



Rapport de visite :

5 au 9 Juillet 2021 – 1^{ère} visite

Centre hospitalier Emile Muller
à Mulhouse

(Haut-Rhin)

SYNTHESE

Cinq contrôleurs ont effectué du 5 au 9 juillet 2021 une visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier Emile Muller qui fait partie groupement hospitalier de la région de Mulhouse et Sud Alsace (GHRMSA). La visite a été annoncée à la direction ainsi qu'aux chefs de juridiction du tribunal judiciaire de Mulhouse la semaine précédente. A l'issue, un rapport provisoire a été adressé à la directrice du GHRMSA, à l'agence régionale de santé Grand-Est ainsi qu'aux autorités judiciaires et administratives du département. Seuls le président du tribunal judiciaire de Mulhouse et la directrice de l'établissement ont fait valoir en retour des observations, reçues respectivement le 21 octobre 2022 et le 14 novembre 2022, et intégrées dans le présent rapport définitif.

Le centre hospitalier Emile Muller est le plus important des sept établissements membres du GHRMSA. Ce groupement qui dispose d'une capacité d'accueil de 2 591 lits et places dont 150 en psychiatrie et 23 en maison d'accueil spécialisé (MAS), couvre le territoire de santé de Mulhouse et du sud de l'Alsace soit un bassin de population de 480 000 habitants.

Au jour du contrôle, la psychiatrie est préservée malgré le contexte financier déficitaire du GHRMSA qui le conduit à négocier un contrat de retour à équilibre financier. Les urgences psychiatriques sont prises en charge sur le site de l'hôpital Emile Muller. Les unités d'hospitalisation en psychiatrie sont localisées sur le site du Hasenrain. Le pôle de psychiatrie dispose pour l'hospitalisation complète de patients adultes de deux unités ouvertes, d'une unité fermée et d'un pavillon spécialisé en gérontopsychiatrie pour une capacité totale théorique de 77 lits.

Les constats effectués font ressortir les éléments suivants :

1. Le droit à un hébergement digne est globalement assuré

Les patients, hospitalisés dans des locaux de qualité, bénéficient de chambres individuelles équipées de sanitaires, à l'exception des chambres de l'unité de gérontopsychiatrie. Les chambres ne disposent toutefois ni de bouton d'appel ni de verrous de confort. Les patients n'ont pas accès à un service adapté et gratuit de lavage et séchage de leur linge.

Les locaux collectifs des unités nécessitent des travaux bâtimentaires plus conséquents en l'absence de cafeteria, de salons pour les visites, de salles d'entretien infirmiers, de fumoirs, de douches, de préaux et de matériel pour les activités physiques extérieures.

2. Les quelques restrictions aux libertés individuelles existantes sont guidées par l'état clinique individuel et actualisé pour chaque patient

Si les mesures sanitaires dues à l'épidémie de la Covid ont, pendant un certain temps, ont réduit la libre circulation des patients, elles n'ont pas perduré au-delà des périodes de confinement strict.

Les restrictions sont très limitées dans la gestion de la vie quotidienne : accès libre au tabac, au téléphone, recours rarissime au port du pyjama et uniquement sur prescription médicale, fourniture de wifi et possibilité de détenir un ordinateur. Aucun lien n'est établi entre statut légal d'admission et affectation en unité fermée, ce qui est correct pour les patients en soins sans consentement.

3. L'information fournie aux patients en soins sans consentement (SSC), complète et détaillée dans les documents remis aux patients ainsi que lors de la notification des décisions les concernant, doit cependant mieux s'accompagner d'explications pédagogiques adaptées à l'état du patient

Les nombreuses informations écrites remises aux patients en SSC (livret d'accueil, plaquette destinée exclusivement aux patients en SCC détaillant le parcours et les droits spécifiques de l'hospitalisation sans consentement, voies de recours) ainsi que les décisions jalonnant leur parcours de soins ne sont pas toujours accompagnées d'explications orales pédagogiques adaptées à l'état clinique du patient. De même, les certificats médicaux fondant ces décisions ne sont pas systématiquement remis aux patients. Or, les professionnels du pôle de psychiatrie de l'établissement sont insuffisamment formés aux droits des patients en SSC. Beaucoup ne connaissent pas le rôle de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP). En leur état actuel, les registres ne permettent pas de s'assurer de la complète information des patients.

4. Les modalités de contrôle des droits des patients sont lacunaires à plusieurs titres

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDSP) n'exerce plus ses missions depuis février 2020. Par ailleurs, aucune des autorités énoncées à l'article L3222-4 du code de santé publique (CSP) n'effectue de visite annuelle aux fins de contrôler les conditions de prise en charge des patients hospitalisés sans leur consentement.

5. La qualité de prise en charge est perceptible dans l'organisation des soins malgré la difficulté de recrutement des psychiatres et le départ des IDE expérimentés

Le rythme des entretiens psychiatriques est au moins hebdomadaire et adapté à chaque situation clinique. Une attention particulière est accordée aux familles des patients, systématiquement rencontrées par le psychiatre. Les processus d'alliance thérapeutiques peuvent être favorisés par le recrutement de médiateurs pairs de santé et la mise en œuvre des directives anticipées incitatives en psychiatrie. Les activités occupationnelles et thérapeutiques dans l'unité de soins sans consentement sont nombreuses et variées. La maison des ateliers (MDA), dotée d'une équipe pluridisciplinaire particulièrement dynamique, contribue grandement à la qualité des soins psychiatriques dispensés, au maintien du lien social et à la réhabilitation des patients.

La prise en charge somatique des patients est effective et garantit au mieux la continuité des soins par l'adresse au médecin traitant dès l'admission du patient d'un courrier l'informant de son hospitalisation et de son état clinique.

En revanche, de façon globale, les modalités de distribution des médicaments ne respectent pas le secret médical. Par ailleurs, des pratiques de prescriptions « si besoin » de traitements injectables perdurent.

6. Le pôle de psychiatrie a mis en œuvre une politique pertinente de réduction des pratiques d'isolement et de contention

Les équipes ont recours aux pratiques d'isolement et de contention en dernière intention et dans le respect des droits des patients et des dernières évolutions législatives. Ces pratiques sont tracées et adaptées à l'état clinique du patient qui conserve sa chambre hôtelière pendant la durée de la mesure. Toutefois, les patients placés en chambre d'isolement ne bénéficient pas d'un bouton d'appel accessible. Le port systématique d'une blouse de modèle chirurgical porte atteinte à leur dignité et leur pudeur. La politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention est volontariste et pertinente dans la mesure où elle associe formation du personnel et évaluations des pratiques professionnelles avec la mise en œuvre concertée et uniformisée d'outils alternatifs.

7. La prise en charge des mineurs est problématique

L'absence d'unité de pédopsychiatrie au sein du GHRMA ne permet pas une prise en charge satisfaisante des mineurs du département atteints de troubles psychiatrie : les plus jeunes du secteur sont hospitalisés en unité de pédiatrie et les dispositifs pour les adolescents (ADO'sphere

et CESAME), aux capacités d'accueil limitées, sont rapidement saturés emportant leur hospitalisation en unités pour adultes.

Or, un mineur ne doit pas être hospitalisé au sein d'une unité de psychiatrie pour adultes¹. Il paraît donc indispensable que le département soit mieux doté en structures spécialisées pour les mineurs dont l'état clinique nécessite une hospitalisation complète.

En conclusion, le pôle de psychiatrie du GHRMA est encouragé à poursuivre ses efforts et ses réflexions en faveur d'un plus grand respect des droits fondamentaux des patients.

Les observations formulées par l'établissement aux recommandations du CGLPL – dont plusieurs sont d'ores et déjà prises en compte et d'autres en cours de prise en compte – démontrent un réel engagement en faveur de l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients et de la garantie de l'exercice de leurs droits.

¹ Cf. les rapports thématiques du CGLPL « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », novembre 2017 et « Les droits fondamentaux des mineurs enfermés », février 2021

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 19

L'extension vespérale des horaires de visites facilite le maintien des liens familiaux.

BONNE PRATIQUE 2 33

La rencontre systématique des familles par le psychiatre renforce leur implication et celle du patient dans le projet de soins ainsi que le maintien des liens.

BONNE PRATIQUE 3 36

L'équipe pluridisciplinaire de la maison des ateliers propose une grande diversité d'activités et d'éducation thérapeutique, qui contribuent à la qualité des soins psychiatriques dispensés, au bien-être, au maintien du lien social, à l'autonomie et au processus de réhabilitation des patients.

BONNE PRATIQUE 4 37

Plus que la simple lettre de liaison rédigée lors de la sortie du patient, l'adresse d'un courrier d'admission au médecin généraliste traitant contribue efficacement à la qualité de la prise en charge du patient et à la collaboration entre les médecins hospitaliers et les médecins généralistes libéraux.

BONNE PRATIQUE 5 44

Le pôle de psychiatrie générale a mis en œuvre une politique pertinente de réduction des pratiques d'isolement et de contention qui associe la formation du personnel, la réalisation d'évaluations des pratiques professionnelles, l'arrêt des pratiques d'isolement séquentiel, l'utilisation des outils alternatifs que sont l'espace d'apaisement et la pièce d'activités physiques, des échanges mensuels spécifiques en équipe pluriprofessionnelle et la mise en place récente du plan de crise conjoint.

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 13

Les patients doivent bénéficier d'une information systématique sur l'existence, le rôle et les modalités de saisine de la CDU, dont les coordonnées doivent être affichées dans toutes les unités et les membres sollicités, notamment sur les événements indésirables signalés par les unités de psychiatrie.

Les membres de la CDU doivent se déplacer régulièrement dans les unités d'hospitalisation en psychiatrie.

RECOMMANDATION 2 14

Le schéma directeur doit privilégier des améliorations matérielles et bâtimentaires, s'agissant des chambres (installation de bouton d'appel et de verrous de confort), des unités (aménagement de salles d'entretien infirmiers, fumeurs, douches, préaux, salons pour les visites) et de l'établissement (appellation humanisée des unités, aménagement d'une cafeteria et de matériel pour les activités physiques extérieures).

RECOMMANDATION 3	16
Les patients doivent accéder à un service adapté et gratuit de lavage et séchage de leur linge.	
RECOMMANDATION 4	22
Lors de chaque notification des décisions jalonnant le parcours des soins sans consentement, il est nécessaire de s'assurer que le patient est suffisamment et explicitement informé de son statut et de ses droits.	
Il doit avoir connaissance des certificats médicaux qui fondent les décisions et de l'identité du tiers demandeur de l'hospitalisation, le cas échéant.	
Le recueil de ses éventuelles observations doit être tracé.	
RECOMMANDATION 5	22
Le personnel soignant doit recevoir une formation claire et détaillée relative aux droits des patients en soins sans consentement de sorte à pouvoir leur délivrer une information précise, adaptée à leur état clinique.	
RECOMMANDATION 6	23
L'établissement doit mettre à disposition un lieu réservé et identifié pour la rencontre des patients avec les aumôniers.	
RECOMMANDATION 7	24
Les mandataires nommés dans le cadre d'une mesure de protection des biens doivent répondre avec une diligence adaptée aux besoins des patients.	
L'établissement doit se doter d'un service qui assure la garde et la disponibilité des valeurs et des ressources numéraires des patients hospitalisés.	
RECOMMANDATION 8	26
Le fonctionnement de la CDSP du Haut-Rhin doit reprendre dans les plus brefs délais.	
RECOMMANDATION 9	29
Conformément au code de la santé publique, le préfet du Haut-Rhin, le président et le procureur de la République du tribunal judiciaire de Mulhouse et le maire de cette ville, ou leurs représentants, doivent visiter l'établissement chaque année et porter aux registres de la loi leur visa et leurs éventuelles observations.	
RECOMMANDATION 10	31
Le collège de professionnels de santé doit, avant de prendre sa décision et conformément aux dispositions de l'article L.3212-7 du code de la santé publique, obligatoirement se réunir pour entendre le patient et recueillir son avis, lequel doit être tracé.	
RECOMMANDATION 11	33
La mise en œuvre des directives anticipées incitatives en psychiatrie doit être généralisée à l'ensemble du pôle de psychiatrie générale.	
Des médiateurs pairs de santé pourraient être recrutés et formés pour participer aux prises en charge soignantes en favorisant les processus d'alliance thérapeutique.	
RECOMMANDATION 12	34
Le patient devrait bénéficier d'une lecture médicalement accompagnée de son dossier médical afin de recevoir des réponses pertinentes à ses éventuelles questions.	
RECOMMANDATION 13	39
Les modalités organisationnelles des soins doivent intégrer le respect de la confidentialité de l'administration des traitements aux patients.	

