



Rapport de visite :

2 au 11 mars 2020 – 1^{ère} visite

Centre hospitalier spécialisé de
Sarreguemines

(Moselle)

SYNTHESE

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

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

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

Des difficultés d'accès aux soins sont identifiées concernant :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

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

BONNE PRATIQUE 1 52

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

BONNE PRATIQUE 2 80

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

BONNE PRATIQUE 3 84

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

RECOMMANDATIONS

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

RECOMMANDATION 1 16

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

RECOMMANDATION 2 17

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

RECOMMANDATION 3 18

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

RECOMMANDATION 4 20

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

RECOMMANDATION 5 23

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

RECOMMANDATION 6 26

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

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

RECOMMANDATION 7 26

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

RECOMMANDATION 8 28

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

RECOMMANDATION 9 33

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

RECOMMANDATION 10 37

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

RECOMMANDATION 11 38

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

RECOMMANDATION 12 41

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

RECOMMANDATION 13 45

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

RECOMMANDATION 14 58

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

RECOMMANDATION 15 62

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

RECOMMANDATION 16 65

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

RECOMMANDATION 17 66

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

RECOMMANDATION 18 73

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

RECOMMANDATION 19 75

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

RECOMMANDATION 20 76

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

RECOMMANDATION 21 77

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

RECOMMANDATION 22 78

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

RECOMMANDATION 23 79

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

RECOMMANDATION 24 88

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

PROPOSITIONS

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

PROPOSITION 1 22

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

PROPOSITION 2 24

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

PROPOSITION 3 28

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

PROPOSITION 4 30

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

PROPOSITION 5 33

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

PROPOSITION 6 34

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

PROPOSITION 7 36

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

PROPOSITION 8 46

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

PROPOSITION 9 47

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

PROPOSITION 10..... 49

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

PROPOSITION 11..... 50

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

PROPOSITION 12..... 50

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

PROPOSITION 13..... 52

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

PROPOSITION 14..... 53

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

PROPOSITION 15..... 54

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

PROPOSITION 16..... 56

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

PROPOSITION 17..... 61

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

PROPOSITION 18..... 63

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

PROPOSITION 19..... 72

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

PROPOSITION 20..... 73

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

SOMMAIRE

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

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

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

Rapport

Contrôleurs :

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

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

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

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

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

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

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

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

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

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

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

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

Une réunion de restitution a eu lieu le 11 mars en présence d'une trentaine d'auditeurs.

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

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

2. L'ORGANISATION DU CHS DE SARREGUEMINES

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

2.1.1 Les objectifs

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

2.1.2 L'organisation de la psychiatrie dans le département

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

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

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

- les secteurs 1 (Bitche 57G10) et 4 (Sarreguemines 57G13) avec 99 226 habitants¹ ;
- les secteurs 2 (Freyming-Merlebach 57G11) et 3 (Forbach 57G12) avec 138 813 habitants².

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

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

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

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

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

¹ Source : diaporama de présentation du CHS.

² *Ibid.*

Le personnel du CHS est resté globalement stable en nombre d'agents durant les trois dernières années (2017 : 1 133 ETP³ ; 2018 : 1 151 ETP ; 2019 : 1 153 ETP). Ces données ne font pas apparaître la décroissance de 14 % en trois ans du nombre de médecins et donc de leur temps de travail, passé de 37,44 à 32,26 ETP.

2.1.3 La politique intra/extra hospitalière

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

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

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

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

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

³ ETP : équivalent temps plein.

RECOMMANDATION 1

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

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

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

2.1.4 Les unités d'hospitalisation à temps complet du CHS

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

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

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

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

RECOMMANDATION 2

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

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

Les restructurations en cours portaient sur les points suivants :

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

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

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

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

RECOMMANDATION 3

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.1 La ressource en personnel médical

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

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

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

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

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

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

RECOMMANDATION 4

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

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

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

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

2.3.2 La ressource en personnel non médical

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

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

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

Chaque unité est encadrée par un cadre de santé.

Le personnel des unités est majoritairement formé d'IDE⁴ ; chaque unité compte de 3 à 5 AS⁵. Quand une unité compte un espace ouvert et un espace fermé, et éventuellement un espace dépendance, les soignants d'une équipe sont affectés chacun à un espace.

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

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

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

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

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

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

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

⁴ IDE : infirmier diplômé d'Etat.

⁵ AS : aide-soignant.

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

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

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

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

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

PROPOSITION 1

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

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

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

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

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

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

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

2.3.3 La formation

a) La formation des arrivants

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

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

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

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

b) La formation continue

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

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

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

RECOMMANDATION 5

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

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

2.3.4 La supervision ou l'analyse des pratiques professionnelles

La supervision, au sens de l'avis du CGLPL⁶, ou l'analyse des pratiques professionnelles n'est pratiquée que pour le personnel du pôle de psychiatrie infanto-juvénile : un psychologue, extérieur au CHS, assure une supervision mensuelle par structure.

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

PROPOSITION 2

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

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

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

2.4 TOUS LES PATIENTS DE L'USIP SONT SOUS LE STATUT DE SPDRE. LES TROIS UNITES D'HOSPITALISATION DE POLYHANDICAPES NE SONT PLUS DE FAIT DES UNITES DE PSYCHIATRIE

2.4.1 Les files actives

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

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

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

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

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

- au total, 2 770 mesures d'hospitalisation concernant 1 521 patients, soit une augmentation de 8 % des mesures et de 1,6 % des patients en un an, avec une DMS de 32,7 jours (diminution de 3 jours en un an) et une DMH de 51,9 jours (diminution de 3 jours en un an également) ;
- en ce qui concerne les SSC :

les soins sur décision du directeur d'établissement (SDDE) : 486 mesures ont été prises concernant 431 patients, soit une augmentation de 26,5 % des mesures et de 20 % des patients, avec une DMS de 16,9 jours (diminution de 3,2 jours en un an) et une DMH de 21 jours (diminution de 3,1 jours en un an). Parmi les SDDE, pour les soins psychiatriques pour péril imminent (SPI), 295 mesures ont été prises concernant 261 patients, soit une augmentation de 27,2 % des mesures et de 17 % des patients, avec une DMS de 16,8 jours (diminution de 2,1 jours en un an) et une DMH de 21,3 jours (diminution de 0,7 jours en un an) ;

les SPDRE : 128 mesures ont été prises concernant 122 patients, soit une diminution de 6,6 % des mesures et de 3 % des patients, avec une DMS de 56,2 jours (diminution de 5,4 jours en un an) et une DMH de 78,4 jours (augmentation de 3,2 jours en un an).

Les nombres de mesures d'hospitalisation à temps plein et de patients concernés ont cru entre 2018 et 2019. Le nombre de mesures de SSC a cru de 2 % (passant de 20 à 22 %) et le nombre de patients en SSC a cru de 4 % (passant de 32,4 à 36,4 %).

Pour l'année 2019, la DMS (16,9 jours) et la DMH (21 jours) des patients hospitalisés en SDDE sont de l'ordre de la moitié de celles des patients en soins libres (SL) (DMS : 28 jours ; DMH : 44,4 jours) – cependant la plupart de ces patients passent du statut de SDDE à SL ; la DMS (56,2 jours) et la DMH (78,4 jours) des patients hospitalisés en SPDRE étant supérieures.

Parmi les décisions prises en 2019 par le chef d'établissement, à peine 8 % sont des soins à la demande d'un tiers (SDT) ordinaire, alors que les SDT en urgence (SDTU) représentent près de 60 % des situations. La procédure dite de péril imminent (SPI) est utilisée dans 32 % des cas. La proportion de SPI est stable comparée à celle de 2018.

En 2019, les décisions du directeur ne reposant que sur un seul certificat médical (SDTU ou SPI) constituent 92 % des hospitalisations en SDDE. Cette forte proportion de procédures dérogatoires s'expliquerait, selon les informations communiquées aux contrôleurs, par la difficulté rencontrée à trouver un tiers acceptant d'endosser la responsabilité de l'hospitalisation (SPI) ou un médecin extérieur à l'établissement pour établir un deuxième certificat médical (SDTU).

S'agissant des SPDRE, le préfet est signataire originel dans 32,8 % des cas et le maire dans 16,4 %. Les patients détenus représentent 18 % des décisions et les patients hospitalisés sur décision judiciaire en moyenne 7 %, la transformation de SDDE en SPDRE représente 27,3 %, proportion totalement exceptionnelle dans un CHS ou un CH.

L'examen des mesures de SDRE fait apparaître que la totalité des patients de l'USIP relève de cette catégorie juridique. Des patients hospitalisés en SDDE voient leur statut transformé en SPDRE afin d'être admis à l'USIP. Cela concerne également les mineurs. Cette règle interne au CHS ne repose sur aucune base juridique, en effet, des patients en SDDE peuvent être hospitalisés à l'USIP. Il est par ailleurs anormal que des mineurs soient hospitalisés avec des majeurs.

RECOMMANDATION 6

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

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement renvoie la réflexion sur ces sujets à l'élaboration du prochain projet médical.

Le chef du service territorial des établissements de santé de l'ARS précise que ce n'est pas le fait d'aller à l'USIP qui conduit au changement de statut juridique du patient, mais la dangerosité du patient, ou le trouble grave causé par ce patient au sein du service, qui nécessite la transformation de la mesure SDDE en SDRE. Il cite dans ce contexte l'article L 3213-6 du code de la santé publique et souligne qu'un dialogue va s'engager avec l'établissement sur ce point.

2.4.2 La question des « inadéquats »

Dans les unités d'hospitalisation des pôles Sarreguemines-Bitche et Forbach-Freyming, le nombre de personnes hospitalisées plus de 280 jours dans l'année demeure marginal. Ce n'est pas le cas dans les unités du pôle polyhandicapés-les Tilleuls où la DMH en 2019 est de 295 jours. Dans les unités de secteur, des patients – deux à quatre patients aux Lilas, un aux Mimosas – ne trouvent pas d'aboutissement à leur projet de sortie faute de places dans les structures spécialisées.

Selon certaines informations recueillies, les orientations en foyer d'accueil médicalisé (FAM) et en MAS, délivrées par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) après un délai moyen d'une année, surpassent le nombre de places existantes dans le département. Par ailleurs, il n'existe pas de FAM spécialisés dans le département de la Moselle.

L'objectif de fermer l'unité les Tilleuls et de transformer les unités Opaline rez-de-chaussée et étage, et les Lierres C (MAS) répond à une situation déjà objectivée par l'absence de médecin psychiatre comme chef d'unité. Ces trois unités assurent des missions qui ne relèvent plus de la psychiatrie.

RECOMMANDATION 7

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement évoque l'ouverture prévue d'une MAS dans les semaines à venir sans autre précision. Il indique que le PTSM pourrait intégrer la création d'un FAM à orientation psychiatrique pour le territoire de Moselle-Est, sans autre précision.

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

3.1 LA QUALITE DE L'INFORMATION DIDACTIQUE SUR LES DROITS DES PATIENTS SE PERD LORS DES NOTIFICATIONS SOUVENT PEU EXPLICITES ET TARDIVES

3.1.1 Information générale sur les droits des patients

Les membres de l'équipe pluridisciplinaire qui prennent en charge les patients sont tenus de diffuser les informations générales sur leurs droits. Pour ce faire, des outils édités par l'établissement sont mis à leur disposition.

- le règlement intérieur : celui en vigueur date de décembre 2003. En quatre chapitres, il énonce des dispositions générales (instances, direction, organisation des soins), des dispositions relatives à l'admission, au séjour et à la sortie des patients, celles relatives à l'admission à l'unité de soins de longue durée et enfin des dispositions relatives au personnel. N'ayant pas été actualisé, il ne mentionne pas les droits des patients en SSC issus des lois de 2011 et 2013. Ce règlement n'est pas connu de la majorité des soignants rencontrés ;
- le livret d'accueil : il est commun à toutes les unités. Il a été édité pour la dernière fois en juillet 2017. Ce document, exhaustif, contient des informations générales sur le déroulement de l'hospitalisation, les modes d'hospitalisation et les droits des patients qui y sont exprimés de façon positive. Il y est fait mention des possibilités de recours assorties des adresses des autorités. Trois pages en fin de livret sont des formulaires détachables à remettre au cadre de santé de l'unité : l'inventaire des biens et des valeurs à déposer à la régie, la désignation de la personne de confiance et l'attestation d'information des droits pour les patients admis en SSC. Cependant, selon les informations recueillies, ces formulaires ne sont jamais remplis à partir du livret. La charte du patient hospitalisé figure sur la dernière page. Certains soignants ont déclaré aux contrôleurs que ce livret ne serait pas édité en nombre suffisant ; à l'inverse d'autres disent en recevoir, par enveloppe de dix, dès qu'ils en font la demande au service des admissions. Beaucoup de soignants admettent manquer de formation pour expliquer pédagogiquement leurs droits aux patients (**une recommandation est rédigée sur ce point dans le § 2.3.3 supra**). Malgré son exhaustivité, seules quelques unités le remettent de manière systématique aux patients ;
- les kits d'accueil annexés à ce livret : l'établissement a édité des « kits d'accueil des patients hospitalisés ». Au nombre de cinq, ils sont constitués d'une fiche d'information selon le mode d'hospitalisation : SDDE, SDRE, Irresponsabilité pénale et détenu en unité de secteur ainsi que SDRE, détenu et irresponsabilité pénale en UMD. Chacune de ces fiches didactiques reprend les droits et devoirs de chaque catégorie de patients et est suivie de l'attestation d'information selon laquelle le patient dit avoir été informé de sa situation juridique, de ses droits et obligations dans le cadre de son admission sous contrainte. A l'instar du livret d'accueil, ces fiches sont présumées être remises aux patients à leur arrivée ;
- les règles de vie en unité : elles sont établies de manière disparate, peu d'unités en disposaient au jour de la visite des contrôleurs. En conséquence, les informations sur la vie au sein des unités sont diffusées oralement. Or, le livret d'accueil précise, en page 8, que le règlement intérieur propre à chaque unité est remis à chaque patient dès son arrivée et que le non-respect de ce règlement peut constituer un motif d'exclusion de l'établissement.

Des imprimés spécifiques présentent les différents cadres juridiques du soin sans consentement, la procédure afférente et les droits du patient.

PROPOSITION 3

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement précise que l'actualisation du règlement intérieur est en cours et relaie l'assurance du directeur des soins quant à la remise effective du livret d'accueil.

Le chef du service territorial des établissements de santé de l'ARS indique qu'un rappel sera fait à l'établissement quant à cette recommandation.

3.1.2 Les documents procéduraux spécifiques à notifier aux patients en soins sans consentement (SSC)

L'article L. 3211-3 du code de la santé publique (CSP) édicte que chaque personne faisant l'objet de soins psychiatriques doit être informée, dans la mesure où son état le permet, du projet de décision de recours aux SSC puis, ensuite, de la décision d'admission et de chacune des décisions prononçant le maintien de l'hospitalisation ainsi que des raisons qui les motivent.

S'il est souvent difficile d'expliquer au patient en crise que son état va nécessiter, au regard des exigences de la loi, le déclenchement de la procédure de SSC, il revient à l'établissement de s'assurer qu'une information complète est donnée au patient, le plus vite possible et surtout dès que son état le permet, sur son statut juridique.

Or, au CHS de Sarreguemines il a été constaté que la décision d'admission, à laquelle est toujours joint le certificat médical, est transmise pour notification, par le bureau des admissions dans les unités, avec des délais qui parfois peuvent atteindre 72 heures.

Un tel décalage entre la prise en charge effective du patient et la connaissance qui lui est donnée de sa situation est constitutif d'une atteinte à ses droits fondamentaux.

Bien plus, les contrôleurs ont relevé que les admissions en SSC réalisées à partir du vendredi 17h et jusqu'au lundi 9h, n'étaient formalisées que dans la journée du lundi, le cadre d'astreinte ne se déplaçant pas pour établir et signer la décision.

Une telle pratique, illégale et intolérable au regard des droits du patient, ne saurait perdurer.

Bien que les contrôleurs aient eu l'assurance de la direction qu'il y serait mis fin sans délai, une recommandation est indispensable.

RECOMMANDATION 8

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement évoque, sans aucune précision, une garde administrative et la mise à jour d'une délégation de signature, ainsi qu'une note de la direction et de la formation.

Les éléments reçus ne permettent pas d'attester de la prise en compte de cette recommandation.

Pendant le parcours d'hospitalisation sans consentement, les décisions de maintien avec les certificats médicaux sont remises aux patients qui, selon les dires, demandent souvent qu'elles soient conservées avec leurs documents et sont consultables sur demande. Les médecins rencontrés déclarent donner des explications les plus claires possibles lors de la rédaction des certificats médicaux qui doivent donner lieu à des recueils d'observation du patient (*Cf. infra § 7.2.1*).

3.2 LA POLITIQUE D'AMELIORATION DE LA QUALITE QUOIQUE DYNAMIQUE RESTE CONFIDENTIELLE

La direction de la qualité et de la gestion des risques, commune au CHS et au CHG de Sarreguemines, s'attache à mettre en œuvre une politique active d'amélioration de la prise en charge des patients. Elle initie et gère l'ensemble des outils d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins, incite le personnel à leur utilisation tant s'agissant des déclarations des événements indésirables que des questionnaires de satisfaction, et en analyse les données.

3.2.1 La commission des usagers et la place des représentants des usagers dans l'établissement

a) La commission des usagers (CDU)

La CDU a été mise en place en 2016. Sa composition a fait l'objet d'une nouvelle décision, en date du 22 janvier 2020, qui assoit la représentation des associations d'usagers. Le collège des membres titulaires composé de six personnes est présidé par un vice-président, représentant des usagers ; deux autres représentants associatifs (UNAFAM⁷ et UFC⁸-Que Choisir) en sont également membres aux côtés d'un praticien hospitalier, d'un cadre supérieur de santé et d'un cadre de santé. Le collège des membres suppléants comporte également deux représentants des usagers et deux cadres de santé. L'ingénieure qualité et l'attachée d'administration, adjointe des cadres, y ont voix consultative.

La CDU se réunit de quatre à cinq fois par an ; l'ensemble des réclamations exprimées par les usagers de l'hôpital, des fiches d'événements indésirables et des questionnaires de sortie renseignés par les patients y est examiné. Si cette instance est très active et soucieuse de la qualité des soins, elle pêche par un défaut de communication en direction des soignants et des patients.

b) Les représentants des usagers

Les représentants des usagers, affiliés à l'UNAFAM et à l'UFC-Que Choisir, bénéficient d'une place importante dans l'institution.

Outre leur participation active à la CDU, ils sont associés aux instances de pilotage et de réflexion : au conseil de surveillance, au comité d'éthique, à certaines des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) ; au comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) et au comité de

⁷ UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

⁸ UFC Que choisir : union fédérale de consommateurs.

lutte contre la douleur (CLUD), ainsi qu'à une commission locale qui traite de l'avancement des carrières des soignants.

Si leur participation aux instances de décision et de consultation du CHS est majeure, en revanche, ils ne sont connus ni des soignants ni des patients. Aucune information sur les associations auxquelles ils appartiennent n'est affichée dans les unités ; ils ne tiennent pas de permanences sur site, n'ont pas de contacts réguliers avec les familles et ne se rendent pas auprès des patients dans les unités. Ils s'en tiennent à visiter une unité à chaque réunion de la CDU et vont à l'audience du juge des libertés et de la détention (JLD) deux fois par an. Les représentants rencontrés par les contrôleurs n'ont pas émis d'opinion particulière sur la prise en charge des patients hormis l'un d'entre eux, dont un proche est hospitalisé, qui se dit satisfait.

PROPOSITION 4

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement indique qu'une information des représentants des usagers a été délivrée le 10 septembre 2020 lors de la commission des usagers, afin d'établir un plan d'actions. Il assure que l'affichage des noms et prénoms des représentants des usagers est réalisé dans les services.

3.2.2 Les événements indésirables

Les déclarations d'événements indésirables, qui participent activement à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, se font sur Intranet grâce au logiciel Qualnet, seul le service d'appartenance apparaissant. Tous les événements sont consignés dans une fiche d'événement indésirable (FEI) comportant elle-même des catégories spécifiques : événements indésirables simples, graves, graves liés aux soins, chutes, violences.

L'ingénieure responsable du service de la qualité assistée de deux agents, gestionnaires des risques, gère les FEI que l'ensemble des professionnels de l'établissement sont en mesure de remplir. Les FEI, qui ne peuvent être transmises sous forme anonyme, sont traitées tous les jours. Parallèlement, tous les membres d'un comité de revue des événements indésirables en sont destinataires. Ce comité se réunit une fois par semaine ; il est composé d'un membre de la direction, du directeur de la qualité ou son représentant, de la directrice des soins, de la présidente de la commission médicale d'établissement (CME), de l'attachée gestionnaire des plaintes et réclamations, de la responsable du service qualité ainsi que l'un des gestionnaires des risques. Le médecin du travail y a été également associé pour les risques professionnels. Ce comité cible les FEI qui doivent impérativement être discutées, celles qui constituent de réels problèmes, celles qui sont récurrentes ainsi que celles qui présentent une certaine gravité. Les décisions d'actions à mettre en œuvre ainsi que les éventuels dépôts de plainte se décident à ce niveau.

S'agissant des fiches d'événements indésirables graves (FEIG), la direction de la qualité exige un rapport circonstancié afin de procéder à l'analyse des faits avec l'équipe soignante et de remplir le formulaire à adresser à l'ARS dans les 48 heures. En possession de tous les éléments d'analyse, la direction de la qualité élabore un plan d'action pour éviter la récurrence de l'événement et le transmet à l'ARS. Les FEI relatives à des violences font l'objet d'un protocole spécifique, elles sont

reprises en équipe et sont présentées en comité d'hygiène de sécurité et de conditions de travail (CHSCT). Parallèlement, un groupe de travail émanant de la direction des soins se consacre à l'analyse des FEI relatives à l'agressivité et ses conséquences en termes de violence verbale ou physique. Une analyse des événements indésirables a conduit ce groupe à proposer deux pistes de travail, l'une en élaborant un cahier des charges de formations spécifiques, l'autre se penchant sur un projet de trame d'accueil des nouveaux professionnels. Des retours vers les rédacteurs et les services sont organisés dans le cadre de comités de retour d'expérience (CREX). A l'USIP en particulier, il y aurait une sous-déclaration des événements indésirables, à titre d'exemple, les agressions entre patients ne font jamais l'objet de FEI.

