* ».

En fait les appels sont assez rares, les patients pouvant presque tous disposer de leur téléphone portable.

Depuis la visite, un protocole a été élaboré sur cette question et transmis aux contrôleurs. La *check-list* d'admission a été modifiée. Les contrôleurs ont noté que dans la nouvelle procédure, le standard n'a plus accès à l'identité du patient si celui-ci a demandé que son hospitalisation soit confidentielle. Ce dispositif, mis en œuvre avec le nouveau logiciel de gestion des patients le 13 janvier 2020, est une bonne pratique.

#### RECO PRISE EN COMPTE 5

Il est nécessaire que le centre hospitalier protocolise la question de la confidentialité de la présence d'un patient. Une alerte doit être mise en place pour le standard téléphonique. La question doit être posée systématiquement à tout arrivant, et doit figurer sur la *check-list* d'arrivée.

Aucune information n'est donnée à la police, sauf réquisition écrite transmise à la direction de l'établissement. Aucune information n'est donnée à un huissier de justice, un logeur, un employeur, un avocat.

## 4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 4.1 DES PATIENTS TRES PEU PRESENTS A L'AUDIENCE DEVANT LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION

#### 4.1.1 La convention entre le tribunal de grande instance et le centre hospitalier

Une convention en date du 14 juillet 2014 et un avenant du 23 février 2015 organisent les audiences du JLD.

Il est prévu trois audiences foraines par semaine, le lundi au CH d'Erstein, le mercredi à l'établissement public de santé Alsace Nord (EPSAN) et le vendredi aux hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS), les audiences ayant toutes lieu à 14h30. Selon la convention, les patients doivent être sur place dès 13h30 afin de pouvoir rencontrer l'avocat.

Le rôle des audiences est mutualisé, de sorte que les patients de ces trois structures hospitalières sont amenés à se rendre sur l'un de ces trois sites pour l'audience du JLD, en fonction de l'échéance du délai de douze jours. L'EPSAN est à plus d'une heure de route d'Erstein ; les HUS à quarante minutes.

Tout transport de patient nécessite la présence d'un, voire deux soignants.

La semaine du contrôle deux personnes étaient convoquées pour l'audience du mercredi à Brumath. Au dernier moment alors que l'un des contrôleurs s'apprêtait à s'y rendre celui-ci a été informé que l'audience avait eu lieu le matin. C'est dans ce contexte qu'aucun contrôleur n'a pu rencontrer le JLD, ce que déplorent les chefs de juridiction dans leurs observations au rapport provisoire du 12 décembre 2019. Ce changement n'est pas circonstanciel : il semble que toutes les audiences aient désormais lieu le matin, sans que la convention ait été modifiée.

#### RECO PRISE EN COMPTE 6

Un avenant à la convention entre le tribunal de grande instance et le centre hospitalier doit prendre en compte la modification des horaires des audiences du JLD.

Cette recommandation a été prise en compte puisqu'un projet d'avenant a été rédigé le 2 décembre 2019 et soumis à l'approbation des différents signataires de la convention de 2014. L'initiative des magistrats n'est apparemment pas connue du directeur de l'hôpital puisque celui-ci indique dans sa réponse au rapport provisoire qu'un courrier a été adressé au président du TGI le 11 décembre, pour lui proposer « *une rencontre d'évaluation et de mise à jour de la convention* ». Les contrôleurs supposent que ces deux démarches vont se rejoindre dans les semaines à venir.

Deux patients étaient convoqués pour le vendredi aux HUS.

Le bureau des admissions a fait savoir que l'un d'eux ne pouvait être transporté à l'audience, bien que médicalement apte à y assister ; un contrôleur s'est rendu auprès de ce patient pour discuter avec lui de cette contre-indication médicale à être transporté. Il ignorait tout du JLD et de son passage à venir devant ce juge, bien qu'en possession de sa convocation. Il ne savait où l'audience devait se tenir et si le nécessaire avait été fait pour l'y conduire.

Le certificat médical de ce patient faisait état d'une présence possible à l'audience et portait la mention suivante pour le transport : « *font pas obstacle à son transport hors de l'établissement en vue de son audition par le juge* ». Le libellé de ce certificat était donc en contradiction avec les

informations recueillies, l'intéressé étant présenté comme ne pouvant être transporté et ne pouvant donc être présent à l'audience. Après un entretien avec le psychiatre celui-ci a reconnu qu'il y avait une erreur de rédaction dans le certificat et qu'il fallait lire « *font obstacle* ». Le document a été modifié en ce sens avec un correcteur liquide.

### RECOMMANDATION 5

Un patient convoqué devant le JLD doit être parfaitement informé de l'objet de cette audience, du rôle du JLD, du lieu où elle doit se tenir, de la présence d'un avocat, des conditions de son transport. La seule remise de la convocation ne saurait suffire à assurer cette information.

Dans leur réponse au rapport de constat, les chefs de juridiction indiquent que les convocations sont conformes aux exigences légales, qu'elles précisent le jour, l'heure, le lieu de l'audience, la possibilité de consulter la procédure et de bénéficier de l'assistance d'un avocat. Afin de parfaire l'information du patient, ils envisagent d'ajouter à cette convocation « *le texte de l'article L.3211-12-1 du code de la santé publique, dans ses 1°, 2° et 3°, lesquels envisagent les différentes saisines obligatoires du JLD aux échéances prévues par la loi* ». Cet ajout est le bienvenu.

En réalité, cette recommandation s'adresse avant tout aux soignants, les contrôleurs interrogeant la question de l'information délivrée par le personnel médical ou paramédical sur l'audience, le rôle du JLD, l'étendue de sa mission, l'avocat et son mode de rémunération, l'intérêt d'être présent à l'audience. Les chefs de juridiction l'ont bien compris : « *cette information doit également pouvoir être délivrée par le personnel des établissements hospitaliers en amont de l'audience, mais à ce stade, le JLD ne dispose d'aucun pouvoir de contrainte, seulement d'un pouvoir incitatif* ». De son côté, le directeur de l'hôpital précise que la traçabilité de cette information est désormais formalisée dans le dossier patient, sans indiquer si celle-ci est effectivement réalisée par les soignants. Il ajoute qu'un « *document pédagogique destiné à mieux préparer le patient à l'audience et dédramatiser le passage devant le juge* » est en cours d'élaboration.

#### 4.1.2 La présence effective à l'audience du JLD

L'examen du registre de la loi a permis de constater que la très grande majorité des patients relevant du PEMSS est déclarée inapte au transport, bien qu'apte à l'audience, alors que ceux du PPAC sont déclarés beaucoup plus fréquemment aptes au transport.

Des tableaux sur l'activité du JLD ont été demandés au bureau des admissions ; leur étude permet d'objectiver ce constat :

- sur 180 patients du PEMSS devant comparaître en 2018, 144 ont été déclarés aptes à l'audience (soit 80 %), mais seulement 31 au transport, soit 17 % du total ;
- la même année, sur 131 patients du PPAC devant comparaître, 112 ont été déclarés aptes à l'audience (soit 86 %) et 71 aptes au transport, soit 54 %.

Le constat est plus éloquent encore en affinant les statistiques au lieu de l'audience. Au PEMSS, 64 % des patients convoqués à Erstein ont comparu mais 4 % seulement des patients convoqués à Strasbourg se sont présentés, et aucun à Brumath.

Même si la situation paraît plus critique au PEMSS qu'au PPAC, il ressort de ces éléments qu'en général, le CH d'Erstein ne favorise pas la comparution des patients devant le JLD lorsque celle-

ci a lieu hors de l'hôpital<sup>17</sup>. L'audience devant le JLD paraît être pour les psychiatres une procédure sans intérêt ou encore à éviter. La question de l'aptitude au transport n'est qu'un prétexte : il a pu être constaté que des patients déclarés inaptes au transport avaient la veille ou le lendemain du jour fixé pour l'audience bénéficié d'autorisations de sortie de quarante-huit heures. Il a même été fait référence à une directive non écrite du directeur interdisant tout transport de patients en SDRE.

Au PEMSS, les soignants et médecins n'ont pas fait mystère du caractère chronophage et des complications que représente tout accompagnement hors de l'hôpital, de sorte qu'il est entendu que les certificats d'inaptitude au transport sont systématiques. A aucun moment l'intérêt du patient n'a été évoqué. Les pratiques du CH d'Erstein en la matière, en particulier au PEMSS, ont surpris les contrôleurs : aucun texte ne prévoit la nécessité d'établir un certificat d'aptitude à l'audience ; seuls ceux d'inaptitude doivent être établis et à une date la plus proche possible de l'audience.

Les contrôleurs ne peuvent que regretter que la généralisation des certificats d'inaptitude au transport, couplés à des certificats non moins nombreux d'aptitude à l'audience, n'ait pas éveillé la curiosité des JLD.

Dans leurs observations au rapport provisoire, en décembre 2019, les chefs de juridiction indiquent le contraire : selon eux les JLD ont pris conscience du nombre très important de certificats d'inaptitude au transport, « *sans toutefois qu'une solution ait pu être apportée à ce problème* ». Ils ajoutent que l'hypothèse de la levée systématique de toutes les mesures de SSC dès lors que le patient n'est pas présent à l'audience, en l'absence d'un avis médical motivé d'inaptitude à son audition (article L.3212-12-2 I alinéa 2 du code de la santé publique), a été rejetée par tous les JLD et même la cour d'appel dans une ordonnance du 24 novembre 2017. Le CGLPL est lui aussi défavorable à une solution aussi peu individualisée.

Ils observent également que le taux de présence à l'audience, même faible, est tout de même plus élevé qu'auparavant. Jusqu'en 2017, l'absence des patients était presque la règle. Depuis que la « rubrique sur le fait de savoir si le patient souhaite ou non être présent » a disparu du questionnaire patient sous l'impulsion des magistrats à l'automne 2017, la situation se serait déjà améliorée.

Mais force est de constater que la difficulté reste de taille malgré la prise de conscience des JLD ; elle constitue une atteinte aux droits du patient et une rupture d'égalité des citoyens devant la justice. Selon que l'audience a lieu à Erstein ou dans un autre hôpital, il sera décidé par d'autres que lui qu'il pourra ou non comparaître.

Une lettre circulaire du JLD rappelant l'exigence de la présence des patients aux audiences et le caractère exceptionnel des certificats d'incompatibilité au transport pourrait constituer un premier effort pour tenter d'endiguer ce phénomène. Par ailleurs, quelques décisions de mainlevée de SSC, motivées par le caractère insuffisant des certificats d'incompatibilité au transport dans les cas les plus douteux, bousculeraient certainement la communauté médicale, particulièrement au PEMSS où les psychiatres ont massivement recours à ce type de certificat.

De son côté, le directeur de l'hôpital indique que ces remarques ont été « *prises en compte par le chef de pôle concerné* », sans faire état du taux actuel de certificat d'inaptitude au transport

---

<sup>17</sup> La même tendance a été observée à l'établissement public de santé Alsace-Nord (EPSAN), visité en novembre 2018. Lorsque l'audience n'est pas Brumath, un tiers seulement des patients comparaît.

ou à l'audition, ce qui permettrait de savoir si cette prise en compte a eu ou non un impact. Le directeur précise que sur cette question, « *une évaluation des deux pôles sera effectuée sous six mois* ». Enfin, une première amélioration a été effectuée en simplifiant le certificat d'inaptitude : celui-ci fait désormais strictement référence aux termes de l'article L.3212-12-2 cité plus haut.

## RECOMMANDATION 6

Les difficultés liées à l'éloignement géographique des audiences du JLD ne doivent pas conduire à une systématisation de certificats d'inaptitude au transport. Les droits du patient doivent primer sur ces contraintes organisationnelles.

### 4.1.3 L'audience du JLD

Un protocole sur l'organisation de l'audience, la convocation du patient, le questionnaire patient à remplir par celui-ci avant l'audience a été mis en œuvre.

Le bureau des admissions se déplace pour remettre aux patients les convocations pour l'audience devant le JLD, de même que le formulaire sur la demande d'un avocat.

Le questionnaire ne comporte pas de rubrique sur le fait de savoir si le patient souhaite ou non être présent ; il est remis à tous, y compris ceux considérés comme inaptes à l'audience ou au transport.

Le retour des soignants assistant à l'audience JLD est celui d'une perte de temps important, tous les patients étant convoqués au même moment y compris ceux venant des autres hôpitaux. Les soignants ont fait état auprès des contrôleurs d'attentes « interminables » pour certains patients. Ce discours alimente également la politique des médecins quant aux certificats d'inaptitude soit à l'audience soit au transport. Dans leur réponse au rapport provisoire, les magistrats indiquent au contraire que les temps d'attente sont très raisonnables (et même inexistantes à Erstein) et estiment que les soignants font sans doute l'amalgame entre le temps de transport et l'attente à l'audience en elle-même. Ils ajoutent qu'en tout état de cause, pour résoudre la problématique du transport, la seule solution consisterait à multiplier le nombre des audiences pour chaque lieu d'hospitalisation. Ils précisent que cette solution n'est pas envisageable compte-tenu de leurs effectifs et de leur charge de travail hors contentieux civil.

Le nombre de mainlevées ordonnées sur des décisions de SSC est faible : 6 sur 311 dossiers en 2018, soit 2 %.

## 4.2 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES, PEU SAISIE PAR LES PATIENTS

Malgré de nombreuses tentatives téléphoniques les contrôleurs n'ont pu entrer en contact avec la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP). Celle-ci est présidée par une magistrate du TGI de Strasbourg.

Les patients sont informés par deux fois de l'existence de la CDSP :

- par la remise du livret d'accueil qui en page 15 au titre des voies de recours précise que le patient dispose d'un droit de communiquer avec les autorités chargées du contrôle des établissements psychiatriques, notamment la CDSP dont l'adresse est fournie. Il peut être remarqué que le Contrôleur général des lieux de privation de liberté ne figure pas sur cette liste ;

- lors de la remise de la lettre-type du directeur lors de l'admission de notification des droits, dans laquelle la CDSP est également mentionnée comme une des autorités susceptibles d'être saisies de recours. Le CGLPL n'y est pas plus mentionné.

L'information sur la CDSP est donc faite en début d'hospitalisation à un moment où le patient peut être en crise, les soignants étant par ailleurs peu informés de son existence et de son utilité. Selon le rapport d'activité 2017 de cette commission, cinquante dossiers de patients ont été examinés sur l'ensemble du ressort de la CDSP, c'est-à-dire le département du Bas-Rhin. La commission s'est déplacée six fois en établissement psychiatrique, dont deux fois à Erstein. Onze malades ont été entendus en ces deux occasions. Il doit enfin être noté que la CDSP vise le registre de la loi à l'occasion de ces visites.

La commission a enregistré sept plaintes de patients ; en revanche elle n'a jamais été saisie par le préfet ou le procureur de la République.

La CDSP s'est réunie quatre fois dans l'année.

Le rapport annuel (soit deux feuillets) conclut sur deux difficultés :

- la sollicitation des experts dans le cadre de demandes de levées de mesures de SDRE ;
- les refus du préfet, pour des patients en programme de soins, de lever la mesure malgré les demandes réitérées des psychiatres, au regard des faits commis au moment de l'admission et sous prétexte que le programme de soins est peu contraignant.

### 4.3 LE REGISTRE DE LA LOI, BIEN TENU MAIS INCOMPLET

Cinq personnes travaillent au bureau des admissions (BdA) dont la responsable, cadre de catégorie A, bénéficiaire d'une délégation de signature de la part du directeur pour toutes les décisions d'admission et toutes celles concernant les personnes en SSC, et deux agents administratifs particulièrement chargés des personnes en SSC et du registre de la loi.

Le BdA lors de l'admission d'un patient devant être hospitalisé en SSC constitue le dossier administratif, s'assure de la réalité du ou des certificats médicaux initiaux, de l'identité et du lien de parenté éventuel du tiers, de l'identité du patient, établit la décision d'admission et la donne à la signature du directeur ou de son délégataire.