RECOMMANDATION 14 39

L'administration ponctuelle urgente d'un traitement injectable en cas de manifestations cliniques aiguës ne saurait l'être que dans les suites immédiates d'une évaluation médicale et non en raison d'une prescription « si besoin ».

RECOMMANDATION 15 40

Les patients isolés doivent bénéficier d'un dispositif d'appel accessible en continu et de modalités de surveillance soignante privilégiant uniquement le lien humain direct.

RECOMMANDATION 16 41

Les patients isolés ne doivent pas être systématiquement contraints au port d'une blouse de modèle chirurgical qui ne respecte ni leur pudeur ni leur dignité.

RECOMMANDATION 17 41

Les patients doivent pouvoir lire, à leur demande, pendant la période de leur isolement.

RECOMMANDATION 18 43

Le recueil des données statistiques des pratiques d'isolement et de contention dans le service des urgences de l'hôpital Emile Muller nécessite, pour être exploitable, une informatisation, la précision du nombre de mesures par patient, de leur durée et celle du nombre de mesures de contention pratiquées hors du box d'isolement.

RECOMMANDATION 19 47

Les patients de gérontopsychiatrie doivent disposer dans leurs chambres de salles d'eau individuelles et adaptées à leur éventuelle mobilité réduite.

RECOMMANDATION 20 47

La pièce nommée « salon d'apaisement » au sein de l'unité de gérontopsychiatrie doit être aménagée et utilisée comme telle.

RECOMMANDATION 21 48

Les horaires d'accès au petit parc pour les patients de l'unité de gérontopsychiatrie doivent être élargis, particulièrement en été.

RECOMMANDATION 22 50

Les autorités compétentes doivent sans délai initier une réflexion et mettre en œuvre des possibilités d'hospitalisation complète pour les mineurs de la région de Mulhouse et Sud Alsace.

SOMMAIRESYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	5
RAPPORT	10
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	10
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	11
2.1 Le centre hospitalier Emile Muller est le plus important des sept établissements membres du groupement hospitalier de la région de Mulhouse et Sud Alsace.....	11
2.2 Le pôle de psychiatrie du GHRMSA propose une offre de soins pertinente.....	11
2.3 La prise en charge des événements indésirables est adaptée mais la commission des usagers, commune à tout le GHRMSA, est peu sollicitée.....	12
3. LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION	14
3.1 Les patients sont hospitalisés dans des locaux bien conçus et bien entretenus mais qui pourraient être mieux aménagés.....	14
3.2 L'hygiène des patients est assurée, à l'exception d'un accès adapté à un système de lavage du linge	15
3.3 Les chambres sont équipées de coffres à code mais pas de verrous de confort	16
3.4 L'établissement porte une attention soutenue à la qualité des repas et à la diversité des souhaits individuels	16
4. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	18
4.1 La liberté d'aller et venir est adaptée à l'état clinique des patients	18
4.2 Peu de restrictions entravent la vie quotidienne des patients	19
4.3 La vie intime et sexuelle des patients est respectée mais ne donne pas lieu à une réflexion institutionnelle	20
5. LES DROITS DES PATIENTS	21
5.1 L'information des patients en soins sans consentement sur leurs droits spécifiques est insuffisante.....	21
5.2 Les patients sont correctement informés de la possibilité de désigner une personne de confiance	22
5.3 L'accès aux cultes est facilité mais il n'existe pas de lieu dédié, hormis la chapelle	22
5.4 L'information et l'exercice du droit de vote sont effectifs.....	23
5.5 L'établissement ne dispose pas de régie et les délais de contact et d'intervention des mandataires sont longs.....	23
5.6 La confidentialité de l'hospitalisation est respectée.....	24
6. LES MODALITES DE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	26
6.1 La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDSP) n'exerce plus ses missions depuis février 2020.....	26
6.2 Les registres de la loi sont correctement tenus, à l'exception parfois du report des décisions de mise sous protection juridique	27

6.3	Le contrôle du juge des libertés et de la détention est conforme mais celui des autres autorités est inexistant.....	27
6.4	Les patients bénéficient de sorties de courte durée régulières et adaptées aux étapes de leur projet de soins	30
7.	LES SOINS.....	32
7.1	Les patients ont accès à des soins psychiatriques adaptés.....	32
7.2	Les patients ont accès à des soins somatiques généralistes et spécialisés de qualité et le lien avec le médecin traitant est effectif.....	37
7.3	L'administration des traitements ne respecte pas la confidentialité.....	38
8.	L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT	40
8.1	Le patient isolé est systématiquement vêtu d'une blouse de modèle chirurgical et n'est pas autorisé à lire	40
8.2	Les données du registre de l'isolement et de la contention sont exploitables et la politique de réduction de ces pratiques est pertinente.....	42
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	45
9.1	L'unité de gérontopsychiatrie est une unité sécurisée qui offre cependant aux patients de nombreuses activités.....	45
9.2	Faute d'unité dédiée, des mineurs sont régulièrement hospitalisés dans les unités pour adultes.....	50
10.	CONCLUSION.....	51

Rapport

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

Stéphane Julinet, chef de mission ;

Marie Agnès Crédoz ;

Augustin Laborde ;

Dominique Secouet ;

Julien Starkman.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite annoncée du pôle de psychiatrie du centre hospitalier Emile Muller sis à Mulhouse (département du Haut-Rhin), du lundi 5 au vendredi 9 juillet 2021.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le lundi 5 juillet à 14 h et l'ont quitté le vendredi 9 juillet à 12 h. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction ainsi qu'aux chefs de juridiction du tribunal judiciaire de Mulhouse.

Les contrôleurs ont été accueillis par l'équipe de direction, les médecins chefs de service et des représentants du personnel soignant. Une salle de travail et un ordinateur regroupant l'ensemble des documents demandés ont été mis à leur disposition. Des affichettes signalant leur visite avaient été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. Ils ont notamment rencontré le président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).

Des contacts téléphoniques ont été établis avec les chefs de juridiction et le cabinet du préfet.

Les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et ont souhaité être entendues.

Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi 9 juillet à 11h en présence des personnes qui avaient participé à la réunion initiale de présentation.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LE CENTRE HOSPITALIER EMILE MULLER EST LE PLUS IMPORTANT DES SEPT ETABLISSEMENTS MEMBRES DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE LA REGION DE MULHOUSE ET SUD ALSACE

Le groupement hospitalier territorial GHT 12 Haute Alsace s'est organisé progressivement, entre 2009 et 2017 (signature de la convention constitutive le 28 juin 2016). Il réunit le groupement hospitalier de la région de Mulhouse et Sud Alsace (GHRMSA), le centre hospitalier psychiatrique de Rouffach et l'hôpital général de Pfastatt pour une offre de soins organisée en treize filières et parcours².

Le GHRMSA regroupe 10 sites, dont le centre hospitalier de Mulhouse Émile Muller, et couvre un territoire de santé de 480 000 habitants. Il dispose d'une capacité d'accueil de 2 591 lits et places dont 150 en psychiatrie, 23 en maison d'accueil spécialisé (MAS) et 861 en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le budget d'exploitation annuel s'élève à 529 millions d'euros. Le GHRMSA emploie 487 médecins et 5 423 agents non médicaux. Le projet d'établissement en cours couvre la période 2021-2025 ; il vise à une reconstruction pertinente de l'offre de soins adaptée aux besoins de la population, à un meilleur accueil des usagers, au développement de prises en charge de pointe et à la prévention des ruptures dans le parcours de soins.

2.2 LE POLE DE PSYCHIATRIE DU GHRMSA PROPOSE UNE OFFRE DE SOINS PERTINENTE

Les urgences psychiatriques sont prises en charge sur le site de l'hôpital Emile Muller, qui héberge la plupart des services de médecine et de chirurgie. Placée sous l'autorité du psychiatre de garde et d'un cadre de santé, une équipe composée de dix infirmiers, de médecins et d'internes en psychiatrie accueille les patients de plus de 15 ans en situation d'urgence psychiatrique. Un psychiatre est présent 24h sur 24.

Les unités d'hospitalisation en psychiatrie sont localisées sur le site du Hasenrain, 87 avenue d'Altkirch à Mulhouse, distant de 2 km de l'hôpital général Emile Muller, proche de la gare et non loin du centre-ville.

Le site du Hasenrain, implanté sur un parc de plusieurs hectares, comporte, sans être exhaustif :

- le centre de santé mentale de Mulhouse et de son agglomération (CESAME) dont les objectifs sont de répondre rapidement et de façon appropriée à une demande de soins, d'éviter des hospitalisations inadéquates et de prévenir des crises suicidaires. Le CESAME dispose d'un espace d'écoute et d'apaisement, d'une unité d'hospitalisation brève (UHB), et d'un centre médico-psychologique. Il offre un accueil téléphonique professionnalisé 24h sur 24 ;
- un service de soins sans consentement (SSC) en hospitalisation complète dans un pavillon fermé comportant dix-sept lits et deux chambres d'isolement ;

² Psychiatrie et santé mentale, addictologie, urgences, gériatrie, soins palliatifs, oncologie, gynécologie obstétrique, handicap, AVC, douleur, médecine polyvalente et chirurgie, médecine, chirurgie conventionnelle et ambulatoire.

- un service d'hospitalisation complète pour des patients atteints de pathologies psychiatriques générales avec comorbidités et addictologie pour un total de 36 lits répartis dans deux unités ouvertes ;
- un service d'hospitalisation complète spécialisé dans l'âge avancé (plus de 65ans) ;
- une maison des ateliers (MDA), unité fonctionnelle dédiée aux médiations thérapeutiques pour les patients des diverses unités d'hospitalisation.
- deux hôpitaux de jour (HJ) ;
- deux centre médicaux-psychologiques (CMP) ;
- deux centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) pour adultes et un spécifique pour les personnes âgées de plus de 65 ans ainsi qu'une équipe ambulatoire ;
- un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ;
- trois EHPAD ;
- une équipe mobile pour les personnes âgées ;
- une équipe mobile psychologique de précarité.

Le pôle de psychiatrie dispose pour l'hospitalisation complète de patients adultes de deux unités ouvertes, d'une unité fermée et d'un pavillon spécialisé en gérontopsychiatrie. La capacité totale théorique est de 77 lits dont 66 seulement étaient, au moment du contrôle, en service

Il emploie environ 250 agents pour 210 équivalents temps plein (ETP) plus 22 ETP de médecins, dont 4,4 n'étaient toutefois pas pourvus au moment du contrôle.

Disposés à l'extrémité sud du domaine, les bâtiments accueillant les unités de psychiatrie ont été réhabilités ou construits récemment : le plus ancien, le pavillon 3 de l'unité 30 de gérontopsychiatrie, date de 2008 et le plus récent, le pavillon 20 abritant les unités 20.1 – appelée « soins contraints » – et 20.2, de 2016. La dernière unité d'hospitalisation, l'unité 21.3, est hébergée au pavillon 53. La MDA, seul lieu collectif utilisé par les patients des quatre unités, se situe entre les pavillons 20 et 53 ; elle a été inaugurée en 2010.