Concernant des fugues ou non-réintégrations, un protocole est en vigueur qui varie selon le statut d'admission. La garde administrative doit être prévenue dans tous les cas et une télécopie adressée aux forces de l'ordre. L'ARS doit être informée pour les personnes admises en SDRE. Lors de la réintégration du patient, les mêmes démarches doivent être accomplies.

Il n'existe pas d'analyse par unité. Les soignants sont pour la plupart dans l'ignorance de l'analyse annuelle globale faite par l'établissement. En revanche, apparaît sur le formulaire de déclaration le fait qu'une copie de la FEI est systématiquement transmise à l'encadrement du service déclarant.

De fait, dans l'une des unités, le cadre de santé a déclaré aux contrôleurs recenser 3,50 FEI par mois en moyenne dans son service dont la cause serait l'utilisation du tabac par les patients dans leur chambre (le fumoir est ouvert jour et nuit dans cette unité), l'agressivité verbale et les conflits entre patients.

On ne note pas d'accroissement des événements indésirables durant les deux dernières années : 277 en 2018 et 276 en 2019.

Les catégories les plus déclarées en 2019 portent sur les chutes, l'introduction de produits illicites, la dégradation de matériel, les agressions physiques entre patients, les fugues avec réintégration, les erreurs médicamenteuses.

Le ratio entre EIG et EI était de 1,1 % (3 EIG pour 276 EI). Les EIG avaient été établis à la suite de trois décès, dont deux par chute et un par suicide. Les retours d'expérience ont fait l'objet de sept réunions ; ceux relatifs aux EIG et aux erreurs médicamenteuses.

3.2.3 Les requêtes et plaintes

Les requêtes et plaintes des patients ou de leurs proches sont adressées au service des admissions où une attachée d'administration, adjointe des cadres, est chargée de les traiter. Elles peuvent être transmises par courrier interne ou par *La Poste* ou plus rarement en se présentant au service. Ces réclamations font l'objet d'un suivi rapide. Pour les demandes les plus simples à traiter, une réponse est parfois apportée immédiatement et sinon dans un délai d'une semaine. Les dossiers plus complexes sont en général traités dans les deux mois.

Dès l'arrivée du courrier du patient, un accusé de réception est adressé à l'expéditeur avant de transmettre le contenu de la plainte aux professionnels des unités concernées pour enquête. Les réponses apportées par les soignants sont alors transmises aux demandeurs. Aucune plainte n'a été enregistrée concernant des violences subies par un patient du fait d'un soignant ; à l'inverse, l'établissement a saisi le procureur de la République d'une plainte contre un patient qui a mis le feu à sa chambre, en récidive.

Le nombre de requêtes ou plaintes est stable : durant l'année 2018, soixante-neuf ont été traitées pour soixante-sept en 2019.

Les membres de la CDU reçoivent avant chaque réunion tous les courriers échangés sur une doléance afin que l'ensemble de ces réclamations et les réponses apportées soit étudié.

A la CDU du 5 décembre 2019, douze réclamations ont été étudiées dont quatre émanaient de familles de patients. Les patients concernés étaient pour huit d'entre eux admis en SDRE, deux en SDDE et un en SL.

Les motifs de réclamation de deux familles étaient axés sur la prise en charge : demande du type de médicaments administrés, plainte sur le mode de prise en charge ; les deux autres réclamations portaient l'une sur la perte d'un porte-monnaie et l'autre était une suggestion d'implantation de postes téléphoniques supplémentaires dans les unités. Les patients quant à eux sollicitaient des changements de médecin, de pavillon, des sorties de l'hôpital ; l'un se plaignait d'avoir été privé d'un repas, un autre réclamait un pantalon de travail et le dernier disait avoir été frappé au visage par un autre patient quelques semaines auparavant, sans aucune trace ni physique ni sous forme de FEI. Une des réclamations a été traitée par la voie de la médiation, laquelle s'est tenue avec le psychiatre médiateur.

Si un patient était victime de violences (aucun exemple n'a été cité) il serait accompagné pour déposer plainte.

3.2.4 Les questionnaires de satisfaction

Les informations relatives à la mesure de la satisfaction des usagers sont recueillies par le biais de questionnaires qui sont joints au livret d'accueil mais généralement perdus et remis au patient au moment de la sortie. Une fois remplis (l'anonymat est possible), ils sont acheminés par courrier interne, sous pli fermé, au service qualité.

L'assistante de ce service intègre les réponses qui y sont apportées dans un logiciel *ad hoc*. Il a été indiqué aux contrôleurs que le CHS avait 44,1 % de retours. L'établissement travaille sur des résultats globaux sans différencier les réponses des patients en SL et celles des patients en SSC.

L'analyse des résultats est relayée auprès des cadres supérieurs de santé lors de la réunion hebdomadaire organisée par la directrice des soins. En revanche, leur analyse n'est pas communiquée aux unités.

3.2.5 L'accès au dossier médical

Les requêtes d'accès au dossier médical adressées à la direction de l'établissement sont traitées, comme les requêtes et plaintes, au service des admissions par l'adjointe des cadres. Durant l'année 2018, quarante et une demandes ont été traitées en 5,5 jours pour les dossiers de moins de 5 ans et 8 jours pour les plus anciens, au-delà de 5 ans.

En 2019, quarante-deux demandes d'accès au dossier médical ont été répertoriées dans des délais en baisse : 3,8 jours pour les moins de 5 ans et 6 jours au-delà.

L'envoi par *La Poste* en lettre recommandée avec accusé de réception se fait contre remboursement des frais postaux et des photocopies (15 euros). Sur place, les patients ou leur famille peuvent solliciter l'accompagnement par un médecin pour une meilleure compréhension.

La procédure d'accès au dossier médical est la même pour tous les patients, dans toutes les unités et quel que soit le statut de soin. Si le patient le souhaite, il peut être accompagné par un médecin pendant la consultation de son dossier et recevoir ainsi des explications.

3.2.6 Le comité d'éthique

Le comité d'éthique clinique (CLEC) du CHS a été mis en place en 2012. Il réunit vingt-deux membres issus des métiers du soin ainsi que des personnalités qualifiées dont les représentants des usagers. Au jour de la visite des contrôleurs, le CLEC est présidé par un cadre de santé. Le CLEC peut être saisi par toute personne du CHS par courrier ou par téléphone.

Les travaux qui ont donné lieu à une parution ces dernières années ont porté notamment sur le respect de la vie intime, le refus de soin et l'altération du jugement, la cigarette et les soins intensifs, et la liberté d'aller et venir.

Faute de saisines en 2019, une campagne d'information a été initiée par ses membres courant septembre, sous forme d'une page recto-verso, reprenant la philosophie de la démarche et précisant les thèmes sur lesquels elle peut porter ainsi que le processus décisionnel.

Or, les soignants ne disposant pas d'adresses courriels, réservées aux cadres, ce type d'information, bien que notée au cahier de liaison ou diffusée oralement lors des réunions d'équipes, est noyée dans la masse des informations générales.

PROPOSITION 5

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

Le directeur de l'établissement indique dans ses observations au rapport provisoire que la communication s'effectue par intranet et dans les instances, sans autre précision. Il évoque une sollicitation de la direction des soins pour prévoir les modalités d'une communication par les cadres de santé.

3.3 LA PROCEDURE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE N'EST PAS FINALISEE

Alors que le rôle de la personne de confiance est mentionné en page 8 du livret d'accueil et le formulaire de désignation inséré en page 17, la confusion règne sur le rôle spécifique qui lui est attribué, confondu avec celui de la personne à prévenir.

Dans la plupart des unités, les IDE proposent cette désignation aux patients et dans l'affirmative notent uniquement son identité dans le dossier patient informatisé. Or, la réglementation prévoit que la personne pressentie doit donner son consentement par écrit. En conséquence, sans autre démarche, la personne de confiance n'est pas associée aux soins.

RECOMMANDATION 9

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement confirme la nécessité d'une clarification des notions de personne de confiance et de personne à prévenir pour les

professionnels de santé, par l'encadrement de proximité. Il indique que l'information des professionnels de terrain doit permettre d'obtenir la signature de la personne de confiance.

3.4 LE DROIT DE VOTE EST ORGANISE MAIS PEU EXERCE

Pendant le contrôle de l'établissement, à l'approche des élections municipales, une note avait été diffusée par le service des admissions – qui établit les liens avec le commissariat – invitant le personnel à rechercher les patients qui souhaitaient voter par procuration. Quelques jours avant l'échéance, sur l'ensemble des unités, seuls les noms d'une dizaine de patients étaient remontés au service des admissions pour faire établir une procuration.

Le droit de vote s'exerce à travers des permissions de sortie et l'accompagnement au bureau de vote par les familles. Les patients qui pourraient voter à proximité du CHS peuvent éventuellement être accompagnés par un membre du personnel soignant. En revanche, selon les soignants de l'USIP, aucun patient de cette unité n'a jamais été accompagné dans un bureau de vote.

Selon les informations recueillies, rares sont les patients qui participent aux élections.

3.5 L'ACCES AU CULTE EST LIMITE AUX CONFESSIONS CATHOLIQUE ET PROTESTANTE

L'aumônerie des hôpitaux de Sarreguemines, commune au CHS et au CH, mentionne dans sa présentation qu'y sont affiliés des aumôniers catholiques, protestants, musulmans et pour ces derniers en précise les origines : turc, marocain et algérien.

Toutefois, au sein des unités, lorsqu'un affichage est destiné au culte, seules les informations relatives aux cultes catholique et protestant sont mentionnées. Les patients qui désirent avoir accès au culte musulman doivent solliciter le cadre de santé ou les aumôniers catholiques afin d'établir un contact avec les représentants du culte musulman susceptibles de se déplacer. Toutefois, les soignants rencontrés n'ont pas souvenir de telles visites.

Les soignants peuvent accompagner les patients qui le souhaitent – sauf contre-indication médicale – à la chapelle où un office est assuré deux fois par semaine, le jeudi et le dimanche ; seule l'USIP ne l'organise pas. Les aumôniers se déplacent dans les unités soit spontanément soit à la demande.

Il n'existe pas de salle polyculturelle au sein de l'établissement.

PROPOSITION 6

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement précise que « *cette information doit être vérifiée auprès des cadres* ».

3.6 LES PATIENTS NECESSITANT UNE PROTECTION JURIDIQUE SONT REPERES ET CORRECTEMENT SUIVIS

Au moment de la visite du CGLPL, 110 patients hospitalisés étaient placés sous protection juridique.

Chaque pôle d'hospitalisation comporte dans son équipe une ou plusieurs assistantes sociales chargées des unités d'hospitalisation et des CMP. Celles-ci participent régulièrement aux transmissions ainsi qu'à toutes les réunions de synthèse ; à cette occasion, elles peuvent suggérer des placements sous protection juridique. De même, les soignants et les médecins peuvent aussi repérer des patients nécessitant une telle protection. Le dossier est adressé au juge des tutelles. Lorsqu'une mesure de protection est envisagée, l'expertise médicale est assurée gratuitement par plusieurs médecins du CHS, appartenant à la liste du TJ.

La majorité des patients sous protection juridique sont suivis par des structures tutélaires, dont un mandataire judiciaire du CHS, mais aussi « L'association tutélaire 57 » et l'association « ACTIVE » ; quelques patients sont suivis par des mandataires privés ou des tuteurs familiaux.

Au moment de la visite du CGLPL, le mandataire judiciaire du CHS suivait soixante-dix patients ; il se rend de façon quasi systématique aux audiences du JLD – de même que certains tuteurs associatifs ou privés – et entretient des contacts réguliers avec les assistantes sociales des unités d'hospitalisation ainsi qu'avec les tuteurs familiaux – au moins par téléphone –, les mandataires privés – qu'il réunit trois à quatre fois par an – et les associations tutélaires – qu'il réunit une fois par an ; les assistantes sociales sont conviées à ces réunions.

La plupart du temps, les tuteurs assument correctement leurs tâches, notamment pour permettre aux patients dont ils ont la charge de disposer d'argent et de tabac ; ils sont généralement associés à l'élaboration du projet de sortie ; certains rendent visite à leurs patients. Il a été présenté aux contrôleurs quelques cas de dysfonctionnements. Ainsi, un patient à faibles ressources, ne disposant pas de suffisamment d'argent pour subvenir à ses besoins, paye toujours un abonnement téléphonique important ; un mail a été adressé à sa tutrice, qui ne répond pas au téléphone ; si la situation perdure, l'équipe soignante envisage de fournir « un pécule » au patient *via* le « Club psychothérapeutique » (Cf. *infra* § 7.3).

3.7 LA CONFIDENTIALITE DE LA PRESENCE DU PATIENT N'EST PAS ASSUREE

Selon les termes du projet d'établissement 2017-2021, le respect de la confidentialité s'appuie sur la possibilité d'être hospitalisé de façon anonyme avec la mise en place d'un alias. Par ailleurs, la non-divulgateion de la présence d'un patient dans l'établissement est mentionnée en page 9 du livret d'accueil, précisant que la demande doit en être faite au bureau des admissions ou auprès du cadre de santé. Or, les modalités de non-divulgateion de la présence des patients ne sont pas connues des soignants rencontrés et, en conséquence, la question de l'anonymat ou de la confidentialité de l'hospitalisation n'est pas posée lors de l'arrivée. Les contrôleurs ont constaté que le standard de l'établissement ne détenait pas la liste des patients et adressait toutes les communications au service des admissions qui, après avoir demandé à leur interlocuteur son lien de parenté avec le patient, transmettait la communication à l'unité concernée. La confidentialité n'est donc effective qu'une fois l'unité contactée et porte exclusivement sur l'état de santé du patient et non pas sur sa présence à l'établissement.

PROPOSITION 7

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement confirme la nécessité d'une information quant au protocole existant.

4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

4.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES (CDSP) EXERCE AVEC CONVICTION MAIS A MINIMA SON ROLE DE CONTROLE

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), composée conformément aux termes de l'article L. 3223-2 du CSP a été renouvelée par arrêté préfectoral en date du 19 juin 2019.

Elle est compétente pour les quatre centres hospitaliers du département de la Moselle. Elle se réunit trimestriellement au siège de l'ARS avant de procéder à une visite annuelle dans chacun des établissements.

Sa dernière venue au CHS de Sarreguemines, explicitement annoncée aux patients, date du 24 avril 2019. Elle s'est entretenue avec neuf patients dont quatre étaient hospitalisés à l'UMD, deux à l'USIP et trois à l'unité Les Lilas.

Avant de se rendre dans l'établissement, les membres de la CDSP avaient pris soin d'examiner une cinquantaine de dossiers dont ceux des patients en SPDRE et en SPI. Elle n'a décelé aucune irrégularité dans les procédures ni aucun manquement grave aux droits et à la dignité des malades. Elle n'a, de ce fait, pas prononcé de mainlevées ni alerté le JLD.

Le rapport annuel est régulièrement transmis au CGLPL et, au jour de la visite des contrôleurs le 5 mars 2020, le rapport 2019 était en voie de finalisation.

Lors de sa dernière visite au CHS de Sarreguemines, la CDSP a examiné le registre de la loi avant d'y apposer son visa sans mention ni observation particulière.

Selon les renseignements recueillis, la CDSP, dans les années antérieures, a sensibilisé les médecins à l'importance de la motivation circonstanciée des certificats médicaux.

Attentive à la pratique de l'isolement, elle a constaté que la traçabilité des patients placés en CI était correctement suivie, tout en relevant une augmentation des mises sous contention au cours de l'année 2019 ; elle n'a toutefois pas fait d'analyses sur ce constat.

Il a été fait part aux contrôleurs des excellentes relations entretenues avec l'établissement. La logistique de la CDSP est assurée, à la satisfaction générale, par l'ARS.

La réunion annuelle programmée à la date du 8 avril 2020 a été annulée à la suite de la conjoncture due à la pandémie du Covid-19.

RECOMMANDATION 10

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement précise que le président de la CDSP doit être informé sur le sujet par l'ARS de la région Grand-Est et le chef du service territorial des établissements de santé de l'ARS indique que cette recommandation sera adressée au président de la CDSP avec un rappel de la réglementation.

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

Ces registres, dits « livres de la loi », sont renseignés et conservés au bureau des admissions où un agent est chargé de la gestion de soins sans consentement, tandis que deux autres ont, parmi leurs tâches, celle de remplir ces registres. Ces agents, adjoints administratifs, sont placés sous l'autorité de l'attachée d'administration, chef du bureau des admissions.

Les registres sont renseignés dans un délai concomitant à celui du dossier administratif et conformément aux prescriptions de l'article L. 3212-11 du CSP, à savoir dans les 24 heures qui suivent les différentes décisions prises tout au long du parcours de soins sans consentement.

D'un modèle standard, ces registres comportent 100 folios qui sont remplis par ordre chronologique d'admission. Ils sont distincts selon le statut d'hospitalisation et ne sont pas paraphés ni à l'ouverture ni au dernier folio. Les rubriques à renseigner sont remplies manuellement par les agents. Les informations qui y figurent sont parfaitement lisibles et répondent à sept des neuf exigences déclinées dans l'article L. 3212-11 du CSP ; en effet les deux mentions suivantes sont totalement ou partiellement absentes du registre :

- les accusés de réception des droits énoncés à l'article L. 3211-3 du CSP ;
- parfois les décisions de mise sous protection juridique.

Après réduction du format, les certificats médicaux et l'avis motivé y sont collés.

Les contrôleurs ont ainsi pu observer que leur contenu est globalement suffisamment explicite pour justifier la nécessité de la mesure contraignante.

Il n'a pas été constaté l'usage de certificat-type ou de copier-coller.

Toutefois l'analyse de ces registres a fait apparaître une anomalie concernant **l'avis motivé, destiné au JLD, qui est rédigé concomitamment au certificat médical des 72 h.**

L'explication donnée est la contrainte de temps due à l'envoi de la requête de saisine du JLD au plus tard le huitième jour après l'admission.

Une telle pratique dénature le sens même de l'avis motivé destiné à renseigner le juge au plus près de l'audience sur l'évolution de l'état du patient et ce postérieurement au certificat médical de 72 h.

Bien que les médecins aient admis, sans difficulté, la nécessité de cesser sans délai une telle pratique, une recommandation est indispensable pour rappeler les exigences légales conformes aux droits du patient.

RECOMMANDATION 11

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

Le directeur de l'établissement évoque, dans ses observations au rapport provisoire, la coordination entre le service des admissions et les secrétariats médicaux, sans autre précision.

Le chef du service territorial des établissements de santé de l'ARS précise que l'avis contenu dans le certificat médical de 72 heures concerne la forme de prise en charge du patient alors que l'avis motivé à l'intention du JLD fait l'objet d'un document distinct. Il rappelle ensuite que le JLD est

saisi dans un délai de huit jours à compter de l'admission du patient ou de la dernière décision judiciaire, c'est-à-dire « au plus tard » huit jours après l'admission ou la décision du juge, cette saisine devant être accompagnée de l'avis motivé d'un psychiatre de l'établissement d'accueil. Il précise que dans la pratique, et compte-tenu des délais contraints, le juge statue entre le 8^{ème} et le 12^{ème} Jour, ce qui nécessite alors de transmettre le dossier avant le 8^{ème} jour, souvent aux alentours du 5^{ème} jour.

Il indique que l'ARS portera une attention particulière quant au suivi de cette recommandation, même si aucune mainlevée sur ce motif ne peut être prononcée, le juge gardant la possibilité de demander toute pièce complémentaire avant l'audience telle qu'un certificat médical après l'envoi de la saisine.

Les arrêtés préfectoraux, établis selon un modèle national font état des voies de recours judiciaires et administratives.

Les décisions du JLD ne sont toutefois pas collées. Seules figurent la date du contrôle et la date de la levée quand elle est prononcée.

On trouve dans ces registres, comme il se doit, l'intégralité des certificats mensuels des patients, qu'ils soient en hospitalisation complète ou en programme de soins. A la lecture de ces certificats médicaux, les contrôleurs ont pu constater que le recueil des observations du patient était inexistant. (Cf. *supra* § 3.1.2).

Au jour du contrôle, la date d'ouverture du registre en cours d'utilisation pour les patients en SPDRE était le 7 février 2020. Ce registre était rempli jusqu'au folio numéro 28 à la date du 2 mars 2020.

Quatre registres, en moyenne, sont ouverts annuellement pour l'inscription des mesures d'hospitalisation en SDDE. Celui en cours avait été ouvert le 30 janvier 2020 et comptabilisait quarante-trois admission à la date du 5 mars 2020.

La consultation de ces registres, qui regroupent de façon très soignée l'ensemble des pièces relatives aux soins sans consentement, permet ainsi un contrôle immédiat et aisé sans nécessité d'aller chercher le dossier administratif du patient.

Le représentant du procureur de la République signe le registre après sa visite annuelle à l'établissement, la dernière datant du 10 décembre 2018.

Il n'a pas été constaté que d'autres contrôles avaient été effectués par les autorités (président du TJ, maire de la commune et représentant de l'Etat), comme cela est pourtant prescrit par l'article L. 3222-4 du CSP.

Malgré l'article 9 de la loi du 27 septembre 2013 préconisant la dématérialisation des registres de la loi, aucun projet au niveau national n'est mis en œuvre pour y parvenir alors que, de l'avis unanime, leur tenue est fastidieuse et chronophage.

4.3 JAMAIS DEMANDEES POUR LES PATIENTS HOSPITALISES A L'USIP, LES SORTIES DE COURTE DUREE SONT POUR LES AUTRES PATIENTS FREQUEMMENT ACCORDEES AVEC POUR OBJECTIF LA PREPARATION A LA SORTIE OU LE PASSAGE EN PROGRAMMES DE SOINS

4.3.1 Les sorties de courte durée

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

Hors l'enceinte de l'établissement, les sorties accompagnées de moins de 12 h et non accompagnées jusqu'à 48 h, sont accordées pour maintenir les liens familiaux ou faire des démarches à caractère médico-social. Elles s'organisent en fonction de la disponibilité des soignants, étant précisé que le directeur de l'établissement ne s'oppose jamais à ces demandes qui émanent du médecin psychiatre. Les tiers, quant à eux et compte-tenu de la brièveté des délais, sont le plus souvent prévenus téléphoniquement. Il n'a pas été donné d'exemple d'opposition de leur part.