Le signataire n'est pas la responsable du BdA, sauf si elle est d'astreinte (elle effectue des astreintes de direction au même titre que les autres fonctionnaires de catégorie A de l'hôpital). Pendant les heures ouvrables, la décision est signée par le directeur. En dehors de ces horaires, c'est l'astreinte de direction qui signe en principe la décision. En réalité, comme précisé au § 3.2, les admissions du week-end ne sont en fait signées que le lundi matin, de sorte que des patients peuvent séjourner sous contrainte au CH en dehors de tout cadre légal pendant des périodes pouvant aller jusqu'à quarante voire soixante heures (du vendredi à 20h au lundi à 8h).

C'est le personnel du bureau des admissions qui notifie les décisions concernant les patients admis en SSC. Pour autant, comme il a été indiqué *supra* (cf. § 3.2), les explications paraissent souvent incomprises et les documents ne sont pas toujours systématiquement remis.

Se pose donc la question de la nécessité pour le BdA ou pour les soignants de prendre le temps, une fois la période de crise passée, de notifier à nouveau la décision d'admission et les droits du patient. Le personnel pourrait profiter de la notification de la décision de maintien en hospitalisation complète postérieure au certificat médical des soixante-douze heures pour informer le patient, lui expliquer ou lui réexpliquer la situation et lui notifier à nouveau ses droits,

le cas échéant. Or cette décision d'admission après le CM des soixante-douze heures n'est jamais notifiée.

Des soignants soutiennent régulièrement expliquer aux patients leur situations juridique mais il n'en existe aucune traçabilité.

En outre, le registre de la loi fait également apparaître que les décisions mensuelles, pour les soins sur décision du directeur d'établissement (SDT, SDTU, SPI), ne sont pas notifiées.

### RECOMMANDATION 7

Toutes les décisions d'admission en SSC, de prolongations de séjour en hospitalisation complète doivent être notifiées aux patients ; leurs droits doivent également leur être systématiquement notifiés à chaque fois.

Selon le directeur dans sa réponse au rapport provisoire, « *depuis le passage du CGLPL, les droits sont systématiquement notifiés aux patients* », sans plus de précision et sans indiquer si toutes les décisions le sont également, notamment celles de renouvellement.

En réalité, le personnel du BdA ne se déplace que dans les situations suivantes :

- pour la notification de toutes les décisions du préfet dans le cadre de patients en SDRE (sauf pour les patients en chambre d'isolement, la notification étant alors faite par un soignant) ;
- pour notifier toutes les convocations à l'audience du JLD.

Le BdA tient les registres de la loi : il existe un registre pour les décisions prises par le directeur ; un second pour celles prises par le représentant de l'Etat. La numérotation va de 1 à 100 tous les quatre feuillets ; de sorte que le registre consacre quatre feuillets par patient ; on note une particularité dans la gestion de ces registres : lorsque les quatre feuillets sont totalement remplis, ce qui est le cas pour les patients hospitalisés depuis longtemps, les documents les concernant tels que les nouveaux certificats mensuels, les décisions mensuelles, celles du JLD sont rangées par ordre chronologique dans un classeur ouvert au nom de un, deux, voire trois patients. Il existe ainsi dans une armoire une quinzaine de classeurs. Le parcours de ces patients, même s'il peut être suivi dans les classeurs, ne figure donc plus pour partie dans le registre de la loi.

### RECOMMANDATION 8

C'est dans le seul registre de la loi que les mentions et documents prévus par le code de la santé publique doivent figurer, un nouveau feuillet dans le registre en cours devant être ouvert en cas d'épuisement de l'espace réservé pour un patient.

Dans sa réponse au rapport de constat, le directeur a indiqué « *la recommandation sera suivie* », sans aucune autre précision.

A la lecture de ces registres, les contrôleurs ont constaté qu'un seul document contenait à la fois le certificat médical des soixante-douze heures, l'avis motivé sur le maintien de la mesure à destination du JLD, l'avis sur l'aptitude à l'audience et celui sur l'aptitude au transport à l'audience (cf. *supra*, § 4.1.2), ce qui n'est guère satisfaisant. Des observations ont été faites sur cette situation pendant la mission et lors de la réunion de restitution orale. La direction en a rapidement tenu compte. Dans ses observations, le directeur précise que la recommandation suivante a été mise en œuvre depuis septembre 2019 :



## RECO PRISE EN COMPTE 7

Le certificat médical des soixante-douze heures ne doit pas intégrer l'avis motivé, le certificat d'aptitude à l'audience et le certificat d'aptitude au transport. Ces trois derniers avis doivent être émis beaucoup plus tard, un peu en amont de l'audience devant le JLD mais en aucun cas une semaine auparavant.

On trouve dans ces registres :

- le ou les certificats médicaux (CM) initiaux ;
- la décision d'admission du directeur ou les arrêtés du préfet pour les patients en SDRE ;
- le CM des vingt-quatre heures ;
- le CM des soixante-douze heures ;
- la décision de maintien en SSC sous forme d'hospitalisation complète suite aux deux CM ;
- les décisions du JLD ;
- les CM mensuels ;
- les décisions mensuelles du directeur maintenant le patient en SSC en hospitalisation complète ;
- les CM proposant une forme autre que l'hospitalisation complète ;
- les CM de réadmission et les décisions du directeur de réadmission ;
- les décisions du JLD suite à réadmission ;
- les avis motivés du collège des professionnels de santé.

Ces registres sont donc complets. Cependant on n'y trouve aucune mention de la notification de la décision initiale et des décisions mensuelles, ni de la notification des droits à l'admission ou postérieurement. Comme pour la recommandation précédente, ces manquements, communiqués dès la réunion de restitution, ont été corrigés rapidement après la mission.

## RECO PRISE EN COMPTE 8

La mention de la notification des décisions d'admission ou de maintien en hospitalisation complète doit être portée dans le registre. De même doit être renseignée la date de la notification des droits.

Les contrôleurs ne peuvent que regretter que l'usage d'un seul et même document pour tous ces avis, que le nombre de certificats d'inaptitude à l'audience ou d'incompatibilité au transport et que l'absence de notification des décisions n'aient pas éveillé la curiosité du JLD, celui-ci ne procédant pas à un contrôle rigoureux du registre par ailleurs.

### 4.4 LE RECOURS AU COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE : DES AVIS SOUVENT ETABLIS EN MECONNAISSANCE DELIBEREE DE LA LOI

Pour les patients en soins depuis plus d'un an, le collège des professionnels de santé doit se réunir pour émettre un avis sur le maintien en SSC. Dans certaines unités, ce collège se réunit physiquement. Dans d'autres, ce n'est pas le cas. Le collège ne rencontre que rarement le patient qui ignore l'avis déterminant qui va être donné au JLD. Dans ce contexte, le recueil des observations du patient est quasi inexistant. Les avis du collège ne sont donc pas contradictoires.

Pour autant, la lecture de ceux-ci peut laisser croire que le formalisme imposé par la loi a été observé. Ils sont donc établis en méconnaissance délibérée de la loi et sont constitutifs de faux. Il serait opportun que le JLD contrôle la légalité de ces avis.

La direction a pris la mesure de cette difficulté grâce aux observations du CGLPL. Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur indique qu'une nouvelle procédure a été élaborée, applicable à compter de janvier 2020. Cette procédure a été communiquée aux contrôleurs. Le collège se réunit de nouveau depuis deux mois.

#### RECO PRISE EN COMPTE 9

Le collège des professionnels de santé doit se réunir quand la loi le prévoit. Il doit être entendu après avoir été informé de l'objet de cette réunion et doit pouvoir faire des observations lesquelles doivent être recueillies.

## 5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 5.1 DES UNITES MAJORITAIREMENT FERMEES, DANS LESQUELLES UNE EQUIPE D'AGENTS DE SECURITE INTERVIENT TRES REGULIEREMENT

#### 5.1.1 Organisation architecturale

L'établissement est entouré d'une clôture ; l'unique entrée est fermée par une barrière dont l'ouverture est commandée depuis le standard, situé juste en face dans le nouveau bâtiment d'hospitalisation (NBH). Elle permet de contrôler les entrées et sorties des voitures ; un passage libre est réservé aux piétons.

Selon les déclarations faites aux contrôleurs, des trafics de produits stupéfiants sont constatés. La gendarmerie effectue parfois des rondes en tenue, à l'intérieur du domaine, ce qui aurait un effet dissuasif. Les militaires ont également parfois proposé des perquisitions en chambre, dont le principe a été refusé par le parquet de Strasbourg.



*L'entrée de l'hôpital*

Une équipe « accueil sécurité » composée de treize personnes – agents de sécurité, pompiers volontaires, anciens ouvriers d'usine – assure une permanence de deux agents 24h/24 tous les jours de l'année. Chargée de la sécurité incendie et de la formation hygiène-sécurité-environnement de l'ensemble du personnel, elle effectue notamment des rondes dans l'enceinte de l'hôpital.

Les agents de cette équipe reçoivent une formation de deux heures et demie portant notamment sur l'hygiène, la sécurité, les réactions face à des relations sexuelles dans le parc.

Ces agents sont aussi chargés d'apporter leur concours aux unités d'hospitalisation, soit pour des « interventions programmées », essentiellement dans les chambres d'isolement – repas, entretiens médicaux, toilette, mise sous contention (cf. *infra*, § 8.2) – soit pour des « interventions d'urgence ». Il a été expliqué aux contrôleurs que leur présence était surtout destinée à « calmer le patient » mais qu'il leur arrivait d'intervenir physiquement. Ces interventions sont systématiquement tracées sur une main courante. Au cours de l'année 2018, l'équipe a procédé à 4 103 interventions programmées, soit une hausse de 11 % par rapport à l'année précédente, et près de 500 interventions d'urgence, soit en moyenne près d'1,5 par jour. Ces interventions ont essentiellement lieu au sein des unités d'admission et au DIP. La fréquence

des interventions réalisées par l'équipe « accueil sécurité » est largement supérieure à la pratique habituelle dans les établissements psychiatriques.

### RECOMMANDATION 9

Une réflexion doit être menée sur l'opportunité des interventions effectuées par l'équipe « accueil et sécurité ». Par ailleurs, l'intervention physique auprès d'un patient doit être réalisée exclusivement par du personnel soignant et jamais par des agents de sécurité.

#### 5.1.2 Unités ouvertes/fermées

Parmi les huit unités pouvant recevoir des patients en SSC, seule Léonard de Vinci est ouverte ; au moment de la visite du CGLPL, cette unité de préparation à la sortie de vingt-cinq lits – dont cinq lits « prémices de studio thérapeutique » – recevait deux patients en SSC, qui pouvaient sortir dans le parc de l'hôpital, librement et sans accompagnement, comme les autres patients de l'unité

Les trois unités sectorielles d'accueil – Victor Hugo, Simone Weil et Olympe de Gouge – sont fermées. Elles forment le « nouveau bâtiment d'hospitalisation » (NBH) et présentent des architectures similaires. Chacune comporte des patios sécurisés ouverts toute la journée.



*Couloirs des unités du NBH*



*Patio sécurisé au NBH*

A l'origine, il était envisagé que le NBH comporte des unités ouvertes, ou que chaque patient soit muni d'un bracelet électronique lui permettant d'ouvrir des portes en fonction du degré de liberté qui lui était accordé ; devant l'opposition du personnel, le projet a été annulé.

Chacune de ces unités est divisée en deux sous-unités, séparées par une porte pleine fermée à clé. L'unité Olympe de Gouge accueille ainsi une sous-unité de psychiatrie générale (vingt lits) et une autre d'addictologie (douze lits) ; l'unité Simone Weil accueille une sous-unité de psychiatrie générale (seize lits) et une pour jeunes adultes, entre 16 et 25 ans (seize lits) ; enfin l'unité Victor Hugo se compose de deux secteurs (respectivement vingt et douze lits) sans qu'ils soient dédiés à un public particulier.

Il a été présenté aux contrôleurs un projet « Liberté d'aller et venir » de séparation de ces unités en deux secteurs : un secteur fermé destiné à recevoir des patients en SSC, comportant notamment les trois chambres de soins intensifs (CSI), et un secteur ouvert pour les patients en soins libres (SL). La présence actuelle de deux portes en deux endroits différents des couloirs de circulation de ces unités permettrait d'avoir dans le secteur fermé soit douze soit seize

chambres ; selon le cas, le secteur ouvert comporterait seize ou vingt chambres. Chaque patient disposerait d'un badge lui permettant de n'ouvrir que les portes dont l'accès lui est autorisé.

L'affectation dans l'un ou l'autre des secteurs serait décidée en fonction du statut du patient et non de son état psychique. Au moment de la visite du CGLPL, le projet n'évoquait pas la possibilité de modifier le placement d'un patient pour le faire passer dans l'autre secteur ; ce projet doit être mis en pratique dès la fin du mois de mai 2019.

### RECO PRISE EN COMPTE 10

Le projet de séparation des unités d'admission en deux secteurs, l'un fermé, l'autre ouvert, prévoit de placer systématiquement les patients en SSC dans le secteur fermé. Cette répartition ne devrait pas se faire selon le statut mais selon la pathologie du patient.

Dans sa réponse, le directeur du CH déclare « *La recommandation a été mise en œuvre à l'issue de la visite* ».

Dans les unités fermées, les patients en SL doivent demander à un soignant d'ouvrir la porte pour entrer et sortir de l'unité, ce qui n'est guère satisfaisant.

Certains patients ne sont autorisés à sortir qu'à des créneaux précis fixés par le médecin, éventuellement accompagnés. Ainsi, au moment de la visite du CGLPL, parmi les patients de l'unité Victor Hugo, quatre patients n'étaient pas autorisés à sortir – un patient en SDT, un en SDRE, un en SL en sevrage et un en SL soigné pour intoxication alimentaire – et quatorze patients ne pouvaient sortir qu'accompagnés – un en SPI, un en SDRE, un en SDTU, un en SDT et dix en soins libres.

Les deux unités du DIP (trente lits) sont fermées. Au DIP-B, un projet d'ouverture du bâtiment (les patients en SL disposeraient d'un badge) est à l'étude. Les cours intérieures sont accessibles toute la journée. Les patients ne pouvant aller et venir seuls et souhaitant sortir dans le parc ou se rendre à la cafétéria sont accompagnés par un soignant.

### RECOMMANDATION 10

Les patients en soins sans consentement doivent pouvoir être admis dans des unités ouvertes dès lors que leur état le permet.

Dans sa réponse, le directeur du CH déclare simplement : « *la recommandation a été mise en œuvre à l'issue de la visite* », sans aucune autre précision.

## 5.2 DES CONTRAINTES DANS LA VIE QUOTIDIENNE EXCEPTIONNELLES, INDIVIDUALISEES ET MOTIVEES

Si la quasi-totalité des unités est fermées, en revanche la liberté de circulation en leur sein est la règle et les restrictions dans la vie quotidienne sont rares. En principe, les patients peuvent organiser leur journée comme ils l'entendent, accéder quand ils le souhaitent à leur chambre, la décorer avec des objets, des photos ou des objets personnels, choisir librement leur place à table, etc. Une difficulté a été constatée s'agissant de l'accès aux biens des patients du DIP néanmoins, et fera l'objet de développements ultérieurs (§ 6.4).

### 5.2.1 Tabac

Les patients gèrent eux-mêmes leur tabac et leur briquet sauf quelques exceptions pour contre-indication médicale ; parfois le médecin demande que le personnel soignant délivre les cigarettes à des heures précises. Les cigarettes peuvent être conservées par les soignants pour éviter à certains de tout fumer en quelques jours ou de se faire racketter.

Il est interdit de fumer à l'intérieur des unités. Les fumeurs doivent se rendre dans les patios, ou dans le parc quand ils le peuvent. Dans certaines unités, deux patios ont été aménagés, un pour les fumeurs et un pour les non-fumeurs.