2.3 LA PRISE EN CHARGE DES EVENEMENTS INDESIRABLES EST ADAPTEE MAIS LA COMMISSION DES USAGERS, COMMUNE A TOUT LE GHRMSA, EST PEU SOLLICITEE

De nombreuses dispositions visent à inciter le personnel soignant à signaler les événements indésirables. Ainsi, une interface informatique dédiée et simplifiée est accessible sur tous les ordinateurs ; la formation des arrivants sensibilise à l'enjeu des signalements, rappelé par voie d'affichage dans les bureaux des soignants et de l'administration ; une charte de non-sanction a été adoptée. Les fiches d'événement indésirable (FEI) de l'ensemble de l'établissement sont étudiées chaque semaine en commission pour déceler et remédier aux problèmes récurrents ; pour les cas les plus graves, des comités de retour d'expérience (CREX) sont organisés.

Malgré ces incitations, le nombre de FEI est modeste en comparaison d'autres établissements : 149 en 2020 et 193 en 2019. Les principaux motifs sont les violences verbales (15,7%), les violences physiques (15%) et les chutes (11%). Trois décès sont signalés sur la même période : un lié à une suspicion de Covid et deux par suicide, dont un à l'extérieur de l'établissement ; tous ont donné lieu à un CREX.

Au-delà des chiffres, l'ensemble des soignants et des patients rencontrés ont souligné le climat apaisé et les bonnes relations interpersonnelles.

Les patients ont eux aussi plusieurs possibilités d'exprimer leurs difficultés (questionnaire de satisfaction, saisine de la commission des usagers etc.). Dans la mesure du possible, il leur est conseillé d'en parler directement à l'équipe soignante qui peut alors les accompagner dans leurs démarches. Ainsi, en 2020, au moins une patiente a été accompagnée pour un dépôt de plainte pour des faits d'attouchements sexuels qui auraient eu lieu à l'intérieur d'une unité ; un officier de police judiciaire s'est déplacé à l'hôpital pour l'entendre.

En revanche, si les coordonnées de la commission des usagers (CDU) figurent au livret d'accueil et sont affichées dans les unités, le rôle de la CDU n'est pas explicité, aucune réunion n'est dédiée à la psychiatrie et ses membres ont indiqué ne pas se rendre dans les unités.

RECOMMANDATION 1

Les patients doivent bénéficier d'une information systématique sur l'existence, le rôle et les modalités de saisine de la CDU, dont les coordonnées doivent être affichées dans toutes les unités et les membres sollicités, notamment sur les événements indésirables signalés par les unités de psychiatrie.

Les membres de la CDU doivent se déplacer régulièrement dans les unités d'hospitalisation en psychiatrie.

Dans ses observations reçues le 14 novembre 2022, le GRHMSA précise que les coordonnées et la composition de CDU sont portées à la connaissance des patients par le biais de l'affichage institutionnel, du site internet du GHRMSA et du livret d'accueil. Elle indique que ces deux derniers explicitent le rôle, les modalités de saisie de la DU, des RU et des médiateurs. La direction mentionne que la CDU est trimestriellement informée des réclamations tous secteurs confondus et que les représentants des usagers titulaires le sont mensuellement. Le bilan des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables (EI) est présenté une fois par an en CDU. La CDU du mois de juin 2022 a acté qu'à l'avenir, les EIG seront présentés trimestriellement comme les réclamations. Les EI concernant les usagers sont traités hebdomadairement en commission d'examen des fiches d'examen des événements indésirables (FEI) et en réunion « Direction des usagers- Direction de la qualité ».

Les contrôleurs prennent acte de ces observations et maintiennent leur recommandation.

3. LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION

3.1 LES PATIENTS SONT HOSPITALISES DANS DES LOCAUX BIEN CONÇUS ET BIEN ENTRETENUS MAIS QUI POURRAIENT ETRE MIEUX AMENAGES

Le domaine s'étend sur une dizaine d'hectares et est de type pavillonnaire. Un parc arboré et ombragé permet de déambuler en sécurité entre des constructions de trois étages au maximum. Les unités et pavillons, identifiés par des numéros ou même par le terme de « soins contraints » gagneraient à être renommés.

Les locaux sont bien entretenus, lumineux et suffisamment vastes. Toutes les unités disposent des équipements collectifs nécessaires et attendus : salles d'activités, réfectoires, bureaux de consultations, salons TV, chambres « zen » ou d'apaisement.

Au moment du contrôle, le nombre de lits d'hospitalisation était de quatorze à l'unité 20.1, vingt à l'unité 20.2, seize à l'unité 30 et seize à l'unité 21.3.

Comme pour le reste des locaux, la configuration et l'état des chambres sont d'excellente facture. Individuelles pour la plupart – seules huit chambres doubles ont été conservées pour cinquante chambres individuelles, toutes unités confondues – elles sont équipées de toilettes et lavabo ainsi qu'au minimum d'une table, une chaise, un fauteuil, un placard, une fenêtre dont une partie peut s'ouvrir et une liseuse. Celles des unités 20.1, 20.2 et 21.3 comportent une douche.

Des espaces sont adaptés pour les fumeurs.

Nonobstant ce standard hôtelier apprécié, plusieurs améliorations matérielles sont attendues :

- installation de boutons d'appel et de verrous de confort dans les chambres ;
- pose de panneaux muraux permettant aux patients de personnaliser la décoration de leur chambre ;
- aménagement de bureaux infirmiers dédiés aux entretiens dans certaines unités ;
- aménagement de salons pour les visites ;
- mise en service d'espaces tels que la terrasse végétalisée située à l'entrée de l'unité 20.1 et l'espace situé dans le prolongement d'une des salles de vie de l'unité de gérontopsychiatrie qui pourrait constituer un fumoir sécurisé pour les patients âgés, notamment le soir ;
- augmentation du nombre douches – actuellement trois pour seize patients – en unité de gérontopsychiatrie ;
- aménagement d'un préau à l'unité 21.3, notamment pour les fumeurs ;
- réouverture de la cafétéria, fermée à la suite du transfert de la maternité vers le site Emile Muller.

En outre, le manque d'infrastructures sportives extérieures est déploré malgré l'existence de salles de sport dans les unités ou à la MDA. Le parc et le bois situés à l'entrée du site, de même que les nombreux bâtiments vides, laissent penser qu'un parcours sportif ou un terrain de sport de type city-stade, par exemple, auraient toute leur place.

Il a été indiqué que l'élaboration d'un schéma directeur immobilier, dont les conclusions sont attendues pour la fin de l'année 2022, devrait permettre à terme une exploitation optimale du domaine.

RECOMMANDATION 2

Le schéma directeur doit privilégier des améliorations matérielles et bâtementaires, s'agissant des chambres (installation de boutons d'appel et de verrous de confort), des unités

(aménagement de salles d'entretien infirmiers, fumeurs, douches, préaux, salons pour les visites) et de l'établissement (appellation humanisée des unités, aménagement d'une cafétéria et installation de matériels pour les activités physiques extérieures).

Dans ses observations reçues le 14 novembre 2022, le GRHMSA précise :

« S'agissant des chambres : une étude est en cours pour un déploiement progressif des boutons d'appel et verrous de confort dans les différentes unités. Concernant la personnalisation des chambres, il est rappelé qu'il s'agit d'unités de court séjour, avec une durée d'hospitalisation limitée.

En gérontopsychiatrie, nous étudions la faisabilité de remplacer la baignoire, peu utilisée, par une douche, pour augmenter le nombre de douches disponibles pour les patients.

S'agissant des unités : pour les unités 20-1 et 20-2, les entretiens infirmiers sont réalisés dans le bureau infirmier. Pour les unités 21-3, 0030 et dans l'unité d'hospitalisation brève, ils sont réalisés dans les bureaux polyvalents. Un réaménagement des salles dans les différentes unités est en cours afin de bien identifier les espaces mobilisables pour les entretiens infirmiers.

Des salons de visite et/ou des salons à usage polyvalent existent dans les différentes unités. L'affichage à l'entrée de ces salles sera revu pour préciser que les salons polyvalents peuvent être utilisés lors des visites.

S'agissant de l'établissement : la terrasse végétalisée n'est malheureusement pas exploitable pour le grand public. Une étude a mis en évidence que la structure ne permet pas d'accueillir des personnes en nombre. Nous rappelons cependant qu'il existe par ailleurs une terrasse fumeur dans l'unité 20-1. En gérontopsychiatrie (unité 0030), les patients peuvent accéder au parc partagé avec l'unité 21-3, à la demande le soir. L'espace fumeur partagé entre le 0030 et le 21-3 est situé à proximité de l'unité de gérontopsychiatrie et accessible directement par un chemin. Nous souhaitons également porter à votre connaissance un projet de jardin sensoriel partagé entre l'unité pour adolescents et les unités d'hospitalisation dans le parc du 21-3.

Il existe des distributeurs automatiques de denrées alimentaires sur le site du Hasenrain et issues de la production des cuisines de l'établissement. En outre, le pôle de psychiatrie réfléchit avec le pôle Ressources matérielles à l'aménagement d'un espace de convivialité à la Maison des Ateliers ».

Les contrôleurs prennent acte de ces observations et maintiennent leurs recommandations.

3.2 L'HYGIENE DES PATIENTS EST ASSUREE, A L'EXCEPTION D'UN ACCES ADAPTE A UN SYSTEME DE LAVAGE DU LINGE

La même attention que celle observée à l'entretien des locaux s'applique à l'hygiène personnelle des patients. Ainsi, à l'exception de celles de l'unité de gérontopsychiatrie (Cf. infra), toutes les chambres sont dotées de WC et de douche. Les équipes de chaque unité ont aussi constitué des vestiaires de dépannage issus de dons, permettant de se vêtir dignement. Des produits d'hygiène (savon, shampoing, brosse à dents, etc.) peuvent être remis mais l'information n'est pas connue de tous les patients, alors même qu'ils en présentent le besoin. Les draps sont changés au minimum deux fois par semaine et davantage si besoin, si possible en faisant participer les patients, dans un souci d'autonomie. Dans l'unité 20.1 (unité fermée pour les patients en SSC), des draps propres sont laissés sur un chariot dans le couloir à la libre disposition des patients.

En revanche, le lavage du linge personnel pose une réelle difficulté à certains puisqu'il est demandé de le confier à un proche ou à une blanchisserie extérieure à l'hôpital. Pour les patients isolés et sans ressources, une seule machine à laver est prévue par unité, voire une pour deux unités comme c'est le cas au pavillon 20 pour les unités 20.1 et 20.2 pouvant accueillir simultanément jusqu'à trente-quatre personnes. De plus, faute de sèche-linge, les vêtements sont entreposés dans des endroits inadaptés, souvent dans la salle de bain collective des unités.

RECOMMANDATION 3

Les patients doivent accéder à un service adapté et gratuit de lavage et séchage de leur linge.

Dans ses observations reçues le 14 novembre 2022, le GRHMSA rappelle qu'il s'agit d'unités de court séjour, avec une durée d'hospitalisation limitée. La direction précise d'une part que deux machines à laver sont disponibles gratuitement et permettent de répondre aux besoins des patients et d'autre part, qu'un sèche-linge sera également installé. Enfin, l'établissement indique qu'une prestation du service Happytal est disponible pour les patients.

Les contrôleurs prennent acte de ces observations et maintiennent leur recommandation.