Concernant les demandes d'autorisation de sorties de courte durée pour les patients en SPDRE hospitalisés dans les unités autres que l'USIP, (patients au nombre de sept au jour du contrôle), le bureau des admissions en assure la transmission à l'ARS dans un délai jamais inférieur à 48 h avant la date prévisible de sortie. Pour mémoire, seul un refus écrit du préfet, non susceptible de recours et notifié au plus tard 12 h avant la sortie peut y faire obstacle. Ces refus sont rarissimes, les psychiatres ayant pris soin d'être précis dans l'exposé des motifs justifiant la sortie autant que dans les modalités de mise en œuvre.

Les patients dont l'état clinique est dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui étant soignés à l'USIP, la question de la préparation à la sortie ne se pose, pour eux, qu'en termes de « *préparation au transfert vers un autre lieu d'hospitalisation ou vers la détention* ». C'est pourquoi le préfet n'est jamais saisi de demandes de sorties de courte durée à leur égard.

Durant le temps de la mission, les contrôleurs ont constaté que quatre patients en SSC ont bénéficié de sorties de courte durée dont une de 48 h.

Au cours de l'année 2018, pour l'ensemble des unités recevant des patients en SSC, il a pu être dénombré 306 sorties de courte durée ; bien que n'ayant pu obtenir les chiffres pour l'année 2019 les informations recueillies ne laissent pas place au doute sur la stabilité, voire l'augmentation, d'une telle pratique.

4.3.2 Les programmes de soins

Les programmes de soins ne sont pas très nombreux : trente-six pour les patients en SDDE et vingt-neuf pour ceux en SDRE, dont un était mis en place depuis 2007.

Tous les programmes de soins sont menés en ambulatoire.

Les médecins psychiatres ont indiqué considérer que l'hospitalisation ne devait être qu'un « lieu de soins » et non un « lieu de vie ».

Le passage en programme de soins correspond donc bien à une réelle sortie, certes toujours suivie et contrôlée, pour éviter une rupture du traitement.

L'effectivité du contrôle de ces programmes de soins est d'ailleurs bien réelle puisqu'elle a entraîné au cours de l'année 2019 une quinzaine de réintégrations dont la durée d'hospitalisation a été pour la plupart du temps très courte : la reprise du programme de soins s'effectuant avant douze jours, date du passage à l'audience de JLD.

Il a été dit aux contrôleurs que certains patients chroniques n'hésitaient pas à demander une réhospitalisation de quelques jours quand ils se sentaient en difficulté.

4.4 LE COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE, PEU CONVAINCU DE SON UTILITE, EXERCE MAL SA FONCTION DE CONTROLE

Ce collège a l'obligation de se réunir pour se prononcer sur le maintien d'une mesure de soins sans consentement en SDDE, en hospitalisation complète ou en programme de soins, lorsque sa

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

Le bureau des hospitalisations veille scrupuleusement au respect des dates butoir et à la convocation de ses membres.

Composé d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient, d'un autre médecin psychiatre extérieur au suivi, qui le plus souvent est sollicité par son confrère, et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire de l'unité hospitalière ou du CMP assurant le suivi ambulatoire, ce collège se réunit beaucoup plus pour les programmes de soins que pour les hospitalisations complètes de plus d'un an, rarissimes dans cet établissement.

Au cours de l'année 2019, vingt-trois avis ont été rendus sur l'opportunité du maintien de la mesure de soins sans consentement pour des patients SDDE en programmes de soins. Tous ont conclu à la continuité de la mesure.

Deux collèges ont été, en sus, convoqués pour vérifier l'évolution de l'état des patients irresponsables pénalement. Les deux avis ont été favorables au maintien de la contrainte, l'un préconisant toutefois le recours à deux experts.

Il a été particulièrement difficile aux contrôleurs de s'assurer que ce collège fonctionnait dans le total et strict respect des prescriptions de l'article L. 3212-17 qui exige le recueil de l'avis du patient. Bon nombre de soignants ignorent l'existence de cette instance de contrôle. Certains médecins ont émis des doutes sur son utilité.

Selon les renseignements recueillis, il est apparu que, sauf exception, le collège travaillait sur dossier sans convocation du patient, donc sans prise en compte de son avis. Les vérifications effectuées par les contrôleurs, après examen dans les dossiers d'une dizaine de retours d'avis du collège, ont permis de constater qu'aucune mention de l'audition du patient n'y figurait.

RECOMMANDATION 12

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement a indiqué que ce sujet serait à l'ordre du jour de la commission médicale d'établissement pour un rappel des bonnes pratiques.

4.5 LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EXERCE SA MISSION DANS DES CONDITIONS MATERIELLES ET RELATIONNELLES SATISFAISANTES

Bien qu'aucune convention n'ait été signée entre les chefs de juridiction du TJ de Sarreguemines, les directions de l'ARS et du CHS, des locaux ont été spécialement aménagés et affectés à la tenue d'audiences du JLD et ce dès l'entrée en vigueur de la loi de 2011.

Outre la salle d'audience, vaste et lumineuse, ces locaux comprennent une belle pièce réservée à l'entretien avec les avocats, des sanitaires et un bureau réservé à l'équipe de soignants accompagnateurs.

Ces conditions indéniables de confort auxquelles s'ajoutent des précautions justement dosées de sécurité, favorisent le climat de sérénité dans lequel se déroulent les débats.

Des panneaux, à l'intérieur de l'enceinte de l'établissement, permettent de localiser facilement le bâtiment abritant les locaux d'audience.

Les audiences se tiennent deux fois par semaine, le mardi et le jeudi. Elles débutent à 10h et se poursuivent dans l'après-midi. Il est toutefois à préciser que beaucoup de dossiers concernent les patients hospitalisés à l'UMD.

4.5.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Les échanges entre l'agent en charge des SSC et le greffe judiciaire du TJ se font par voie dématérialisée. Conformément à la loi, la requête est transmise au greffe :

- huit jours maximum après la décision d'admission ;
- quinze jours avant l'expiration du délai de six mois depuis la dernière décision du JLD, ces situations étant peu nombreuses de l'ordre de vingt annuellement (hormis bien sûr les patients admis à l'UMD).

Dans le cas où le patient bénéficie d'une mesure de protection, la requête doit mentionner l'identité du tuteur sous peine de nullité de la procédure en l'absence de sa convocation.

A cette requête sont joints :

- la décision d'admission avec accusé de réception de la notification ;
- les certificats médicaux de 24 h et 72 h ;
- l'avis motivé ;
- la décision du maintien de l'hospitalisation après la période d'observation ;
- la décision du JLD pour contrôle à six mois avec les certificats médicaux mensuels.

Les médecins ont dit être convaincus de l'importance de la qualité de rédaction de leurs certificats qui doivent répondre aux prescriptions du CSP.

Ainsi, ils ont précisé s'attacher à décrire les troubles mentaux justifiant la nécessité d'une hospitalisation complète autant qu'à expliquer l'incapacité du patient à consentir à son hospitalisation. S'agissant des hospitalisations décidées par le préfet, les médecins savent qu'ils doivent indiquer en quoi la sûreté des personnes est compromise ou quel est le risque d'atteinte grave à l'ordre public.

En examinant les registres, les contrôleurs ont pu observer la conformité de la rédaction des certificats médicaux aux exigences légales, et l'inefficacité de l'avis motivé (Cf. *supra* § 4.2).

Dès réception de la requête le greffe informe le bâtonnier pour désignation d'un avocat rémunéré fonction des barèmes applicables de l'aide juridictionnelle à moins que le patient ne précise vouloir choisir son conseil (hypothèse rarissime).

La convocation à l'audience, adressée au patient, transite par le bureau des admissions avant d'être transmise à l'unité d'affectation du patient.

Les contrôleurs n'ont pas eu l'occasion de constater quelles explications étaient données aux patients mais les différents échanges ont fait ressortir que « l'agent notificateur » prenait le temps d'expliquer le sens de l'audience tout en rassurant l'intéressé sur les modalités de son déroulement.

4.5.2 Le déroulement de l'audience

Les contrôleurs ont assisté à l'intégralité de l'audience du mardi 3 mars 2020 et à une partie de celle du jeudi 5 mars ; la vice-présidente du TJ de Sarreguemines, nommée JLD par décret,

présidait ces audiences. Elle était assistée d'une greffière. Ni l'une ni l'autre n'avait revêtu leur habit professionnel. La porte de la salle est restée ouverte tout le temps de l'audience. Quatre dossiers étaient enrôlés dont deux concernaient des patients de l'UMD.

Les patients sont arrivés accompagnés de leur soignant, en ordre séparé. Aucun n'était en pyjama. Leur attente avant l'appel de leur cause et leur entrée dans la salle fut très court.

Pour chaque affaire, la magistrate a expliqué le rôle du JLD, la publicité de l'audience et la possibilité de demander qu'elle se tienne à publicité restreinte.

Elle a ensuite résumé les éléments du dossier et procédé à un recueil d'informations avec un souci évident de faciliter la circulation de la parole.

Les quatre patients se sont exprimés, deux souhaitaient la levée de la mesure.

Un curateur a pu dire combien la situation de son protégé était douloureuse et a évoqué les difficultés qu'il avait pour trouver une structure d'hébergement adéquate.

L'avocate de permanence, qui s'était entretenue le temps qu'elle avait estimé utile et en toute confidentialité avec ses clients, n'a soulevé aucun moyen procédural tendant à la levée.

Les décisions ont été rendues après que le JLD a pris le temps de la réflexion et dicté chacune des ordonnances à sa greffière.

Les décisions (de maintien) ont été annoncées et notifiées individuellement, le juge ayant soin d'expliquer ses motivations.

Des propos d'encouragement ont été prononcés avec empathie et les voies de recours précisées avec clarté et simplicité.

Le temps consacré à chaque affaire fut de l'ordre de la demi-heure dans des conditions de dignité indéniables.

4.5.3 Les décisions rendues

Seules les quelques rares décisions mises en délibéré sont transmises par le greffe judiciaire au bureau des admissions pour être notifiées aux patients dans leur unité.

Si les contrôleurs n'ont pas eu l'occasion de vérifier quelles explications étaient alors données avant la signature de l'accusé de réception, les échanges avec les patients ont fait ressortir leur compréhension tant du sens de l'audience que de la décision.

Le contentieux généré par le contrôle de l'hospitalisation sans consentement est stable depuis plusieurs années.

En 2019, 649 décisions ont été rendues par le JLD dont la moitié concernait les patients hospitalisés à l'UMD.

Concernant les unités sectorielles du CHS et l'USIP, 368 patients ont été convoqués à l'audience et 358 s'y sont présentés. Les décisions ont abouti pour 360 d'entre elles à un maintien de l'hospitalisation.

Trois recours ont été formés à l'initiative du patient ; deux étaient irrecevables ; quant au troisième, le maintien de l'hospitalisation a été confirmé par la cour d'appel de Metz (Moselle).

Au cours des deux premiers mois de l'année 2020, quarante-sept ordonnances ont maintenu l'hospitalisation tandis qu'une a prononcé la levée de la mesure.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 BIEN QUE RECONNU FONDAMENTAL, LE PRINCIPE DE LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR N'EST QUE PARTIELLEMENT APPLIQUE

Fin 2016, le comité local d'éthique clinique de l'établissement a publié ses réflexions sur le thème de *la liberté d'aller et venir*. Procédant d'une analyse philosophique et juridique et faisant référence au CSP, ce document réaffirme très clairement (pages 9 et 10 notamment) les principes à respecter pour définir les conditions de circulation des patients dans l'hôpital : liberté totale de circulation – à l'exception de quelques restrictions comme les zones techniques ou les chambres des autres patients – pour les personnes hospitalisées en SL et limitation de cette même liberté pour les patients en SSC à condition que cette limitation soit « *adaptée, nécessaire et proportionnée à l'état mental du patient et à la mise en œuvre du traitement retenu* » et en faisant en sorte qu'en toutes circonstances la dignité de la personne soit respectée.

Conformément au rappel de ces principes, le livret d'accueil précise (page 9) sous le titre *la liberté de circulation* : « *vous avez la liberté de vous promener, sauf si des raisons médicales s'y opposent* », sans plus amples précisions relatives au statut juridique des patients.

Suivant les unités et aussi suivant qu'il s'agit d'un espace fermé ou d'un espace ouvert, la mise en œuvre de ces principes diffère fortement – et cela indépendamment du statut juridique ou de la situation médicale des patients :

- aux Acacias, la porte d'accès à l'unité est fermée. Un clavier à code, dont le code est affiché au-dessus du clavier, permet de sortir. Pour entrer, une sonnette permet d'appeler – la porte est visible depuis le bureau des soignants. Le placement en espace ouvert ou fermé dépend essentiellement de l'état clinique du patient et non de son statut SL/SSC (notamment des patients âgés sont placés dans des chambres en espace fermé pour rester au rez-de-chaussée mais peuvent circuler dans l'espace ouvert). Les patients accèdent aux deux cours de l'unité (une par espace) uniquement en présence de soignants et par beau temps. Des patients peuvent avoir l'interdiction de sortir de l'unité pendant une demi-journée afin que leur présence soit certaine pour une consultation médicale ;
- aux Glycines, les patients hospitalisés dans l'espace ouvert peuvent librement circuler à l'intérieur et à l'extérieur de l'unité entre le petit-déjeuner et midi et entre 14h et 18h sous le contrôle du soignant de l'accueil, cependant des patients dont certains en SL peuvent être soumis à des limitations de leurs mouvements par décision médicale. Les patients hospitalisés dans l'espace fermé peuvent seulement se rendre dans l'espace ouvert pour participer aux activités et à condition d'y être accompagnés ;
- aux Lilas, les sorties de l'unité des patients se trouvant dans l'espace ouvert doivent parfois être autorisées. Les patients de l'espace fermé – hormis ceux en SL à l'exception d'un seul – ne peuvent pas sortir de leur espace ni accéder à leur cour en l'absence de soignants pour les accompagner ;
- aux Mimosas, aucune sortie n'est autorisée sauf décision médicale individualisée ; le jardin n'est accessible que si deux soignants peuvent s'y trouver en même temps que les patients ;
- à la Roseraie, dans l'espace affecté aux personnes dépendantes – espace fermé distinct de « l'espace fermé » – le jardin n'est ouvert qu'à la demande et dans l'espace fermé ; seul le fumoir est ouvert mais les patients peuvent se rendre dans la journée dans l'espace ouvert

pour participer aux activités avec les patients de l'espace ouvert qui, eux, peuvent sortir librement ;

- à l'USIP, le fumoir – espace de déambulation de 50 m², sous forme de préau grillagé avec vue sur le jardin – est accessible en présence de soignants. Le jardin n'est accessible que si deux soignants peuvent s'y trouver en même temps que les patients. Les patients ne peuvent sortir de « l'espace jour » que pour regagner leur chambre dans « l'espace nuit » sur demande individuelle et en étant accompagnés par un soignant. Les seules sorties de l'unité autorisées consistent, en semaine à se rendre collectivement dans l'espace sportif, à environ 30 m de la porte d'entrée de l'unité, et, le vendredi, à la cafétéria commune aux unités de l'UMD et à l'USIP dans l'enceinte du pôle dangerosité.

Par ailleurs, en se référant au statut juridique des personnes hospitalisées, dans certaines unités des patients en SL sont hébergés dans des espaces fermés et, par voie de conséquence, sont plus ou moins privés de leur droit fondamental à pouvoir circuler librement. Cela concerne dix-sept des dix-huit patients des Mimosas, deux patients dans l'espace fermé et cinq dans l'espace pour personnes dépendantes de La Roseraie et quatre patients des Lilas.

RECOMMANDATION 13

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement évoque « *la mise à jour nécessaire des règlements intérieurs de chaque unité afin de respecter ce principe* ».

Le chef du service territorial des établissements de santé de l'ARS précise que l'accès à la cour intérieure doit être sécurisé afin de permettre aux patients d'y circuler librement, sans dépendre de la disponibilité des soignants.

5.2 L'ÉQUIPE DE SECURITE FORMEE A LA GESTION DE LA VIOLENCE ET AU RISQUE INCENDIE N'EST PAS DIRECTEMENT INFORMEE DE LA PRESENCE DE PATIENTS EN CHAMBRE D'ISOLEMENT

Tous les professionnels disposent de dispositifs d'appel d'urgence sous forme de PTI (protection du travailleur isolé) qui entraînent des interventions diversifiées selon le mode de déclenchement, par bouton ou par arrachage du cordon. Un premier degré d'alerte est donné dans l'unité même, puis dans les unités proches et parallèlement au service de coordination des soins (SCS) au sein duquel se tient l'équipe de sécurité en dehors de ses rondes et interventions. L'équipe de sécurité – commune aux deux établissements (CHS et CH général) – est composée de vingt-trois agents, embauchés sous le statut d'agents des services hospitaliers (ASH). Ils n'ont aucune formation médicale mais il leur est imposé de suivre une formation sur le risque incendie et la formation OMEGA – Cf. *supra* § 2.3.3. Outre la sécurité incendie, des fonctions d'appui et de soutien aux soignants leur sont assignées.

Ces agents sont placés sous la responsabilité des cadres de santé de la SCS lesquels assurent une permanence téléphonique et se rendent lors d'appels dans les unités, de manière systématique la nuit.

En journée, trois agents de sécurité occupent tour à tour les plages horaires (matin et après-midi) ; durant la nuit, quatre agents sont de service, sous la responsabilité des deux cadres de nuit de la SCS. Un agent de sécurité est toujours présent lors des audiences du JLD. Des caméras sont positionnées à l'extérieur des unités, sur les entrées et sorties de l'enceinte de l'établissement.

Les personnes en charge de la sécurité n'ont pas connaissance de l'enfermement de patients dans les chambres d'isolement. Seul le logiciel INFODIM, accessible aux cadres de santé de la SCS, permet de connaître en temps réel les chambres d'isolement dont les portes sont fermées. Il est fait appel aux pompiers lors de tout sinistre.

Les agents de sécurité ne vont pas au contact des patients, ils sont sollicités non pas pour intervenir physiquement mais pour provoquer un effet dissuasif qui favorise l'intervention du personnel soignant.

Toutefois, dans des situations de crise, si le médecin considère que le personnel peut être en danger, notamment en attente d'un placement à l'USIP ou à l'UMD, ils peuvent être amenés à intervenir physiquement. Au sein même de l'USIP, en cas de transfert de patient ou d'agitation, il est fait appel à l'équipe de sécurité. Les agents interviennent également pour aider les soignants à revêtir d'un pyjama un patient à placer en CI et qui refuse de s'habiller ainsi.

L'équipe intervient également sous formes de rondes dans l'enceinte de l'établissement ; elle s'attache à contrôler les intrusions de « dealers » et la vente de produits stupéfiants notamment à la cafétéria.

Lors des fugues, elle recherche le patient avant la transmission du signalement aux forces de l'ordre par la direction.

Durant l'année 2018, l'équipe de sécurité est intervenue au CHS 140 fois par suite de déclenchements de PTI ; à 281 reprises en renfort face à des patients agités et 425 fois en renfort en chambre d'isolement ; à 48 reprises pour des recherches de personnes ; à 211 transferts ou accompagnements de patients, et a effectué 3 600 rondes.

PROPOSITION 8

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement indique que le service de sécurité est toujours encadré par un cadre de la SCS, qui a accès à ces informations en temps réel. Il ne précise rien quant au contact avec le patient.

Le chef du service territorial des établissements de santé de l'ARS ajoute qu'il conviendra de s'assurer de l'information en temps réel du service de sécurité de l'utilisation des chambres d'isolement conformément aux recommandations de l'agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé (ANAES) de 1998 et aux recommandations de bonne pratique de la haute autorité de santé (HAS) parues en 2017.

5.3 LES RESTRICTIONS IMPOSEES DANS LA VIE QUOTIDIENNE SONT MINEURES A L'EXCEPTION DES CONDITIONS D'ACCES AUX CHAMBRES

5.3.1 L'accès aux chambres et aux placards

Fondées ou non sur des motifs médicaux tels qu'éviter aux patients de rester trop longtemps en position couchée ou favoriser leur participation aux activités, les dispositions adoptées diffèrent d'une unité l'autre.

Aux Acacias, les chambres sont fermées de 9h30 à 13h et de 16h à 19h30. L'accès aux placards est libre.

Aux Glycines, les chambres sont fermées de 10h à 12h et de 13h30 à 17h. Des exceptions sont accordées notamment, lors de la visite, pour un patient fatigué qui voulait faire la sieste. Les portes des chambres sont équipées d'un verrou de confort.

Aux Lilas, dans l'espace ouvert, les chambres sont fermées le matin (de 9h jusqu'à 13h) tout l'après-midi (de 15h à 20h) pour faciliter la participation des patients aux activités ; dans l'espace fermé, elles sont ouvertes à l'exception du temps consacré au ménage (de 8h30 à 10h30) et des heures de repas (de 11h50 à 12h30 et de 18h30 à 19h).

Aux Mimosas, les chambres sont ouvertes seulement après le dîner, vers 18h45, et seuls les patients dépendants n'ont pas la clé de leur placard.

À la Roseraie, les chambres de l'espace fermé sont fermées, celles de l'espace ouvert sont accessibles tout l'après-midi après le déjeuner et les placards sont suivant les cas – prescription médicale ou demande du patient – fermés (par le patient ou le personnel soignant) ou ouverts.

À l'USIP, les chambres sont interdites d'accès entre la fin du petit déjeuner et la fin du déjeuner, avec une obligation d'être dans sa chambre entre 13h ou 14h jusqu'à 14h30, puis interdiction de rester en chambre jusqu'à 19h ou 20h45 (heure du dernier coucher). En chambre, les patients sont enfermés à clé. Les clés des placards sont détenues par les patients quand ils sont jugés aptes à les conserver.

PROPOSITION 9

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement indique qu'après sa révision, le règlement intérieur clarifiera ce point afin que chaque unité de soin respecte ce principe.

5.3.2 L'accès au tabac

Le principe et la pratique de l'accès au tabac sont libéraux, y compris dans les possibilités offertes d'acquiescer des cartouches de cigarettes de différentes marques dans les cafétérias, avec de légères différences suivant les unités.