Les patients qui ne peuvent pas sortir seuls doivent être accompagnés pour aller acheter leur tabac. Le tabac peut être fourni par la famille ou certains tuteurs dans la mesure de leur disponibilité. Dans certaines unités, le patient peut remettre la somme d'argent nécessaire à un soignant qui se charge de l'acheter ; l'UDAF peut aussi livrer du tabac une fois par mois, à titre gratuit pour les patients indigents.

Des substituts nicotiques (patchs) sont proposés notamment aux patients placés en chambre d'isolement.

La nuit, c'est l'équipe de nuit qui décide d'accepter ou non d'ouvrir le patio pour permettre à un patient d'aller fumer.

### 5.2.2 Accès aux chambres

Dans l'unité DIP-A, l'accès aux chambres est interdit toute la journée : la présence de patients désorientés et souvent handicapés oblige à sécuriser les chambres. Une réflexion est en cours pour mettre en place des serrures à badge pour permettre aux patients qui le peuvent d'aller et venir dans la journée.

Dans toutes les autres unités, les patients ont accès à leurs chambres toute la journée. Chaque patient de Léonard de Vinci dispose d'un badge lui permettant d'ouvrir la porte de sa chambre.

### 5.2.3 Horaires

Les patients sont invités à se lever vers 7h30, afin de pouvoir prendre leur petit-déjeuner entre 8h et 8h30.

Le déjeuner est servi à 12h et le dîner à 18h30.

Un goûter est proposé entre 15h et 16h et une tisane dans la soirée.

Le soir, la télévision est éteinte après le film de la soirée, vers 23h, et les patients sont invités à aller se coucher.

## 5.3 DES LIENS SOCIAUX LIBRES ET PRESERVES

### 5.3.1 Courrier

Le patient peut remettre son courrier « départ » non affranchi à un soignant ou dans une boîte à lettres située près du centre social et relevée tous les jours. Le courrier « arrivée » est distribué aux patients par un membre de l'équipe soignante. Les paquets sont ouverts en présence d'un soignant. Les courriers recommandés sont remis de la main à la main par le vaguemestre qui se rend dans l'unité

Il peut arriver, par exemple lorsqu'un tiers se plaint de harcèlement de la part d'un patient, que ce dernier soit reçu par le médecin pour tenter de le dissuader d'envoyer un courrier, sans aucune obligation de s'exécuter.

### 5.3.2 Téléphone

L'unité Victor Hugo et le DIP disposent de postes téléphoniques accessibles aux patients ; celui de Victor Hugo est situé dans une salle d'activités.

Le numéro est fait par un soignant, qui l'envoie sur le poste. Les appels sont gratuits.

Les restrictions d'appels téléphoniques, prescrites par le médecin, sont peu fréquentes. Par exemple, dans l'unité Victor Hugo, l'utilisation n'était restreinte que pour un patient au moment de la mission : celui-ci n'était autorisé qu'à téléphoner une fois par semaine.

Le téléphone portable est laissé au patient sauf contre-indication médicale ; le patient est informé de l'interdiction de prendre des photos (un patient ne l'ayant pas respectée s'est fait confisquer son portable et son ordinateur).

### BONNE PRATIQUE 3

Les appels téléphoniques sont gratuits ; les patients peuvent remettre leur courrier à envoyer sans l'avoir affranchi.

### 5.3.3 Visites

Dans toutes les unités à l'exception du DIP-A, il existe des petits salons de visite plus ou moins conviviaux mais toujours équipés au moins de sièges et de tables basses. Les mineurs sont admis. Les visites sont également autorisées dans les chambres au sein de ces unités.



*Salons de visite (unité Olympe de Gouges à gauche ; unité Jules Verne à droite)*

Les patients de l'unité DIP-A reçoivent leurs visiteurs dans la salle d'activité, la salle commune ou encore le patio en fonction de leur disponibilité. Si le patient est mobile, la rencontre a lieu à la cafétéria ou dans le parc.

A l'unité Simone Weil, les visites sont possibles toute la journée. Une note affichée sur la porte d'entrée indique : « dans un souci de confidentialité, il est demandé aux visiteurs de rester en chambre et de ne pas circuler dans le couloir ou dans le patio ».

Dans les autres unités, en principe, les visites n'ont lieu que l'après-midi, chaque unité ayant fixé ses horaires propres. En réalité, les horaires sont souples et il est admis que les personnes qui ont des contraintes viennent le matin ou en début de soirée.

#### 5.3.4 Internet

Sauf rares contre-indications médicales, les patients peuvent détenir leur ordinateur ; ils ont un accès gratuit à la *Wifi*.

#### BONNE PRATIQUE 4

Les patients ont un accès gratuit à la *Wifi*.

#### 5.4 LE PORT EXCEPTIONNEL DU PYJAMA

En dehors des placements en chambre d'isolement, le port du pyjama reste exceptionnel et n'est appliqué que sur prescription médicale.

Au moment de la visite des contrôleurs, un patient de l'unité Victor Hugo qui avait fugué plusieurs fois sortait d'un passage en chambre d'isolement, où lui avait été imposé le port du pyjama ; à sa sortie, il a dû attendre quelques jours avant d'être autorisé à remettre des chaussures fermées (il portait des claquettes) car on craignait une nouvelle fugue. Selon les témoignages recueillis, une telle situation est exceptionnelle.

Les contrôleurs ont vu beaucoup de patients en pyjama au DIP, en particulier à partir de la fin d'après-midi. Ceux-ci ne faisaient pas l'objet d'une prescription médicale mais il ne s'agissait pas pour autant d'un choix délibéré de leur part. En fait, comme le contenu des armoires n'est pas librement accessible aux patients du DIP (cf. *infra*, § 6.4), ceux-ci profitent du seul moment où les soignants ouvrent les placards pour se changer. Mais ce moment intervient très tôt : s'il est prévu en principe après le dîner, il est en réalité souvent avancé juste avant celui-ci, vers 18h.

#### 5.5 LE CHANGEMENT DE MEDECIN : UNE POSSIBILITE THEORIQUE

Chaque patient du CH d'Erstein a un médecin référent qui lui est attribué, sans réellement pouvoir le choisir (à l'unité Camille Claudel, c'est le psychiatre référent de l'unité d'admission qui reste le référent du patient). Comme il a été indiqué plus haut, le nombre général de médecins est légèrement insuffisant ; par ailleurs dans certaines unités, seul un psychiatre exerce (DIP, Jules Verne).

Dans ce contexte, le changement de médecin à la demande du patient reste envisageable mais très rarement demandé. A l'unité Victor Hugo, il entraîne systématiquement un changement de secteur – du secteur douze lits vers le secteur vingt lits, ou l'inverse – puisque chacun des deux psychiatres est en charge d'un secteur.



## 6. LES CONDITIONS DE VIE

### 6.1 DES LOCAUX ENTRETENUS ET ADAPTES

L'hébergement se fait principalement dans des locaux neufs comme ceux de Simone Weil, Victor Hugo et Olympe de Gouges, au sein du « nouveau bâtiment d'hébergement » (NBH), ou rénovés comme ceux de département intersectoriel de psychiatrie. Les trois autres unités (Camille Claudel, Jules Verne et Léonard de Vinci) sont dans un état plus dégradé. L'isolation y est notamment mal assurée : il fait froid l'hiver et trop chaud l'été. Elles devraient fermer en 2020 ou 2021 (cf. *supra*, § 2.3).

Les locaux sont parfaitement entretenus. Les chambres individuelles sont majoritaires et quand les chambres sont à deux lits les sanitaires sont adaptés. Ces chambres sont toutes équipées d'un mobilier et d'un éclairage suffisants, de fenêtres avec stores et volets électriques. Les interrupteurs sont dans les chambres à la libre disposition des patients.



*Chambres individuelles (unité Olympe de Gouges à gauche ; unité Leonard de Vinci à droite)*



*Chambres doubles (unité Leonard de Vinci à gauche ; unité Simone Weil à droite)*

Chaque chambre comprend des sanitaires séparés avec douche, un ou deux lavabos (selon que la chambre soit individuelle ou non) et WC avec abattant. Tous les sanitaires sont équipés de miroirs et d'éléments de confort (porte-serviettes, porte-manteaux, verrou et signal d'appel, etc.).



*Sanitaires (unité Simone Weil à gauche ; unité Léonard de Vinci à droite)*

Les chambres sont sécurisées par une serrure magnétique. Les patients ont un badge qui leur permet d'aller et venir sans contrainte. Ce système évite qu'un autre patient puisse pénétrer par mégarde dans une chambre qui n'est pas la sienne. Les chambres sont équipées de placards sécurisés.

Deux réserves sont néanmoins émises par les contrôleurs.

La première concerne les fenêtres : aucune ne s'ouvre, ni même ne s'entrouvre librement. Elles ferment avec une clef dont ne dispose jamais le malade. Ce constat est commun à toutes les chambres que les contrôleurs ont vues, qu'elles appartiennent à une unité ancienne ou au NBH. Le patient est donc systématiquement dépendant du soignant pour chaque ouverture ou fermeture de fenêtre, ce qui contrevient aux enjeux de retour à l'autonomie.

#### RECOMMANDATION 11

Le fait de ne jamais permettre aux patients d'ouvrir eux-mêmes la fenêtre de leur chambre constitue une forme de privation de liberté. L'hôpital doit mettre en œuvre un nouveau dispositif d'ouverture des fenêtres.

Dans sa réponse de décembre 2019 au rapport provisoire, le directeur se borne à indiquer que « la recommandation a été mise en œuvre à l'issue de la visite ». Sans autre précision, sans idée du coût, des délais, sans photographie du dispositif installé pour permettre cette ouverture, les contrôleurs maintiennent leur recommandation.

La seconde concerne le DIP, dont les patients subissent de fait un régime fermé. Les chambres au DIP-A ne sont pas accessibles la journée et les patients du DIP A ET B n'ont pas accès librement à leurs affaires personnelles. Les placards dans les chambres sont fermés à clef et seul le personnel soignant a la possibilité d'accéder à ces placards. Un projet, que les contrôleurs ont pu consulter, prévoit d'équiper ces deux unités d'un système de badge permettant aux patients l'accès à leurs chambres et à leurs biens pour les personnes qui en ont la capacité.

Ce projet a été mis en œuvre le 1<sup>er</sup> octobre 2019 : les patients du DIP bénéficient désormais d'un badge individuel leur permettant d'accéder à leur chambre et une clef pour leur armoire.



*Les armoires des chambres du DIP, dont les patients n'ont pas les clefs*

### RECO PRISE EN COMPTE 11

Les patients du DIP ne peuvent conserver leur clef de placard. Cette interdiction ne saurait être absolue : elle doit être au contraire justifiée par des considérations relatives à l'état du patient et être réévaluée régulièrement, au cas par cas.

Les espaces collectifs sont vastes et clairs. Des cours intérieures permettent aux patients de s'aérer. Cependant les salles à manger et les salles de télévision sont exiguës. Des salles de réunions, des espaces de détente, de jeux, de balnéothérapie, des salles de bains collectives avec baignoire complètent le dispositif au sein des unités.



*Salon de lecture (unité  
Leonard de Vinci)*



*Espace de détente (unité  
Simone Weil)*



*Salle de télévision (unité  
Victor Hugo)*

## 6.2 L'HYGIENE : UNE ATTENTION QUI PERMET UN REEL BIEN-ETRE

Le linge des patients peut être entretenu par la famille. Si cela n'est pas possible l'établissement s'en charge. En principe le service est payant (3,47€ le kg de linge) mais dans les faits le service n'est pas facturé. Les draps et les serviettes sont changés chaque semaine et davantage si nécessaire.

Un vestiaire, commun à toutes les unités, est à la disposition des patients n'ayant pas de linge et sans ressources pour s'en procurer.

Des kits hygiène sont distribués en cas de besoin. Ils comprennent du savon, du dentifrice, une brosse à dents, du shampoing et des serviettes périodiques.

L'accès aux douches dans les chambres n'est pas restreint. La possibilité de prendre des bains est surtout utilisée pour aider des patients qui arrivent dans un état d'hygiène dégradé.

Les locaux sont propres. Les effectifs d'agents des services hospitaliers (ASH) sont suffisants. La question de l'hygiène est maîtrisée.

### 6.3 DES LITS SUPPLEMENTAIRES DE PLUS EN PLUS NECESSAIRES

La durée moyenne de séjour, tout comme la durée moyenne d'hospitalisation, augmentent pour les patients en SSC alors que leur nombre est stable (cf. *supra*, § 3.1). Par ailleurs le nombre de patients en SL ne faiblit pas. Il en résulte une augmentation significative du taux d'occupation dans la plupart des unités.

Le 1<sup>er</sup> avril 2019, premier jour du contrôle, les unités psychiatriques hébergeaient 196 patients, pour 203 places, soit un taux d'occupation de 97 %. Le taux moyen d'occupation était de 85 % en 2017 et de 93 % en 2018.

Ce sont les unités d'admission qui ont les taux d'occupation les plus élevés. Au début de la mission, aucune ne disposait de lit disponible : 100 % d'occupation à Victor Hugo, 103 % à Simone Weil et même 106 % à Olympe de Gouges.

Les solutions pour faire face à la suroccupation sont de plusieurs ordres. Certaines unités ne sont pas en suroccupation et reçoivent parfois des patients relevant d'autres secteurs ou bien d'unités différentes, tels des patients âgés de 40 ans hospitalisés en psychogériatrie dans l'attente d'une place mieux adaptée à leur situation, ou encore des jeunes adultes de l'unité Simone Weil transférés vers d'autres unités d'accueil, permettant de libérer une place pour un mineur ne pouvant être hospitalisé que dans cette unité. La situation de saturation de l'hôpital se règle aussi par des sorties prématurées, quelle que soit l'unité.

Des solutions sont aussi dégagées en interne, au sein de l'unité. Il peut s'agir de l'installation d'un lit supplémentaire (ce qui est le cas dans l'unité Simone Weil, un troisième lit ayant été installé dans une chambre de deux), ou de l'utilisation standard d'une chambre d'isolement, qui est alors maintenue porte ouverte et dans lequel un mobilier minimum est disposé (Olympe de Gouges et Simone Weil) ou encore de l'attribution momentanée jusqu'à son retour de la chambre d'un patient en permission de sortie pour quarante-huit heures (Victor Hugo).

Les conditions d'accueil dans de telles conditions de certains malades, même pour une courte période, sont indignes.

#### RECOMMANDATION 12

Face à la suroccupation, l'hôpital doit trouver des solutions qui ne pénalisent pas les patients déjà hébergés.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur fait état d'un protocole « *pour limiter la suroccupation* », joint à sa réponse. Ce protocole s'apparente à une fiche technique, intitulée « situation de tension sur les lits – procédure adaptée » ; cette fiche est datée du 20 mars 2019, donc antérieure à la mission. Les solutions qu'elle préconise consistent essentiellement à favoriser les sorties (« *sorties anticipées des patients éligibles à une sortie à court terme* ») et les permissions (si la sortie est supérieure à quarante-huit heures, la chambre peut être réattribuée). Cette procédure ne traite nullement des questions de lits supplémentaires et de l'utilisation standard de la chambre d'isolement. Par ailleurs, elle ne semblait pas appliquée lors de la mission – elle n'avait d'ailleurs pas été portée à la connaissance des contrôleurs – ou n'avait pas les effets escomptés.

#### 6.4 LES BIENS DES PATIENTS EFFICACEMENT PROTEGES

Un inventaire est établi à l'arrivée. Il est établi de façon contradictoire et il est signé par le soignant et par le patient quand celui-ci est en état de le faire. Il est possible de garder de l'argent liquide pour les dépenses courantes, réalisées soit à l'intérieur (à la cafétéria notamment), soit à l'extérieur pour les patients qui ne sont pas en SSC ou qui disposent d'autorisations de sortie.