3.3 LES CHAMBRES SONT EQUIPEES DE COFFRES A CODE MAIS PAS DE VEROUS DE CONFORT

Une fois admis dans les unités, les patients sont tenus de laisser aux soignants, qui les conservent dans des casiers nominatifs, les objets considérés comme dangereux ou illicites et définis dans les règlements intérieurs des unités : couteaux, ciseaux, alcool, toxiques, etc. Il en va de même des chargeurs de téléphones portables, des briquets et parfois des cigarettes. Un inventaire contradictoire est réalisé, dont une copie est remise au patient. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il n'est pas rare que les patients conservent leur argent avec eux. L'installation de coffres à code (unités 30, 20.1 et 20.2) ou à clé (unité 21.3) dans les chambres favoriserait cette pratique, à l'unité de gérontopsychiatrie, elle est même formalisée : contre signature d'une décharge, les personnes sont autorisées à garder leurs valeurs, aussi conséquentes soient-elles. Le reste des biens est laissé aux patients qui peuvent l'entreposer dans les placards de leur chambre. Cependant, ceux-ci ne peuvent être fermés à clés et les portes des chambres n'étant pas équipées de verrou de confort, les inquiétudes concernant d'éventuels vols sont nombreuses (Cf. recommandations 2 et 7).

3.4 L'ETABLISSEMENT PORTE UNE ATTENTION SOUTENUE A LA QUALITE DES REPAS ET A LA DIVERSITE DES SOUHAITS INDIVIDUELS

Les menus, élaborés par des diététiciennes pour des cycles de quatre semaines, tiennent compte non seulement des équilibres alimentaires et régimes médicaux mais aussi des éléments d'ordres culturel et personnel (régime végétarien, etc.) et des aversions portées sur une « carte repas individuelle » renseignée à l'admission et qui peut être modifiée au cours du séjour. Ainsi, pour chaque repas, près de soixante compositions sont possibles.

Des repas spécifiques sont proposés lors des fêtes et des repas thérapeutiques sont organisés dans les unités deux à trois fois par mois, la participation allant des courses à la consommation en passant par la préparation. Cette activité était toutefois suspendue depuis un an au moment du contrôle en raison des contraintes sanitaires.

Les repas, servis sur des plateaux individuels, sont préparés par le GHRMSA sur le site Emile Muller. Ils sont livrés en liaison froide deux fois par jour dans les unités. Les procédures et le matériel utilisé pour les réchauffer ont satisfait à l'ensemble des contrôles sanitaires opérés dans les mois ayant précédé la visite des contrôleurs. Les patients sont tenus de prendre leurs repas dans les réfectoires des unités ; même lorsqu'ils ne souhaitent pas manger, il leur est demandé de rejoindre le groupe. Les horaires définis dans les règlements intérieurs des unités : 8h-8h30 pour le petit déjeuner, 12h-12h30 pour le déjeuner et 18h-18h30 pour le dîner sont appliqués avec souplesse, en tenant compte de l'état de fatigue des patients. Les places à table sont généralement attrapées et les patients ont dans l'ensemble accès à de véritables couverts en métal, comptés à chaque fin de repas.

Au vu des témoignages recueillis, les repas sont globalement appréciés, tant en termes de qualité que de quantité. Seul un manque de souplesse est regretté par plusieurs patients concernant l'interdiction de consommer des repas livrés de l'extérieur (de type pizza ou burger notamment) et de prendre son repas en chambre lorsque pèse le poids de la collectivité.

4. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

4.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST ADAPTEE A L'ETAT CLINIQUE DES PATIENTS

4.1.1 La circulation des patients

Le règlement intérieur de chacune des unités ouvertes mentionne l'ouverture des portes de 8h à 20h. Il est recommandé aux patients d'avertir les soignants s'ils souhaitent sortir mais aucun patient en soins libres n'en serait empêché.

Concernant l'unité fermée, qui ne reçoit que des patients en SSC, les sorties sont limitées au parc de l'hôpital, de 9h à 11h45, de 14h à 18h et de 19h à 20h. Cependant, des durées plus limitées peuvent être prescrites par les médecins, voire aucune sortie autorisée non accompagnée. Au moment de la visite des contrôleurs, six des treize patients hospitalisés n'étaient pas autorisés à sortir de l'unité. Il a été indiqué qu'il s'agissait d'interdictions individualisées, temporaires et toujours expliquées au patient concerné. Des échanges avec le personnel médical et soignant il ressort une réelle préoccupation à ne pas assimiler soins sans consentement et privation de liberté ce qui amène un questionnement, encore à l'état embryonnaire, sur la nécessité d'une évolution des pratiques avec une réduction du nombre de lits en unité fermée.

Si les mesures sanitaires dues à l'épidémie de la Covid ont, pendant un certain temps, réduit la libre circulation des patients, elles n'ont pas perduré au-delà des périodes de confinement strict. A l'intérieur de toutes les unités les patients circulent comme ils le désirent, sans obligation de rester, à certaines heures, dans leur chambre ou de la quitter, sinon pour les repas et les activités thérapeutiques.

4.1.2 La gestion de la sécurité

L'établissement n'est sécurisé que par un petit mur d'enceinte. L'entrée pour les véhicules suppose la détention d'un badge ou l'ouverture de la barrière électrique par le gardien. L'accès piéton est ouvert de 8h à 20h ; il n'existe pas de pré-accueil pour surveiller les entrées et sorties. Si cette ouverture permet aux visiteurs d'entrer librement, elle a pour conséquence de susciter parfois la réticence des équipes soignantes à laisser les patients profiter des espaces extérieurs de peur qu'ils ne quittent l'enceinte de l'établissement.

Le site est placé sous vidéo surveillance, gérée par le service sécurité et sûreté du GRHMSA. Vingt-deux caméras à l'extérieur des bâtiments permettent de surveiller les entrées et sorties des unités et surtout de contrôler l'ensemble de la propriété. Vingt et une autres sont localisées à l'intérieur de certains bâtiments, notamment au pavillon de gérontopsychiatrie et dans l'unité fermée. Ces caméras filment les circulations, les escaliers et les différentes issues. Les images sont conservées 30 jours et sont exploitées, en cas de nécessité, dans le respect du cadre légal (seules les personnes habilitées peuvent procéder au visionnage des images enregistrées).

Les bâtiments sont hétérogènes dans leurs équipements de fermeture. Certains sont équipés de serrures à clés, d'autres de serrures électroniques permettant une ouverture automatique.

Aucune équipe de sécurité n'intervient sur le site du Hasenrain. Les soignants sont équipés d'un boîtier « PTI » (protection du travailleur isolé) et la solidarité entre tous est effective et efficiente. Beaucoup ont reçu une formation à la gestion des situations de violence et à l'apaisement des tensions.

Les patients quant à eux déplorent l'absence de verrou de confort dans les chambres pour les protéger de l'intrusion d'autres patients (Cf. recommandation 2).

4.2 PEU DE RESTRICTIONS ENTRAVENT LA VIE QUOTIDIENNE DES PATIENTS

De manière générale, les règles de vie comportent peu de restrictions, guidées lorsqu'elles existent par l'état clinique individuel et actualisé. Les patients ne se sont pas plaints auprès des contrôleurs de restrictions perçues comme inadaptées.

4.2.1 Le téléphone et l'accès Internet

Les unités bénéficient de l'accès au Wifi, les téléphones portables et ordinateurs sont laissés à disposition, sauf prescription individuelle. Lors de la visite des contrôleurs, un seul patient, en unité fermée, ne disposait pas d'un accès libre à son téléphone. En revanche les câbles et chargeurs sont placés dans des casiers personnels et restitués à la demande et sous surveillance, selon le profil du patient. En pratique, les téléphones sont remis aux soignant la nuit pour être mis en charge, ce qui permet aussi de respecter le sommeil de chacun en limitant l'usage nocturne.

Il n'existe pas de cabine ou de point phone dans les unités mais le personnel dispose d'un téléphone mobile réservé aux patients, d'une tablette dans l'unité de soins sans consentement et d'un ordinateur en gérontopsychiatrie.

4.2.2 L'accès à l'information

L'établissement ne souscrit aucun abonnement à la presse, seul un exemplaire du quotidien « L'Alsace » était disponible au bâtiment 20.

Toutes les unités disposent d'un salon TV (deux dans l'unité fermée), ouvert de 7h à 22H30. Il n'y a pas de téléviseur dans les chambres.

4.2.3 Les visites

Les visites sont autorisées l'après-midi de 14h à 18h, puis après le dîner de 18h30 à 20h. Il est fait état d'une grande souplesse si un proche ne peut venir que le matin. Ces horaires de soirée, trop rarement mis en œuvre dans d'autres établissements, permettent aux proches de se rendre à l'hôpital après leur journée de travail.

BONNE PRATIQUE 1

L'extension vespérale des horaires de visites facilite le maintien des liens familiaux.

Elles ont été maintenues pendant la plupart des périodes de restrictions sanitaires, avec des aménagements : un seul visiteur autorisé et pour une durée de 45 minutes, avec port de masques et usage de gel hydroalcoolique. En gérontopsychiatrie les rencontres ont été un temps organisées de part et d'autre de la porte ajourée du sas d'entrée.

Il n'existe en revanche pas d'espace dédié dans l'unité fermée ni dans l'unité de gérontopsychiatrie, où les visites se déroulent dans le parc, les salons ou les chambres (Cf. recommandation 2). Les patients, les familles et les soignants regrettent la fermeture de la cafétéria qui était notamment utilisée lors des visites.

4.2.4 Le droit de se vêtir

Le recours au port du pyjama est rarissime et, selon les dires, toujours prescrit médicalement et pour un temps très court. Pendant la période du contrôle, aucun patient n'était en pyjama (pour les séjours en isolement, voir infra).

4.2.5 Le tabac

La possibilité de fumer est encadrée avec beaucoup de souplesse. Il est regretté en gérontopsychiatrie une fermeture trop tôt en soirée de l'accès à l'extérieur (Cf. recommandations 2 et 21).

4.3 LA VIE INTIME ET SEXUELLE DES PATIENTS EST RESPECTEE MAIS NE DONNE PAS LIEU A UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

Les soignants sont particulièrement vigilants aux possibles relations d'emprise, de manipulation, voire de contrainte lorsqu'ils observent un rapprochement entre deux patients. Ces situations sont évoquées lors des relèves et des réunions cliniques.

S'il s'agit de relations perçues comme consenties ou de comportements individuels (masturbation, exhibitionnisme), ils initient une discussion avec le patient sur les notions de discrétion, de prévention, de contraception le cas échéant. Il n'est pas interdit qu'un patient ou un proche se rende dans une chambre, mais elles ne disposent pas de verrou de confort permettant de préserver l'intimité. Il n'existe pas plus de clés aux placards permettant d'y ranger en toute discrétion des objets personnels ni de possibilité de fermer les douches communes.

Au-delà de cette approche individuelle, les soignants paraissent parfois gênés d'aborder ces questions et aucune réflexion institutionnelle n'est engagée sur ce sujet, ni au sein du pôle ni au comité d'éthique, bien qu'une psychiatre référente ait réalisé sa thèse sur la sexualité des personnes âgées.

5. LES DROITS DES PATIENTS

5.1 L'INFORMATION DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SUR LEURS DROITS SPECIFIQUES EST INSUFFISANTE

Le pôle de psychiatrie ne dispose pas d'un règlement intérieur spécifique mais le livret d'accueil, commun à l'hôpital Emile Muller et au site Hasenrain, particulièrement complet et pédagogique, est déposé en chambre et parfois remis en main propre. Il délivre des informations exhaustives sur l'organisation générale du GHR, les services à disposition des patients, les droits et devoirs de chacun, le rôle et la composition de la CDU, les modalités de sortie et les poursuites éventuelles des soins, les coordonnées du Défenseur des Droits. Le questionnaire de satisfaction et la notice nécessaire à la désignation de la personne de confiance sont joints au livret.

Cependant ces nombreuses informations supposent, pour certains patients, d'être accompagnées d'explications par le personnel. Les questionnaires de satisfaction sont peu renseignés (8,7%). Par ailleurs, les membres de la CDU du GHR SMA ont indiqué ne pas se rendre dans les unités d'hospitalisation de psychiatrie (Cf. recommandation 1).