Aux Acacias huit patients géraient leur tabac librement, huit ne fumaient pas et pour deux les soignants géraient la consommation. Dans les espaces fermés de certaines unités des allume-cigares pallient l'absence de briquets comme aux Glycines ou à l'USIP. Aux Mimosas les briquets sont récupérés le soir par le personnel soignant. Aux Lilas, l'accès au tabac est libre sauf pour

deux patients auxquels les cigarettes sont distribuées afin de leur empêcher de fumer sans discontinuer.

Chacune des unités comporte un fumoir par espace (ouvert, fermé ou pour personnes dépendantes) qui, s'il n'est pas de manière générale ouvert toute la nuit, peut l'être en général mais pas toujours à la demande d'un patient.

5.3.3 Le port du pyjama

Dans toutes les unités, y compris à l'USIP, l'obligation, pour un patient, de revêtir le pyjama de l'hôpital est strictement liée à son placement en isolement. Dans ce cas, cette procédure est automatique et systématique alors qu'il serait souhaitable et possible que le patient revête son pyjama personnel.

5.4 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR NE POSENT DE GRAVES PROBLEMES QU'A L'USIP

5.4.1 Le téléphone

Sauf à l'USIP et à part quelques exceptions fondées sur des prescriptions médicales, comme par exemple deux patients en SSC aux Acacias et un patient aux Lilas, tous les patients hospitalisés peuvent garder leur téléphone portable, voire même dans certaines unités, comme aux Glycines, leur chargeur.

Par ailleurs, les soignants disposent de téléphones sans fil DECT⁹ qu'ils mettent à la disposition des patients à la condition théorique qu'ils acquièrent une carte téléphonique à la cafétéria. Lors de la visite des contrôleurs, ces cartes n'étaient pas temporairement disponibles. Les soignants prêtent le plus souvent gracieusement leur DECT aux patients.

Aux Lilas, tous les patients conservent leurs téléphones portables sauf un, pour raisons médicales. Un patient n'a pas de portable et utilise les DECT du personnel mais de façon contingentée pour appeler l'étranger, faute de pouvoir acheter des cartes de téléphone à la cafétéria (en rupture de stock). Aux Acacias, un patient avait une interdiction momentanée d'utiliser son téléphone portable sur décision médicale, un autre avait besoin du concours d'un soignant pour téléphoner ; les patients qui utilisent les DECT des soignants peuvent s'isoler pour téléphoner.

A l'USIP, les téléphones portables ne sont pas autorisés et les patients peuvent seulement utiliser le téléphone fixe de l'unité pendant des créneaux horaires limités : de 17h à 17h30 et de 19h à 20h30 en semaine, de 10h à 11h30 et de 19h à 20h30 les week-ends et jours fériés. Le téléphone est payant quand c'est le patient qui compose le numéro : un crédit de téléphone est acheté *via* la cafétéria (le système de carte prépayée était en cours de changement pendant la visite, avec un système transitoire).

5.4.2 Le courrier

Les patients, en SL ou en SSC, autorisés à circuler librement en dehors de leur unité peuvent se rendre à l'agence postale implantée dans l'établissement, près de la cafétéria, pour y déposer leur courrier dans la boîte aux lettres, acheter des timbres et faire quelques opérations postales.

⁹ DECT : de l'anglais « Digital Enhanced Cordless Telecommunications » abrégé en DECT signifiant littéralement « téléphone sans-fil numérique amélioré »

Dans toutes les unités de niveau 1, à l'exception des Acacias, une boîte aux lettres permet aux patients, notamment à ceux qui ne peuvent sortir de l'unité, de poster des lettres. Cette boîte est relevée quotidiennement par la cadre de l'unité ou à défaut par un infirmier. Dans certaines unités, il est possible d'acquiescer sur place des timbres. Dans toutes ces unités, le courrier entrant n'est pas ouvert par le personnel soignant.

Aux Lilas, les colis sont ouverts par les soignants en présence des patients, mais non les courriers. Il n'en est pas de même à l'USIP, le document remis aux membres de la famille des patients indiquant très clairement que « *le courrier reçu est ouvert par le patient en présence du personnel, à l'exception des patients relevant de l'administration pénitentiaire dont le courrier doit être acheminé à la maison d'arrêt afin d'y être contrôlé conformément au code de procédure pénale* ». Même s'il a été indiqué aux contrôleurs qu'en pratique cette procédure n'était pas ou peu appliquée, elle est anormale pour les patients hospitalisés qui ne sont pas des personnes détenues. Par ailleurs, « *tout colis est soumis au contrôle de l'équipe infirmière en présence du patient* ».

5.4.3 La presse

Sauf à l'USIP, les patients disposent dans toutes les autres unités d'un exemplaire du journal quotidien local, *Le Républicains lorrain*, ainsi que de quelques revues mensuelles auxquelles leur unité s'est abonnée.

5.4.4 La télévision

Chaque espace de chaque unité comporte au moins une salle équipée d'un poste de télévision dont l'écran est d'assez grande dimension, la télécommande étant accessible éventuellement auprès des soignants, si elle n'est pas immédiatement disponible – fixée au mur ou près du poste. Aux Acacias, un patient disposait d'un téléviseur personnel dans sa chambre.

Les émissions peuvent être regardées jusqu'à 22h30 environ, sauf à l'USIP où les patients regagnent leurs chambres à 20h45.

5.4.5 L'accès à Internet

Les patients peuvent disposer d'un ordinateur ou d'un autre appareil électronique comme un lecteur MP3, même à l'USIP. Il n'y a pas d'accès à Internet dans l'ensemble de l'établissement.

PROPOSITION 10

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement précise que la généralisation du WIFI sur l'ensemble du site est programmée pour être opérationnelle dans un délai de deux ans.

5.4.6 Les visites des familles

Dans toutes les unités de niveau 1, se trouvent, dans chaque espace, une ou plusieurs pièces réservées aux visites des familles.

Les règles adoptées sont à peu près similaires : les visites ont lieu l'après-midi avec des horaires prédéterminés – dont l'application est souple. Elles ne peuvent pas avoir lieu dans les chambres. Les enfants de moins de 15 ans ou de 16 ans, voire de moins de 14 ans aux Acacias, ne sont pas admis. Les repas en famille ne sont pas possibles.

PROPOSITION 11

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement envisage que cette recommandation soit définie au cas par cas avec les médecins.

A l'USIP, unité de niveau 2, sont appliquées des règles similaires à celles de l'UMD. Elles s'appliquent à tous les patients :

- les visiteurs doivent être autorisés par le médecin. Le rendez-vous doit être pris avec un préavis de 48 h. Ils doivent donner des renseignements personnels et domiciliaires, en joignant une photocopie recto-verso de leur carte nationale d'identité. La visite peut être refusée par décision du médecin responsable de l'unité sans qu'il soit prévu de procédure de contestation ou de recours ;
- à leur arrivée, les visiteurs doivent déposer dans un coffre situé dans le local de la porterie du pôle dangerosité, commun à l'USIP et à l'UMD, leurs effets personnels. Le document remis aux familles indique cependant que seuls les objets interdits dans l'unité, limitativement énumérés, doivent être laissés à l'entrée du pôle ;
- les visiteurs sont soumis à un détecteur manuel de masse métallique ;
- les visites ne sont possibles que le week-end et les jours fériés, de 14h30 à 17h30. La durée est fixée à une heure, mais peut être étendue. Trois personnes sont admises, au plus. Les enfants de moins de 15 ans ne sont pas admis ;
- les visites se déroulent dans une pièce vitrée comportant une table et des chaises, située en face du local des infirmiers, vitré lui aussi.

PROPOSITION 12

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

Le directeur de l'établissement répond par le biais des observations au rapport provisoire que le fonctionnement actuel respecte les droits des patients. Il indique également à nouveau qu'une réévaluation du règlement intérieur est envisagée à court terme, sans préciser les modalités de cette réévaluation.

Le chef du service territorial des établissements de santé de l'ARS indique qu'il conviendra que l'établissement n'empêche pas ces accès de manière systématique, mais au cas par cas, sur un avis clinique médical.

En l'état, le CGLPL maintient que les constats effectués sont attentatoires aux droits fondamentaux des patients hospitalisés à l'USIP, s'agissant du respect des droits à la vie privée, à l'accès à l'information, au maintien des liens familiaux, etc.

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LES CHAMBRES, DOUBLES POUR PRES DE LA MOITIE DES PATIENTS, SONT PEU ACCESSIBLES DANS LA JOURNEE ET CELLES DE L'USIP SONT INDIGNES

Sur l'ensemble des unités d'hospitalisation, quatre-vingt-seize chambres sont individuelles et quarante et une sont doubles – dont la répartition par unité apparaît dans le tableau ci-dessous ; leur affectation est essentiellement définie en fonction des disponibilités.

L'accès aux chambres pendant la journée est limité dans toutes les unités ; en général, les patients peuvent s'y rendre le temps d'une sieste après le déjeuner.

Seules les chambres de Glycines disposent de verrous de confort permettant à l'occupant de fermer la porte.

Les chambres sont équipées d'un éclairage général et de lumières individuelles. Dans la plupart des unités, les patients peuvent entrouvrir la fenêtre ; souvent, ils n'ont pas accès à la commande des volets.

Le mobilier est parfois réduit au strict nécessaire : dans certaines unités, les patients n'ont pas de table ni de siège ; certains cabinets de toilette n'ont pas de patère. La possibilité de disposer d'un téléviseur ou d'un poste de radio est rare.

Toutes les chambres des Acacias sont équipées d'un haut-parleur branché sur une radio située dans le bureau des infirmiers ; il a été expliqué aux contrôleurs que parfois de la musique douce était diffusée le matin au réveil ; un bouton variateur permet à l'occupant de régler le volume.

BONNE PRATIQUE 1

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

Toutes les chambres ont des boutons d'appel mais certains cabinets de toilette n'en ont pas.

Les chambres sont propres et en bon état ; même si les décorations sont généralement autorisées, rares sont les chambres présentant des décorations institutionnelles ou personnelles.

PROPOSITION 13

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement évoque un projet de carte magnétique au stade de la demande de financement à l'ARS, qui pourrait être généralisé s'il donnait satisfaction.

Les chambres de l'USIP présentent des particularités portant atteinte au respect de la dignité des patients : elles sont visibles depuis le couloir au travers d'un fenestron équipant toutes les portes – il en est de même dans les espaces fermés de La Roseraie et des Acacias – et au travers d'une vitre donnant directement sur l'espace sanitaire ; les patients n'ont aucune possibilité d'ouvrir la porte, qui ne s'actionne qu'à l'aide d'une clé, du côté du couloir ; ils sont tous enfermés la nuit. Le mobilier est réduit à un lit métallique scellé au sol et équipé d'anneaux de contention, une tablette encastrée dans l'angle du mur, reposant sur un pied unique qui peut être descellé – un

patient s'en est servi pour casser une fenêtre et fuguer –, qui sert de bureau. La ventilation est assurée par un réseau interne qui a tendance à diffuser les odeurs stercorales des WC d'une chambre à l'autre. L'espace sanitaire se compose d'un lavabo et d'un WC situés derrière un muret arrondi haut d'environ un mètre qui le sépare de la chambre ; le siège de WC n'a pas d'abattant ; dans les deux chambres doubles, le muret est complété par une porte « western » de 60 cm de haut.

PROPOSITION 14

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement évoque des améliorations en cours sans préciser lesquelles, excepté des travaux programmés pour remédier aux mauvaises odeurs.

Le chef du service territorial des établissements de santé de l'ARS indique qu'il veillera à ce que l'établissement puisse conjuguer sécurité et observation avec respect de la dignité et de l'intimité en faisant en sorte que l'intérieur de la chambre ne soit pas visible du couloir. Il précise que le mobilier est adapté aux risques de casse, de violence car c'est la vocation d'une USIP.

	USIP	Mimosas	Roseraie	Lilas	Acacias	Glycines	
Chambre	individuelle 96	14	15	16	21	18	12
	double 41	2	5	12	7	3	12
Accessible toute la journée	Non	Non		Non	Non	Non	
Visible depuis le couloir	Oui	Non	6	Non	6	Oui	
Verrou de confort	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	
Lit scellé	Oui	Non		Non		Non	
Lit médicalisé	Non	Certains	Certains	Non	Bcp	Certains	
Table de chevet	Oui	Oui	Oui	Oui	Certains	Oui	
Siège	Non	Oui	Oui	Oui	Certains	Oui	
Table, bureau	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	
Placard	individuel	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	avec serrure	Oui	Oui	Oui	Oui		
	clé disponible	Selon	Selon	Selon	Oui		
Lumière	plafond	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	individuelle	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Fenêtre patient	entrouvrable par	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui

Volet actionnable par patient	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non
Bouton d'appel	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Télévision, radio autorisées	Non ¹⁰	Non		Oui	Oui	Radio
Propre		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Décorée		Non	Non	Rare	Non	Non
Aération, chauffage correct	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Sanitaire	lavabo	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	miroir	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	WC	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	douche	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
	bouton d'appel	Oui	Oui	Oui	Non	
WC collectifs	4	5	Oui	Oui		6
Douches collectives	5	1	1	2		Non

6.2 LE NETTOYAGE DU LINGE ET L'ACCES AUX DOUCHES SONT CORRECTEMENT ORGANISES SAUF A L'USIP

Toutes les chambres comportent une salle d'eau avec une douche à l'exception de celles de l'USIP, dont les occupants n'ont accès aux douches collectives qu'entre 7h30 et 8h15.

Le linge – draps, serviettes, gants, pyjamas, sous-vêtements – est changé au moins une fois par semaine et plus souvent dès lors que c'est nécessaire, y compris la nuit sauf à l'USIP, où l'équipe de nuit n'a pas accès aux chambres ; en cas de souillure, les patients n'ont pas d'autre alternative que de rester dans leurs pyjamas et leurs draps souillés jusqu'à l'arrivée de l'équipe du matin.

PROPOSITION 15

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement indique qu'il est possible de changer le linge des patients de l'USIP la nuit depuis son ouverture en appelant la SCS qui sécurise la chambre, sans que soient précisées les modalités qui rendent nécessaires la sécurisation d'une chambre pour changer des draps souillés.

Les unités n'ont pas de lave-linge mais les patients ont la possibilité de confier leurs effets personnels, soit gratuitement à la blanchisserie du CHS, soit pour un coût modique – par exemple, 1,60 € pour une robe – à la laverie du Club psychothérapique. Les effets remis à la

¹⁰ Les MP3 sont autorisés.

buanderie doivent être marqués, ceux remis à la laverie sont placés dans des filets individuels. Les familles peuvent aussi contribuer à l'entretien du linge.

Cette laverie utilise dans le bâtiment 11B quatre machines à laver de 8 kg et quatre sèche-linge. Le lundi et le mardi est apporté le linge sale, qui est étiqueté et pour lequel un devis est établi. Le linge est rendu lavé, séché et repassé dans les unités le jeudi et le vendredi. Lors de la visite, deux patients étaient stagiaires à la laverie et recevaient un pécule.

Les unités ont des stocks plus ou moins fournis de vêtements de récupération mis à la disposition des patients indigents.

Les patients peuvent recevoir à la demande un kit hygiène avec tout le nécessaire de toilette.

En l'absence de salon de coiffure au CHS, deux solutions sont utilisées : les patients sont conduits en ville dans un salon de coiffure ou un coiffeur libéral se rend dans les unités ; la coupe est payante, à la charge du patient.

6.3 LES BIENS DU PATIENT SONT INVENTORIES, PROTEGES ET ACCESSIBLES MAIS LES MOUVEMENTS D'ARGENT NE SONT PAS TOUJOURS TRACES

Un inventaire des effets du patient est réalisé avec lui à son admission et à son départ ; il est tracé dans le dossier informatisé en renseignant la fiche « *Inventaire des effets personnels* », laquelle est contresignée par le patient lorsqu'il en a la capacité ; à défaut, elle est contresignée par un second soignant. Il n'en est pas remis de copie au patient.

Les objets qui doivent être retirés d'office ne font pas l'objet d'une liste formelle et dépendent des unités. En général, sont retirés rasoirs mécaniques, cordons d'alimentation, sèche-cheveux. Dans certaines unités, sur prescription médicale, des patients se voient aussi retirer parfums, tabac, briquets, biscuits secs et confiserie, téléphones portables ; tous ces objets sont systématiquement retirés à l'USIP.

Les effets retirés sont déposés dans des casiers individuels qui sont placés dans une armoire fermant à clé, dans un bureau de l'unité – à l'USIP chaque casier est fermé par un cadenas personnel –, sauf les objets de valeur, chèques, cartes de crédit, sommes d'argent, qui sont remis à la régie.

Afin d'appliquer les modifications du code civil¹¹, depuis le 1^{er} janvier 2020, des comptes bancaires individuels ont été ouverts à la « banque des patients » pour les soixante-dix patients suivis par le mandataire judiciaire du CHS. Ce dernier alimente ainsi régulièrement ces comptes de la régie pour permettre aux patients concernés de retirer des liquidités lorsqu'ils en ont besoin. Chaque patient concerné paie 1 € par mois pour ce service. Cette opération représente un coût annuel de quelque 900 € pour le CHS.

Les billets et les pièces sont récupérés au CMDP, Crédit mutuel de Sarreguemines, par le régisseur, qui est couvert dans ces activités par l'assurance AFCM (association française de cautionnement mutuel).

¹¹ « Le projet de loi crée un **droit au maintien des comptes bancaires** de la personne protégée (*article 5 du projet de loi - article 427 du code civil*), et met ainsi fin à la pratique des « comptes pivots » qui consiste, pour les gérants de tutelle et les associations tutélaires, à verser sur un compte unique ouvert à leur nom les avoirs de tous les majeurs dont ils assurent la protection et de percevoir les intérêts générés par ce compte. » (Ref: <https://www.senat.fr/rap/I06-212/I06-21217.html>)

Lorsque les patients vont faire des achats en ville certains magasins acceptent d'être payés au moyen de bons d'achat.

Les patients sont invités à conserver un minimum de liquidités et à remettre les sommes importantes à la régie. A l'USIP, ils ont l'obligation de déposer la totalité de leur argent à la régie ; les éventuelles dépenses à la cafétéria sont réglées *via* la banque des patients, en « argent dématérialisé ». Dans les autres unités, les patients ont la possibilité de remettre de petites sommes, variant entre 15 et 30 € selon les unités, qui sont placées dans des enveloppes nominatives lesquelles sont rangées dans leurs casiers individuels. Il n'existe pas de cahier d'enregistrement des mouvements d'argent ; ceux-ci sont en général notés directement sur les enveloppes et ne sont pas systématiquement signés par les patients ni par les soignants.

PROPOSITION 16

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement, contrairement aux informations recueillies, indique que l'argent ne circule plus dans les unités depuis 2009.

Le chef du service territorial des établissements de santé de l'ARS signale que les mouvements d'argent ont toujours constitué un problème et précise que les soignants ne doivent pas manipuler l'argent des patients quelle que soit la rigueur du registre tenu.

Les contrôleurs maintiennent leur constat et la proposition qui s'en suit.

Toutes les chambres disposent de placards fermant à clé ; dans certaines unités, les patients n'ont pas les clés « *de peur qu'ils les perdent ou qu'ils les avalent* », auquel cas les placards restent souvent ouverts. Il a été signalé aux contrôleurs des plaintes pour disparition d'effets personnels aux Lilas. Selon les déclarations faites dans les autres unités, de tels événements sont inexistantes ou très rares.

La gestion de l'argent par la régie est détaillée dans le livret d'accueil.

6.4 LA QUALITE NUTRITIVE ET GUSTATIVE DES REPAS EST JUGEE SATISFAISANTE PAR LES PATIENTS

La cuisine centrale du CHS prépare les repas pour le CHS et pour l'hôpital général, selon le principe de la liaison froide. A l'admission, le patient est invité à préciser ses régimes, allergies, aversions, préférences notamment liées à la pratique d'une religion. Ainsi, un « *profil alimentaire du patient* » est élaboré dans le logiciel de prise de commande des repas ; il peut être modifié à tout moment.

Des menus sont élaborés selon un cycle de cinq semaines qui est modifié à chaque saison. Les repas sont préparés trois jours à l'avance par la cuisine, qui les conserve au froid puis les livre dans les unités, où ils sont remis en chauffage avant l'heure du repas. Les repas « normaux » sont présentés dans des barquettes contenant quatre parts ou plus en fonction des besoins de l'unité ; les menus spéciaux sont placés dans des barquettes individuelles comportant le nom du patient concerné. Des repas « hors du commun » sont organisés à l'occasion des principales fêtes : Pâques, 14 juillet, Noël, Nouvel An, etc. Chaque unité peut commander à la cuisine des denrées particulières à l'occasion de la tenue d'ateliers pâtisserie, de pique-niques ou pour améliorer des assaisonnements.

Du pain frais est fourni pour le petit-déjeuner. Le dimanche, il est servi des brioches.

Les menus de la semaine sont affichés dans les unités.

Le petit-déjeuner est servi entre 8h et 8h30, le déjeuner à midi et le dîner à 18h30. Le personnel soignant ne participe aux repas aux côtés des patients qu'exceptionnellement, par exemple, l'été, une ou deux fois par an aux Acacias, lorsque le four à pizzas installé à l'extérieur est utilisé mais également à l'occasion d'un repas amélioré organisé tous les ans au mois de décembre.

Le goûter n'est pas systématique « *car les patients peuvent se rendre à la cafétéria* » ; en général, il est proposé aux patients âgés et à ceux qui ne sont pas autorisés à sortir de l'unité ou qui n'ont pas de ressources ; il n'est pas proposé à l'USIP. Certaines unités, dont l'USIP, ne proposent pas de tisane en fin de soirée ; aux Glycines, des boissons chaudes ou froides sont distribuées à la demande tout au long de la journée.

Dans certaines unités, comme par exemple les Lilas ou les Acacias, les patients ont la possibilité de conserver dans leur chambre des denrées non périssables telles que biscuits ou boissons ; à l'USIP, de telles consommations ne sont pas autorisées.

Les familles ne sont pas autorisées à partager le repas des patients.