Si un patient dispose d'une somme d'argent conséquente (plusieurs centaines d'euros), cet argent est déposé à la trésorerie d'Erstein, à charge pour le patient d'aller récupérer cette somme le jour de sa sortie. Le service facturation de l'établissement a indiqué aux contrôleurs que le recours à la trésorerie était exceptionnel, deux ou trois fois par an, et concernait essentiellement des personnes âgées qui arrivent avec leurs économies en liquide le jour de leur hospitalisation. Quand elles sortent, la trésorerie est souvent fermée. Il leur faut revenir avec un proche pour récupérer leur argent, ce qui n'est guère commode.

Aucun objet d'usage courant tel que le téléphone, le tabac, le briquet, les objets de toilette n'est retiré au patient sauf rare prescription médicale contraire. La règle est donc de conserver les objets courants. Les objets dangereux sont retirés ainsi que les médicaments et les produits illicites (armes blanches, stupéfiants).

Dans la plupart des unités l'accès aux chambres est sécurisé, le patient étant en possession d'un badge d'accès. L'ensemble de ses biens est donc protégé. Il n'y a qu'au DIP que les portes ne ferment pas par badge aujourd'hui même si un projet a été déposé en ce sens. Pour l'instant les armoires du DIP sont fermées à clef mais c'est le personnel qui conserve la clef (avec les difficultés que cela génère : cf. *supra* § 5.4 et 6.1).

Si le patient le souhaite il peut déposer dans l'unité son argent et ses effets précieux (bijoux, papiers) dans un casier individuel placé dans une armoire fermant à clef, située dans un local qui n'est accessible que sur demande et en présence d'un personnel soignant.

#### 6.5 LA RESTAURATION EST QUELCONQUE MAIS PERMET, DANS CHAQUE UNITE, UN LIEN ENTRE PATIENTS ET SOIGNANTS

C'est un prestataire extérieur qui assure la restauration. Les repas sont commandés deux jours à l'avance. Ils sont réchauffés sur place, chaque unité dispose du matériel adéquat pour le faire. Les menus de la semaine sont affichés. Les régimes particuliers, avec ou sans prescription médicale, sont respectés.

Les repas se prennent en principe en salle à manger et sont servis dans de la vaisselle normale avec des couverts en métal. Chacun choisit sa place. Dans certaines unités, il est possible de prendre son repas dans la chambre sans qu'une prescription médicale soit nécessaire.

La qualité des repas est correcte, sans plus, mais la direction souhaite l'améliorer. Elle estime que la liaison froide dégrade la qualité des repas au moment du réchauffage. Le coût d'un repas est de 4 euros par jour et par personne.

Le personnel soignant est très présent au moment des repas, en particulier au DIP. Dans certaines unités les soignants prennent leurs repas avec les patients (Léonard de Vinci, par ex.). Dans les unités qui viennent d'être bâties, deux réfectoires ont été construits, séparés par la cuisine de réchauffage propre à l'unité. La taille de ces salles a été ajustée au plus près à l'effectif des patients. De fait, elle ne permet pas la prise de repas en commun. Ce choix architectural apparaît regrettable.

Les repas du soir sont servis un peu tôt, vers 18h et une tisane est proposée vers 19h. De l'eau est proposée régulièrement pour éviter la déshydratation.

Les repas thérapeutiques sont fréquents (notamment à Victor Hugo ou Camille Claudel). Environ une fois par mois les soignants et les patients préparent l'ensemble du repas. Cela va de l'élaboration du menu, aux courses et à la fabrication du repas. Le repas est ensuite partagé avec tous et chacun participe à la vaisselle et au rangement.

Chaque unité dispose d'une cuisine permettant d'organiser des activités culinaires. Les gâteaux et autres plats fabriqués par les patients lors de ces activités cuisine sont partagés entre tous.

La possibilité de conserver de la nourriture personnelle dans sa chambre et si besoin dans le réfrigérateur de la salle à manger est variable suivant les unités. Certaines le permettent, d'autres pas.



*Réfectoires (Olympe de Gouges à gauche ; Camille Claudel à droite)*

## 6.6 L'ENNUI REEL, MALGRE LES ACTIVITES NON THERAPEUTIQUES PROPOSEES

Suivant les unités des activités non thérapeutiques sont plus ou moins organisées. La nature et la fréquence des activités proposées dépendent notamment de l'état des patients accueillis. A titre d'exemple dans l'unité Victor Hugo les activités proposées sont nombreuses : vélo d'appartement, baby-foot, ping-pong. Des sorties sont proposées : promenades tous les après-midi, sorties cinéma. Les activités sont programmées au jour le jour en fonction des disponibilités des soignants.

D'autres activités proposées se font autour d'ateliers divers : cuisine, dessin, peinture, jeux, motricité, travail sur la respiration, bien-être, etc. Certaines sont en lien avec des activités thérapeutiques offertes à l'unité intersectorielle d'ergothérapie (cf. *infra*, § 9.2).

Les soignants ont fait part de la difficulté de proposer des activités de même intensité à des patients jeunes et à des patients handicapés par l'âge et le handicap physique.

La télévision est peu regardée. Elle est souvent allumée dans des salles de télévision vides ou sans que les patients présents ne s'y intéressent vraiment.

Malgré les efforts du personnel, l'ennui transparaît car nombre de patients ont du mal à se mobiliser et à saisir les propositions d'activités non thérapeutiques.

*Salle de bien-être**Atelier maquillage**Patients oisifs dans un couloir*

Il existe au sein de l'établissement une cafétéria conviviale, propre et accueillante. Elle est ouverte tous les après-midis. Elle est tenue par le personnel hospitalier. Ce personnel connaît bien les patients car il a souvent exercé dans les unités avant d'être affecté à la cafétéria (il s'agit notamment d'agents reclassés à la suite de problèmes de santé). Le salon de lecture est à proximité de la cafétéria ainsi que l'espace coiffure et la permanence des associations d'usagers. Les personnes en soins sans consentement accèdent à la cafétéria accompagnées d'un soignant.

*La cafétéria et son salon de lecture*

Par ailleurs, au sein du NBH a été installée une salle de convivialité, uniquement accessible aux patients des trois unités qui la composent et à leurs proches. L'accès est possible par badge individuel, comme pour l'accès aux chambres.

## 6.7 LA PRISE EN COMPTE DE LA SEXUALITE DES PATIENTS

Dans l'ensemble de l'établissement cette question est réfléchiée et bien traitée.

Les patients reçoivent les visites de leurs conjoints dans leur chambre, sauf au DIP. Des patients peuvent par ailleurs rendre visite à d'autres patients.

Les relations sexuelles entre patients ou de patients avec des tiers sont en général connues des équipes soignantes. Il n'y a pas d'interdit mais pas d'encouragement pour autant. En tout état de cause, le sujet n'est pas tabou mais abordé assez facilement entre soignants et, le cas échéant, avec les patients. Les relations ou pratiques sexuelles des patients peuvent être évoquées en réunion clinique. Des préservatifs sont librement à disposition. Des informations sont disponibles sur les moyens de contraception et sur les risques liés aux maladies sexuellement transmissibles.

Une attention est portée aux personnes vulnérables. En cas de présomption de risque de relation sexuelle concernant une personne en grande fragilité, la situation est évoquée lors de la réunion clinique. Le médecin reçoit le patient en entretien et, si nécessaire, ce patient bénéficie d'une protection de la part de l'équipe soignante.

Les soignants d'une unité ont bénéficié, à leur demande, d'une formation sur « *la sexualité en institution* » en 2019 (cf. *supra*, § 2.4.2).

#### BONNE PRATIQUE 5

La question de la sexualité est prise en compte. Une véritable information est donnée aux patients et les personnes vulnérables font l'objet d'une prise en charge réelle de la part des équipes soignantes.



## 7. LES SOINS

### 7.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES : UN CADRE ET DES OBJECTIFS CLAIRS ET AMBITIEUX MAIS DES PRATIQUES AU SEIN DES UNITES DE SOINS QUI DIFFERENT

#### 7.1.1 Structuration et organisation des unités de psychiatrie

Chaque pôle (PEMSS et PPAC) a un contrat de pôle, celui-ci étant actualisé annuellement sous forme d'une annexe au contrat. Cette annexe, sur la base d'un bilan du fonctionnement de l'année passée portant notamment sur l'activité, le personnel et les finances, liste les grandes orientations de l'année en cours. Les annexes des contrats de pôle ont été signées le 8 mars 2019. Aucun document descriptif de l'organisation des pôles et des unités précisant le fonctionnement de l'un et l'autre (réunion de pôle, réunion d'unité, clinique et institutionnelles, organisation des gardes et des astreintes, organisation interne des unités, etc.) n'a été communiqué. Ce document descriptif par pôle et unité fait défaut : il permettrait pour le personnel soignant et médical des unités d'avoir un cadre auquel se référer.

Les deux pôles sont organisés différemment, ces organisations relevant de la responsabilité des chefs de pôle. Au sein même d'un pôle, des différences de fonctionnement peuvent être observées entre unités. Ainsi les contrôleurs ont constaté des différences notables concernant par exemple l'organisation de réunions soignants/soignés, de formations pluridisciplinaires ou d'initiation d'ateliers spécifiques. Ces disparités interrogent sur l'autonomie de chaque unité, la politique de chaque pôle et la cohérence d'ensemble.

En principe chaque unité organise une réunion clinique en début de semaine permettant d'échanger sur les observations du week-end. Au quotidien, deux temps de transmissions, auxquels participent les soignants voire le médecin, se tiennent à l'heure du déjeuner et le soir. Une réunion d'encadrement a lieu mensuellement. Le PEMSS et le PPAC organisent tous les vendredis matin un *staff* clinique associant l'ensemble des professionnels contribuant à la prise en charge des patients. Lors de cette réunion sont évoqués des dossiers de patients hospitalisés ou suivi en extra hospitalier. Le positionnement de ces *staffs* en fin de semaine a également pour objectif d'évoquer des cas cliniques difficiles et anticiper les problématiques qui apparaîtraient le week-end suivant.

#### RECOMMANDATION 13

Chaque unité de soins doit se doter d'un projet de service précisant l'organisation et le fonctionnement de celle-ci ainsi que son articulation avec le pôle de référence. Si une latitude est laissée aux unités quant à certaines modalités d'organisation, les règles ayant un impact sur la prise en charge des patients doivent être initiées par la direction du pôle et évaluées. Les pôles doivent se doter d'un même document cadre précisant notamment l'articulation entre le pôle et les structures qui lui sont rattachées.

Le directeur indique dans sa réponse que cette recommandation s'inscrit « *dans le cadre des orientations du projet d'établissement en cours d'élaboration* ».

Hors internes, le nombre de psychiatres par unité peut varier de 1,28 à 2,2 ETP dans les unités d'admission. Selon les tableaux figurant dans les annexes aux contrats de pôle, un psychiatre est présent le matin et l'après-midi. La réalité observée lors du contrôle diffère quelque peu notant l'absence de psychiatre certains après-midi. Le personnel soignant note par ailleurs une présence

des psychiatres très parcellaire, des soignants pouvant se retrouver seuls à gérer des situations complexes.

Les psychiatres outre leurs fonctions au sein des unités de soins exercent également en extra hospitalier et participent aux astreintes quotidiennes organisées de 8h30 à 18h30, le médecin d'astreinte devant répondre aux urgences psychiatriques pouvant intervenir au sein du CH d'Erstein. Une astreinte opérationnelle est organisée pour la nuit, les week-ends et jours fériés à laquelle participe l'ensemble des psychiatres (adultes et enfants) de l'hôpital. Les données concernant l'activité de ces astreintes de jour comme de nuit n'ont pu être communiquées.

Une garde sur place est organisée la nuit, les week-ends et jours fériés à laquelle participent les internes de psychiatrie, de médecine générale, de pédopsychiatrie, les praticiens hospitaliers (PH) contractuels et les assistants. Aucun relevé d'activité n'a été communiqué. Les internes jugent ces gardes anxiogènes, estiment qu'ils sont peu préparés à cet exercice, regrettent l'absence de fiches pratiques et le manque de réponse apporté à leurs questions compte tenu du peu de disponibilités des médecins. Cette organisation peut avoir un impact direct sur la prise en charge des patients comme l'utilisation de chambre d'isolement par défaut de réponse.

Le CHE a un agrément pour deux postes d'interne en psychiatrie. Lors du contrôle deux internes étaient effectivement en poste et affectés chacun dans une unité fermée. Ces deux internes effectuaient leur premier semestre d'internat.

Un collègue médical se réunit une fois par mois, sous l'autorité de la présidente de la commission médicale d'établissement (CME). Celle-ci a la particularité d'être pédopsychiatre et de ne pas exercer en unité d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie. De fait, dans son approche, elle échappe au clivage, parfois sensible, entre le PEMSS et le PPAC. Outre les questions d'organisation médicale, de liens avec la direction et les projets en cours, ce collège examine chaque mois par tirage au sort quelques situations de patients en chambre d'isolement (cf. *infra*, § 8.2). Il est regrettable que le taux de participation ne soit pas plus élevé au sein de ce collège.

#### RECOMMANDATION 14

L'hôpital doit revoir les modalités d'affectation et la présence des praticiens hospitaliers au sein des unités de soins, l'objectif étant d'assurer une couverture médicale sur l'ensemble de la journée. Une réflexion sur l'organisation de la garde de nuit et des astreintes doit être conduite concomitamment, le relevé d'activité de celles-ci étant indispensable à ce travail.

Là encore, Le directeur déclare dans ses observations au rapport provisoire que cette recommandation « *s'inscrit dans le cadre des orientations du projet d'établissement en cours d'élaboration* ».

#### 7.1.2 Fonctionnement des unités de soins

Les personnels soignants interviennent indifféremment dans une même unité de soins quel que soit le statut des patients, permettant une continuité des prises en charge lorsque celui-ci est amené à être modifié. Le personnel de jour est distinct de celui de la nuit. La répartition et le nombre de soignants est similaire pour les unités de soins fermées et ce nombre est satisfaisant. Un cadre est affecté à chaque unité.

Ces personnels ne bénéficient d'aucune supervision d'équipe malgré leur demande ni d'évaluation de leurs pratiques professionnelles, objectifs pourtant affichés dans les contrats de pôle. Leur formation sur la loi de 2011 a été sommaire. Ils ont certes acquis une expérience du

fait de leur pratique quotidienne mais sans vérification de leurs acquis et sans actualisation de ceux-ci, indispensable compte-tenu de l'ancienneté du personnel (cf. *supra*, § 2.4). Ces remarques valent également pour les mesures d'isolement et de contention.

Une visite est organisée tous les vendredis au lit du patient pour les unités du PEMSS, sous la conduite du psychiatre de l'unité associant l'interne et un soignant. Hormis ces visites le psychiatre de l'unité voit régulièrement les patients en consultation individuelle, sans qu'un IDE soit toujours présent. La présence systématique d'un soignant à ces consultations est un des objectifs arrêté par les pôles pour 2019. Aucun relevé d'activité ne permet de connaître le volume exact du nombre de ces consultations en dépit de ce qu'a indiqué la présidente de la CME aux contrôleurs (en réalité, seule l'activité extra hospitalière des PH est mesurée). Celles-ci sont décidées par le psychiatre et uniquement tracées dans les observations figurant dans le dossier médical. Il n'y a pas de projet de soins personnalisés pour les patients. C'est également un des objectifs affichés pour 2019.

Il n'y a que peu d'activités thérapeutiques au sein des unités, sinon à partir d'initiatives personnelles, la majorité d'entre elles étant organisées au sein de l'unité ATISE (cf. *infra*, § 9.2). Il n'y a pas d'infirmier référent pour les patients.

Des consultations de psychologues sont organisées mais apparaissent insuffisantes compte-tenu des besoins (1,9 ETP de psychologue pour l'ensemble des unités).