Le parcours et les droits spécifiques de l'hospitalisation sans consentement sont détaillés de manière exemplaire dans une plaquette destinée exclusivement à ces patients. Présentée de manière personnelle, cette notice décrit le contexte juridique, les droits, les garanties et les voies de recours des patients avec toutes les adresses nécessaires.

Chaque unité dispose d'un règlement intérieur qui présente ses règles propres. Celles-ci ne sont cependant pas systématiquement affichées ; selon les informations recueillies, elles seraient expliquées oralement lors de l'admission puis reprises et discutées individuellement tout au cours du parcours d'hospitalisation.

Conformément à l'article L 3211-3 du code de la santé publique, la décision d'admission – à laquelle ne sont pas systématiquement joints les certificats médicaux – est remise contre émargement au patient. L'ensemble des droits et des recours sont récapitulés dans un document distinct, également notifié.

Cependant, au cours des échanges, il est apparu aux contrôleurs que la notification des différentes décisions s'accompagnait rarement de leur lecture et d'explications pédagogiques adaptées à l'état du patient. De plus, l'identité du tiers n'est pas révélée avant l'audience devant le JLD. Enfin nombre de soignants déclarent ne pas connaître le rôle de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).

Le personnel soignant, soucieux du respect des droits des patients, a souvent exprimé le regret de n'avoir qu'une connaissance imparfaite des droits des patients en SSC, tout en indiquant s'efforcer de prendre le temps d'expliquer « au mieux » la particularité de leur statut et de leurs droits.

Les médecins rencontrés ont assuré être attentifs à donner des explications « entendables » et compréhensibles par le patient lors de la rédaction des certificats médicaux, tout en admettant ne pas tracer ou, au mieux, de manière très lacunaire, les observations de celui-ci.

A l'examen des registres, il n'a en effet pas été trouvé trace d'observations qui permettraient de s'assurer de la complète information du patient de ses droits et de ses dires quant à son parcours de soins.

RECOMMANDATION 4

Lors de chaque notification des décisions jalonnant le parcours des soins sans consentement, il est nécessaire de s'assurer que le patient est suffisamment et explicitement informé de son statut et de ses droits.

Il doit avoir connaissance des certificats médicaux qui fondent les décisions et de l'identité du tiers demandeur de l'hospitalisation, le cas échéant.

Le recueil de ses éventuelles observations doit être tracé.

Dans ses observations reçues le 14 novembre 2022, le GRHMSA précise que de nouvelles sessions de formation sur les soins psychiatriques sans consentement seront proposées aux médecins et soignants du pôle dans le cadre du plan de formation. Il indique également que les professionnels participent à des colloques sur ces thématiques et que la direction des usagers a programmé dans le pôle de psychiatrie des sessions de formation flash sur le droit des patients.

Les contrôleurs prennent acte de ces observations et maintiennent leur recommandation.

RECOMMANDATION 5

Le personnel soignant doit recevoir une formation claire et détaillée relative aux droits des patients en soins sans consentement afin d'être en mesure de leur délivrer une information précise, adaptée à leur état clinique.

Dans ses observations reçues le 14 novembre 2022, le GRHMSA précise que de nouvelles sessions de formation sur les soins psychiatriques sans consentement seront proposées aux médecins et soignants du pôle dans le cadre du plan de formation. Il indique également que les professionnels participent à des colloques sur ces thématiques et que la direction des usagers a programmé dans le pôle de psychiatrie des sessions de formation flash sur le droit des patients.

Les contrôleurs prennent acte de ces observations et maintiennent leur recommandation.

5.2 LES PATIENTS SONT CORRECTEMENT INFORMES DE LA POSSIBILITE DE DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Un formulaire dédié est mis à disposition en annexe du livret d'accueil. Il a été rajouté récemment la nécessité pour la personne de confiance de signer, elle aussi, ce formulaire pour indiquer son accord.

La personne de confiance est diversement désignée selon les unités ; lors de la visite des contrôleurs : 6 dans l'unité de SSC, 15 à l'unité 2, 13 en unité 3 et 8 à l'unité de gérontopsychiatrie.

La personne de confiance est informée des placements en chambre d'isolement et des mises en contention.

5.3 L'ACCES AUX CULTES EST FACILITE MAIS IL N'EXISTE PAS DE LIEU DEDIE, HORMIS LA CHAPELLE

Les bureaux du service religieux sont situés dans le hall d'accueil de l'hôpital Emile Muller où les aumôniers tiennent des permanences. Une seule aumônière se rend régulièrement sur le site Hasenrain, les mardis et jeudis. Un numéro de téléphone affiché dans les unités permet de

joindre 24 heures sur 24 un représentant du culte qui se charge de contacter l'aumônerie concernée.

Le patient, sa famille et le personnel de l'unité peuvent joindre les aumôneries catholique, protestante, musulmane et israélite pour un contact ou une visite en unité ; en revanche les aumôniers orthodoxes ne se déplacent plus dans l'établissement.

Il n'existe pas de lieu dédié aux cultes, hormis la chapelle. Les aumôniers peuvent rencontrer les patients dans leurs chambres. Avant 2018, ils les rencontraient aussi à la cafétéria et sont très demandeurs de la réouverture de ce lieu.

Il n'y a actuellement pas de cérémonie dans la chapelle d'Hasenrein, en raison des risques sanitaires, mais à Noël et à Pâques ce lieu est partagé et parfois une cérémonie œcuménique s'y déroule, pour un maximum de 10 personnes. Avant la pandémie de Covid, une messe était célébrée le samedi à 15h.

Des informations sur les différentes pathologies sont organisées une fois par trimestre au bénéfice des aumôniers par une pédopsychiatre ainsi que des séances de supervision, outre les rencontres organisées au sein de chaque culte.

Les contacts entre les représentants de cultes et la direction sont décrits comme cordiaux.

RECOMMANDATION 6

L'établissement doit mettre à disposition un lieu réservé et identifié pour la rencontre des patients avec les aumôniers.

Dans ses observations reçues le 14 novembre 2022, le GRHMSA précise que les patients peuvent solliciter les représentants du culte. Il indique que les rencontres sont possibles en chambre, dans les salons polyvalents et dans la chapelle du Hasenrain.

Les contrôleurs prennent acte de ces observations et maintiennent leur recommandation.

5.4 L'INFORMATION ET L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE SONT EFFECTIFS

Le livret d'accueil rappelle le droit de vote au chapitre « les droits fondamentaux de la personne » et l'établissement permet son exercice effectif. Ainsi, une note du 27/05/2021, largement diffusée, organisait les scrutins des 20 et 27 juin 2021 avec le déplacement sur site d'un policier du commissariat central de Mulhouse pour valider les procurations.

Il n'existe pas de statistiques mais, selon les soignants, les permissions de sortie sont privilégiées et seules les élections présidentielles suscitent un réel intérêt, notamment chez les patients âgés.

5.5 L'ETABLISSEMENT NE DISPOSE PAS DE REGIE ET LES DELAIS DE CONTACT ET D'INTERVENTION DES MANDATAIRES SONT LONGS

Lors de la visite des contrôleurs, cinq patients étaient sous mesure de protection dans l'unité de SSC, deux en unité 2, quatre en unité 4 et quatre en gériopsychiatrie.

Les mesures sont souvent confiées à la famille, mais aussi à l'union départementale des familles (UDAF) et à l'association locale pour la protection des majeurs (APROMA). Selon les témoignages recueillis, il est difficile de travailler avec l'UDAF dont les agents sont difficiles à joindre et manquent de réactivité. La question de l'achat de tabac apparaît comme la préoccupation majeure. Il n'y a pas de régie sur site.

Le rôle des assistantes sociales est prépondérant. Elles assistent aux réunions cliniques, mutualisent leurs réseaux et travaillent de façon très rapide et concrète avec l'extrahospitalier,

très riche sur la région et les équipes mobiles pour les visites à domicile (VAD) et les suivis des PDS. Elles sont en relation régulière avec les familles et les tuteurs, souvent conviés aux réunions de synthèse. Elles soulignent les difficultés rencontrées lors de démarches administratives car le patient doit être présent, physiquement ou téléphoniquement. Elles ont pour éthique : « une admission s'accueille, une sortie se prépare ».

RECOMMANDATION 7

Les mandataires nommés dans le cadre d'une mesure de protection des biens doivent répondre avec une diligence adaptée aux besoins des patients.

L'établissement doit se doter d'un service qui assure la garde et la disponibilité des valeurs et des ressources numéraires des patients hospitalisés.

Dans ses observations reçues le 14 novembre 2022, le GRHMSA indique que

« Sur la diligence des mandataires nommés dans le cadre d'une mesure de protection des biens : le GHRMSA ne dispose pas de son propre service de tutelle. Les mesures de protection juridique sont confiées à des mandataires externes.

Concernant la gestion des valeurs et des ressources numéraires : toutes les unités d'hospitalisation disposent de coffres dans les placards des chambres, avec clef ou code.

Les effets personnels et ressources numéraires des patients hospitalisés peuvent être déposés à la Trésorerie ou au service des admissions en fonction de la nature de l'objet déposé.

L'hôpital a l'obligation d'informer oralement et par écrit toute personne admise au GHRMSA des principes gouvernant sa responsabilité en cas de vol, perte ou détérioration des objets. Ces informations sont transmises par le biais du livret d'accueil. Une rubrique spéciale est dédiée à l'information des patients sur les effets personnels et les objets de valeur.

Par ailleurs, une procédure institutionnelle élaborée par le service des admissions rappelle aux professionnels du GHRMSA les modalités de dépôt des effets personnels et des objets de valeur au service admissions et des fonds (somme d'argent, livrets d'épargne, etc.) à la Trésorerie. Cette procédure prévoit également le cas dans lequel le patient n'est pas en mesure de gérer ses effets personnels ».

Les contrôleurs prennent acte de ces observations et maintiennent leur recommandation.

5.6 LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION EST RESPECTEE

À tout moment, en amont de son admission, à son admission et au décours d'un séjour, le patient est susceptible d'exprimer le souhait d'un séjour se déroulant sous le statut de la confidentialité (charte de la personne hospitalisée annexée à la circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits de la personne hospitalisée). Il peut aussi changer d'avis au cours de son séjour.

Lorsqu'une personne ne souhaite pas qu'on sache qu'elle est hospitalisée à Hasenrein, le personnel administratif des points d'accueil consulte le logiciel « Tango accueil renseignement » qui fait apparaître le statut confidentiel sous forme d'un message clignotant. Pour les soignants, l'information est visible dans l'application « CROSSWAY » où le statut confidentiel est identifié par une icône « bouclier ».

Un protocole daté du 08/07/2019 et une fiche-outil « consignes de réponse à un interlocuteur pour le personnel d'accueil/ administratif » définissent la conduite à tenir. Au statut confidentiel,

le personnel ne communique aucune information, y compris si le tiers semble avoir connaissance du séjour. Dans ce cas, le patient est tenu de communiquer lui-même aux proches qu'il souhaite informer son numéro de téléphone, son unité d'hospitalisation et son numéro de chambre. Les interlocuteurs se présentant comme étant de la police ou de la gendarmerie sont orientés vers la direction des usagers et, hors les heures d'ouverture, vers le cadre de garde qui prend attache avec le directeur de garde.

Les contrôleurs ont pu s'assurer de l'effectivité du protocole en appelant le standard pour tenter de parler à une patiente qu'ils savaient en séjour confidentiel : ils n'ont pu obtenir aucun contact ni information.