Parfois, les salles à manger sont joliment décorées, comme par exemple aux Acacias, où la décoration change en fonction des saisons ; au moment de la visite, le thème était le carnaval, avec des guirlandes et des masques accrochés sur les murs.

En général, les patients se placent librement même si parfois les soignants les accompagnent pour s'assurer des affinités et éviter des conflits au cours des repas. La nourriture est servie dans des assiettes, avec des couverts en métal et des verres en verre. Sauf exceptions dûment justifiées par une prescription médicale, les repas ne peuvent pas être pris en chambre.

Les contrôleurs n'ont reçu aucune doléance sur la qualité des repas, ce que confirment les retours des questionnaires de sortie.

6.5 LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION COLLECTIVE AU SEIN DES UNITES

Dans les unités de niveau 1, le sujet de la sexualité des patients n'est pas un tabou et tous les soignants y ont été confrontés. Dans la plupart des unités, les situations qui se présentent font l'objet d'une concertation au cas par cas. Globalement, les soignants visent à préserver les personnes vulnérables des éventuels prédateurs. Dans certaines unités, les relations sexuelles sont considérées comme interdites, et dans la plupart des autres, possibles sous réserve du consentement des patients.

Les patientes ne font pas l'objet d'un suivi ou d'une information systématique sur la contraception.

Les réflexions du comité d'éthique de 2017 sont inconnues des soignants.

Dans l'unité de niveau 2, l'USIP, le sujet n'est pas traité au double motif que les patients sont tous des hommes et que les soignants le sont également. La présence de personnel féminin est apparue comme un risque à éviter. Si les soignants affirment ne pas avoir eu connaissance de relations homosexuelles, ils considèrent qu'elles ne sont pas pour autant impossibles.

Les pharmacies d'aucune unité ne sont dotées de préservatifs. Ceux-ci sont en vente à la cafétéria.

RECOMMANDATION 14

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement évoque des comptes-rendus disponibles sur les fichiers communs des ordinateurs des agents, et leur lecture bientôt possible dans l'intranet, sans précision sur le délai.

Le chef du service territorial des établissements de santé de l'ARS évoque une piste d'action du PTSM sous la forme d'une réflexion départementale à mener avec les autres CHS et le secteur médico-social et d'une possible mobilisation de la coordination départementale éducation en santé sexuelle et reproductive déjà active associant la PMI, le département, la délégation aux droits des femmes et la médecine scolaire.

7. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES

7.1 LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE EN URGENCE EST GARANTIE PAR UNE PRESENCE INFIRMIERE SPECIALISEE ET UNE EQUIPE MEDICALE STABLE

Aux urgences du CH Robert Pax, les contrôleurs ont rencontré un médecin urgentiste et un infirmier spécialisé qui était encore récemment en poste au CH Marie Madeleine à Forbach.

Le CHS met à disposition des deux CH du personnel infirmier volontaire et expérimenté en psychiatrie, à raison de :

- au CH Robert Pax, 5 ETP, occupés par deux hommes et trois femmes ;
- au CH Marie Madeleine, 3 ETP.

Leur présence est organisée le matin (6h30-14h30), l'après-midi (14h-22h), la nuit (21h40-6h30) du lundi au dimanche. La diminution des ressources du CH Robert Pax (de 6,5 ETP à l'origine pour couvrir 24h/24h à 5 ETP) a engendré la définition d'une priorité – la présence d'un IDE l'après-midi et la nuit, avec pour corollaire une moindre présence le matin. En mars 2020, seules trois matinées étaient couvertes ; lors de la visite des contrôleurs le 4 mars 2020, aucune présence infirmière n'était assurée le matin.

Les IDE du CHS portent la blouse du CH où ils exercent. Ils ont accès à la fois aux logiciels du CH et du CHS. Ils sont particulièrement bien intégrés à l'activité du service des urgences, à laquelle ils participent et où ils disposent d'un bureau réservé. Ils vont au-devant des situations susceptibles de relever de la psychiatrie et contribuent au diagnostic différentiel en lien avec les médecins urgentistes. Il leur est toujours possible de joindre un des psychiatres du CHS, qui se déplace, le cas échéant, y compris à Forbach.

Selon les propos rapportés, les patients se présentent souvent seuls, conduits par les pompiers, à la suite d'une ingestion médicamenteuse volontaire.

Une fois la cause psychiatrique identifiée, l'IDE :

- conduit un entretien infirmier se concluant par la remise d'une plaquette de présentation du CMP afin d'induire la prise de rendez-vous avec un psychiatre. L'insuffisance de la présence des médecins en extra hospitalier ne permet plus d'en obtenir un à brève échéance ;
- participe à l'orientation vers le CHS en SL, cas le plus fréquent, car le consentement aux soins est prioritairement recherché ;
- participe à l'admission en SSC, quasi exclusivement en SDDE. Une seule situation clinique a nécessité la mise en place d'une mesure de SPDRE au cours des deux mois précédents la visite du CGLPL. L'IDE procède à la recherche d'un tiers, au besoin en consultant les précédents dossiers informatisés d'hospitalisation ; cependant les situations sociales et les parcours de vie rendent cette étape peu fructueuse si bien qu'*« on fait des SPI, des SDT/U, mais on a du mal à faire des SDT complets »*.

Trois PH étant présents en permanence aux urgences, il y en a toujours un disponible pour rédiger le premier certificat en s'appuyant sur les observations de l'IDE. La rédaction ne soulève pas de difficulté, compte tenu de leur formation.

Dès que la procédure de SSC est engagée par l'urgentiste, le psychiatre du secteur ou de garde au CHS (en fonction des horaires) en est informé *via* la SCS, qui identifie un lit dans une unité de secteur, en priorité celle correspondant à l'adresse de résidence du patient. Le 9 mars 2020 dans

l'après-midi, chaque pavillon de secteur offrait un lit disponible immédiatement, mais sans capacité de choix entre les espaces ouvert ou fermé de l'unité.

Le transfert est organisé par le CH, en ambulance, avec deux ambulanciers dont un chauffeur. Le patient est transporté couché. En cas d'agitation seulement, des contentions peuvent être posées : il s'agit le plus souvent de quatre points attachés au brancard, la sangle ventrale étant rare. L'injection médicamenteuse en vue de calmer le patient n'est envisagée, encore plus que la contention, que comme un ultime recours en cas d'agitation extrême. La population du secteur de Forbach est décrite comme plus difficile que celle des autres secteurs en raison de l'histoire sociale locale et du poids actuel de la toxicomanie. A la contention et à l'injection sont toutefois préférés des modes de « pacification » : il est par exemple arrivé à un soignant d'accompagner le transfert en ambulance depuis Forbach pour éviter l'usage des contentions.

Le personnel du CHS placé aux urgences des CH a bénéficié de la formation OMEGA. Un IDE est aussi formateur en gestes et soins d'urgence (GSU). En revanche, même s'ils témoignent d'une bonne connaissance des différents cas de SSC et des obligations afférentes, ils n'ont reçu aucune formation spécifique (Cf. *supra* § 2.3.3).

Eu égard à la disponibilité de lits, des hospitalisations sont aussi organisées en SL directement par les médecins des CMP, sans délai notable, y compris lorsqu'une personne se présente pour la première fois dans le CMP comme ce fut le cas lors de la visite.

7.2 LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE EST INSUFFISANTE LE JOUR ET INTERROMPUE LA NUIT A L'USIP

7.2.1 L'accueil

Dans toutes les unités, l'accueil du patient relève de la responsabilité dans un premier temps d'un IDE, puis d'un médecin psychiatre qui assure une consultation en se faisant généralement accompagner par un IDE. En dehors du temps de présence du ou d'un des psychiatres de l'unité, le psychiatre de garde intervient (Cf. *infra* § 7.2.2). La présence médicale est mobilisable *via* le SCS pour prendre en charge les admissions.

La désignation de la chambre résulte à la fois de la clinique et de la disponibilité des lits.

Des explications sont données sur le cadre juridique du SSC. Les soignants sont aidés en cela par le « *kit accueil des patients hospitalisés* », décliné pour les unités de secteur et l'USIP. Outre le livret d'accueil, il oblige à remettre une fiche d'information particularisée soit aux patients en SDDE, soit à ceux en SDRE, présentant la procédure et énonçant les droits, complétée par une fiche attestant de l'information donnée et à remettre au service des admissions (Cf. *supra* § 3.1.1).

En revanche, l'identité du tiers demandeur de l'hospitalisation en SCC n'est pas communiquée aux patients dans toutes les unités¹² : les contrôleurs ont relevé que c'est fait aux Lilas, mais pas aux Mimosas, par exemple.

Un inventaire contradictoire des effets personnels est dressé, sur papier, contresigné par un soignant et le patient, puis numérisé afin d'être joint au dossier patient informatisé (DPI). Aucune copie n'est remise au patient mais le document peut être imprimé à la demande. Les objets retirés systématiquement à l'entrée varient selon que le patient est hospitalisé en unité de

¹² L'USIP n'accueillant que des patients en SDRE, il n'y a jamais de tiers.

secteur ou à l'USIP. Au sein des unités de secteur, une différence existe entre les espaces fermés et ceux ouverts, et également entre une CI et une chambre d'hospitalisation (*Cf. supra* § 6.3).

L'examen somatique à réaliser dans les 24 heures de l'hospitalisation a souvent pu être réalisé aux urgences, à des fins de diagnostic différentiel, quand la personne en provient. Dans le cas contraire, un somaticien du CH Robert Pax peut être appelé à intervenir par son confrère psychiatre du CHS, ou alors un des médecins généralistes du CHS intervient le lendemain ou surlendemain, lorsqu'il y en a (*Cf. infra* § 7.4). Mais trop souvent, c'est le psychiatre de l'unité qui réalise l'examen somatique en même temps qu'il réalise l'examen psychiatrique, complété, le cas échéant, par un bilan sanguin et un électrocardiogramme (ECG) réalisés dans l'unité par les soignants ou par tout autre examen utile réalisé au CH Robert Pax. Malgré la fréquence du recours à l'ECG dans certaines unités, aucune des unités visitées ne disposait d'un électrocardiographe à poste fixe : les soignants récupèrent en tant que de besoin un appareil à la SCS, même pour les patients de l'USIP.

Ensuite, le patient est rencontré systématiquement par un médecin psychiatre avant qu'il rédige les certificats médicaux des 24 et 72 heures, la ligne de garde (*Cf. infra* § 7.2.2) facilitant la rédaction desdits certificats par des médecins différents successivement dans le cas de SDT/U et SPI.

Les observations du patient face à la poursuite des SSC au sens de l'alinéa 2 de l'article L. 3211-3 du CSP ne sont pas formellement recueillies – mêmes si les médecins témoignent qu'ils étaient leur évaluation clinique dessus –, seule la recherche du consentement aux soins étant attestée en cochant une des trois cases du DPI : *obtenu – refusé – impossible* (le patient n'est pas dans un état lui permettant de l'exprimer).

PROPOSITION 17

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement indique que la communauté médicale travaille sur ce sujet avec le département d'information médicale afin de trouver une solution appropriée à ce problème.

7.2.2 L'organisation des soins psychiatriques

Le projet médical 2016-2020 et le projet de soins, daté de décembre 2013, existent mais n'ont pas encore été actualisés, notamment pour tenir compte de la fusion des secteurs en deux pôles. Malgré les vacances de postes de psychiatres (*Cf. supra* §. 2.3.1), dans toutes les unités le médecin référent du patient est bien identifié par les soignants et par les patients, même si la présence médicale psychiatrique est variable selon les pavillons : elle est quotidienne, du lundi au vendredi dans la plupart des unités de secteur, elle est parfois assurée par trois médecins différents. A l'USIP, il s'agit d'un seul intervenant, présent dans l'unité le matin.

La permanence médicale est organisée, de jour et de nuit, par une double ligne de garde, qui associe un interne en psychiatrie et un PH psychiatre, auquel s'ajoute un PH psychiatre pour l'isolement et la contention (ce dernier les fins de semaine exclusivement).

Les patients sont vus par le psychiatre *a minima* une fois par semaine, souvent deux fois, et plus en fonction des besoins et notamment pendant les phases sensibles de l'hospitalisation (post-admission, modification du traitement, crise, etc.), ce dans toutes les unités de secteur et l'USIP. Les entretiens médicaux associent généralement un IDE.

La continuité de la prise en charge médicale s'illustre aussi à travers :

- le déplacement dans l'unité d'hospitalisation du médecin référent à raison de la sectorisation, lorsque le patient n'a pas pu être hospitalisé conformément à cette dernière faute de lit adapté disponible sur-le-champ ;
- la cohabitation d'un espace ouvert et d'un espace fermé, voire également d'un espace dépendance, au sein d'une même unité, conçue pour ne pas faire dépendre le médecin-référent de l'état clinique du patient ou du statut juridique du soin.

La présence soignante est formée majoritairement d'IDE (Cf. *supra* 2.3.2). Il n'existe d'infirmier référent par patient dans aucune unité. Des entretiens sont réalisés par les IDE – qui y ont été formés pour la plupart – mais trop souvent sans formalisme : ils se déroulent parfois dans un coin de salle collective.

Si le besoin d'un acte infirmier se présente la nuit à l'USIP, l'interdiction faite aux soignants d'ouvrir les portes des chambres l'empêche, qu'il soit psychiatrique ou somatique, sauf urgence vitale conduisant à solliciter l'équipe de sécurité – Cf. *supra* § 5.2. De ce fait, à l'USIP, service de soins de niveau 2 où le soin est dit « intensif », les soins s'arrêtent de 20h45 (coucher et fermeture des portes des chambres) à 7h30 (lever et ouverture des portes), une discussion derrière un hublot de porte depuis le couloir ne pouvant s'assimiler à une prise en charge psychiatrique soignante.

De la même façon, la présence de deux soignants seulement la nuit dans certaines unités comme La Roseraie (un espace fermé, un espace ouvert, un espace dépendance, deux CI, sur deux niveaux) ou Les Lilas (un espace fermé, un espace ouvert, deux CI, sur deux niveaux) interrogent sur la capacité à prodiguer des soins au-delà du travail de surveillance.

RECOMMANDATION 15

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement précise que les soignants peuvent entrer en contact avec les patients en permanence et à chaque fois que nécessaire, depuis l'ouverture de l'USIP.

Eu égard aux éléments concernant les pratiques recueillies par les contrôleurs, particulièrement à l'USIP, le CGLPL entend maintenir la recommandation.

Un projet de soins individualisé a été identifié dans la majorité des unités, parfois simplement par témoignage des patients qui connaissent les soins qui leur sont prodigués et les étapes qui les accompagnent.

Les réunions de transmission infirmières, ou « relèves », sont assurées partout. Il s'agit du seul temps d'échange autour de la situation des patients, en balayant des dernières observations des professionnels sur les patients, pendant trente minutes. Aux Glycines, la même réunion dure une heure et le médecin, absent, est joignable par téléphone en cas de question de l'équipe.

Dans les unités de secteur, il existe une réunion clinique, hebdomadaire ou bimensuelle, associant l'équipe de l'intra hospitalier au complet (dont un médecin, une assistante sociale et parfois d'autres intervenants) et celle de l'extra hospitalier représentée par au moins un agent. A l'USIP, une telle réunion n'existe pas ; seule une réunion clinique à venir a été signalée aux contrôleurs, n'associant que des médecins du pôle dangerosité/addictologie, à l'échelle de ce pôle et à l'initiative d'une jeune recrue. Il s'agit pourtant d'un temps d'élaboration et de réflexion collective et pluriprofessionnelle du projet de soins, au bénéfice du patient, permettant de trancher des désaccords dans l'équipe et au médecin d'exposer la stratégie de soins.

Une réunion soignants-soignés est organisée de façon régulière dans certaines unités (par exemple Les Lilas, animée par un psychologue, tous les lundis). A La Roseraie, tous les lundis matin, un psychologue anime une réunion des usagers, à laquelle tous les patients sont conviés ; chacun s'exprime librement sur tous les sujets. Dans d'autres unités de secteur, cela n'existe pas. A l'USIP, cette possibilité est exclue depuis toujours, les soignants la refusant.

Les activités thérapeutiques, sur prescription, sont partout utilisées, le PRPS étant au service de l'ensemble du site et le statut juridique de l'admission n'en limitant pas l'accès, où qu'elles soient organisées. L'USIP se démarque sur ce point important : seule une activité sportive est proposée, dans l'enceinte Cabanis, conduite par des soignants dédiés à cette mission au sein du pôle dangerosité/addictologie (Cf. *infra* §. 7.3).

Des psychologues sont présents dans les unités, selon des quotités variables (Cf. *supra* 2.3.2) ; à l'USIP la psychologue n'intervient qu'une demi-journée par semaine sans coordination avec l'équipe soignante ni le médecin, et sans que cette situation trouve une justification acceptable.

PROPOSITION 18

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement évoque « *des activités encouragées, coordonnées et adaptées aux besoins de chaque patient* ».

La préparation de la sortie est travaillée en équipe, en utilisant les différents types de permissions ainsi que les programmes de soins, en pouvant s'appuyer sur des accueils familiaux et des appartements thérapeutiques, dont ceux aménagés sur le site du CHS gérés par le Club psychothérapique.

Les contrôleurs ont noté que le tiers à l'origine de l'hospitalisation en SSC n'est pas informé de la sortie. De manière générale, la famille et l'environnement proche ne sont pas toujours associés aux soins, sauf exceptions.

Par ailleurs, aucun groupe d'entraide mutuelle (GEM) n'a été mis en avant par les équipes de l'intra hospitalier, sauf à signaler la participation – révolue – d'un patient de l'USIP à un programme d'entendeurs de voix en lien avec le PRPS.

Il est possible de changer de médecin référent pendant l'hospitalisation dans toutes les unités, après discussion de la demande en équipe soignante. Plus encore, certains médecins ont indiqué prendre eux-mêmes cette initiative en lien avec le patient. Cela est facilité par l'intervention de plusieurs praticiens mais ce changement est de ce fait impossible à l'USIP.

7.2.3 L'accès au traitement

La pharmacie du CHS est gérée par : 1,6 ETP de PH en pharmacie au lieu de 2 et une assistante spécialiste afin de compenser le 0,4 ETP manquant ; 3,2 ETP de préparateurs en pharmacie ; 1 ETP de secrétaire administratif ; environ 100 heures de travail annuel d'un cadre de santé sont exclusivement consacrées aux pansements.

Les achats sont centralisés par le GHT Moselle-Est, mais la centralisation d'achats pharmaceutiques préexistait à ce dernier, le GHT n'ayant pas modifié fondamentalement le fonctionnement antérieur.

Les locaux de la pharmacie sont étroits et leur aménagement est obsolète et muséal : il manque à la fois de la superficie, notamment pour les bureaux, mais aussi de l'ergonomie et de la sécurité, les armoires de stockage datant des années 1950 vraisemblablement, l'armoire forte à stupéfiants se trouvant au centre de la pièce principale, les palettes ne pouvant être réceptionnées correctement, la dispensation nominative se réalisant dans de mauvaises conditions. Selon les informations recueillies, aucun projet de travaux n'a été validé à ce jour, malgré les recommandations faites en ce sens à la suite de contrôles institutionnels.

Aucun logiciel-métier autre qu'un logiciel de gestion des stocks n'est utilisé par l'équipe.

Sauf quelques exceptions délivrées de façon nominative (injections retard, stupéfiants, antibiotiques, Clozapine[®]), les médicaments sont récupérés par les soignants des unités à la pharmacie une fois par semaine, en vrac dans des caisses, sont rangés par eux dans les pharmacies des unités puis retraités avant dispensation, au risque de multiplier les erreurs (Cf. *supra* § 3.2.2). Les pharmacies dans les unités bénéficient d'une dotation de spécialités, et les soignants peuvent venir faire un réassort à la pharmacie chaque jour jusque dans l'après-midi. Du fait de la livraison hebdomadaire seulement, du renouvellement tant des patients que de leurs traitements, ces pharmacies disposent en fait d'un stock peu contrôlable de nature à pourvoir à certaines prescriptions « si besoin ».

La prise des traitements par voie buccale est dans tous les cas privilégiée.

La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) ne s'est pas réunie en 2018 ni en 2019, en l'absence de participation médicale. Une COMEDIMS était convoquée en mars 2020. Le pharmacien avait l'intention d'alerter la communauté médicale sur le prix prohibitif d'un nouvel antidépresseur et de communiquer sur la diminution constatée du prix de journée.

Deux évaluations des pratiques professionnelles (EPP) sont pilotées par un pharmacien depuis novembre 2018, l'une relative à la surveillance cardiologique des patients sous neuroleptiques, l'autre à la conformité de la prescription de Ceftriaxone[®], Cefotaxime[®], Piperacilline[®]/Tazobactam[®]. Une troisième EPP proposée par un pharmacien, relative à la pertinence de la prescription médicale des inhibiteurs de la pompe à proton (IPP), n'a pas mobilisé le corps médical et reste en attente de validation.

Le syndrome métabolique lié à la prise de neuroleptiques n'est étudié ni à l'échelle du CHS ni des unités d'hospitalisation. Si le suivi individuel existe, étayé depuis 2018 par l'intervention d'une diététicienne, il n'existe pas d'analyse globale.

En dehors de statistiques liées à l'évolution des prix ou des quantités de médicaments livrés aux unités, la pharmacie ne dispose pas d'analyse des prescriptions médicamenteuses de nature à conduire une politique du médicament au CHS.

RECOMMANDATION 16

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement explique avoir déposé un projet de modernisation auprès de l'ARS Grand-Est, dans le cadre du programme « investir pour l'avenir », en mars 2020.

A défaut de réunions institutionnelles régulières, l'équipe de la pharmacie est à la disposition des médecins pour les éclairer sur les prescriptions, soit par téléphone, soit par le biais de messages dans le logiciel Cortexte, à la demande des psychiatres ou sur initiative des pharmaciens, 24h/24 à l'occasion d'une astreinte qu'ils assurent.

Face à la pénurie de médecins somaticiens, les pharmaciens veillent particulièrement aux prescriptions pour des pathologies somatiques (exemple : cardio-vasculaires) et alertent le psychiatre en l'incitant à une consultation spécialisée. Les échanges sont appréciés ; tant les médecins que l'équipe de la pharmacie en témoignent : « *Il ne faut pas attendre trois heures pour avoir une réaction du pharmacien lorsque des médicaments ne sont pas compatibles ou lorsqu'une dose maximale a été dépassée !* ». Chaque unité a en outre désigné en son sein un infirmier référent pour la pharmacie.