### RECOMMANDATION 15

Le constat assez fréquent des écarts observés entre les objectifs figurant dans les contrats de pôle, les rapports annuels d'activité de ceux-ci et les pratiques des unités interrogent sur les modalités de mise en œuvre de ces objectifs, leur suivi, leur évaluation et sur l'implication de l'ensemble des personnels soignant et médicaux. La participation de l'ensemble du personnel à cette démarche est essentielle pour sa réussite et doit être prise en compte pour les bilans 2019 et les annexes aux contrats de pôle de 2020.

Le chef d'établissement, dans sa réponse de décembre 2019, précise que « *le dialogue de gestion sera réorganisé afin d'apporter une réponse à la recommandation* ».

## 7.2 LES SOINS SOMATIQUES : UNE POLITIQUE IMPRECISE ET DES SOINS INSUFFISANTS POUR LES PATIENTS HOSPITALISES EN PSYCHIATRIE GENERALE

### 7.2.1 Le plateau technique

L'unité de prévention et de soins somatiques (UPSS) est rattachée au pôle prestataire de l'hôpital, ce pôle regroupant également le département d'information médicale (DIM) et la pharmacie. Un contrat de pôle conclu en 2017 fixe les grandes orientations des trois unités fonctionnelles qui lui sont rattachées dont l'UPSS. Une annexe signée le 8 mars 2019 permet d'avoir quelques données chiffrées sur l'activité de l'UPSS mais limitées aux consultations spécialisées en interne. Un bilan du pôle prestataire pour l'année 2017 précise pour l'UPSS celui des réalisations 2017. Une de ces réalisations portait sur l'instauration de visites médicales au sein des unités de soins. Si celle-ci a pu être mise en place en 2017, cette action n'était plus effective lors du contrôle. Enfin, un document portant sur l'organisation de la prise en charge en soins somatiques au CHE daté du 3 mai 2011 liste les grands objectifs de cette unité. Ce document n'a été ni évalué ni actualisé depuis lors.

L'UPSS comptabilisait le jour du contrôle un poste de PH et un poste d'assistant en médecine générale, tous deux à temps plein. Le premier est en poste depuis mai 2011 et assure la responsabilité de l'unité, le second a pris ses fonctions quelques semaines avant le contrôle, en mars 2019. Un poste à mi-temps de PH contractuel en médecine générale était vacant, ainsi qu'un poste d'interne de médecine générale. Plusieurs spécialistes interviennent périodiquement (podologue, échographe, chirurgien-dentiste, neurologue, cardiologue, gynécologue, le poste d'ophtalmologue étant actuellement vacant).

L'UPSS dispose d'un plateau technique incluant une partie médico-technique équipée d'une salle de radiologie, d'une pièce pour les échographies, d'une salle de consultations pour les examens ophtalmologiques et d'un cabinet dentaire. La seconde partie est réservée aux bureaux de consultations médicales et spécialisés et au secrétariat.

Aucune unité de soins psychiatriques ouverte ou fermée n'est équipée d'un bureau de consultation de médecine générale. Cet équipement n'aurait été ni prévu, ni souhaité lors de la construction des nouvelles unités fermées en 2014.

### 7.2.2 Le fonctionnement

L'ensemble du secteur de gériatrie (USLD, EPHAD) et de psychogériatrie (DIP) étant médicalement sous la responsabilité de gériatres, l'UPSS n'a en charge pour le moment que les six unités psychiatriques ouvertes et fermées du CHE. Actuellement une grande partie de son activité concerne l'unité ouverte Jules Verne accueillant des patients psychiatriques lourdement handicapés pour lesquels aucune solution de placement n'est trouvée.

L'intervention des somaticiens au sein des unités est fonction de la demande des soignants ou, dans certaines unités, des psychiatres. Dans ces dernières, l'accès au généraliste est limité par le psychiatre, ce que certains patients déplorent (unité Camille Claudel, par ex.). Les consultations se font soit sur place au sein de l'unité de soins et le plus souvent dans la chambre du patient, soit dans un bureau de consultation de l'UPSS. Aucune consultation systématique n'est prévue pour les patients faisant l'objet d'une décision d'isolement ou de contention.

Les demandes de consultations spécialisées externes se font auprès du CH de Sélestat, des HUS ou de spécialistes libéraux. *A priori* aucune difficulté liée à des délais d'attente excessifs n'a été relevée.

L'organisation de l'UPSS ne fait l'objet d'aucun document écrit précisant son organisation et son fonctionnement. Aucun relevé d'activité des consultations de médecine générale en interne n'est réalisé. En conséquence aucune donnée d'activité n'a pu être communiquée, ni même d'information sur les principales comorbidités.

Les échanges entre les somaticiens et les psychiatres sont essentiellement oraux, la participation d'un généraliste aux *staffs* cliniques des unités de soins étant selon eux impossible du fait d'un temps médical insuffisant. Compte tenu de ce manque de temps médical, souvent incriminé pour justifier des manquements constatés, les contrôleurs se sont étonnés de la demande de participation de ces médecins à la garde médicale sur place à laquelle contribuent surtout les internes de psychiatrie. La législation impose en effet des repos de sécurité de vingt-quatre heures, réduisant d'autant pour ces médecins leur temps de travail auprès des patients aux heures ouvrées. Un des médecins a en effet indiqué réaliser jusqu'à huit gardes par mois ce qui a pour conséquence huit jours ouvrés non travaillés, en récupération.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur indique que ce médecin ne participe plus au tour de garde depuis septembre 2019. Par ailleurs, un groupe de travail sur les soins

somatiques est désormais constitué. Le directeur est conscient du temps médical suffisant en la matière et recherche des solutions pour l'accroître ; il appelle néanmoins l'attention du CGLPL sur les difficultés de recrutement. La recommandation est donc partiellement prise en compte.

#### RECO PRISE EN COMPTE 12

L'accès aux soins somatiques des patients hospitalisés en psychiatrie doit être amélioré. Un suivi médical au sein des unités de soins – en dehors des demandes ponctuelles et des urgences – et un examen médical systématique de tout patient relevant d'une décision d'isolement ou de contention doivent être mis en œuvre sans délai. Toutes les activités de soin de cette unité doivent être colligées tant en interne qu'en externe.

## 8. LE RESPECT DE L'INTEGRITE DES PERSONNES

### 8.1 LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE AUX URGENCES : DES PRATIQUES NON MAITRISEES, FAISANT NOTAMMENT USAGE DE LA CONTENTION, ET INSUFFISAMMENT EVALUEES POUR ENVISAGER DES EVOLUTIONS

Trois secteurs de psychiatrie sont rattachés au CH d'Erstein : le premier plutôt urbain couvrant le Sud-est de la ville de Strasbourg et les deux autres ayant un profil mixte urbain et rural autour de Sélestat. Compte tenu de cette dichotomie les urgences psychiatriques sont assurées pour les patients du secteur strasbourgeois par les urgences des hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS) et pour les autres par les urgences du centre hospitalier de Sélestat (CHS).

Les admissions sont adressées pour 86 % d'entre elles par les services des urgences de ces deux hôpitaux. La répartition entre ceux-ci n'a pas été communiquée.

#### 8.1.1 Organisation des urgences psychiatriques aux HUS

Les trois établissements de santé dépendant des urgences des HUS, dont le CH d'Erstein, ont signé le 19 décembre 2012 avec cet hôpital une convention relative à l'accueil des patients présentant des troubles psychiatriques.

Les patients sont principalement accueillis en urgence au sein de la clinique psychiatrique, bâtiment indépendant au sein des locaux des HUS. L'unité d'accueil, dénommée l'unité d'urgence psychiatrique (UUP), dispose de locaux situés au rez-de-chaussée de cette clinique. Il n'y a pas de lit permettant une hospitalisation de courte durée. Chaque établissement met à disposition du personnel médical et infirmier : pour le CH d'Erstein, il s'agit d'un ETP de psychiatre et de deux ETP d'infirmiers. L'UUP fonctionne avec une permanence de psychiatre de 8h30 à 18h30 du lundi au vendredi et de 8h30 à 12h le samedi. Les PH venant des autres établissements de santé y participent. Une astreinte opérationnelle est organisée pour les nuits, week-ends et jours fériés à laquelle contribuent les psychiatres du CH d'Erstein. Il ne semble pas que l'UUP ait formalisé un protocole définissant les procédures d'admission en soins contraints.

Les deux services d'accueil des urgences des HUS – celui du nouvel hôpital civil et le second, à HautePierre – peuvent également être concernés par des arrivées directes. Cette forme d'accueil est néanmoins minoritaire (moins de 20 % des admissions). Aux urgences du nouvel hôpital civil, un psychiatre est présent tous les matins ainsi qu'une IDE. Les locaux d'accueil ne sont pas spécifiques.

Les patients adressés à l'UUP ont une évaluation systématique par un psychiatre dès leur arrivée. En revanche, aucun médecin généraliste n'intervient dans cette unité et l'examen somatique est réalisé par ce même psychiatre. En cas de doute le patient est adressé aux urgences du nouvel hôpital civil. Cette unité n'a à ce jour aucun lit qui permettrait d'hospitaliser des patients quelques jours pour observation. Aucune mesure d'isolement n'est décidée, ces pratiques n'étant plus usitées depuis plusieurs années dans ce service de psychiatrie. Il persiste néanmoins des décisions de contention y compris pour des patients admis aux urgences. Les données n'ont pas été communiquées. Les délais de transfert vers le CH d'Erstein sont en moyenne de deux heures.

Il n'a pas été possible de connaître le nombre de patients admis aux urgences des HUS et relevant du CH d'Erstein, ni même le nombre de transferts effectifs. Ni l'UUP ni le CH d'Erstein ne disposent de ces données.

Un projet vient d'être déposé à l'ARS pour la création d'une unité de huit lits d'urgence et de crise aux urgences psychiatriques des HUS.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur a précisé que les HUS avaient obtenu l'autorisation de création de cette unité, pour six lits. Le comité stratégique de psychiatrie a par ailleurs mandaté un groupe de travail pour améliorer le parcours patient. La réactualisation de la convention fait partie des objectifs de ce groupe de travail.

### RECO PRISE EN COMPTE 13

La convention entre le CH d'Erstein et les HUS doit être évaluée et actualisée, tenant compte des observations déjà formulées dans le rapport du CGLPL relatif à sa visite des HUS en septembre 2016.

#### 8.1.2 Organisation des urgences psychiatriques au CHS

Comme pour les HUS, l'accueil des urgences psychiatriques au CHS est défini par une convention entre le CH d'Erstein et cet hôpital. Celle-ci, conclue le 28 novembre 2011, prévoit également une fonction de conseil et d'assistance du CH d'Erstein auprès de l'ensemble des services hospitaliers du CHS. Le CH d'Erstein y met à disposition une IDE à temps plein, qui intervient essentiellement aux urgences, et un temps de psychiatre intervenant tous les matins pour les prestations listées dans la convention.

Aucune procédure spécifique pour l'accueil des patients relevant d'une prise en charge psychiatrique n'a été rédigée : l'admission s'effectue de la même façon pour tout patient. Celui-ci est vu en première intention par un infirmier d'accueil et d'orientation, puis par un urgentiste senior et selon les cas par l'IDE de psychiatrie. Si le patient nécessite une demande de SSC, celle-ci est traitée par l'urgentiste, qui établit à cet effet le certificat médical initial à partir de formulaires type. L'examen somatique est réalisé par l'urgentiste, celui-ci étant formalisé dans une fiche spécifique. Les transferts au CH d'Erstein ont été présentés comme rapides mais lors de la visite des contrôleurs un patient en SSC attendait son transfert sur un brancard dans le couloir, cette attente étant susceptible de durer quelques heures. Les mesures de contention sont possibles mais ne sont pas tracées. Le CHS a développé une politique de moindre recours à la contention, en recrutant un agent de sécurité formé à la médiation, son rôle étant d'essayer de calmer les patients (discussions, promenade, cigarettes).

Ce service d'urgence est saturé, ces locaux sont sous-dimensionnés au regard de l'activité, il n'est pas informatisé et le nombre de lits d'hospitalisation de courte durée ne permet pas d'hospitaliser tous les patients le nécessitant.

En dépit de l'article 8 de la convention de 2011 précitée, aucun bilan quantitatif ni qualitatif n'a été réalisé depuis 2011, pas plus qu'une évaluation régulière du respect de cette convention. Les données d'activités concernant le CHE ne sont pas connues. Aucun ajustement ne peut être envisagé dans ce contexte.

**RECOMMANDATION 16**

Les mesures de contention concernant les patients relevant de la psychiatrie admis aux urgences des HUS et du CH de Sélestat ne sont pas tracées. Une réflexion doit être engagée entre le CH d'Erstein, le CH de Sélestat et les HUS afin que ces mesures soient connues à l'arrivée du patient à Erstein, et, le cas échéant, intégrées au registre d'isolement et de contention du CH d'Erstein.

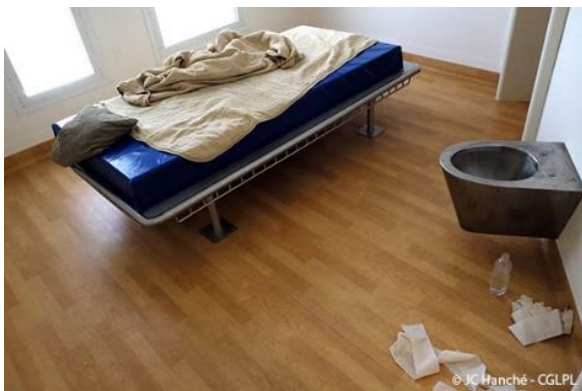
Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur se borne à indiquer qu'une démarche serait enclenchée avec les HUS et le CH de Sélestat, sans autre précision.

## 8.2 DES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION FREQUEMMENT MISES EN ŒUVRE, POUR DES DUREES TROP LONGUES ET DANS DES CONDITIONS PARFOIS ILLEGALES, TRAHISSANT UNE ABSENCE DE POLITIQUE D'ENSEMBLE SUR LA QUESTION

### 8.2.1 Les secteurs d'isolement

Un secteur d'isolement de trois chambres est identifié dans chacune des trois unités d'admission soit neuf chambres d'isolement. Ces espaces sont en fonctionnement depuis 2014, date de l'ouverture du NBH. Chaque secteur a été construit à l'identique. Ceux-ci incluent trois chambres, une zone centrale et un espace extérieur.

Chaque chambre, configurée de façon identique pour les trois secteurs, dispose d'une double entrée, d'une climatisation avec contrôle de la température extérieure à la chambre et d'un bouton d'appel mural non accessible au patient lorsqu'il est couché. La porte d'accès est munie d'un fenestron permettant la surveillance des patients mais ne respectant pas l'intimité de ceux-ci, le personnel soignant pouvant visualiser les toilettes. Le seul mobilier inclut un lit scellé au sol sur lequel est placé un matelas en mousse. Des toilettes en inox sont situées à proximité immédiate du lit, sans séparation ni point d'eau pour se laver les mains. Des bouteilles d'eau sont néanmoins remises. Cette disposition interroge sur les conditions d'hygiène, et l'impact sur les patients ayant en visuel direct ces toilettes, pendant toute la durée de leur isolement. Le dispositif d'éclairage ne peut être réglé que de l'extérieur. Il n'inclut pas d'éclairage pouvant être contrôlé par le patient.



*Chambres d'isolement au NBH (Olympe de Gougès à gauche, Simone Weil à droite)*

La zone centrale sur laquelle donnent toutes les portes des chambres d'isolement inclut un espace sanitaire commun pour les trois chambres, équipé d'une douche et d'un lavabo, de



placards individuels pour chaque chambre et de deux tables fixées au mur pour les repas des patients. Les repas sont en effet pris dans la plupart des cas en dehors des chambres, un patient après l'autre. La configuration de l'espace, l'organisation du mobilier face à un mur, la surveillance constante par les soignants – et par un agent de sécurité (cf. *infra*, § 8.2.2) – rendent indigne ce temps de repas.