6. LES MODALITES DE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

6.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES HOSPITALISATIONS PSYCHIATRIQUES (CDSP) N'EXERCE PLUS SES MISSIONS DEPUIS FEVRIER 2020

Le médecin généraliste président de la CDSP depuis 10 ans s'est spécialement déplacé sur le site d'Hasenrain pour rencontrer les contrôleurs. De cette rencontre et de l'analyse des rapports d'activité des années 2017, 2018 2019 apparaît l'implication de la commission, convaincue des enjeux de son rôle. La CDSP s'est efforcée, jusqu'à la crise sanitaire, de procéder à l'ensemble des tâches qui lui sont dévolues par l'article L 3223 du code de la santé publique (CSP). Elle s'est ainsi réunie quatre fois par an et a visité annuellement chacun des trois établissements du département, en portant une attention particulière aux unités fermées. Au cours des visites étaient vérifiées la tenue des registres de la loi comme celle du registre d'isolement et de contention et il était procédé à l'audition des patients qui le sollicitaient (trois le 17 octobre 2019 et le 6 février 2020, tous en vue de la levée de leur mesure, non prononcée après vérification de la régularité des procédures et du respect du droit à la dignité des malades).

La CDSP s'est efforcée de développer des axes de réflexion sur le nombre élevé des décisions prises sur la base d'un péril imminent (PI). Son président a indiqué avoir toujours eu soin de sensibiliser les médecins urgentistes, souvent initiateurs d'une telle mesure, en leur rappelant que la procédure de PI doit être utilisée uniquement en cas de risque grave pour la santé et l'intégrité du patient, qu'elle ne doit pas être une solution de facilité pour éviter la demande d'un tiers et, à plus forte raison, pour se substituer à une mesure d'admission relevant du représentant de l'Etat. Les contrôleurs ont constaté que les procédures de PI représentent un quart des décisions d'hospitalisation en SSC prises par la direction de l'établissement (SDDE), chiffre moindre que celui constaté dans bien d'autres établissements.

Concernant le certificat médical de 72h, le président estime qu'il devrait refléter des entretiens quotidiens, faute de quoi le sens d'un tel certificat prive le JLD d'un élément essentiel à sa prise de décision.

La CDSP rappelle également explicitement l'importance de la motivation circonstanciée des certificats médicaux mensuels proposant le maintien de la mesure SSC.

Si le président fait part d'excellentes relations avec l'agence régionale de santé (ARS), qui gère avec efficacité le secrétariat de la CDSP, il déplore le projet de délocalisation de la gestion des SSC au département de Haute-Marne.

La dernière réunion de la CDSP date du 6 février 2020. Sa composition est désormais caduque et son président déclare vouloir mettre un terme à ses fonctions.

RECOMMANDATION 8

Le fonctionnement de la CDSP du Haut-Rhin doit reprendre dans les plus brefs délais.

Dans ses observations reçues le 14 novembre 2022, le GRHMSA précise que le fonctionnement de la CDSP ne dépend pas de lui.

Les contrôleurs prennent acte de ces observations et maintiennent leur recommandation.

6.2 LES REGISTRES DE LA LOI SONT CORRECTEMENT TENUS, A L'EXCEPTION PARFOIS DU REPORT DES DECISIONS DE MISE SOUS PROTECTION JURIDIQUE

Ces registres, dits aussi livres de la loi, sont renseignés et conservés au bureau des admissions sur le site de l'hôpital Emile Muller où un agent, sous la responsabilité de la directrice adjointe en charge des admissions, s'efforce de renseigner les registres dans un délai concomitant à celui du dossier administratif et conforme aux prescriptions de l'article L 3212-11 du CSP, à savoir dans les 24 h des différentes décisions prises tout au long du parcours de SSC. Au jour du contrôle, il n'existait aucun retard à l'enregistrement des admissions pas plus qu'au suivi des mesures.

Ces registres, d'un modèle original puisqu'ils ne comportent aucune rubrique pré-imprimée, comportent cent folios remplis par ordre chronologique d'inscription. Ils ne sont paraphés ni à l'ouverture ni au dernier folio.

Distincts selon qu'il s'agit d'y inscrire des patients hospitalisés à la suite d'une décision du représentant de l'Etat (SDRE) ou d'une décision du directeur de l'établissement (SDDE), ils sont remplis manuellement et les informations qui y figurent sont parfaitement lisibles et répondent aux exigences déclinées à l'article L 3212-11 du CSP ; il arrive cependant parfois que les décisions de mise sous protection judiciaire soient absentes.

Tous les certificats médicaux sont collés. Ainsi les contrôleurs ont pu observer que leur contenu est, dans la plupart des cas, suffisamment explicite et n'ont pas relevé de « copier-coller ».

Les arrêtés préfectoraux, établis selon un modèle standard national, mentionnent les voies de recours judiciaires et administratives mais n'indiquent pas les coordonnées du CGLPL.

Toutes les décisions du JLD sont collées. Y figurent l'intégralité des certificats mensuels des patients en PDS.

La consultation des registres permet ainsi un contrôle immédiat et aisé sans qu'il soit nécessaire d'aller rechercher le dossier administratif du patient.

Malgré l'article 9 de la loi du 27 septembre 2013 préconisant la dématérialisation des registres de la loi, aucun projet n'est mis en œuvre pour y parvenir alors que, de l'avis unanime, leur tenue manuelle est fastidieuse et chronophage. Il est rappelé que dans un rapport d'information déposé en 2017 par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, les députés recommandaient au gouvernement de transmettre sans délai l'état d'avancement du projet de dématérialisation des registres.

6.3 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EST CONFORME MAIS CELUI DES AUTRES AUTORITES EST INEXISTANT

6.3.1 Les conditions matérielles de l'audience

Bien qu'aucune convention n'ait été signée entre les chefs de juridiction du tribunal judiciaire de Mulhouse et la direction de l'établissement, des locaux spécialement aménagés sont affectés à la tenue des audiences du JLD sur le site du Hasenrain, composés d'une vaste salle lumineuse située au rez-de-chaussée du pavillon 20 utilisée comme salle d'audience, d'une petite pièce voisine réservée à l'attente et à l'entretien avec les avocats et de sanitaires. Ces locaux sont équipés du mobilier nécessaire (notamment une grande table et de nombreuses chaises) en excellent état de maintenance et de propreté. L'audience du JLD se tient ainsi dans des conditions matérielles favorisant un climat de sérénité nécessaire au bon déroulement des débats.

Un fléchage, situé à l'extérieur de l'enceinte et à l'intérieur de l'établissement, permet de localiser facilement la salle d'audience.

Pendant la période de confinement de mars à mai 2020, les audiences se sont tenues au tribunal judiciaire avec audition des patients par audioconférence.

6.3.2 La procédure

Les audiences se tiennent une fois par semaine, le mercredi, les dossiers enrôlés étant en moyenne de quatre par audience.

Les échanges entre le secrétariat des admissions et le greffe du tribunal judiciaire de Mulhouse sont, selon les dires, d'excellente qualité ; les modalités d'organisation ont été discutées entre les protagonistes.

Conformément à la loi, la requête est transmise au greffe huit jours au maximum après la décision d'admission et quinze jours avant l'expiration du délai de six mois depuis la dernière décision du JLD, ces situations étant au demeurant très peu nombreuses. Dans le cas où le patient bénéficie d'une mesure de protection, la requête mentionne l'identité du mandataire 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 et parfois un deuxième avis actualisé envoyé la veille du jour de l'audience ;
- la décision du maintien de l'hospitalisation après la période d'observation ;
- pour le contrôle à six mois, la précédente décision du JLD avec les certificats médicaux.

Dès réception de la requête, le greffe informe le bâtonnier pour désignation d'un avocat systématiquement rémunéré au titre de l'aide juridictionnelle, à moins que le patient ne souhaite choisir son conseil (hypothèse rarissime).

La convocation à l'audience adressée au patient transite par le secrétariat des admissions avant d'être transmise à l'unité d'affectation du malade. Les contrôleurs n'ont pas eu l'occasion de constater quelles explications étaient données aux patients mais les différents échanges dans chaque unité 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.

6.3.3 Le déroulement de l'audience

Les contrôleurs ont assisté à l'intégralité de l'audience du mercredi 7 juin 2021.

Une vice-présidente du tribunal judiciaire de Mulhouse, nommée juge des libertés et de la détention par décret, assistée d'une greffière, a présidé cette audience. Ni l'une ni l'autre n'avait revêtu leur habit professionnel ; la porte de la salle est restée ouverte tout le temps des débats. Trois dossiers étaient enrôlés à cette audience. La mère et la sœur d'un des patients se sont présentées à la différence d'un tuteur qui, bien que convoqué, était absent.

Les patients sont arrivés en tenue de ville, accompagnés d'un soignant, en ordre séparé. Leur attente avant l'appel de leur cause et leur entrée dans la salle a été de très courte durée. Au préalable ils ont pu s'entretenir, le temps jugé nécessaire et en toute confidentialité, avec leur avocat désigné au titre de l'aide juridictionnelle.

Pour chaque affaire, la magistrate s'est présentée comme étant « juge des libertés » ; elle a expliqué son rôle, la publicité de l'audience et la possibilité de demander qu'elle se tienne à huis-clos. Elle a ensuite résumé les éléments du dossier et procédé à un recueil d'informations en cherchant à faciliter la parole du patient. Chacun d'eux s'est exprimé sur son souhait de voir la mesure levée, sans se plaindre de ses conditions d'hospitalisation.

Les décisions ont été rendues après que la juge ait pris un temps de réflexion. Elle a annoncé à chacun individuellement le maintien de son l'hospitalisation en lui notifiant l'ordonnance. Des propos d'encouragement ont été prononcés et les voies de recours clairement expliquées. Le temps consacré à chaque affaire fut de l'ordre de la demi-heure.

Quand une décision est mise en délibéré, elle est notifiée par le cadre de l'unité avec, selon les dires, un réel souci d'explicitation et d'information complètes sur les modalités des voies de recours ; il a été ajouté que le médecin référent n'hésitait pas à notifier lui-même la décision quand il considérait qu'elle pouvait être difficile à comprendre par le patient.

6.3.4 Les décisions rendues

Le contentieux généré par l'établissement est stable depuis plusieurs années, de l'ordre de 150 nouvelles mesures enregistrées annuellement.

- en 2020, 135 décisions ont été rendues dont 125 ont maintenu l'hospitalisation complète ;
- en 2021 et jusqu'au 1er juillet, 74 patients ont été convoqués, 69 ont comparu, trois mainlevées à effet différé de 24h ont été prononcées.

Les refus du patient de se présenter à l'audience sont peu nombreux, inférieurs à 10%, et les médecins ne s'opposent que très exceptionnellement à la comparution.

Les modalités de mise en œuvre de l'office du JLD sur le contentieux de l'isolement faisaient l'objet de réflexions communes.

6.3.5 Les autres contrôles

Selon les informations recueillies, aucune des autorités énoncées à l'article L3222-4 du CSP n'effectue de visite annuelle lui permettant de contrôler les conditions de prise en charge des patients hospitalisés sans leur consentement.

L'examen des registres de la loi n'a pas permis de trouver trace de leurs visas.

RECOMMANDATION 9

Conformément au code de la santé publique, le préfet du Haut-Rhin, le président et le procureur de la République du tribunal judiciaire de Mulhouse et le maire de cette ville, ou leurs représentants, doivent visiter l'établissement chaque année et porter aux registres de la loi leur visa et leurs éventuelles observations.

Dans ses observations reçues le 21 octobre 2022, le président du tribunal judiciaire de Mulhouse indique qu'une attention particulière sera portée pour qu'à l'avenir, la visite annuelle de l'établissement et l'examen des registres aient lieu comme prévu par l'article L. 3222-4 du code de la santé publique.

Dans ses observations reçues le 14 novembre 2022, le GRHMSA précise que la visite des autorités compétentes ne dépend pas de lui.

Les contrôleurs prennent acte de ces observations et maintiennent leur recommandation.