Un ralentissement psychomoteur n'a été observé que chez quelques patients, de façon distincte à l'USIP, et sans empêcher leur expression. Les contrôleurs ont observé des disparités fortes dans les prescriptions entre les unités : les neuroleptiques à action prolongée (NAP) sont encore largement prescrits quoiqu'en diminution ; les neuroleptiques de seconde génération ne sont prescrits fréquemment que dans les unités Les Lilas et Les Mimosas¹³. Au cours de la visite, la réflexion d'un praticien a porté sur la légitimité de prescrire aujourd'hui des antipsychotiques de première génération, alors que des publications internationales de bonnes pratiques recommandent l'utilisation en première intention de ceux de seconde génération, mieux tolérés. Les prescriptions apparaissent ainsi avant tout dépendantes des médecins et non de la clinique.

En dehors des explications données individuellement par les médecins quant au traitement prescrit, les patients hospitalisés ne bénéficient pas d'actions d'éducation thérapeutique liées aux médicaments : le seul programme conduit par la pharmacie, concernant les effets secondaires et les classes thérapeutiques des médicaments, l'est exclusivement dans les CMP ; le rapport d'activité des soins infirmiers pour l'année 2018 n'en rapporte qu'à l'UMD et en ambulatoire.

Des actions d'éducation thérapeutique liées aux médicaments peuvent utilement être menées auprès des patients de toutes les unités d'hospitalisation à temps plein.

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement indique que ces actions sont en cours. Il évoque des actions de formation des personnels conduites pour inscrire ces pratiques dans la durée.

¹³ Courant 2019, trente-neuf patients ont reçu au moins une dispensation de Clozapine© aux Lilas et aux Mimosas ; contre seulement trois à l'USIP, trente et un à La Roseraie, Tilleuls, Lierres A, Acacias, Glycines, Lierre C, Opaline, huit à l'USLD.

Le chef du service territorial des établissements de santé de l'ARS rappelle le diagnostic du PTSM qui propose une éducation à l'observance, au respect des posologies, à l'attention portée sur les effets secondaires, une place pour des aidants identifiés, une réflexion à mener dans le département avec les autres CHS en lien avec les représentants des pharmaciens.

Il évoque également une piste d'action du PTSM : le développement de la psychoéducation et la formalisation et l'autorisation de programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) en CHS, incluant l'unité pour malade difficile (UMD).

La dispensation des traitements aux patients s'effectue majoritairement dans les salles à manger, sauf à signaler le cas de secteurs fermés où le traitement est dispensé dans une salle de soins dont la porte est refermée derrière chaque patient entré. Dans les salles à manger, la distribution se fait le plus souvent individuellement à table ou en s'approchant du chariot positionné au milieu de la salle, sans la confidentialité assurant la dignité du soin ni la possibilité de s'exprimer. Il a en revanche été noté à l'USIP que le chariot est positionné dans le couloir devant la salle à manger et que les patients, déjà assis à table, se lèvent un par un à l'appel de leur nom pour s'approcher du chariot ; éloignés de l'ouïe des autres patients, ils disposent en outre de tout le temps nécessaire à l'absorption de leur prescription, même si on constate aussi défavorablement l'absence de chaises dans ce couloir.

RECOMMANDATION 17

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement indique une amélioration continue de l'établissement dans ses modalités de distribution des médicaments en raison d'un renouvellement des équipements, adaptés aux préconisations de la HAS.

Le chef du service territorial des établissements de santé de l'ARS indique que cette dernière veillera à ce que l'établissement mène une réflexion en équipe afin revoir les modalités de dispensation des médicaments en conjuguant sécurité et respect de la dignité du patient.

7.3 LES ACTIVITES SONT DIRIGÉES PAR DES SOIGNANTS IMPLIQUÉS

Dans les unités de niveau 1, le distinguo entre activités occupationnelles et thérapeutiques pourrait être opéré entre les activités prescrites, qui se déroulent dans les locaux du pôle de réhabilitation psychosociale (PRPS), et celles non prescrites, organisées au sein des unités par le personnel soignant. La prescription a en réalité pour finalité de permettre au PRPS de planifier les convocations des patients, dont certains doivent être accompagnés.

Le constat global est que les activités sont nombreuses et que les soignants s'y investissent dans les unités, dans des activités planifiées comme dans celles qui sont spontanées, comme au sein du PRPS.

Le PRPS compte cinquante-cinq agents en intra hospitalier travaillant au profit de l'UMD et des autres unités. Il s'appuie sur le Club psychothérapique, association conventionnée avec le CHS et dont le gérant est un membre du personnel. Il gère notamment la cafétéria, ouverte du lundi au lundi, et la « laverie des patients ». Deux à trois patients participent à la vie de chacune de ces structures et perçoivent un pécule.

Dans le bâtiment 11B, le PRPS anime un atelier de poterie dont les produits sont vendus lors de la fête annuelle, une salle Snoezelen (une autre salle est implantée dans le bâtiment Canopée), une salle pour la sophrologie (un IDE formé dirige les séances), deux salles d'ergothérapie, une bibliothèque recevant mensuellement une centaine d'ouvrages nouveaux, prêtés par la médiathèque de Sarreguemines, une salle d'écoute musicale et de relaxation.

Le PRPS organise des manifestations festives tout au long de l'année avec en 2020 des rendez-vous auxquels participent les patients des différentes unités : 21 février, le carnaval ; 3 avril, le « quizz musical » ; 13 mai, la rencontre avec le conservatoire de musique de Sarreguemines ; 19 juin, la fête de la musique ; du 27 au 29 décembre, le marché de Noël organisé dans l'enceinte du CHS (vingt-deux chalets tenus par des patients du CHS des unités et des CMP proposent à la vente des objets confectionnés par les patients) et les journées portes ouvertes.

En matière de sport, le PRPS compte huit agents, quatre pour l'UMD et l'USIP, et quatre pour les autres unités. Ils encadrent le sport dans le gymnase, sur les terrains de sport ou dans les unités. Le jeudi matin, la séance de zumba réunit régulièrement de vingt à quarante patients. Les activités sportives sont organisées par niveau ; par exemple les personnes dépendantes pratiquent la zumba assises.

Le gymnase est équipé de deux murs d'escalade, d'un terrain de handball avec différents tracés au sol, un bassin de natation de rééducation, deux salles de balnéothérapie comportant chacune une baignoire trèfle d'hydromassage, une grande salle de kinésithérapie et une salle de musculation. A proximité du gymnase, sont disponibles un terrain de football en herbe entouré d'un anneau de vitesse et deux courts de tennis.

Dans les unités, les salles sont nombreuses, les activités ne font pas l'objet de prescriptions car les entrées sont libres. Les soignants sont attentifs à faire participer les patients. Les contrôleurs ont constaté que les patients oisifs dans les unités étaient les personnes dépendantes ou celles qui ne voulaient pas participer à des activités, ou encore celles qui n'étaient pas autorisées à sortir des espaces fermés – Cf. *supra* § 5.1 – dans lesquels aucune activité n'est planifiée.

7.4 LES SOINS SOMATIQUES SONT ASSURES PAR LES PSYCHIATRES ET LES INTERNES DU CHS, SAUF LORSQUE CES SOINS SONT SPECIALISES

Malgré sa conscience du problème et ses démarches, le CHS ne parvient pas à recruter de médecins somaticiens généralistes (Cf. *supra* § 2.3.1). Leur activité dans les unités d'hospitalisation se présente comme « hachée et sans suivi ». Aux Lilas, à La Roseraie, comme à l'USIP, ils n'y interviennent quasiment pas, leurs interventions étant priorisées dans les unités de polyhandicaps et de soins de longue durée. Ils peuvent toutefois être appelés par leurs confrères psychiatres des autres unités, ce qui est le cas ponctuellement.

Lorsque l'admission suit un passage aux urgences, un bilan somatique y a été réalisé, complété, le cas échéant, au CHS par un interne ou un psychiatre. Lorsque le patient arrive de l'extérieur, le bilan somatique est réalisé au CHS par ces mêmes ressources, en sus de l'évaluation psychiatrique.

Il en est de même pour la surveillance médicale des mesures d'isolement ou de contention, entièrement assurée par les médecins psychiatres, qui effectuent une astreinte spécifique à cette activité les samedis et dimanches.

De manière généralisée à toute l'hospitalisation, les soins somatiques sont pris en charge en première intention par les psychiatres et les internes, au détriment du développement de la

compétence de ces derniers en psychiatrie et au détriment de la disponibilité des premiers pour leur spécialité, ainsi qu'au détriment de la confiance des patients de se plaindre des conséquences somatiques au psychiatre qui a décidé la mesure. La ligne de garde dédiée aux internes est aisément activée par les soignants pour des besoins somatiques, de jour comme de nuit.

Une recommandation est rédigée dans le § 2.3.1 *supra* sur le besoin en médecins.

Pour tout acte d'investigation nécessaire – biologie, radiologie, etc., hors les ECG et bilans sanguins réalisés dans les unités – des rendez-vous sont pris au CH Robert Pax sur prescription du psychiatre, sans difficulté de transport ni de délai (sauf pour l'imagerie à résonance magnétique - IRM).

A défaut de généralistes, le CHS offre dans le bâtiment nommé Bloc Régis des consultations spécialisées par :

- un dentiste¹⁴ (424 rendez-vous honorés en 2019, outre quatre patients vus directement dans les unités faute de mobilité et 102 patients des unités de polyhandicap et des Myosotis vus pour simple contrôle) ;
- un ophtalmologue (91 rendez-vous) ;
- un cardiologue (126 rendez-vous et 1 382 ECG interprétés) ;
- ainsi que, directement dans les unités, d'un neurologue (à raison d'une demande par semaine).

Les autres consultations spécialisées, comme celles qui concernent la gynécologie, sont réalisées au CH Robert Pax.

Des professions paramédicales interviennent aussi au CHS sur prescription médicale, au Bloc Régis ou dans les unités selon la nature des interventions et la situation des patients, pour assurer des soins en pédicure (236 rendez-vous honorés en 2019), kinésithérapie (986 patients hospitalisés pris en charge en 2019 dont un seul patient de l'USIP pour 45 545 actes de masso-kinésithérapie (AMK), 98 patients pris en charge en balnéothérapie), diététique (317 rendez-vous honorés en 2019, dont un seul patient de l'USIP, hors UMD) et pour fournir le matériel d'optique prescrit par l'ophtalmologue (25 rendez-vous avec un opticien).

Des actions d'éducatives à la santé ont été relevées dans certaines unités, conduites par des étudiants en soins infirmiers, concernant le tabac, le lavage des mains ou encore le diabète. Aucune n'a été relevée à l'USIP.

Si l'hospitalisation pour motif somatique d'un patient du CHS est nécessaire, un protocole permet d'adapter l'accompagnement soignant : un patient de l'USIP est systématiquement accompagné par deux soignants ; un patient d'une unité de secteur est accompagné par un ou deux soignants ou n'est pas accompagné selon le certificat médical mais un patient en SSC est toujours accompagné. La SCS est chargé de la coordination ; les difficultés, rares, sont liées à des hospitalisations concomitantes ou à une hospitalisation à Metz (Moselle) ou Nancy (Meurthe-et-Moselle).

¹⁴ Lors de la visite du CGLPL, en raison de prélèvements bactériologiques positifs dans le cabinet dentaire du Bloc Régis, les soins dentaires étaient tous assurés dans le cabinet dentaire de l'UMD, pour tous les patients.

8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

8.1 LES CONDITIONS MATERIELLES D'ISOLEMENT OU DE CONTENTION SONT ENCORE ENTACHEES PAR DES EQUIPEMENTS INADAPTES

8.1.1 Les chambres d'isolement

L'établissement¹⁵ dispose de onze chambres d'isolement ou CI (*Cf. supra* § 2.1.4).

A l'USIP, la conception sécuritaire, mobilière et immobilière, des quinze chambres d'hospitalisation entraîne en pratique une assimilation de ces chambres à des CI¹⁶. Si les contrôleurs partagent le constat du caractère atypique de l'unité, ils critiquent l'aménagement des chambres d'hospitalisation quasiment identique à celui des CI (*Cf. supra* § 6.1).

Aucun espace d'apaisement n'a encore été aménagé, dans aucune unité. Les deux chambres dites de repos et d'observation situées au rez-de-chaussée de l'unité Les Mimosas n'en sont pas (*Cf. supra* § 2.1.4) car elles ne correspondent aux normes de la Haute autorité de santé (HAS)¹⁷.

Les CI ont toutes été visitées en bon état de fonctionnement et de propreté.

Situées au rez-de-chaussée des pavillons, généralement à proximité du bureau infirmiers (sauf la nuit aux Mimosas, le bureau de veille étant situé à l'étage), elles ont fait l'objet d'aménagements récents et sont précédées d'un sas dans lequel des placards permettent de ranger les effets personnels des patients. La porte entre le couloir et le sas est parfois percée d'un oculus (cas des Lilas). Certaines ont une double entrée (USIP), la plupart non.

Une salle d'eau entièrement équipée (lavabo, douche, WC), commune à deux CI, est accessible depuis le sas. A l'USIP, une salle d'eau comprenant lavabo et WC est attenante à chaque CI derrière une porte et complétée par un local de douche commun ; une serviette et un gant de toilette sont mis à disposition du patient dans la chambre. La porte de la salle d'eau est parfois percée d'un oculus (USIP par exemple, mais pas aux Mimosas). Les douches comportent toujours un flexible, les lavabos sont généralement surmontés d'un miroir, complétés d'une tablette, de patères et d'une chaise (sauf aux Mimosas).

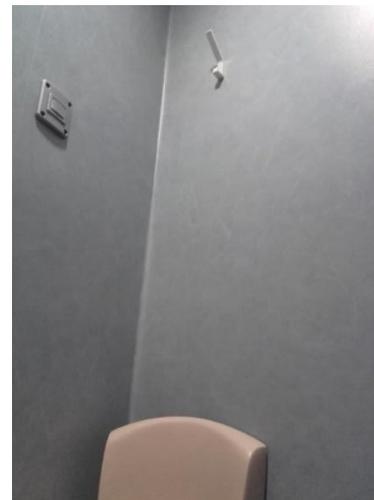
¹⁵ Dans les six unités visitées, qui ne comprennent pas l'UMD.

¹⁶ Les chambres d'isolement (CI) sont aussi dénommées « chambres de soins intensifs » (CSI).

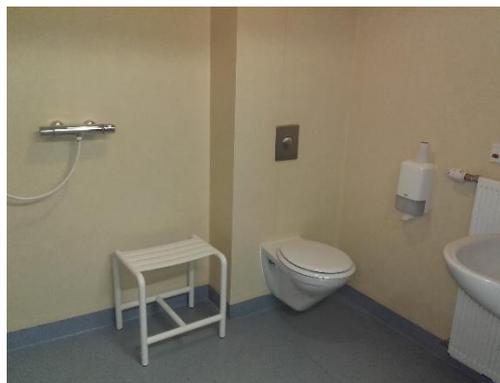
¹⁷ HAS / Recommandation de bonne pratique / isolement et contention en psychiatrie générale / Méthode Recommandations pour la pratique clinique / Février 2017 : Page 5 : « *Chambre d'apaisement : il s'agit d'une amélioration architecturale en vue de créer un espace dominé par le confort et le bien-être afin de favoriser, dans le cadre de l'isolement, l'apaisement du patient et l'alliance thérapeutique* ». Pages 35 et suivantes : « [...] *La chambre d'apaisement est une chambre d'isolement dont la porte n'est pas fermée lorsque le patient est présent. [...] La chambre d'apaisement peut contenir des objets, qui ne peuvent pas être facilement cassés ou lancés. Cependant, elle ne doit pas contenir d'objets dangereux, de liens, de crochets, de vitres pouvant être cassées ou tout autre objet pouvant être utilisé pour se suicider ou s'automutiler [...]* ».



La salle d'eau de la CI des Mimosas



Local de douche commun aux CI de l'USIP : vues à travers l'oculus de la porte et intérieur



Salle d'eau des CI des Acacias

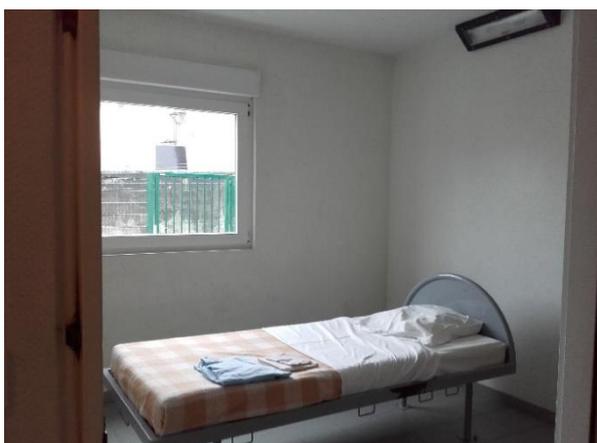
Dans le cas, majoritaire, où un WC est accessible dans la chambre directement, il est situé dans un renfoncement qui le sépare du lit, voire derrière un mur. La chasse d'eau, actionnable par le patient, peut être inactivée pour raisons médicales. Du papier toilette est mis à disposition. Dans le cas, rare, où le WC est derrière une porte, celle-ci est laissée ouverte par défaut et n'est fermée que sur consigne médicale (cas de l'USIP).

Le lit est toujours scellé au sol, sauf s'il s'agit d'un lit en mousse recouvert d'une housse de plastique comme, exceptionnellement, dans une des deux CI des Lilas. Dans tous les autres cas,

c'est un lit entièrement en métal au sommier constitué d'une plaque ajourée, avec des œillets rectangulaires pour accrocher les contentions. La tête de lit est parfois accolée au mur ; dans les chambres les plus spacieuses, on peut circuler autour du lit. Le matelas est recouvert de draps et d'une couverture. Un oreiller est mis à disposition. Un ou deux poufs coniques, en mousse recouverte de plastique, complètent le mobilier de la plupart des CI, en permanence ou non.



La CI des Mimosas



Vues d'une des deux CI de l'USIP

La fenêtre, composée d'un ouvrant large et d'un ouvrant étroit, faisant toujours pénétrer généreusement la lumière naturelle, partiellement opacifiée par un film en plastique afin de protéger l'intimité du patient isolé dès lors que des tiers sont susceptibles de circuler devant (comme aux Lilas), ne peut être ouverte que par les soignants. Le volet est actionnable par les soignants seulement, sauf exception aux Acacias.

La lumière artificielle, veilleuse ou plafonnier, est commandée par un interrupteur souvent exclusivement extérieur à la chambre (cas de l'USIP, des Mimosas) mais parfois directement accessible au patient (comme à La Roseraie ou aux Acacias).

Certaines CI sont climatisées (cas des Lilas, des Glycines, La Roseraie), d'autres ventilées (comme l'USIP), mais la température régnante dans ces CI en été ou en hiver n'a pas été critiquée.

Une horloge est toujours installée dans le sas. Plusieurs modèles sont en usage (à aiguilles aux Mimosas, digitale aux Lilas, etc.) ; aucun ne présente la date du jour. Leur visibilité est variable

depuis les chambres, et toujours nulle depuis le lit en cas de contention mécanique. L'heure ne peut être lue la nuit sur les horloges à aiguilles que si la lumière du sas reste allumée.

Dans la plupart des chambres, un dispositif sous forme d'interrupteur permet d'appeler les soignants. Aux Mimosas le 9 mars, l'interrupteur – accessible au patient – était cassé. A l'exception d'une unité, le dispositif d'appel n'est pas identifié en tant que tel, par exemple par un pictogramme sur le bouton. Positionné à la tête du lit, il n'est pas accessible à un patient sous contention mécanique et aucun dispositif d'appel mobile ne peut être installé par les soignants. De plus, il ne renvoie parfois qu'à un mécanisme lumineux qui s'affiche dans le couloir au-dessus de la porte de l'espace d'isolement (cas de l'USIP).

PROPOSITION 19

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur signale que l'établissement recherche les formules qui préservent au mieux la sécurité et les droits des patients.

Aucun dispositif de vidéosurveillance n'équipe les CI, la surveillance s'effectuant par le passage physique des soignants. Le positionnement du WC du personnel derrière la porte de l'espace d'isolement multiplie les occasions de passage, comme aux Glycines.

La surveillance est aussi facilitée par la multiplication des points de vue sur le patient isolé : oculus vitré dans la porte de la CI, mais également oculus vitré, souvent de grande dimension, donnant sur le WC et donc directement sur le patient en train de les utiliser assis ou debout. C'est le cas aux Lilas et à La Roseraie par exemple. L'oculus particulièrement large aux Acacias a été partiellement obturé par un film opacifiant, insuffisamment pour garantir l'intimité. La vue directe sur le WC confère aux CI un caractère indigne.



Vues du WC par l'oculus d'une CI aux Acacias : de loin, de près



Vue du WC par l'oculus d'une CI, aux Lilas et aux Mimosas

RECOMMANDATION 18

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement conteste cette recommandation arguant qu'à tout moment, le soignant doit pouvoir savoir ce qu'il se passe dans la chambre d'isolement, dans l'intérêt et pour la sécurité du patient, dans une pratique respectueuse de son intimité.

Le CGLPL ne peut que maintenir sa recommandation, la sécurité ne pouvant prendre le pas sur la dignité humaine.

En entrant dans la CI, le patient revêt un pyjama de l'hôpital. Ce pyjama est parfois également permanent pendant une mesure d'isolement séquentiel. Il pourrait utilement avoir comme alternative le pyjama personnel du patient, s'il en possède un, si cela est de nature à l'apaiser plus facilement en rendant le séjour en CI moins traumatisant.

Les repas sont pris sur une table adaptable installée ponctuellement dans la CI, ou sur un pouf (cas des Glycines). Le patient est assis sur un pouf ou sur son lit, selon les cas, et prend son repas en présence de deux soignants. Les CI de l'USIP étaient équipées d'une tablette murale servant de table jusqu'à la destruction de l'une d'elles par un patient agité et le démontage de l'autre sur demande des professionnels ; les patients isolés prennent dorénavant leurs repas sur leur lit, ce qui n'est pas acceptable. De même à La Roseraie : les patients prennent leurs repas assis sur leur lit, sans aucune table. Les couverts sont en plastique.