#### *Couloir du secteur d'isolement de l'unité Victor Hugo, où les patients prennent leur repas*

Des moyens d'orientation temporelle incluant l'heure, l'année et le début du nom du jour de la semaine, sans préciser la date, sont fixés en hauteur sur un mur de cette zone en face des portes de secours des chambres. Ceux-ci sont difficilement visibles et lisibles pour un patient alité, si de plus il présente des difficultés d'acuité visuelle.

Chaque secteur d'isolement est équipé d'une espace extérieur arboré et clos, accessible aux patients autorisés.

#### **RECOMMANDATION 17**

L'architecture et la configuration des chambres et secteurs d'isolement doivent être revues. L'intimité et la dignité des patients doivent y être respectées.

Dans ses observations de décembre 2019 au rapport provisoire, le directeur indique : « *une étude doit être lancée afin de procéder à la mise en conformité des espaces d'isolement, malgré un bâtiment ouvert il y a cinq ans. La réflexion initiée lors d'un directoire tend vers le passage de neuf chambres d'isolement à six, ce qui permettrait de réduire la durée et le nombre d'isolements (l'offre appelant la demande)* ».

#### **8.2.2 Les modalités de placement en isolement et de mise sous contention**

Plusieurs documents ont été remis aux contrôleurs, notamment une procédure relative aux modalités de mise en œuvre des décisions d'isolement datée du 15 janvier 2018, une deuxième portant sur les décisions de contention mécanique associées à l'isolement et une troisième sur ces mêmes décisions non associées à l'isolement. Les deux dernières sont datées du 17 janvier 2018.

Ces procédures font référence à la législation en vigueur et aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS). Dans les secteurs listés dans le domaine d'application de cette mesure par l'hôpital figurent pourtant les unités d'hospitalisation intra hospitalières, contrevenant à ces recommandations. L'analyse des données communiquées confirment ces pratiques.

A la suite d'une réunion de la conférence des présidents de CME du Grand-Est pour la psychiatrie, portant sur l'isolement et la contention, la présidente de la CME du CH d'Erstein a proposé que ce sujet soit systématiquement inscrit à l'ordre du jour de chaque commission. Dans ce cadre il a été décidé en octobre 2018 de conduire mensuellement un audit sur dix cas tirés au sort, l'objectif étant de déterminer les difficultés rencontrées. Un retour est depuis effectué à chaque collège médical et en CME. La lecture des comptes rendus des CME de novembre et décembre 2018 atteste de ce suivi, relevant un certain nombre de défaillances dans les pratiques, de non-respects de la législation et proposant des mesures correctrices.

Nonobstant cette initiative à encourager, aucune politique globale n'est pour le moment arrêtée. Aucun document écrit n'a été élaboré pour tendre vers un moindre recours à l'isolement et la contention, définissant des objectifs à court et moyen terme et des indicateurs de suivi.

Les contrôleurs ont relevé lors de cette mission des dysfonctionnements, certains rejoignant les constats établis lors des audits conduits par le CH d'Erstein :

- des durées de mesures tant d'isolement que de contention très longues ;
- des décisions prises parfois dans un contexte plus punitif que médical, ce que la CME reconnaît elle-même ;
- des décisions prises par des internes sans connaître le nom du psychiatre ayant validé celles-ci ;
- une absence des motifs de renouvellement de ces décisions voire des motifs incohérents (à titre d'exemple l'un des motifs relevés indiquait « mesure à renouveler compte tenu du jour férié ») ;
- des délais de renouvellement non respectés ;
- une absence de mention dans les dossiers consultés des mesures alternatives utilisées pour éviter ces décisions ;
- une absence fréquente des motifs de levée et une absence de débriefing avec les patients lors de la levée de la mesure ni d'ailleurs avec le personnel soignant ;
- peu de mentions dans les observations d'entretien avec les patients, à quelque stade de la mesure.

Les fiches de décisions médicales initiales et de renouvellement ont été modifiées depuis janvier 2019 et simplifiées. Alors que les fiches initiales obéraient déjà certaines informations (comme les troubles et antécédents pouvant présenter un risque particulier tant sur le plan psychiatrique que somatique, ou les alternatives tentées avant la prise de décision), les nouvelles fiches sont simplifiées à l'extrême. Elles ont supprimé des informations majeures concernant le patient, les aménagements et restrictions pouvant être liés à la mesure ou encore le détail de la surveillance infirmière. Il en est de même pour la décision de renouvellement.

## RECOMMANDATION 18

Les mesures d'isolement et de contention doivent être justifiées sur le plan clinique, mieux limitées dans le temps, régulièrement réévaluées et, le cas échéant, renouvelées dans le respect des délais légaux. Au regard des dysfonctionnements observés, l'hôpital doit définir une politique pour limiter le recours à ces pratiques et rédiger un document précisant les objectifs à court et moyen terme et les indicateurs de suivi de ceux-ci. Ce document doit être soumis à la commission médicale d'établissement et au conseil de surveillance.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur déclare qu'une politique globale sera prochainement définie, avec de nouveaux indicateurs de qualité et de sécurité des soins, lesquels devront faire l'objet d'audits de pertinence réguliers.

Au cours de cette mission les contrôleurs ont constaté la présence fréquente des membres de l'équipe « accueil sécurité » (cf. *supra*, § 5.1) dans les secteurs d'isolement, celles-ci intervenant systématiquement pour l'ouverture des portes, lors des soins, des entretiens médicaux, pour la prise des repas et lors des toilettes des patients. Cette pratique n'avait jamais été observée de façon aussi systématique par les contrôleurs et les a consternés. Le rôle des équipes de sécurité est en effet d'être informées des entrées et des sorties des patients en chambre d'isolement (notamment en cas d'incendie) et non d'intervenir aux côtés des soignants et des médecins. Le nombre d'agents de sécurité ne permet pas qu'ils soient répartis entre unités. Par conséquent, la prise des repas de ces patients est étalée sur plusieurs heures, chaque repas étant individualisé par patient. Des petits déjeuners peuvent ainsi être servis à partir de 8h jusqu'à 10h30. Certains contrôleurs ont par exemple assisté au petit déjeuner d'une patiente à 10h30, alors que celle-ci était sous le régime d'un isolement fractionné. Elle devait attendre l'agent de sécurité pour son petit déjeuner alors qu'elle rejoignait ensuite les autres patients de l'unité, pour toute la journée. Les soignants n'ont pu expliquer cette incohérence récurrente.

Cette pratique historique au CH d'Erstein ne semble plus interroger les soignants et les médecins et figure même dans la procédure relative à l'isolement, précisant que la prescription d'isolement doit indiquer si l'équipe de sécurité est requise ou non. L'intervention d'une équipe de sécurité n'est pas un acte soignant et ne saurait être considéré comme une prescription.

L'ancienne fiche de prescription d'isolement mentionnait dans la partie « surveillance infirmière » un onglet « équipe accueil et sécurité requise » (cocher oui ou non). Selon la présidente de la CME, le principe serait de cocher « non », l'intervention des agents de sécurité devant demeurer l'exception. Or dans les dossiers consultés cette demande est le plus souvent requise même pour des isolements de quelques heures ou séquentiels. Les nouvelles fiches ne le mentionnent même plus, ce qui peut laisser penser que ces interventions sont banalisées et maintenant systématisées. Elles figurent néanmoins dans les observations des dossiers médicaux des patients et de fait les contrôleurs ont constaté l'effectivité de ces interventions pour la plupart des patients placés en chambre d'isolement lors du contrôle.

Les psychiatres et les soignants interrogés sur ces pratiques se sont pour la plupart montrés surpris des interrogations des contrôleurs sur ce point, justifiant celles-ci au regard de leur sécurité et précisant que l'uniforme de ces agents était selon eux un moyen efficace pour calmer les patients. Ils ont également argué d'un manque de personnel soignant et d'une féminisation de celui-ci. Ces pratiques sont indignes vis-à-vis des patients : il n'est pas admissible que des agents de sécurité en uniforme assistent aux soins ainsi qu'à des entretiens médicaux, ni que l'organisation de l'équipe de sécurité ait un impact sur l'horaire des petits déjeuners des patients

en chambre d'isolement, certains devant attendre 10h30 (qui plus est dans un hôpital dans lequel le dîner est servi très tôt, environ seize heures auparavant).

### RECOMMANDATION 19

Les équipes de sécurité ne doivent pas intervenir par principe dans le cadre de mesures d'isolement. Ils ne doivent être sollicités qu'au cas par cas, pour prêter main-forte aux soignants qui feraient face à une très forte agressivité des patients, en chambre d'isolement ou ailleurs. Les procédures d'isolement et de contention doivent être actualisées en ce sens ainsi que les fiches de décision initiale et de renouvellement de ces mesures.

Cette recommandation a été partiellement mise en œuvre après la mission, la direction partageant manifestement la préoccupation des contrôleurs. Le directeur, dans ses observations au rapport provisoire, précise en effet qu'une nouvelle organisation a été mise en place, ayant pour but la mise à distance de l'équipe de sécurité lors des soins. Les IDE affectés à la prise en charge des patients en chambre d'isolement des unités d'admission ont été mutualisés dans une équipe augmentée d'un IDE supplémentaire : « *cette mutualisation a pour objet la mise à disposition de ressources en nombre et en qualification suffisants pour une prise en charge exclusive des patients par des soignants* ». De nombreux documents ont été envoyés aux contrôleurs pour prouver les avancées des équipes en la matière.

Des zones d'ombre subsistent néanmoins, notamment quant au sens même d'une prescription médicale de recours à l'équipe de sécurité, quant aux modifications des procédures et des fiches de décision d'isolement et de contention, et quant à l'usage de boucliers par les équipes de sécurité (mentionné dans l'un des comptes-rendus transmis).

Les contrôleurs ont de même constaté que les recommandations de la HAS, même si elles sont reprises en grande partie dans les procédures écrites, sont peu connues des personnels soignants et médicaux et n'ont fait l'objet d'aucune communication spécifique dans les unités. Le personnel soignant participe à des formations à la gestion de crise mais sans que celles-ci aient un caractère d'obligation (cf. *supra*, § 2.4.2). Il en est de même sur l'isolement et la contention. Pourtant une des recommandations figurant au compte rendu de la CME de novembre 2018 portait sur la formation obligatoire sur ces pratiques dans chaque pôle.

Le directeur, dans sa réponse, révèle que de nouvelles formations ont été mises en œuvre sur ces sujets (quarante-huit agents formés le 8 octobre 2019, par exemple), démontrant une véritable prise en compte de cette difficulté. Les contrôleurs invitent la direction à inscrire cette démarche dans la durée.

### RECO PRISE EN COMPTE 14

Le CHE doit mettre en place un programme d'information et de formation des personnels soignants et médicaux aux pratiques d'isolement et de contention. Ces formations doivent revêtir un caractère obligatoire.

#### 8.2.3 L'exploitation du registre d'isolement et de contention

Les données communiquées émanant du registre portent sur l'année 2018 et le premier trimestre 2019. Les patients faisant l'objet d'une mesure d'isolement relèvent de SSC mais également de soins libres.

En 2018, 334 mesures d'isolement ont été prises pour 182 patients, la durée de ces mesures s'établissant de moins de 1 jour à 293 jours. Pour 50 % de ces patients, la durée a été inférieure à quarante-huit heures, respectant ainsi les délais recommandés par la HAS. Mais pour quelques patients, d'une part ces mesures ont été répétitives, posant la question du traitement des patients ayant des comportements à risque, et d'autre part très longues. Or la chambre d'isolement ne peut être un mode de prise en charge sur le long terme.

Les données de 2019 chiffrent le nombre de mesures à 117 soit sur un trimestre. En projection sur l'année, le nombre de mesures serait de 468 si le niveau de recours à l'isolement se maintenait. Il s'agirait ainsi d'une augmentation de plus de 40 %.

D'autres données communiquées, concernant les patients placés en chambre d'isolement du 1<sup>er</sup> juillet 2018 au 28 mars 2019 et mentionnant le statut de ceux-ci sont de même alarmantes. L'analyse de celles-ci établit en effet que sur 147 patients, 63 relèvent de soins libres, soit 43 %. Sur ces patients en soins libres ces mesures ont été (voire le sont toujours) répétitives jusqu'à vingt fois pour l'un d'entre eux. Les recommandations de la HAS rappellent que le placement en chambre d'isolement d'un patient en SL doit être exceptionnel, uniquement dans des situations d'urgence et pour une durée maximale de douze heures<sup>18</sup>. Pourtant les durées dépassent régulièrement les douze heures recommandées pour modifier le placement : les trois durées maximales relevées pour des SL, sans changement de statut, sont de vingt-deux jours, dix-sept jours et huit jours. Ces situations relèvent de la détention arbitraire et constituent un délit pénal.

## RECOMMANDATION 20

Le placement en chambre d'isolement pendant plus de douze heures de patients en soins libres doit cesser immédiatement. Si, à titre exceptionnel, le maintien de la mesure est jugé nécessaire au-delà de cette durée, une décision de placement en soins sans consentement doit être prise par le directeur. Plus généralement, l'hôpital doit analyser les raisons conduisant à placer en isolement autant de patients en soins libres et les moyens d'y remédier. Cette réflexion devra s'intégrer dans celle plus générale de la politique à définir pour limiter le recours à ces pratiques en très nette hausse actuellement.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur indique que l'audit mensuel continue et qu'une analyse de pertinence s'est tenue en janvier 2020. En revanche, s'agissant du placement en chambre d'isolement de patients en soins libres pour des durées de plus de douze heures, la réponse n'est qu'incitative : « *un retour est fait très régulièrement aux médecins de psychiatrie adulte afin de s'assurer que les patients en SL sont mis en SSC si leur état clinique justifie le maintien en isolement au-delà de douze heures* ».

Les données relatives aux mesures de contention indiquent que 25 patients sur les 182 placés en isolement en 2018 ont été mis sous contention, les durées s'étalant de 1 heure et demie à onze jours. Au cours du premier trimestre 2019, quatorze patients sont déjà recensés comme ayant été contentionnés en chambre d'isolement, soit une hausse de 44 %.

Enfin quelques mesures de contention sont décidées en dehors d'un espace d'isolement, notamment au DIP.

<sup>18</sup> HAS Isolement et contention en psychiatrie générale Recommandation de bonne pratique février 2017



### *Contention ventrale au DIP*

Le CHE a mis en place en 2018 un registre recensant l'ensemble de ces mesures quelle que soit l'unité d'accueil fermée ou ouverte. Ce registre est bien tenu. Il est renseigné au fil de l'eau les principaux éléments quantitatifs étant calculées en temps réel.

#### 8.2.4 L'existence de chambres d'apaisement

L'existence de chambres d'apaisement a été constatée par les contrôleurs au DIP et à l'unité Camille Claudel. Il ne s'agit pas de chambres d'isolement, leur porte est ouverte et leur utilisation n'apparaît pas au registre.

Néanmoins, aucune n'est réellement aménagée comme une véritable chambre d'apaisement. Celle de l'unité Camille Claudel est assez carcérale et son mobilier sommaire n'a rien d'apaisant. Elle n'accueille des patients que quelques heures.

Celle du DIP-A est presque nue, ne disposant que d'un lit classique sur roulettes et inclinable, le tout dans un espace disproportionné à son usage. Une grande baie vitrée donne dans l'intérieur de la chambre, et la porte est dotée d'un oculus : la confidentialité des soins et l'intimité du patient ne sont pas assurées. Lors de l'une des visites des contrôleurs au DIP, un patient déambulait dans le couloir desservant cette chambre, précisément pour regarder ce qui s'y passait. Les soignants ont dû intervenir. Le cabinet de toilette est séparé de la chambre, celle-ci étant conçue pour accueillir des patients pour des durées parfois supérieures à la journée.

Dans les deux cas, il est apparu que leur utilisation se situait en réalité à mi-chemin entre la chambre d'apaisement et la chambre d'isolement.