6.4 LES PATIENTS BENEFICIENT DE SORTIES DE COURTE DUREE REGULIERES ET ADAPTEES AUX ETAPES DE LEUR PROJET DE SOINS

6.4.1 Les sorties de courte durée

Autant pour les patients hospitalisés en SDDE qu'en SDRE et alors même que la durée moyenne de séjour est relativement courte (15 jours), les sorties, accompagnées de moins de 12 heures et non accompagnées jusqu'à 48 heures sont régulièrement mises en œuvre pour maintenir les liens familiaux, réaliser des démarches extérieures à caractère médico-social et préparer la sortie.

Concernant les patients SDDE, la direction ne s'y oppose jamais. Compte tenu des délais généralement contraints, les tiers (famille, tiers demandeur de l'hospitalisation, tuteur éventuel notamment) sont généralement informés par courrier électronique ou par téléphone. Dans certains cas et plus particulièrement dans l'hypothèse de très courtes sorties accompagnées d'un soignant pour faire des achats, la famille n'est pas systématiquement avisée.

Concernant les demandes pour des patients hospitalisés en SDRE, elles sont transmises à l'ARS dans un délai d'au minimum 48 heures avant la date de sortie envisagée. En 2020 et compte tenu des mesures sanitaires en vigueur, aucune demande n'a été formulée ; il a toutefois été déclaré aux contrôleurs que l'opposition du représentant de l'Etat était rare.

En 2021 et jusqu'au 1 juillet, soixante-cinq sorties ont été accordées dont :

- quarante-six pour des patients hospitalisés après demande d'un tiers ;
- onze pour des patients hospitalisés au vu d'un péril imminent ;
- huit pour des patients hospitalisés à la demande du représentant de l'Etat.

Aucune difficulté quant au déroulement des sorties n'a été rapportée aux contrôleurs.

6.4.2 Les programmes de soins

Au 1er juillet 2021, les vingt-neuf PDS mis en œuvre concernaient pour vingt-sept d'entre eux des patients en SDRE. Ils étaient tous menés en ambulatoire, les retours séquentiels à l'hôpital ne s'effectuant que dans l'hypothèse où le patient sollicite lui-même une hospitalisation, qui se déroule alors en soins libres.

Le passage en PDS correspond donc à une réelle sortie d'hospitalisation, sous contrôle, afin de sécuriser le parcours de soins et l'insertion dans le milieu de vie habituel. L'effectivité du suivi est réelle puisqu'au cours du premier semestre 2021, huit réintégrations de patients pour une hospitalisation complète ont été réalisées avec le concours des forces de l'ordre. La plupart du temps, la durée de la nouvelle hospitalisation est restée inférieure à deux semaines.

6.4.3 Le collège des professionnels de santé

Le collège des professionnels de santé se réunit sur convocation de la direction, préparée par le bureau des admissions qui veille au respect des échéances. Composé d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient, d'un psychiatre extérieur au suivi et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire de l'unité d'affectation ou du service assurant le suivi ambulatoire, le collège est appelé à se réunir presque exclusivement pour les patients en PDS puisqu'il est rarissime que des patients en SSC le soient sous le régime de l'hospitalisation complète depuis plus d'un an (au jour du contrôle il n'y en avait pas). Au premier semestre 2021, le collège n'a examiné que deux situations et il a été difficile aux contrôleurs d'être assurés que ce collège fonctionne dans le total

et strict respect des prescriptions de l'article L. 3212-17 du CSP qui exigent le recueil de l'avis du patient. Des informations parfois floues, voire contradictoires, qui leur ont été communiquées, il ressort que ce collège examine parfois uniquement le dossier, sans recevoir le patient.

RECOMMANDATION 10

Le collège de professionnels de santé doit, avant de prendre sa décision et conformément aux dispositions de l'article L.3212-7 du code de la santé publique, obligatoirement se réunir pour entendre le patient et recueillir son avis, lequel doit être tracé.

Dans ses observations reçues le 14 novembre 2022, le GRHMSA précise que le fonctionnement du collège de professionnels de santé a été révisé pour préciser la rencontre systématique du patient.

Les contrôleurs prennent acte de ces observations et maintiennent leur recommandation.

7. LES SOINS

7.1 LES PATIENTS ONT ACCES A DES SOINS PSYCHIATRIQUES ADAPTES

7.1.1 L'organisation des soins

L'effectif du personnel médical spécialisé de l'unité d'hospitalisation des patients en SSC se compose de 1,3 ETP, pourvus par deux médecins, l'un praticien hospitalier psychiatre référent de l'unité à 0,5 ETP, présent tous les matins en semaine et joignable en permanence par téléphone, l'autre praticien associé en cours de formation à la psychiatrie à 0,8 ETP et, par ailleurs, d'un ETP d'interne, en congé maladie lors de la visite.

S'agissant des postes de psychiatres à pourvoir dans le pôle et des difficultés de recrutement, il est évoqué un manque d'attractivité de la ville de Mulhouse qui inciterait les médecins à postuler préférentiellement dans les hôpitaux des villes de Strasbourg et Colmar.

L'effectif du personnel non médical se compose de 0,8 ETP de cadre de santé, 15,5 ETP d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE), 2 ETP d'aides-soignants (AS), 0,5 ETP d'agent de service hospitalier (ASH), 1 ETP de psychologue, 0,8 ETP d'assistant de service social (ASS) et 0,2 ETP d'ergothérapeute. L'absentéisme est faible mais il est évoqué une fuite des compétences, des IDE expérimentés s'orientant vers la formation à l'encadrement ou des postes dans les unités ouvertes, remplacés par de jeunes professionnels.

Les équipes fonctionnent selon un rythme de trois périodes (6h15-13h45, 13h30-21h et 20h45-6h30), avec trois soignants le matin et l'après-midi, un à la journée et deux la nuit. L'effectif permet aux soignants de suivre des formations, très rarement annulées pour raison de service.

Plusieurs réunions institutionnelles sont organisées, parmi lesquelles :

- les réunions de transmissions quotidiennes à 6h30, 13h30 (en présence du médecin généraliste en semaine) et 20h30 ;
- la réunion clinique en équipe pluriprofessionnelle, débutant par le « flash », qui permet l'abord rapide de ce qui est relevé comme insatisfaisant dans l'unité et l'évocation des projets de soin de tous les patients ;
- la réunion de fonctionnement de l'unité ;
- la réunion de planification des congés, qui engage une négociation raisonnée des temps d'absence.

Aucune réunion soignants-soignés n'est formalisée mais un groupe de parole hebdomadaire se tient avec des patients volontaires, suspendu cependant depuis le début de la période pandémique et dont la reprise est discutée par l'équipe.

Les patients proviennent des secteurs de l'agglomération de Mulhouse et, pour une cinquantaine de situations par an, des secteurs des hôpitaux de Rouffach principalement et d'Altkirch. Dans cette hypothèse, il n'est pas pris contact avec leur établissement référent pour un transfèrement. Les patients sont examinés dès l'arrivée du psychiatre dans l'unité et sont, dans la grande majorité des cas, installés en chambre classique, à l'exception des situations de dangerosité clinique qui peuvent conduire à une décision d'isolement.

Le rythme des entretiens psychiatriques est au moins hebdomadaire et adapté à chaque situation clinique, sans attendre que les patients le sollicitent, ainsi qu'à la rédaction des certificats obligatoires. Une écoute particulière est accordée à l'éventuelle verbalisation du vécu traumatique des patients à l'occasion de précédentes hospitalisations. Le psychiatre référent poursuit le plus souvent les soins ambulatoires au CMP dans le cadre des PDS, soit huit à douze personnes en moyenne chaque année.

Comme évoqué *supra*, les unités ne disposent pas toutes d'une pièce spécifique pour les entretiens formalisés avec les infirmiers, qui se déroulent en salle de soins et sont très souvent interrompus par la circulation des soignants et des patients (Cf. recommandation 2).

Un tiers est systématiquement recherché afin d'initier ou de poursuivre, le cas échéant, les soins selon la procédure de SDDE classique plutôt que sous le régime de péril imminent (PI).

S'agissant des patients hospitalisés dans le cadre d'une mesure de SDRE, il a été évoqué la demande systématique d'un deuxième avis psychiatrique avant levée de la mesure, pratique qui n'est toutefois pas confirmée par la lecture du livre de la loi qui ne comporte que deux demandes de deuxième avis en 2020 et trois en 2021. La pénurie d'experts psychiatres est, comme ailleurs, déplorée.

Toute mesure d'hospitalisation en SSC dont la nécessité n'est pas confirmée par les certificats ultérieurs fait l'objet d'une levée précoce, avant la date du passage devant le JLD.

Le psychiatre rencontre toutes les familles des patients, avec leur accord, afin de leur délivrer des informations concernant la maladie, l'intérêt du traitement – notamment sous forme injectable à libération prolongée – et la nécessité de l'arrêt des consommations de produits toxiques. Ce lien privilégié permet d'évaluer la pertinence d'une guidance familiale, d'améliorer et de conserver les relations du patient avec ses proches, d'organiser des sorties de courtes durées en famille et de favoriser le suivi en soins libres à la sortie.

BONNE PRATIQUE 2

La rencontre systématique des familles par le psychiatre renforce leur implication et celle du patient dans le projet de soins ainsi que le maintien des liens.

Les patients dépendants de l'institution hospitalière sont peu nombreux. Il a été évoqué la situation d'un patient transféré en SDRE depuis l'hôpital Rouffach après quinze années de suivi, dont l'évolution clinique a permis la levée de la mesure, le passage en unité ouverte et un premier essai de mise en œuvre des directives anticipées incitatives en psychiatrie (DAIP) pour la réalisation d'un projet d'accueil de jour en foyer d'accueil médicalisé. Les DAIP sont abordées en équipe dans le cadre du projet d'unité en cours d'écriture. Aucun médiateur pair de santé n'intervient dans la réalisation des projets de soins des patients.

RECOMMANDATION 11

La mise en œuvre des directives anticipées incitatives en psychiatrie doit être généralisée à l'ensemble du pôle de psychiatrie générale.

Des médiateurs pairs de santé pourraient être recrutés et formés pour participer aux prises en charge soignantes en favorisant les processus d'alliance thérapeutique.

Dans ses observations reçues le 14 novembre 2022, le GRHMSA indique que le dispositif de plan de crise conjoint/directives anticipées en psychiatrie intitulé « Mon GPS » a été lancé en septembre 2022 avec une extension dans l'ensemble du pôle de psychiatrie. Ce pôle a mis en place un médiateur pair de santé le 4 janvier 2021 et réfléchit pour un deuxième poste.

Les contrôleurs prennent acte de ces observations et maintiennent leur recommandation.

Les demandes de lecture de leur dossier médical par les patients sont rares, en raison de la transparence et de la continuité de l'information délivrée par le psychiatre. Les patients peuvent lire le courrier rédigé lors de leur prise en charge aux urgences et les traitements prescrits dans l'unité, le psychiatre tournant vers eux l'ordinateur lors de la réalisation de ses prescriptions. Les patients sont orientés vers la cellule des usagers pour l'accès à leur dossier médical, démarche le plus souvent réalisée à la sortie. Le psychiatre n'est pas présent lors de la remise du dossier.

RECOMMANDATION 12

Le patient devrait bénéficier d'une lecture médicalement accompagnée de son dossier médical afin de recevoir des réponses pertinentes à ses éventuelles questions.

Dans ses observations reçues le 14 novembre 2022, le GRHMSA précise que l'accès au dossier patient est défini par une procédure institutionnelle de communication des dossiers patients.

Les contrôleurs prennent acte de ces observations et maintiennent leur recommandation.

Le changement de psychiatre référent à la demande du patient est possible pendant l'hospitalisation mais rarement sollicitée.