PROPOSITION 20

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

Le directeur de l'établissement indique que cette recommandation est satisfaite.

Un gobelet en plastique est mis à disposition en permanence pour boire, sauf exception liée à l'état clinique. Les patients le remplissent au lavabo de la salle d'eau directement accessible (cas de l'USIP), ou au point d'eau installé dans la chambre (cas des Acacias).



Point d'eau dans une CI des Acacias

Des substituts nicotiniques sont prescrits en cas de besoin. Le recours à l'isolement séquentiel permet aussi de faire accéder au tabac directement, en sortant de la CI.

La structure de coordination des soins (SCS) accède en permanence aux informations relatives à l'occupation des CI, à des fins de gestion des lits, médicales, mais aussi de sécurité en cas d'incendie, le protocole d'activation des secours aux personnes étant coordonné par elle.

8.1.2 Le matériel de contention

Le même matériel de contention est utilisé dans tous les services du CHS, pour le transport comme pour la contention en chambre : il s'agit de sangles en tissu synthétique de couleur noire et à bandes velcro. Il est nettoyé après usage.

Il n'appelle pas d'observations de la part du CGLPL.

8.2 L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION TENDENT A ETRE DES MESURES DE DERNIER RECOURS, TRACEES, MAIS L'ISOLEMENT SEQUENTIEL EST DEVELOPPE SANS RESPECTER LES PRECONISATIONS NATIONALES

8.2.1 Le protocole institutionnel

Le CHS, avant la loi de 2016, avait engagé une EPP relative à l'isolement et à la contention clôturée en 2017. À la suite de cette EPP mais aussi à la suite de la dernière visite de certification de la HAS¹⁸, une amélioration de la traçabilité des mesures d'isolement et de contention a été constatée et un document intitulé « *Politique de réduction de recours aux pratiques d'isolement et de contention 2019-2023* » a été élaboré par le groupe de travail « *droits des patients* » et présenté aux différentes instances. Le comité d'éthique s'est également saisi du sujet.

¹⁸ Haute autorité de santé (HAS), Rapport de certification, Centre hospitalier de Sarreguemines, janvier 2019.

L'organisation de la permanence des soins les fins de semaine, prévoyant un interlocuteur spécifique pour les mesures d'isolement et de contention, date de la première période de réflexion institutionnelle active, antérieure à la loi de 2016.

Les procédures concernant l'isolement et la contention ont toutes été actualisées ou créées au 1^{er} semestre 2019¹⁹. Malgré cela, le terme de « prescription » y est encore usité en lieu et place de « décision ».

Les procédures PROC-S-057 du 29 mars 2019 et PROC-S-125 du 24 juin 2019, pour tout ou partie relatives au « retrait séquentiel » du patient, retiennent l'attention des contrôleurs : la notion de « retrait séquentiel », création locale à l'initiative d'unités du pôle dangerosité-addictologie, est utilisée dans toutes les unités. Elle correspond à un placement en CI entrecoupé d'une ou plusieurs périodes de temps supérieures à quatre heures par jour hors de la CI et s'applique « *en cas de situation connue, prévisible, itérative* ». Concrètement, il peut par exemple s'agir de patients qui déambulent dans les couloirs de leur unité et dérangent les autres patients la nuit. Surtout, le « retrait séquentiel » emporte une « prescription » initiale mais son renouvellement n'est réévalué et tracé qu'au bout de sept jours, et non pas après 12 puis 24 heures comme le recommande la HAS en matière d'isolement. Il s'agit d'un objet non identifié, non défini dans ces termes par la loi.

RECOMMANDATION 19

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement précise que « *cette alternative à l'isolement permet au patient de sortir plus longtemps et indique que les indications seront réfléchies dans un groupe de travail spécifique* ».

Le CGLPL maintient très fermement sa recommandation, le « retrait séquentiel » n'étant pas une alternative à l'isolement mais une mesure d'isolement.

Parallèlement au « retrait séquentiel », le CHS distingue « l'isolement strict ».

Il n'y a plus de protocole d'admission de patient incluant un isolement systématique, y compris s'agissant de patients détenus (Cf. *infra* §.9.1).

Plusieurs formations proposées aux agents de l'intra hospitalier, depuis plusieurs années parfois, sont susceptibles d'influencer, de près ou de loin, le recours à l'isolement et à la contention : la formation éponyme, éthique et bientraitance, les droits des patients – il s'agit là des droits génériques des patients et non des droits spécifiques des patients en SSC –, la prise en charge des suicidants, OMEGA (Cf. *supra* § 2.3.3). Une des priorités affichées par le pôle Sarreguemines-Bitche dans le plan de formation 2020 concerne la prise en charge du patient en CSI²⁰ ; le pôle Forbach-Freyding met en avant la prise en charge des suicidants.

Une autre EPP est maintenant relative à la pertinence des mesures d'isolement et de contention. Dans ce cadre, le service qualité gestion des risques coordonne le travail du groupe « droits des

¹⁹ La procédure relative à l'isolement strict est diffusée dans sa 4^{ème} version, celle relative au retrait séquentiel du patient dans sa 3^{ème} version, celle relative aux prescriptions d'isollements et de contentions dans sa 1^{ère} version.

²⁰ CSI : chambre de soins intensifs, c'est-à-dire la chambre d'isolement.

patients », réuni onze fois en 2018 et 2019 jusqu'à la rédaction du rapport annuel relatif à l'isolement et à la contention en lien avec la vice-présidente de la CME.

8.2.2 Les pratiques dans les unités

a) Le personnel

Dans ses pratiques quotidiennes, le personnel soignant, largement formé au processus de désescalade (ou de « pacification », selon l'expression en usage à Sarreguemines) par le biais de la formation OMEGA, met en avant son souci d'éviter le recours à l'isolement et à la contention. Il a par exemple été déclaré aux contrôleurs : « *On n'a rien d'autre à faire que d'essayer, et d'essayer encore* », « *L'entrave appelle l'entrave* », « *Il faut penser à la désescalade, à la temporisation* », etc. Il a aussi été naturellement expliqué par un soignant de l'USIP que le ratio soignants-soignés permet de passer le relais de la prise en charge à un collègue (« *Stop, au suivant* »).

Les réunions de transmissions ou « relève » sont l'occasion d'échanges sur les moyens d'apaiser tel ou tel patient en lieu et place du recours à l'isolement : temps de promenade extérieure à l'unité accompagnée par des soignants, accès à de la musique par mise à disposition d'un lecteur type MP3, valorisation du patient par le biais d'une activité en tête à tête soignant-soigné, etc. Tous les soignants de l'USIP ne partagent pas ce point de vue : un IDE a exprimé ses doutes quand son collègue a affirmé que « *si on donne de l'attention [au patient], l'adhésion est plus simple* ».

Au début de la visite du CGLPL, six CI étaient occupées parmi les onze contrôlées (à l'USIP : deux patients ; aux Glycines : deux ; à La Roseraie : un ; aux Mimosas : un) dont quatre par des patients en « *isolement strict* ».

La pratique de « *l'isolement strict* », qui s'effectue toujours en CI, est assortie de la conservation de la chambre d'hospitalisation du patient concerné.

La pratique du « retrait séquentiel » s'effectue minoritairement en chambre d'hospitalisation : 18 % des cas de retrait séquentiel en 2020 dans les unités visitées (22 % à l'USIP)²¹.

Hors le cas du « retrait séquentiel » qui fait l'objet de règles locales particulières (Cf. *supra* § 8.2.1), les mesures d'isolement et de contention font l'objet d'une décision initiale par un psychiatre, renouvelée, le cas échéant, dans les 12 heures puis dans les 24 heures (6 heures puis 24 heures pour la contention), à l'occasion d'une consultation sur place.

Il a toutefois été relevé dans le registre 2020 que vingt-six mesures d'isolement (strict, séquentiel, en CI ou en chambre d'hospitalisation) et onze mesures de contention ont été décidées par un interne seul. De même, des praticiens attachés associés ont décidé de sept mesures d'isolement dont six en retrait séquentiel.

RECOMMANDATION 20

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement précise que lorsque la décision est prise par un interne, non titulaire d'une qualification ordinaire en psychiatrie, il en

²¹ Source : registre isolement et contention 2020, du 1^{er} janvier au 4 mars.

réfère systématiquement au médecin senior. Il précise que la traçabilité de cette information sera améliorée.

Le chef du service territorial des établissements de santé de l'ARS indique que celle-ci veillera à ce que la décision soit prise par un médecin titulaire et tracée dans le dossier du patient.

Si des soignants font face à une crise, ils en réfèrent immédiatement à un médecin psychiatre qui prend – ou non, selon ce qui a été indiqué aux contrôleurs – dans l'heure, une décision concernant l'isolement ou la contention en régularisation. L'organisation de la permanence des soins, mais aussi la suppression de la case « si besoin » dans le logiciel Cortexte, ont fait disparaître la notion de « si besoin », sous les réserves préoccupantes exprimées *supra* concernant l'intervention des internes et des praticiens attachés associés.

Les patients isolés ou sous contention font l'objet :

- d'une surveillance médicale quotidienne, mais probablement pas deux fois dans les 24 heures. De plus, en rapport avec la quasi-absence de médecins généralistes, le bilan somatique est effectué dans le meilleur des cas par le médecin psychiatre ou par l'interne ; eu égard à la durée des mesures de contention et à la nécessité de prévenir le risque thromboembolique, il importe particulièrement qu'il soit effectué par un médecin somaticien ;
- d'une surveillance infirmière adaptée par le médecin, *a minima* toutes les deux heures, éventuellement tous les quarts d'heure, particulièrement en cas de contention.

RECOMMANDATION 21

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

Dans ses observations au rapport provisoire, le directeur de l'établissement évoque la recomposition en cours du pôle somatique, en précisant que l'évaluation de la surveillance médicale est réalisée afin d'être améliorée.

Lorsqu'un patient en SL doit être isolé, le statut juridique des soins est transformé en SSC dans un délai bref, comme ce fut le cas pendant la visite pour un patient des Glycines soumis alors à une procédure de SDT/PI.

b) L'isolement

Les mesures d'isolement « strict » sont courtes, conformément à ce qui a été déclaré aux contrôleurs : en 2019²², elles ont duré de 0 à 1 486 heures²³, leur durée moyenne est de 60 heures (2,5 jours) et la durée médiane de 37 heures (1,5 jour). Les 217 mesures ont concerné 145 patients, soit 1,5 mesure par patient isolé strictement.

²² Chacune des données chiffrées de ce paragraphe est issu du registre des isolements et contention 2019, communiqué au CGLPL.

²³ Cette durée de 1 486 heures est exceptionnelle : la deuxième durée la plus longue, immédiatement inférieure à celle-ci, est de 338 heures.

Mais parallèlement à cette approche positive, les contrôleurs ont relevé que le recours à l'isolement est parfois motivé par la volonté de réduire la liberté de circulation du patient ou de l'éloigner phoniquement des autres patients, donc par un impératif de gestion de l'ordre intérieur, la nuit notamment. Les motifs cliniques sont dans ce cas faiblement mis en avant par les équipes. La réponse à la déambulation du patient par exemple ne consiste alors qu'à l'enfermer. La mesure de « retrait séquentiel » contribue très fortement à cette pratique : c'est elle qui est utilisée.

Au début de la visite, un patient occupait une CI la nuit seulement aux Mimosas et un patient de l'USIP passait la majorité de son temps dans sa chambre d'hospitalisation avec une mesure de « retrait séquentiel ».

Cela augmente le taux de recours à l'isolement. Le CGLPL préconise plutôt la mise en œuvre de moyens alternatifs qui augmentent la protection des autres patients, qui doivent par exemple pouvoir s'enfermer dans leur chambre sur leur propre initiative à l'aide d'un verrou intérieur de confort (Cf. *supra* § 6.1) ou bénéficier de bouchons d'oreille. De même, les soins psychiatriques doivent être renforcés à l'encontre du patient perturbateur.

Ces mesures de « retrait séquentiel » allongent aussi de façon remarquable la durée d'isolement. En 2019, 191 mesures de « retrait séquentiel » ont concerné 122 patients, soit 1,6 mesure par patient isolé en séquentiel. Elles s'étalent dans le temps : leur durée moyenne est de 285 heures (11,8 jours), la durée médiane de 99 heures (4,1 jours), la mesure la plus courte a duré 5 heures, la plus longue 3 719 heures (155 jours).

Ce « retrait séquentiel » s'ajoute en réalité à l'isolement « strict » : non seulement il y fait très souvent suite, mais il s'agit bien d'une mesure d'isolement au sens de la loi de 2016. Pour ces raisons, on retiendra plutôt en 2019 que :

- 408 mesures d'isolement ont été imposées à 158 patients, soit 2,6 mesures par patient isolé ;
- la durée moyenne d'une mesure d'isolement est de 165 heures (6,9 jours), la durée médiane de 50 heures (2,1 jours).

RECOMMANDATION 22

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

Le directeur de l'établissement évoque dans ses observations au rapport provisoire l'activité du groupe « isolement et contention », qui permet de travailler sur les causes afin d'en diminuer le nombre.

c) La contention

Le registre d'isolement et contention 2019 permet d'établir un recours à la contention mécanique dans les proportions suivantes : quatre-vingt-deux mesures de contention ont concerné cinquante-sept patients, soit 1,4 mesure par patient. La plus courte a duré 18 heures, la plus longue 92 heures. 97,5 % des mesures de contention ont duré au moins 24 heures, alors que les durées supérieures à 24 heures devraient être exceptionnellement motivées.

La procédure PROC-S-122 du 28 mars 2019 relative à la contention mécanique en isolement prévoit une décision initiale valable 6 heures, puis un renouvellement toutes les 24 heures.

Eu égard à la durée systématique d'au moins 24h des mesures de contention, les contrôleurs émettent des doutes sur la réalisation de la double évaluation médicale par tranche de 24 heures recommandée par la HAS et du rôle que jouent les soignants pour informer en temps réel le corps médical sur l'état du patient, de façon à lever plus rapidement les mesures de contention.

RECOMMANDATION 23

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

Selon les informations recueillies, la ceinture ventrale est rarement utilisée : la contention concerne le plus souvent les quatre membres (bras, jambes).

En cas de contention, un anticoagulant est prescrit au patient.

8.3 L'OBLIGATION LEGALE DU REGISTRE EST INVESTIE EN LUI DONNANT DU SENS ET LE RAPPORT ANNUEL, RECENT, MANIFESTE UNE ANALYSE DES PRATIQUES ENCORE BALBUTIANTES AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

8.3.1 Le registre

Le registre numérique des mises en isolement et contention, qui a commencé à être établi dès 2016, comporte les données prévues à l'article 3222-5-1 du CSP²⁴.

Une colonne retrace l'identité du « médecin prescripteur » alors que les mesures concernées sont dorénavant des décisions. Cela pourrait être corrigé.

En conformité avec les pratiques en vigueur au sein de l'établissement (*Cf. supra* § 8.2.1) ainsi qu'avec les préconisations concernant sa tenue, le registre distingue : l'isolement strict en CI, le retrait séquentiel (isolement) en CI ; le retrait séquentiel (isolement) dans un autre espace que la CI, la contention en isolement strict, ainsi que la contention de sécurité et de confort hors CI.

De manière opportune, le registre rappelle que le « retrait séquentiel » est une mesure d'isolement par la parenthèse accolée à chacune de ces mesures. Si cette notion est critiquable à bien des égards (*Cf. supra* § 8.2.1), les contrôleurs constatent également volontiers que le renseignement exprès de données sur l'isolement séquentiel permet de l'analyser, ce qui est rarement le cas dans l'ensemble des établissements visités par le CGLPL.

De même, un effort est fait pour tracer l'usage des contentions de sécurité et de confort, en les distinguant de l'isolement et de la contention mécanique accompagnant une mesure d'isolement.

²⁴ Alinéa 2 de l'article L.3222-5-1 du CSP : « Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. »

Enfin, les contrôleurs relèvent que le souci de ne pas pouvoir reconnaître les patients dans le registre a été particulièrement bien pris en compte en utilisant une clé d'identification spécifique. Pour parvenir à ce registre, qui est issu en temps réel des données enregistrées dans le logiciel Cortexte, le personnel de l'établissement s'est particulièrement investi dans le recueil des données, non seulement en faisant évoluer ledit logiciel en lien avec son éditeur²⁵, mais aussi et surtout en instaurant un système d'alerte à destination des équipes médicales et soignantes. Il s'appuie sur les données issues de plusieurs logiciels utilisés pour l'occupation des unités fonctionnelles (UF), les décisions médicales d'isolement et contention, la surveillance infirmière. Dès lors qu'une de ces trois sources de données s'active sans cohérence avec les autres, l'équipe du département d'information médicale (DIM) rédige l'après-midi un message électronique à l'unité concernée (soignants et cadre de santé) afin qu'elle puisse apporter les corrections utiles. Si ce premier message est sans effet, la procédure prévoit l'envoi d'un second message le lendemain (les mêmes destinataires et la direction des soins). Jusqu'à une douzaine de messages sont ainsi adressés aux unités chaque jour de la semaine.

BONNE PRATIQUE 2

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

Les contrôleurs regrettent seulement l'absence de mention du statut d'hospitalisation des patients visés par le registre : cette absence ne permet aucun contrôle à cet égard, qui serait de nature à établir qu'aucun patient en soins libres n'en fait l'objet ou que, dans un tel cas, la modification du statut de son admission est immédiatement opérée.

Avant la visite du CGLPL, aucune des autorités énoncées à l'article L.3222-5-1 du CSP²⁶ n'avait sollicité la communication du registre.

8.3.2 Le rapport annuel et l'analyse des pratiques

Le premier rapport annuel relatif aux pratiques d'isolement et de contention a été établi en 2019, sur la base des données de l'année 2018 extraites du dossier patient informatisé (DPI). Il concerne l'ensemble du CHS, UMD y compris.

Des éléments très concrets concernant les droits des patients sont décrits (hygiène, alimentation, tabac, etc.) dans une partie consacrée aux pratiques d'admission en CI.

L'EPP consacrée à la pertinence des mesures d'isolement et de contention y est également citée, en précisant qu'une « étude a été menée, par unités de soins, afin de déterminer le taux de séjour avec des mesures à plus de cinq jours, ainsi que ceux de moins d'un jour » et qu'une autre « étude du nombre de journée en isolement a été faite pour les séjours avec ou sans soins sans consentement ».

Le rapport fait apparaître en 2018 une diminution du recours à l'isolement et à la contention par rapport à l'année précédente. Est seulement relevée en très légère augmentation la durée

²⁵ Le CHS a par exemple fait disparaître la case « si besoin » pour les décisions d'isolement.

²⁶ Alinéa 2 de l'article L.3222-5-1 du CSP : « Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires. »

moyenne des mesures d'isolement (de 4,6 à 5 jours, soit +0,39 %). Les données concernant la contention sont en diminution très marquée.

Le rapport analyse également les données relatives à la contention de sécurité et de confort, hors chambre d'isolement, qui sont plus divergentes : certaines augmentent, d'autres diminuent.

Ce rapport a été communiqué aux instances que sont la CME et la CDU. Il n'y a pas eu de débat à l'issue. Aucune chef de service n'a sollicité les données concernant son unité.

Le rapport 2018 s'engage à procéder en 2019 à une étude plus précise « *en scindant les UMD des autres unités d'admission* », avec « *pour objectif d'analyser et de tendre vers une diminution du recours aux pratiques d'isolement et de contention* ».

Le CGLPL encourage à une diffusion élargie des conclusions du rapport annuel afin de mobiliser plus largement la réflexion des équipes des unités d'hospitalisation quant à leurs pratiques en matière d'isolement et de contention.

A partir du registre 2019 et des données fournies par le CHS sur l'activité de l'établissement, les contrôleurs établissent (pour les seules six unités visitées en 2020) que les 158 patients soumis à une mesure d'isolement en 2019 correspondent à :

- 9,5 % de la file active en hospitalisation complète (1 662 hospitalisations complètes) ;
- 28,57 % de la file active des admissions en SSC (553 admissions en SSC).

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LES PATIENTS DETENUS ACCEDENT A LEURS DROITS FONDAMENTAUX, EXCLUSIVEMENT A L'USIP

Le CHS assure les soins en santé mentale à la maison d'arrêt (MA) de Sarreguemines. Une convention existe, selon laquelle cinq médecins psychiatres du pôle dangerosité-addictologie assurent les consultations spécialisées l'après-midi du lundi au vendredi. En réalité, il s'agit, comme en 2018 déjà, de trois praticiens hospitaliers (PH), à hauteur de trois demi-journées.

L'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Nancy-Laxou (Meurthe-et Moselle) a vocation à accueillir les SL et les SSC de personnes détenues mais le CHS accueille aussi les SSC, au titre de l'article L. 3214-3 du CSP et en application des dispositions de l'article D. 398 du code de procédure pénale. L'UHSA, mettant en attente les demandes d'hospitalisation et ne procédant pas à des admissions en urgence, n'est pas toujours formellement sollicitée avant une arrivée à l'USIP.

De plus, la vocation régionale de l'USIP la conduit à recevoir des patients détenus en provenance tant d'établissements hospitaliers que d'établissements pénitentiaires de la région Grand-Est.

L'arrêté d'admission du préfet de la Moselle en SDRE ne précise pas l'unité d'hospitalisation du CHS, qui est en théorie prioritairement l'USIP, en vertu de la procédure référencée PROC-S-087 du 3 février 2015, et en réalité exclusivement l'USIP. Entre le 1^{er} décembre 2010 et le 4 mars 2020 (plus de dix années), les patients détenus ont composé 36,24 % des hospitalisations de l'USIP, en provenance de :

Provenance ²⁷	MA Sarreguemines	UHSA Nancy-Laxou	CD Oermingen	MC Ensisheim	SMPR Strasbourg	CP Nancy	Autres CP	Autres CH spécialisés	Autres CH
Nombre	181	30	11	4	4	4	4	10	2
Part	70,15%	11,62%	4,26%	1,55%	1,55%	1,55%	1,55%	3,88%	0,77%

Lors de la visite, une seule personne détenue était hospitalisée, en provenance de la MA de Sarreguemines. Il arrive que plusieurs soient hospitalisées simultanément.