Chambre d'apaisement au DIP-A



Chambre d'apaisement à Camille Claudel

### RECOMMANDATION 21

Le statut des chambres d'apaisement doit être clarifié. Leur mobilier doit être adapté à leur objectif.

Dans sa réponse du 16 décembre 2019, le directeur ne fait pas référence aux chambres du DIP-A et de l'unité Camille Claudel. Il indique que « *le projet médical et organisationnel de l'espace d'apaisement est validé et arrêté. Deux espaces d'apaisement seront disponibles au sein de deux unités pilote à partir de mars 2020, pour un déploiement généralisé en juin 2020* ». L'objectif est que chaque unité dispose d'un espace d'apaisement, sans que les contrôleurs n'en connaissent pour l'instant leur configuration ni leur usage.

### 8.3 VERS UNE DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS EN CHAMBRE ?

Le circuit du médicament est informatisé depuis plusieurs années. Les prescriptions se font en ligne. L'analyse pharmaceutique est quotidienne.

La distribution des médicaments s'effectue deux fois par jour, en fin de matinée et en fin d'après-midi, le suivi de celles-ci étant informatisé. Elle est réalisée dans le couloir à proximité des salles à manger. Elle est néanmoins individualisée et les traitements sont expliqués aux patients, le moment de cette distribution étant souvent mis à profit pour échanger avec ceux-ci voire répondre à leur question. Ces modalités doivent être revues l'objectif étant à terme que cette distribution soit réalisée dans chaque chambre assurant un maximum de confidentialité et d'échanges avec les patients.

Il n'y a pas de démarche engagée pour la mise en place de conciliation thérapeutique, le motif évoqué étant un manque de personnel. Pourtant le CH d'Erstein est engagé dans cette démarche pour des services de court séjour.

### 8.4 LA QUESTION DES MALTRAITANCES, DIFFICILE A ABORDER MALGRE UNE POLITIQUE VOLONTARISTE DE LA DIRECTION

S'agissant d'éventuelles maltraitances des soignants envers les patients, le sujet paraît difficile à aborder même si une « *procédure de signalement d'un acte de maltraitance* » a été créée en 2016. La direction, très sensibilisée sur ces questions, a mis en place une formation à la bientraitance et n'hésite pas à ouvrir une enquête interne en cas de signalement préoccupant.

Mais peu d'informations remontent, traduisant pour l'encadrement « *un manque de confiance entre le terrain et la direction* ». Par ailleurs, selon les témoignages reçus, les soignants ne dénoncent pas un collègue en cas de comportement déviant, du fait de leur proximité (certains exerçant ensemble depuis plus de vingt ans). Pour les mêmes raisons – et parce qu'une grande partie des cadres de santé ont été IDE au CH d'Erstein auparavant – les cadres de proximité ne s'autorisent pas à critiquer leurs agents. Au surplus, jusqu'à une époque récente, il était d'usage pour les organisations syndicales de se liguer contre le cadre qui dénonçait à sa hiérarchie les maltraitances commises par un soignant, estimant que son rôle était plutôt de « *régler ça au niveau de l'unité* ». Dans ce contexte, même pour une direction dont la préoccupation pour le bien-être des patients n'est pas feinte, investir le sujet des maltraitances est difficile.

Le rapport d'activité 2017 est muet sur la question, tout comme le bilan des questionnaires de satisfaction. Il n'existe pas de fiche d'événement indésirable spécialement dédiée aux maltraitances. Deux situations ont été rapportées par la direction aux contrôleurs et ceux-ci ont pu consulter les dossiers correspondants en toute transparence.

La première, assez récente, concerne des bousculades et violences verbales envers un patient, commises par deux soignants : le premier a été sanctionné d'un avertissement ; la seconde portait à la retraite quelques mois après, aucune suite n'a été engagée contre elle.

L'autre affaire signalée est beaucoup plus ancienne mais a durablement marqué l'établissement. En 2008, une soignante a déclaré avoir été le témoin de l'agression d'un patient âgé (clef de bras, étranglement) par l'un de ses collègues. Le soignant concerné a été suspendu à titre conservatoire et deux procédures ont été ouvertes, l'une pénale et l'autre disciplinaire. A la suite de cette suspension, cet agent a menacé de mort la soignante qui avait témoigné, et s'est rendu complice de violences à son endroit. De nouvelles procédures ont donc été engagées. L'intéressé a été condamné à six mois de prison avec sursis pour la nouvelle affaire mais relaxé pour les faits de violence contre le patient. Sur le plan disciplinaire, la direction de l'époque a attendu sa condamnation pénale pour envisager une radiation des cadres sur le fondement de l'incompatibilité des mentions de son casier judiciaire avec la qualité de fonctionnaire. Cette procédure n'a pas abouti et le soignant a repris son travail au CH d'Erstein.

Les réclamations des patients ou de leurs proches font état de rares maltraitances ou comportement inappropriés : « *lors d'une douche forcée on m'a arraché les vêtements* » (février 2017), « *comportement grossier du personnel* » (mars 2017), « *vol de cigarette et d'argent par le personnel soignant* » (octobre 2018). Ces trois dossiers ont été clôturés, à chaque fois avec une réponse précise adressée au réclamant.

## **8.5 UN ETABLISSEMENT DANS LEQUEL LA PREVENTION DE LA VIOLENCE DES PATIENTS N'EST PAS ASSEZ DEVELOPEE**

Des agressions ou des menaces sont commises entre patients ou par les patients sur le personnel. Le signalement de celles-ci est opéré par fiche d'événement indésirable (EI), saisie sur logiciel informatique.

Tous les personnels peuvent rédiger ces fiches d'EI. Ils doivent néanmoins inscrire leur nom, le CH d'Erstein ayant choisi de ne pas développer de fiche anonyme. Celles-ci sont analysées tous les mercredis par la cellule qualité, pour décider de leurs suites. A chaque avancée du dossier et pour chaque fiche, un courriel est adressé au déclarant et à son cadre de santé. Ce retour est apprécié. Pour toutes les situations graves, notamment celles qui concernent des restrictions de



liberté (placement en chambre d'isolement, par exemple) ou des violences, un comité de retour d'expérience (CREX) est en principe réuni.

343 EI ont ainsi été recensés en 2018. Leur nombre est assez fluctuant : après un pic en 2014 avec 519 signalements, il est redescendu depuis deux ans à son niveau de 2010-2011, autour de 330 par an<sup>19</sup>. Une sensibilisation a été effectuée auprès de l'ensemble des soignants en 2018 afin de les inciter à signaler les événements autant que par le passé.

Les EI sont classés par domaine dans les bilans annuels du service qualité, sans pour autant être suffisamment précis pour déterminer le nombre exact d'EI relatifs à des violences physiques ou verbales. Néanmoins, la cellule qualité recense spécifiquement tous les EI qui concernent des actes de violence envers le personnel, pour préparer les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) trimestriels.

Il n'est pas procédé à l'identique pour les violences entre patients : celles-ci ne sont nullement mesurées.

Du 13 octobre 2018 au 25 mars 2019, vingt-six actes ont été recensés par ce biais, dont vingt et un dans les unités de psychiatrie (six à Simone Weil, cinq à Jules Verne, cinq à Olympe de Gouges et cinq au DIP). Il s'agissait de violences physiques dans vingt cas et de violence verbale pour le dernier. Selon la cellule qualité, les violences envers les soignants sont en progression, surtout dans les unités d'admission du PEMSS (Olympe de Gouges et Simone Weil). Les causes n'ont pas été analysées au niveau institutionnel mais l'encadrement parle d'actes liés à la recrudescence des trafics de stupéfiants (cf. *supra*, § 5.1), à la rigidité de certains soignants, au manque de présence médicale et à l'architecture de certaines unités.

Par projection, il est possible d'évaluer le nombre d'actes de violence recensés contre le personnel à une cinquantaine par an. Pour autant les contrôleurs ont noté que très peu d'entre eux faisaient l'objet d'une analyse en CREX. Parmi les quatorze événements indésirables graves analysés en CREX en 2018, seuls deux concernaient des violences commises par des patients (en l'occurrence à l'encontre de soignants, au DIP)<sup>20</sup>.

On dénombrait par ailleurs vingt-quatre accidents dus au « *contact avec un malade agité* » en 2017, ce chiffre apparaissant en hausse par rapport aux années précédentes<sup>21</sup>. Il s'agit de la cause d'accident de travail la plus fréquente. Sur ces vingt-quatre contacts, cinq d'entre eux seulement sont considérés comme une véritable agression<sup>22</sup>. Il n'a pas été possible de connaître la proportion d'actes commis sur les agents de l'équipe de sécurité.

Qu'il s'agisse de prévenir la violence ou d'y faire face lorsqu'elle survient, les actions de formation en la matière, très développées au CH d'Erstein (cf. *supra*, § 2.4), apparaissent indispensables. Il est regrettable en revanche que l'analyse des pratiques et la supervision soient si peu mises en œuvre sur ces questions, *a fortiori* si certains cadres estiment que l'agressivité des patients est parfois liée à la rigidité des soignants.

---

<sup>19</sup> Source : compte-rendu du COPIL qualité du 5 avril 2019

<sup>20</sup> Source : Rapport d'activité gestion des risques pour 2018

<sup>21</sup> Douze en 2015 et quatorze en 2016 (source : bilan social 2017, p. 30)

<sup>22</sup> Le chiffre est aussi faible pour les années précédentes : quatre en 2015, trois en 2016 (source : bilan annuel du CHSCT 2017).

Il n'existe pas à ce stade de plan de prévention des violences, quelles qu'elles soient. Il est envisagé d'en faire un pan du plan d'action du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP), en cours de rédaction.

### RECOMMANDATION 22

Si la violence des patients contre le personnel semble correctement évaluée, l'hôpital doit se doter d'outils pour mesurer les différentes situations mettant en insécurité les patients (agressions entre eux, vols, pressions diverses, etc.). Par ailleurs, l'analyse demeure limitée en la matière : il semble nécessaire de concevoir et mettre en œuvre un plan de prévention permettant de mieux appréhender les phénomènes de violence, comprendre leur évolution et les prévenir plus efficacement.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur précise qu'une « *sensibilisation* » des soignants sur la violence entre patients est initiée. La prise en compte de cette violence sera selon lui intégrée lors de la réflexion portant sur les projets de soin des unités.

## 8.6 UN COMITE D'ETHIQUE EN DEMI-SOMMEIL

Un comité local d'éthique a été créé il y a dix ans au CH d'Erstein. Celui-ci compte une vingtaine de membres : des membres du personnel soignant mais aussi un représentant des usagers. Depuis un an, le comité n'a plus de président ; la vice-présidente, aumônier dans l'établissement par ailleurs, assure l'intérim.

Il a pour objet de sensibiliser la communauté soignante sur les questions éthiques, identifier les problèmes éthiques rencontrés au sein de l'établissement, favoriser la réflexion sur le sens des soins et répondre par des avis aux questionnements des professionnels lorsqu'ils touchent aux valeurs du soin et à l'accompagnement des patients. Tout professionnel peut le saisir. Il a la particularité de rendre des avis écrits, parfois rédigés après plusieurs réunions du comité, toujours très étayés, sur les sujets qui lui sont présentés. Ces avis peuvent être défendus devant le collège médical. Les soignants, et même la direction (avis demandé sur la vidéosurveillance dans les nouveaux pavillons, par exemple), l'ont beaucoup sollicité à cette fin.

Le comité se réunit en principe quatre fois par an mais, de l'aveu même de sa vice-présidente, est « *un peu en stand-by* » depuis le départ du président. Il n'a pas été communiqué de récent compte rendu de ce comité. Le rapport d'activité le plus récent remonte à 2016.

En outre, ce comité souffre manifestement d'un déficit d'image et son rôle n'est pas connu de tous les soignants. Aussi la direction a-t-elle décidé de faire un focus sur l'éthique dans « *CHE Mag* », le journal d'information interne bimestriel du CH, en août 2018. Une double page lui a été consacrée : « *qu'est-ce que l'éthique* » et « *l'éthique dans les pratiques de soins au quotidien* ». Deux journées d'information sur l'éthique ont par ailleurs été proposées au personnel en novembre 2018. L'espace de réflexion éthique du Grand-Est (EREGE) est venu y faire une présentation.

Le directeur, dans sa réponse au rapport provisoire, informe les contrôleurs de l'élection d'un nouveau président en septembre 2019. Le comité a été consulté pour un cas depuis cette date. Les membres du comité ont été par ailleurs formés.

### RECO PRISE EN COMPTE 15

Le comité local d'éthique, en mesure d'émettre des avis éclairés sur des situations concrètes ou des projets qui lui sont présentés, doit reprendre son action.

## 9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

### 9.1 LE DEPARTEMENT INTERSECTORIEL DE PSYCHIATRIE, ACCUEILLANT UN PUBLIC TRES VULNERABLE

Le centre hospitalier d'Erstein dispose d'un département intersectoriel de psychogériatrie (DIP) dédié à la prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques. Il est aussi doté d'un EHPAD de vingt-six lits qui n'entre pas dans le champ de compétence du CGLPL.

Le service d'hospitalisation du DIP est une unité de trente lits, répartie en deux unités de quinze lits chacune et nommées DIP-A et DIP-B. Ces unités accueillent en principe des patients âgés de plus de 70 ans en admission directe, sans distinction clinique et quel que soit leur statut (SSC ou SL). Elles sont toutes les deux fermées. Un médecin psychiatre est responsable de l'unité et un médecin gériatre assure le suivi somatique (cf. *supra*, § 7.2). La présence des médecins est quotidienne. Le week-end c'est le médecin de garde qui intervient à la demande.

Pour le DIP-A les patients pris en charge sont atteints de pathologies déficitaires, de troubles cognitifs, de démence de type Alzheimer, de pathologies neurodégénératives et présentant des troubles du comportement comme la déambulation, l'agressivité, l'insomnie. Le premier jour de la mission, un patient du DIP-A était admis en SSC (SDT, en l'occurrence) et les dix autres patients étaient en soins libres. Sur ces onze patients sept étaient atteints de démence.

Au DIP-B les patients hébergés sont atteints de pathologies psychiatriques mais gardent des capacités relationnelles et d'autonomie. L'unité est fermée et les patients en soins libres doivent demander l'ouverture des portes pour aller et venir. Lors de la mission, trois patients étaient en SSC et douze en SL. Le DIP-B accueille également neuf patients en hôpital de jour.



*L'entrée du bâtiment du DIP, entièrement réhabilité en 2014*

#### 9.1.1 Le personnel

Le personnel du DIP-A et du DIP-B est mutualisé (une cadre de santé, 11,5 ETP d'infirmiers, 13,8 ETP d'aides-soignants, 6 ETP d'ASH). L'équipe soignante du matin est composée de six personnes avec au minimum deux IDE. L'équipe soignante de l'après-midi est composée de cinq personnes avec au minimum deux IDE. La nuit l'équipe comprend un infirmier et un aide-soignant. L'équipe de nuit est bien intégrée et a une bonne connaissance des patients. Cela facilite la gestion des

incidents nocturnes. Par ailleurs, il n'est pas fait état d'un manque d'effectif dans la prise en charge globale des patients. Les réunions d'équipe ont lieu chaque semaine ainsi que les réunions cliniques. L'ensemble du personnel est appelé à contribuer activement lors de ces réunions afin d'optimiser la prise en charge du patient.

### 9.1.2 L'accueil des patients en hospitalisation complète

Les patients arrivent soit par les urgences, soit à la demande d'un EHPAD qui ne peut plus assurer leurs prises en charge. Le patient arrive en véhicule sanitaire. Dans chaque unité un IDE accueille le patient et procède à un premier entretien. Une visite des locaux est réalisée quand l'état du patient le permet. Une chambre individuelle ou une chambre à deux lits est attribuée au patient. Le livret d'accueil est remis. Le règlement intérieur est affiché dans chacune des unités. Lors du contrôle cinq patients sur douze au DIP-A avaient désigné une personne de confiance et dix sur quatorze au DIP-B. Le formulaire désignant la personne de confiance est conservé dans le dossier du patient.

Les deux unités bénéficient d'un médecin psychiatre et d'un médecin gériatre. Dès l'admission l'examen psychiatrique et l'examen somatique sont réalisés. Les certificats médicaux des vingt-quatre heures et des soixante-douze heures sont réalisés après entretien avec le patient. Le consentement du patient par rapport à son traitement est systématiquement recherché quand la situation du malade le permet.

Une fiche médicale récapitule les consignes diverses pour chaque patient. Cette fiche est reprise en réunion clinique où la situation de chaque patient est examinée.

### 9.1.3 Le déroulement de l'hospitalisation

Les locaux ont été rénovés en 2014 et sont parfaitement entretenus. Les chambres, individuelles ou doubles, sont toutes dotées de sanitaires adaptés. Il existe deux salles d'activité, deux salles de télévision, une salle de bains commune avec baignoire et WC commun, deux salles de soins, deux locaux de pharmacie et une salle de réunion pour l'équipe. Le patio extérieur est vaste et agréable.



© JC Hanché - CGLPL

*La cour intérieure du DIP*

Les repas rythment la journée, ils se prennent en salle à manger. Le personnel soignant est très présent pour aider les personnes qui ont du mal à s'alimenter. De l'eau est proposée régulièrement pour éviter la déshydratation.

Dans l'unité A les chambres ne sont pas disponibles dans la journée contrairement à l'unité B. Le public de patients déments oblige aujourd'hui à sécuriser les chambres dans la journée. Ce n'est pas satisfaisant pour les autres patients. La cour intérieure permet un accès libre, notamment aux patients fumeurs.

L'unité A reçoit des patients désorientés et souvent très handicapés avec une faible mobilité, il est donc nécessaire de les protéger de chutes aux graves conséquences. Les soignants ont recours à des contentions pour maintenir une personne dans son fauteuil, ils équipent les lits de barrières. Toutes ces mesures qui relèvent d'une contention de protection, parfois réalisées avec un simple foulard, sont décidées par le médecin et notées dans le dossier du patient. Elles ne sont pas toutes tracées sur le registre de la contention. Parfois, c'est le mobilier qui est intégralement enlevé, lit compris, pour que le patient ne se blesse pas.



### *Chambre du DIP pour un patient à risque : mobilier supprimé, coins protégés*

Les deux unités sont souvent à pleine capacité, sans aller jusqu'à la suroccupation. Le jour du contrôle deux patients d'une quarantaine d'années étaient hospitalisés dans ces unités faute de place dans d'autres services. Le psychiatre, interrogé à ce sujet, a fait remarquer au contrôleur que l'un des patients, hospitalisé pour une courte durée, était habitant d'Erstein : s'il avait été refusé au DIP, il aurait dû être admis dans un hôpital psychiatrique très éloigné (100 km de son domicile).

Il n'y a pas d'infirmier référent. Les patients sont vus très régulièrement par le médecin psychiatre et par le médecin gériatre. Une véritable équipe pluridisciplinaire entoure les patients. Les assistantes sociales jouent un rôle majeur pour maintenir le lien avec l'extérieur et mettre en place les mesures de protection (curatelle ou tutelle).

Des activités sont proposées aux patients autant que faire se peut : les soignants sont mobilisés pour leur permettre de garder une capacité de mobilité. Les activités thérapeutiques sont prescrites par le médecin. Elles sont relativement peu nombreuses compte-tenu du public. L'ATISE se déplace dans l'unité pour animer certaines activités.

Des événements violents surviennent fréquemment au DIP, souvent en début d'hospitalisation en lien avec des changements de traitement rendus obligatoires pour des questions de santé. L'équipe soignante est très attentive pour gérer cette période délicate. Elle fait régulièrement

appel aux agents de sécurité. Tout recours à la contention est fait sur décision médicale. Il n'y a pas de chambre d'isolement.

Quand l'état de santé d'un patient nécessite son placement en chambre d'isolement, il est transféré au NBH, dans l'un des trois secteurs d'isolement. Il a été indiqué que l'équipe soignante y recourait peu car elle est consciente que pour des patients âgés, la perte de repère que constitue un tel isolement est importante et néfaste. Néanmoins une chambre d'apaisement existe au DIP-A, qui ressemble beaucoup à une chambre d'isolement (cf. *supra*, § 8.2.4).

La durée moyenne de séjour est de dix-neuf jours et le DIP se vit comme un lieu qui permet de rééquilibrer des traitements pour permettre à des patients qui souffrent de pathologies chroniques de pouvoir regagner leur lieu de vie (domicile ou EHPAD). Face à la démence de certains patients très âgés, la difficulté est de trouver des établissements de type EPHAD pour les accueillir. Pour les patients qui retournent chez eux les assistantes sociales réalisent un véritable suivi à domicile.

#### 9.1.4 Un nouveau projet de service pour les deux unités ?

Un nouveau projet d'organisation des unités devrait permettre une meilleure prise en charge quotidienne des patients avec des lieux d'activité plus nombreux, des espaces de déambulation confortables, le déplacement de la salle de soins au centre de l'espace de vie, un accès aux chambres dans la journée pour les patients du DIP-A, la mise en place de serrures commandées par badge permettant aux patients en soins libres de circuler dans les deux unités.

L'objectif est d'améliorer la prise en charge des patients présentant des troubles du comportement et pouvant être à risque pour eux-mêmes ou pour autrui, en évitant le transfert dans une autre unité. A ce titre, il est prévu de réaménager la chambre d'apaisement, ce que le CGLPL appelle de ses vœux (cf. *supra*, § 8.2.4). Le projet inclut également la création d'une chambre d'isolement, laissant les contrôleurs plus dubitatifs.

## 9.2 DES ACTIVITES THERAPEUTIQUES INTERSECTORIELLES RICHES ET TOURNEES VERS LA REHABILITATION SOCIALE

### 9.2.1 Les ateliers intersectoriels de sport-thérapie et d'ergothérapie (ATISE)

Lorsqu'un psychiatre souhaite qu'un patient accède à des activités thérapeutiques, il établit une prescription sur l'application Cariatides, indiquant notamment les objectifs de cette orientation. Un courriel automatique est alors adressé par l'application aux soignants des ATISE. L'équipe, qui se réunit toutes les semaines, débat de ces nouvelles demandes au regard des objectifs indiqués par le psychiatre, des possibilités et des souhaits du patient, des places disponibles dans les différentes activités, avant d'établir un programme en lien avec l'intéressé. Cette souplesse et ce travail en équipe permettent d'éviter un système de liste d'attente, activité par activité. Les patients en SSC peuvent accéder aux ATISE.

L'équipe est composée d'une cadre de santé à mi-temps, d'infirmiers (3,6 ETP), d'aides-soignants (3 ETP), d'un ergothérapeute (0,8 ETP) et d'un éducateur spécialisé (0,8 ETP). Ils rendent compte sur Cariatides du comportement et des progrès des patients suivis. Ils sont invités aux réunions de synthèse dans plusieurs unités. Ils s'y déplacent aussi parfois pour organiser sur place des activités (au DIP, par ex.). L'équipe constitue une unité en tant que telle, rattachée fonctionnellement au PPAC, mais elle est à la disposition de tous les patients de l'hôpital.

Les activités proposées sur site sont nombreuses :

- art-thérapie : sessions individuelles ou collectives, en fonction de la clinique et des besoins du patient ;
- *Ayurveda*<sup>23</sup> et hygiène de vie : sessions individuelles ou collectives ;
- cuisine thérapeutique : deux patients (avec un soignant) ou quatre patients (avec deux soignants) issus de plusieurs unités sont chargés de la préparation d'un repas, des courses jusqu'au service à l'assiette en passant par la confection du repas. Cet atelier a donné lieu à un livre de recettes, qu'il est possible de réaliser à partir des produits courants livrés à la cuisine centrale de l'hôpital : « *Voyage gourmand autour du monde pour 3,16 € par personne* ». Cet atelier est à distinguer des repas thérapeutiques organisés en interne dans plusieurs unités (cf. *supra*, § 6.5) ;
- fil et couture : sessions individuelles ou collectives ;
- mise en beauté et écriture : les deux thématiques sont mêlées autour d'un thème, pour des sessions réunissant six à huit patients de plusieurs unités différentes. Un recueil de poésie initié dans cette activité (« *Quand l'Alsace rencontre l'Orient : les aventures d'Aladin en Alsace* ») a été préfacé par le maire d'Erstein ;
- mosaïque et vannerie : sessions individuelles ou collectives ;
- permaculture : sur le domaine, à la fois pour entretenir et cultiver des plantes mais aussi faire du compost, de l'engrais naturel, etc. ;
- sport : l'hôpital dispose de très belles installations (une salle de musculation, un gymnase avec mur d'escalade et douches attenantes).

L'unité des ATISE organise également des activités extérieures pour le même public : randonnée, vélo, piscine, ski, aquagym, équithérapie, etc.



Activités diverses à l'unité des ATISE

<sup>23</sup> L'*Ayurveda* est une science indienne, sœur du yoga, qui « se consacre à équilibrer l'esprit par rapport au corps ». C'est une forme de médecine préventive.





*Equipements sportifs de l'unité des ATISE*

### 9.2.2 L'unité de réinsertion professionnelle (URP)

L'URP est une unité extra hospitalière qui accompagne au retour à l'emploi les patients du PEMSS. Même si elle est située hors de l'hôpital, elle prend en charge des patients en intra et en extra hospitalier, y compris des patients en SSC en programme de soins.

L'unité, encadrée par un médecin et un cadre référents, est composée de quatre IDE, représentant 1,1 ETP. Les objectifs de l'unité sont d'évaluer l'employabilité des patients (notamment par un bilan de compétences), d'accompagner le maintien dans l'emploi ou la recherche d'emploi, de faciliter l'obtention de formations ou de stages et de placer les patients dans des structures d'insertion voire des entreprises partenaires. L'URP ne se définit pas comme un organisme d'insertion mais son réseau lui permet d'ouvrir des portes traditionnellement fermées aux patients des hôpitaux psychiatriques. De fait, les soignants de l'unité ne ressentent pas de discrimination de la part de leurs partenaires associatifs ou même industriels.

L'URP prend en charge soixante personnes environ, dont deux en SSC. Les soignants regrettent le faible nombre d'ETP alloués à l'unité ainsi que leur morcellement. L'unité pourrait se développer tant elle paraît utile dans une perspective de réhabilitation sociale.

#### BONNE PRATIQUE 6

L'hôpital est doté d'une unité de réinsertion professionnelle qui accueille des patients en extra mais aussi en intra, dont l'objectif principal est le retour à l'emploi. Dépendant du PEMSS, il n'accueille aujourd'hui que des patients de ce pôle, dont certains en soins sans consentement. Le dispositif pourrait être développé et étendu à l'autre pôle.

## 10. CONCLUSION

Le centre hospitalier d'Erstein accueille en hospitalisation complète les patients de trois secteurs psychiatriques du Bas-Rhin. Ses locaux sont hétéroclites : les unités d'admission se situent dans un bâtiment moderne et bien entretenu, à l'architecture toute en rondeur, tandis que les unités de soins de suite sont installées dans des pavillons plus anciens, dans lesquels les chambres sont moins confortables, promis à la démolition à l'horizon 2020-2021.

L'hôpital accueillait cinquante-et-un patients en soins sans consentement le premier jour de la mission. Si leur nombre est stable ces dernières années, les durées moyennes de séjour comme d'hospitalisation augmentent. De fait, l'hôpital connaît un taux d'occupation de plus en plus élevé et certaines unités commencent à admettre des patients en surnombre : les solutions trouvées pour les accueillir sont parfois préjudiciables aux autres patients.

Les malades sont soignés avec bienveillance et professionnalisme. Des réunions cliniques hebdomadaires sont organisées dans toutes les unités, des réunions de synthèse viennent faire ponctuellement le point sur la situation individuelle et les perspectives d'un patient, lui-même invité à cette réunion. Des réunions soignants-soignés se tiennent au moins une fois par semaine dans chaque pavillon et les repas sont pris en commun entre les uns et les autres dans deux unités (il est dommage que l'architecture des unités plus modernes ne le permette pas). Les contrôleurs n'ont pas constaté d'atteinte aux droits en matière d'accès aux soins, en dépit de flagrantes différences d'approche entre les deux pôles sectoriels et de l'absence de projet médical d'ensemble, qui conduisent parfois à une prise en charge quelque peu morcelée.

Les contrôleurs ont essentiellement été frappés par le fait qu'une seule des huit unités pouvant accueillir des patients en SSC était ouverte. Certes, des projets sont engagés et leur mise en œuvre est prévue à court terme : distribution de badges pour les patients autorisés à sortir (à l'unité DIP-B) ou création de sous-unités ouvertes (dans les trois unités d'admission). Néanmoins, lors de la mission, c'est un hôpital dans lequel la liberté de circulation était largement entravée qui a été donné à voir aux contrôleurs, ceux-ci ayant d'ailleurs constaté qu'ils croisaient peu de patients dans le parc. Le CGLPL sera attentif à ce que les projets envisagés soient réellement mis en application. A cet égard, ils ont appelé de leurs vœux quelques ajustements, apparemment mis en œuvre depuis leur visite (tenant notamment, à l'occasion de la création de sous-unités au sein des unités d'admission, à ce que la clinique détermine l'affectation en sous-unité fermée et non le statut).

Par ailleurs, l'équipe a été marquée par l'appel beaucoup trop régulier aux agents de sécurité de l'hôpital. Le nombre de leurs interventions – plus de 4 000 par an – et leur systématisme dans certaines situations, dont toutes les ouvertures de chambres d'isolement, soulèvent des difficultés. La confidentialité des soins n'est plus assurée en leur présence : même le projet de soins des pôles précise que les membres de l'équipe de sécurité « *peuvent assister à des entretiens médicaux* ». L'intervention physique auprès d'un patient doit être réalisée exclusivement par du personnel soignant et jamais par des agents de sécurité. Un travail de réorganisation a été entrepris en ce sens depuis le départ des contrôleurs. Il mérite d'être encouragé et développé.

Enfin, si les mesures de contention ou les placements en pyjama semblent peu fréquents, **l'isolement est quant à lui largement mis en œuvre au CH d'Erstein**. Le nombre de mesures est important et la tendance est à la hausse en 2019. Pour quelques patients, ces mesures ont été répétitives et très longues, posant la question de la prise en charge sur la durée des patients

présentant des comportements à risque. **En outre, une partie non négligeable des patients placés en chambre d'isolement sont en soins libres (43 % durant les neuf derniers mois).** Lorsque ce placement dure plus de douze heures, le statut du patient n'est pas modifié contrairement aux recommandations de la HAS (les trois durées maximales d'isolement relevées pour des SL, sans changement de statut, sont de vingt-deux jours, dix-sept jours et huit jours). Or il va de soi qu'un patient placé contre son gré dans une chambre d'isolement pour une telle durée ne peut plus être considéré en soins libres, mais bien enfermé sur décision unilatérale de l'hôpital.

Les neuf chambres d'isolement, pourtant récentes, sont en outre perfectibles : le WC est au milieu de la chambre sans intimité possible, il n'y a pas de point d'eau, le patient ne peut ouvrir la fenêtre seul, l'horloge n'est pas visible.

Une réflexion, à fonder notamment sur une meilleure exploitation du registre d'isolement, doit être entreprise si l'hôpital souhaite réellement mettre en œuvre une politique du moindre recours. Celle-ci semble avoir débuté : le fait qu'un audit mensuel soit effectué par la commission médicale d'établissement sur dix placements en chambre d'isolement tirés au sort est encourageant. **L'hôpital est invité à développer ce type de dispositif afin de progresser encore dans l'intérêt des patients pris en charge.**

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