En 2018, la DMS des patients détenus a été de 46 jours – la DMS est de 71 jours²⁸ pour les autres patients de l'unité.

L'unité sanitaire de la MA de Sarreguemines informe l'USIP d'une demande d'hospitalisation en cours. Des transmissions sont effectuées entre les soignants des deux services. A réception de l'arrêté de SDRE – quelques heures après communication au préfet du certificat médical – un IDE de l'USIP et un soignant d'une unité de secteur sont conduits par un chauffeur à la MA de Sarreguemines dans un véhicule léger sérigraphié, selon le CHS. Le patient détenu les attend généralement dans une cellule près du greffe, où l'équipe récupère les documents médicaux, les consignes relatives aux permis de visite et aux contacts téléphoniques mais aussi une fiche pénale

²⁷ MA : maison d'arrêt ; UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée ; CD : centre de détention ; SMPR : service médico-psychologique régional ; CP : centre pénitentiaire ; CH : centre hospitalier.

²⁸ Source : Rapport d'activité du service de soins, année 2018, page 10.

(qui n'a pas à être fournie), avant de commencer à prendre en charge la personne détenue en lui présentant l'équipe soignante et le principe de l'hospitalisation. La personne détenue est conduite systématiquement au CHS assise, contentionnée aux poignets avec une ceinture ventrale. Le véhicule hospitalier est systématiquement escorté par la police. La police ne pénètre pas dans l'enceinte Cabanis où se situe l'USIP.

A l'arrivée, le patient détenu est installé en chambre d'isolement, pour une durée prévue pour 24 heures, parfois moindre dans les faits. En application du protocole relatif à l'isolement, il revêt un pyjama de l'hôpital, dans la salle d'eau de la CI, après avoir été invité à se défaire de tout ce qui est interdit et en principe hors la vue des soignants. Le placement en CI n'est pas effectué si le patient est déjà connu et qu'il ne présente aucune justification médicale à l'être.

Comme pour les autres patients, il bénéficie à l'arrivée d'un temps d'accueil et d'information par les soignants, adapté à son état : s'il est agité, l'information, rassurante, est simplifiée mais elle comprend toujours une explication sur le cadre juridique du soin ; s'il est fatigué, en raison notamment d'une arrivée tardive, elle comprend en outre la notification de l'arrêté de SDRE ; s'il est compliant et à l'écoute, il s'agit d'un véritable entretien infirmier, comprenant aussi la remise du livret d'accueil, de la fiche explicative du SSC/SDRE, le remplissage ou la remise des imprimés divers dont ceux relatifs à la désignation d'une personne de confiance et à l'inventaire des effets personnels (contresigné par le patient), des explications sur la vie dans l'unité, le choix de la boisson pour les petits-déjeuners à venir, etc. Les soignants énoncent clairement que l'hospitalisation fait courir l'exécution de la peine.

Dans tous les cas (à l'admission, puis à 24 et 72 heures et avant le 12^{ème} jour), le patient détenu est reçu sans délai en consultation par un médecin psychiatre.

Si des soins ou examens somatiques sont nécessaires, le patient détenu est conduit au CH Robert Pax ou tout autre CH utile dès lors qu'un médecin du CHS ou les infirmiers n'ont pas pu les réaliser à l'USIP. Il est aussi conduit devant le JLD dans la salle d'audience, voire devant une autre juridiction. Dès lors qu'il sort de l'USIP, il porte des contentions aux poignets et une ceinture ventrale. Dès qu'il sort du CHS, le véhicule hospitalier est en outre escorté par la police, sans difficulté pour qu'elle se rende disponible.

Le patient détenu, une fois sorti de la période d'évaluation en isolement, circule dans l'USIP dans les mêmes conditions que les autres patients.

Par ailleurs, anticipé lors de l'admission et complété ensuite, l'accès aux droits est complet :

- le patient arrive avec des effets personnels, de préférence pour plusieurs jours ; si tel n'est pas le cas et qu'il en dispose à la MA, il est demandé au personnel pénitentiaire d'en apporter ; à défaut, les vêtements et produits d'hygiène à disposition à l'USIP sont utilisés. Les proches peuvent aussi apporter des effets personnels, vêtements ou lecteur de MP3 par exemple, contrôlés par les soignants en présence du patient ;
- les visites sont autorisées par le médecin, sur la base des permis déjà octroyés par l'administration pénitentiaire ou le magistrat en charge du dossier ; une procédure particulière existe seulement quand le patient provient de l'UHSA : les services de la préfecture de la Moselle doivent donner leur accord avant mise en œuvre du permis ; si les permis font défaut avant l'hospitalisation, l'USIP dispose de l'imprimé en vigueur à la MA afin de le transmettre au demandeur et accélérer la procédure d'octroi ;
- les contacts téléphoniques sont autorisés par le médecin, sur la base des autorisations déjà données par l'administration pénitentiaire ou le magistrat en charge du dossier ; si

de telles autorisations font défaut, le patient détenu et le proche demandeur sont soutenus dans leurs démarches, à l'instar de celles pour les permis de visite ;

- la consommation de tabac est possible sans restriction de principe ; les cigarettes peuvent être achetées chaque semaine à la cafétéria, comme les friandises. Afin de le permettre, de l'argent peut être transféré du compte nominatif de la personne détenue à la MA vers la régie du CHS, à la demande du patient formulée par courrier-type co-établi par les deux administrations ;

BONNE PRATIQUE 3

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

- il lui est aussi possible d'envoyer ou de recevoir du courrier, d'exercer son droit de vote, de rencontrer un aumônier, de rencontrer ou de contacter par téléphone son avocat, etc.

Malgré l'absence de fiche de liaison (prévue par les textes, et qui serait de nature à éviter la communication de la fiche pénale sur lesquels les soignants ne prennent en considération que l'identité et le statut de prévenu ou de condamné), des éléments concrets, informatifs et matériels, sont transmis à l'équipe soignante de l'USIP, qui veille activement à leur transmission et les actualise au besoin pendant l'hospitalisation en utilisant notamment des imprimés permettant de faire évoluer les conditions de prise en charge.

L'équipe soignante a aussi témoigné, à l'occasion, de démarches en direction des tribunaux pour rassurer sur une audience judiciaire génératrice d'anxiété.

Il n'existe pas non plus de difficulté pour mettre en œuvre l'arrêté mettant fin à l'hospitalisation : l'administration pénitentiaire vient rapidement, au pire – comme relevé dans une situation récente – avec la levée un jeudi des soins d'une personne détenue de la maison centrale d'Ensisheim (Haut-Rhin) et sa réintégration dans cet établissement pénitentiaire le lundi suivant. En 2018, treize patients détenus parmi quatre-vingt-deux (soit 16 %) ont été hospitalisés dans l'UMD à l'issue du séjour à l'USIP.

9.2 LE CHS NE DISPOSE PAS EN PEDOPSYCHIATRIE D'UN SERVICE D'HOSPITALISATION COMPLETE

Il a été relaté *supra* dans le § 2.1.4 combien l'absence d'unité d'hospitalisation complète pour mineurs était préjudiciable aux jeunes en grandes difficultés psychiques.

Quand leur état impose une hospitalisation, ces mineurs, dont certains ont moins de 16 ans, sont affectés dans les unités d'adultes, voire à l'USIP.

L'ensemble des médecins et des soignants admet la complexité et l'inadéquation d'une telle prise en charge dans l'une ou l'autre des unités d'adultes.

En 2018, vingt et un mineurs ont fait un séjour au CHS dont trois à l'USIP ; en 2019, le nombre a augmenté pour atteindre une prise en charge de trente mineurs (cinq sur décision des représentants de l'Etat).

Pendant le temps du contrôle, un mineur, bien connu pour ses séjours fréquents, était hospitalisé à La Roseraie où sa pathologie apparaissait difficilement compatible avec les conditions de vie de l'unité.

Une recommandation est rédigée dans le § 2.1.4 *supra* sur ce sujet.

9.3 LES UNITES ACCUEILLANT LES POLYHANDICAPES BENEFICIENT D'UNE FAIBLE PRESENCE MEDICALE

Trois unités du pôle somatique et des services d'appui ont vocation à recevoir des patients polyhandicapés relevant de tous les secteurs dépendant du CHS. Il s'agit de deux unités situées dans le bâtiment « Opaline » – une au rez-de-chaussée et une à l'étage – et de l'unité dénommée « les Lierres C ».

Chacune des deux unités Opaline comporte dix chambres individuelles et huit chambres doubles (vingt-six lits chacune), et les Lierres C huit chambres individuelles et quatre chambres dortoirs – dont un seul lit était occupé – pouvant contenir jusqu'à quatre lits chacune, soit une capacité théorique totale d'accueil de soixante-seize patients et une capacité utilisée de soixante-quatre lits.

Le profil des patients a entraîné la décision de transformer Opaline en MAS et de fermer les Lierres C. A la suite d'une visite de l'ARS qui a demandé que, dans le cadre de ce projet, Opaline n'ait plus que des chambres individuelles, ces unités ont dû réduire leurs nombres de patients, ce qui a entraîné un report de la fermeture des Lierres C en attendant d'avoir trouvé une solution pour tous les patients ne pouvant pas être placés aux Opalines.

Tous les patients sont en SL. La plupart sont hospitalisés depuis de nombreuses années ; les admissions sont de l'ordre d'une ou deux par an et par unité. Au moment de la visite, Opaline rez-de-chaussée recevait vingt et un patients âgés de 34 à 72 ans, Opaline étage recevait vingt-trois patients âgés de 49 à 69 ans et les Lierres C recevait douze patients âgés de 32 à 72 ans, soit au total cinquante-six patients, âgés de 32 à 72 ans.

Dans chaque unité, un ou deux patients viennent passer une à cinq journées par semaine, pour soulager la famille, sans y rester la nuit : un patient pour deux journées à Opaline rez-de-chaussée, un patient pour une journée à Opaline étage, deux patients pour cinq journées aux Lierres C.

Chaque unité d'Opaline a un psychiatre, médecin référent. Celui d'Opaline rez-de-chaussée passe tous les jeudis, celui d'Opaline étage se déplace à la demande. Ils participent aux synthèses – « *au moins trois fois par an, en réalité, beaucoup plus souvent* » – et en profitent pour mettre à jour les traitements ; un psychiatre de permanence pour le pôle se déplace sur appel. **Un médecin somaticien référent** pour les unités Opaline passe les mercredis et vendredis matin et sur demande.

Le personnel non médical de chaque unité d'Opaline assure une présence de cinq soignants le matin et quatre l'après-midi, dont au moins deux IDE, et une ASH en journée plus une IDE formée à l'ergothérapie ; la nuit, deux soignants – un par étage –, dont au moins un IDE, travaillent sur les deux unités Opaline, notamment pour les rondes. Il n'y a pas d'équipe spécifique de nuit : tous les soignants interviennent par rotation. Opaline rez-de-chaussée bénéficie d'un soignant supplémentaire qui anime des activités. Un cadre de santé est affecté à chaque unité Opaline.

La fonction de cadre de santé des Lierres C est assurée « provisoirement » par le cadre des Lierres A, unité qui fait partie du pôle Forbach-Freyding Merlebach. Un psychiatre se déplace à la demande et participe aux réunions de synthèse – une tous les deux mois. **En l'absence de somaticien, le psychiatre de permanence du pôle** intervient pour les questions somatiques.

Le personnel non médical des Lierres C assure une présence de trois soignants le matin et de deux l'après-midi, dont au moins un IDE, et un soignant la nuit (IDE ou AS) ; une ASH est présente à mi-temps en journée.

Aucun patient des unités Opaline n'est en état de désigner **une personne de confiance** ; trois patients des Lierres C ont une personne de confiance. Tous les patients sont sous tutelle.

Les taux d'absentéisme du personnel est cité dans le § 2.3 *supra*.

Les trois unités sont fermées.

L'entrée principale du bâtiment des unités Opaline est fermée. L'accès à l'étage depuis l'extérieur permet d'aller au rez-de-chaussée ; cet accès est équipé d'une serrure avec digicode dont le code est inscrit à côté de la porte. En pratique, aucun patient n'est en capacité d'utiliser le digicode.

Opaline rez-de-chaussée dispose d'un grand jardin entouré d'une clôture de 1,50 m, ouvert par beau temps sous réserve de la présence d'au moins un soignant. Opaline étage possède une terrasse, ouverte par beau temps sous réserve de la présence d'au moins un soignant. Les Lierres C n'offre aucun accès à l'extérieur.

L'accès aux chambres est libre toute la journée ; peu de patients s'y rendent.

Aucun patient ne fume.

Aucun patient n'a de prescription de port du pyjama.

Tous les patients peuvent téléphoner mais très peu le font. Aucun n'a de téléphone portable.

Tous les patients peuvent utiliser un ordinateur mais aucun n'en possède.

Tous les patients peuvent recevoir des visites mais celles-ci sont rares – environ un tiers des patients en ont.

Dans les deux unités Opaline, les chambres sont récentes, propres, plus ou moins meublées selon les cas : placard fermé à clé (conservée par les soignants), téléviseur fixé sur le mur, bouton d'appel avec cordon, et parfois chaise, table de chevet, commode. Une salle d'eau comportant un lavabo avec mitigeur et miroir, un WC à l'anglaise et une douche à l'italienne avec flexible, est disposée entre deux chambres, qui s'en partagent l'usage ; chaque chambre y accède par une porte verrouillable de l'intérieur.

Dans l'unité Lierres C, la plupart des chambres n'ont aucun autre meuble que des lits médicalisés. Elles n'ont pas d'éclairage individuel ; certaines sont dotées de boutons d'appel. Quelques chambres sont équipées de téléviseurs appartenant à l'occupant. Elles n'ont pas de cabinet de toilette sauf une ancienne chambre d'isolement, qui a un WC mais pas de lavabo. Toutes les portes d'entrée comportent un fenestron sans possibilité d'obturation.

Les patients sont invités à se doucher au moins une fois par jour.

A Opaline, les patients disposent de deux salles de bains communes avec des « brancards-douches » utilisés pour laver sous la douche une personne ne tenant pas debout ; une des deux salles de bains comporte une baignoire inutilisée en raison d'un risque de légionnelle ; chaque étage comporte trois WC communs.

Dans l'unité Lierres C, les patients font leur toilette dans deux salles de bains communes sans baignoire, avec douches, un « brancard-douche et des WC sans porte séparés par de simples muret. Dix WC communs sont disposés dans l'unité.

Chaque unité possède une petite **salle à manger** et une grande **salle de vie** avec un coin télévision et un espace servant de salle à manger. La salle de vie d'Opaline rez-de-chaussée donne sur l'espace extérieur au travers d'une grande baie vitrée.

Des activités sont organisées dans les unités selon les propositions des soignants et les desideratas des patients.

Chaque unité dispose d'une salle d'activité. A Opaline rez-de-chaussée, des soignants proposent des soins du visage, de la coiffure ; à Opaline étage, une infirmière formée en ergothérapie anime des activités manuelles variées ; les Lierres C dispose d'une salle de soins du visage et de la coiffure, et d'une salle d'activités manuelles.

Une salle Snoezelen située au rez-de-chaussée d'Opaline est commune aux unités Opaline et aux Lierres C ; une petite salle a été équipée de quelques appareils Snoezelen dans le bâtiment des Lierres A et des Lierres C. Deux soignantes d'Opaline rez-de-chaussée, trois d'Opaline étage et deux des Lierres C ont été formées pour y encadrer des activités en moyenne une fois par semaine.

Des activités sont organisées hors des unités une fois par semaine, davantage par beau temps et en cas de présence de stagiaires : une salle de balnéothérapie, la cafétéria, des promenades dans le parc à l'extérieur.

Quelques activités sont organisées hors du CHS « une à deux fois par semaine à la belle saison » : sorties en ville, avec repas au restaurant, zoo, supermarché. Au moment de la visite du CGLPL, dix patients étaient absents pour un « séjour thérapeutique » d'une semaine dans une maison appartenant au CHS, à une quarantaine de kilomètres dans la campagne, accompagnés par trois soignants d'Opaline rez-de-chaussée, un soignant de chacune des deux autres unités.

Opaline rez-de-chaussée possède une CI appelée « chambre de retrait séquentiel » sans meuble comme une CI : lit scellé au sol et fenêtre verrouillée, mais sans bouton d'appel ni horloge visible depuis la chambre. L'accès à une salle d'eau est identique à celles des autres chambres.

Des « retraits séquentiels » d'une durée généralement inférieure à 2 heures dans la journée – jamais la nuit – sont parfois décidés par un soignant dans les trois unités ; ils sont mentionnés dans le logiciel Cortexte. La dernière utilisation de cette chambre daterait de plusieurs années.

A Opaline étage et aux Lierres C, un patient est parfois placé en « retrait séquentiel » dans sa chambre en cas de « *comportement perturbateur* ».

Dans les trois unités, un grand nombre de patients se voient prescrire des contentions destinées à éviter des chutes ; ainsi, douze patients d'Opaline rez-de-chaussée et quinze d'Opaline étage ont des prescriptions médicales de contention, renouvelées tous les deux ou trois mois et tracées sur Cortexte :

Opaline rez-de-chaussée			
Fauteuil	Ceinture ventrale	1	
Lit	Ceinture abdominale		
	Barrière		
	Contention mains et chevilles		

Opaline étage			
Fauteuil	Ceinture ventrale	3	
Lit	Barrière		
	Ceinture abdominale		
	Contention poignet	1*	

* Entrave au poignet droit lors de l'alimentation par nutrition parentérale et barrière au lit

RECOMMANDATION 24

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

10. CONCLUSION GENERALE

Ce contrôle s'est déroulé dans de bonnes conditions et les professionnels et différents intervenants s'y sont prêtés avec transparence et intérêt.

L'attention au patient, constatée au CHS, est manifestement de grande qualité.

Les activités sont nombreuses et de qualité au sein des unités, à l'exception de l'USIP dont les ergothérapeutes n'ont pas été remplacés. L'investissement du personnel des unités et du pôle de réadaptation psychosociale (PRPS), comme le nombre et la qualité des salles et de leurs équipements sont des acteurs de réhabilitation sociale. L'ouverture de la cafétéria sept jours sur sept y contribue également. Les contrôleurs s'étonnent que les résultats des questionnaires de satisfaction, les bilans de la commission des usagers, comme les bilans des événements indésirables, ainsi que les orientations du comité d'éthique, demeurent inconnus de la majorité du personnel.

La recherche de la liberté de circulation des patients a été formalisée par la création d'espaces ouverts et d'autres fermés au sein de certaines unités, avec l'idée que l'affectation dans l'espace ouvert est liée à l'état clinique du patient et non à son statut juridique, ainsi qu'à la volonté d'assurer la continuité de la prise en charge. La liberté d'accès au téléphone est également un marqueur de cet état d'esprit.

Le registre d'isolement et de contention existe et il est exploitable. La qualité du recueil des données fait l'objet d'une attention permanente grâce à l'instauration d'un système d'alerte partiellement automatisé. Son examen fait apparaître pour l'année 2019 une durée moyenne de 2,5 jours et une durée médiane de 1,5 jour pour l'isolement strict. Le rapport annuel d'isolement et de contention doit cependant être établi régulièrement en vue d'évaluer les pratiques professionnelles, notamment la pratique du « retrait séquentiel » (placement séquentiel en CI). Les CI sont globalement respectueuses de la dignité des patients sauf quand des fenestrons ne permettent pas de respecter leur intimité.

Si la prise en charge à l'USIP des patients détenus est humanisée sur le plan matériel – ils participent à la vie collective de l'USIP, ils arrivent de détention avec leurs affaires personnelles, ils peuvent acheter du tabac, recevoir des visites, avoir accès au téléphone, comme à la maison d'arrêt. – sur le plan des soins, il existe des marges de progrès pour l'ensemble des patients de cette unité, indépendamment du fait que l'appellation du pôle – le pôle dangerosité – devrait lui-même évoluer.

L'USIP est cependant conçue sur le même schéma que l'UMD. L'admission nécessite une décision préfectorale qu'est le passage sous statut de SPDRE ; c'est inutile et abusif. Les soins sont interrompus la nuit car le ou les deux soignants de service n'ont pas le droit d'ouvrir une chambre, sauf dans une situation d'urgence immédiate et en présence de l'équipe de sécurité. Les activités en journée sont peu développées, à l'exception du sport. Les soignants sont peu investis dans les activités, en dépit de leurs qualités et compétences relationnelles. Ils assurent de façon prioritaire la surveillance des patients – raison pour laquelle les équipes de soignants sont exclusivement masculines – et de façon secondaire des soins.

A l'USIP, comme dans des espaces fermés d'autres unités, les chambres ne sont pas respectueuses de la dignité des patients. Elles sont conçues comme des CI, avec un équipement minimaliste et une visibilité maximale, y compris quand les patients sont au WC. A l'USIP, les chambres sont utilisées fermées à clé par les soignants pendant la nuit et la sieste.

Dans la quasi-totalité des unités, les chambres sont inaccessibles aux patients en journée et ils ne peuvent y recevoir des visites. Si les motifs en sont compréhensibles, ils portent cependant atteintes à la liberté des patients quand ils sont de portée générale, sans motivation médicale individualisée.

En matière de respect formel du droit des patients, la décision d'hospitalisation d'un patient, prise par le directeur au cours des week-ends est rédigée, signée et donc notifiée tardivement. Elle doit l'être sans délai. L'avis motivé transmis au JLD est rédigé en même temps que le certificat des 72 heures et il en reprend les termes, or cet avis doit être rédigé au moment de la saisine du JLD. Le collège des professionnels de santé doit se réunir et entendre le patient.

Au bilan, l'établissement fonctionne en étant attentif au respect des droits fondamentaux des patients. Le recrutement de personnel médical va demeurer une difficulté, à l'image de celle rencontrée par de nombreux établissements. Si les recommandations exprimées dans le présent rapport devraient pouvoir être mises en œuvre rapidement, deux sujets méritent de trouver une solution dans un délai raisonnable : la mise en place de soins de niveau 2 pour les femmes et la création d'une unité d'hospitalisation à temps complet pour des mineurs.

16/18 quai de la Loire
CS 70048
75921 PARIS CEDEX 19
www.cglpl.fr