7.1.2 Les activités occupationnelles et thérapeutiques dans l'unité de soins sans consentement

Des activités occupationnelles, non formalisées, sont accessibles dans l'unité qui dispose de livres, puzzles, jeux de société, d'un baby-foot, d'une table de ping-pong et de deux salons de télévision conviviaux.

Des activités thérapeutiques, dont les indications sont adaptées à leur état clinique, sont également proposées aux patients par les soignants de l'unité, notamment :

- le groupe de parole hebdomadaire, en présence de la psychologue et d'un IDE ;
- l'atelier cuisine avec un AS, dès que le service le permet ;
- le repas thérapeutique mensuel, suspendu pendant la période pandémique, qui permet une évaluation et un entraînement à l'autonomie de patients qui élaborent le menu, sont accompagnés pour effectuer les achats nécessaires, puis pour cuisiner avant de déguster leur préparation ;
- l'utilisation d'agrès dans la salle d'activités physiques de l'unité ;
- le bain thérapeutique, avec un IDE formé à l'aromathérapie.

Les soignants proposent également des activités occupationnelles et thérapeutiques accompagnées hors de l'unité, notamment :

- des sorties dans le petit parc clos situé au pied du bâtiment, équipé d'une pergola et d'un panier de basket ;
- des sorties « nature » tous les quinze jours, suspendues depuis la période pandémique ;
- une participation à la culture du jardin thérapeutique, partagé avec le pavillon de gérontopsychiatrie.

7.1.3 La maison des ateliers (MDA)

La MDA est mutualisée pour toutes les unités. L'effectif de l'équipe pluridisciplinaire se compose d'un médecin généraliste addictologue et nutritionniste référent, de 7,8 ETP d'IDE (soit 14 agents

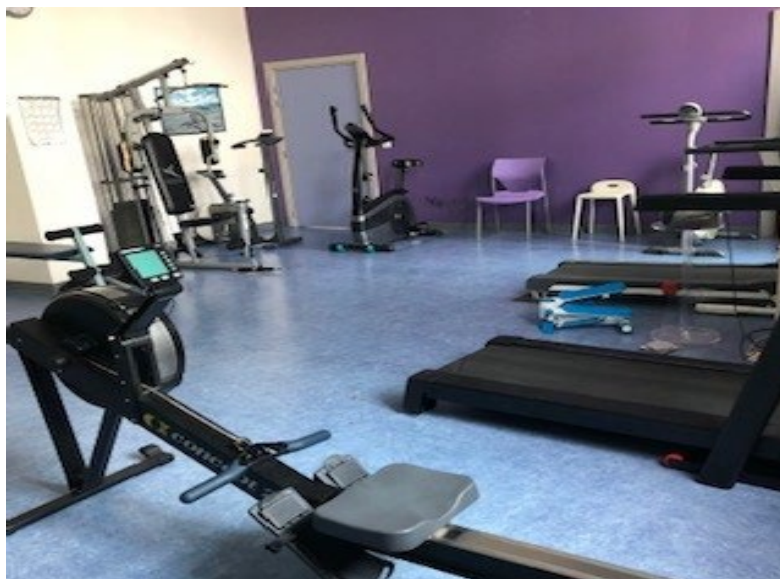
dont 4 temps pleins et 10 temps partiels), d'un psychomotricien (0,5 ETP), de deux art-thérapeutes (0,35 ETP), d'un IDE cynothérapeute (0,2 ETP) et d'un musicothérapeute (0,1 ETP). L'accès aux ateliers est possible sur prescription médicale. Deux soignants de la MDA sont référents par unité de soin et participent à la réunion clinique du mardi qui permet la discussion des indications de prise en charge en équipe, intégrées au projet de soins des patients.

Les patients sont ensuite accueillis à la MDA, les ateliers leur sont présentés, il est établi un emploi du temps individuel. Le patient est libre d'exprimer ses ressentis et de solliciter un changement d'atelier, pris en compte.

Les ateliers, très diversifiés, sont classés et présentés selon leur médium :

- les ateliers à médiation corporelle : psychomotricité, sport, gym relax, marche dynamique, relaxation, massage, danse africaine, fleur et potager ;
- les ateliers à médiation artistique : arts plastiques, lettrage créatif, aquarelle, terre et céramique, bois, slam, collage, film et débat, musicothérapie et éphémère (qui associe plusieurs media) ;
- l'atelier à médiation animale : cynothérapie ;
- des expositions temporaires collectives des œuvres créées sont régulièrement organisées, dont une sur le thème des ombres chinoises pendant la visite.

Depuis la fin de l'année 2020, la MDA a développé une activité de CATTP qui permet l'accueil de patients en ambulatoires, indépendamment du cadre d'un PDS, adressés par les HDJ, les CMP et les psychiatres libéraux pour un programme d'éducation thérapeutique nommé « Croque et bouge la vie », mis en œuvre pour la prévention du développement de maladies cardiovasculaires chez les patients traités par des médicaments psychotropes. Le médecin référent de la MDA reçoit les patients pour un entretien d'évaluation, la réalisation d'un examen physique, la prescription d'un bilan sanguin et la réalisation (initiale puis reproduite à trois mois) de tests d'évaluation de l'estime de soi et de la confiance en soi. L'éducation thérapeutique implique l'intervention de professionnels extérieurs, notamment celle d'une cadre de santé retraitée (pour l'activité de méditation en pleine conscience), d'un maître de *qi gong*, d'une diététicienne nutritionniste, d'une professeure de danse africaine et de percussions, d'un professeur de tango et de soignants pour l'activité cuisine. Cette activité de CATTP a été poursuivie pendant les périodes de confinement.



Salle de sport



Atelier peinture



Atelier bois

BONNE PRATIQUE 3

L'équipe pluridisciplinaire de la maison des ateliers propose une grande diversité d'activités et d'éducation thérapeutique, qui contribuent à la qualité des soins psychiatriques dispensés,

au bien-être, au maintien du lien social, à l'autonomie et au processus de réhabilitation des patients.

7.2 LES PATIENTS ONT ACCES A DES SOINS SOMATIQUES GENERALISTES ET SPECIALISES DE QUALITE ET LE LIEN AVEC LE MEDECIN TRAITANT EST EFFECTIF

L'effectif de l'équipe médicale somatique se compose de 1,8 ETP, dont un médecin à raison de 0,8 ETP (absent le mercredi) assurant les soins dans l'unité de SSC et les deux unités ouvertes, et un deuxième à raison de 1 ETP exerçant dans l'unité de gérontopsychiatrie. Les deux médecins se remplacent durant leurs congés. Leur exercice est décrit comme « épanouissant ».

Le médecin consulte chaque matin sur l'ordinateur de son bureau les dossiers de tous les nouveaux entrants et le suivi initial de leur prise de constantes (température, pouls, pression artérielle). Il procède ensuite aux examens par ordre de priorité : les urgences, les patients nouvellement admis, les patients signalés par l'équipe.

Chaque patient bénéficie à son admission d'un examen somatique clinique initial et d'un bilan paraclinique systématique associant un électrocardiogramme et un bilan sanguin (numération formule sanguine, plaquettes, ionogramme sanguin, urémie, créatininémie, glycémie et bilan lipidique), dont le résultat est disponible dans un délai de quatre heures. Les autres examens paracliniques sont prescrits selon les nécessités cliniques. Le médecin généraliste traitant de chaque patient reçoit un courrier d'admission l'informant de l'hospitalisation et de l'état clinique de son patient.

BONNE PRATIQUE 4

Plus que la simple lettre de liaison rédigée lors de la sortie du patient, l'adresse d'un courrier d'admission au médecin généraliste traitant contribue efficacement à la qualité de la prise en charge du patient et à la collaboration entre les médecins hospitaliers et les médecins généralistes libéraux.

L'hospitalisation des patients en service de spécialité est réalisée, en cas de besoin, après l'appel du médecin spécialiste concerné de l'hôpital Emile Muller, situé à proximité et accessible en dix minutes en ambulance. Les IDE de l'équipe accompagnent le patient selon son état clinique. Aucune spécialité ne fait défaut et la collaboration avec les médecins spécialistes est décrite comme efficace. En cas d'urgence la nuit et le week-end, le SAMU se déplace et transfère le patient au service des urgences de l'hôpital Emile Muller. Les patients hospitalisés en service de soins somatiques bénéficient de la poursuite de leurs soins psychiatriques grâce à l'équipe de liaison qui se déplace à leur chevet.

Les consultations d'odontologie sont pratiquées en urgence et sur rendez-vous à l'hôpital Emile Muller dans un délai n'excédant pas un mois, ou avec le dentiste traitant à l'occasion d'une permission.

L'équipe mobile de kinésithérapie se déplace de l'hôpital Emile Muller vers le site d'Hasenrain en cas de besoin.

Les examens usuels de gynécologie (examens initiaux, prescription de contraception orale) sont réalisés sur place et les patientes sont orientées vers l'hôpital Emile Muller pour la prise en charge des urgences, des suivis et la pose d'implants contraceptifs.

S'agissant de l'addictologie, les antécédents des patients sont recueillis et portés au dossier lors de l'examen médical somatique initial. Ils peuvent bénéficier de consultations spécialisées dans une unité de l'établissement, dont les IDE peuvent également se déplacer en liaison.

Des actions d'éducation thérapeutique sont mises en œuvre, dont une psychoéducation des patients bipolaires hospitalisés s'agissant de la nutrition, de l'activité physique et du sommeil, et deux en hôpital de jour à Mulhouse à destination des patients dépressifs et des patients schizophrènes.

Lors de la sortie du patient lui sont remises une lettre de liaison et une ordonnance de prolongation de son traitement pour une période de trente à soixante jours, afin d'éviter toute rupture de traitement et de laisser le temps de consulter son médecin généraliste.

S'agissant de la pandémie de coronavirus, moins de dix patients ont été contaminés lors de la deuxième vague et aucun n'a présenté de critère de gravité clinique. Les patients atteints ont été isolés pour une période adaptée dans leur chambre, dans laquelle ils ont pris leurs repas et leurs traitements, servis et administrés par un personnel qui disposait du matériel de protection *ad hoc*. Ils ont bénéficié de sorties quotidiennes, sans contact avec les autres patients. Le chef de pôle avait mis en place une cellule de crise et l'administration avait adapté le circuit de traitements des déchets et organisé une signalétique spécifique dans l'établissement. L'accueil des patients a été poursuivi dans toutes unités.

7.3 L'ADMINISTRATION DES TRAITEMENTS NE RESPECTE PAS LA CONFIDENTIALITE

La pharmacie centrale du GHRMSA est située à l'hôpital Emile Muller et fonctionne sept jours sur sept, 24h/24. L'équipe se compose de 15 ETP de pharmaciens, 1 ETP de cadre de santé, 21 ETP de préparateurs, de magasiniers, de coursiers et de personnel de stérilisation.

La psychiatrie représente une proportion faible des médicaments adressés à l'ensemble des services de soins, un pharmacien est référent du pôle. Les prescriptions sont relues une à deux fois par semaine, notamment s'agissant des prescriptions nouvelles et modifiées. La dispensation est nominative mais la délivrance des médicaments est réalisée selon la commande effectuée par les IDE plutôt que selon les prescriptions médicales.

Les logiciels utilisés sont PHARMA, CLAUDE BERNARD et VIDAL. Quatre commissions du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) sont organisées annuellement au GHRMSA ainsi que deux au GHT, avec l'hôpital Rouffach, auxquelles les psychiatres participent lorsque des points de l'ordre du jour les concernent.

Des dotations fixes de médicaments sont délivrées deux fois par semaine aux unités de soins et un réassort urgent est possible en cas de besoin, par l'intermédiaire d'un coursier. Un IDE référent de la pharmacie est identifié dans chaque unité de soins ; les armoires à médicaments ont été récemment renouvelées.

L'administration des traitements est réalisée sur le pas de la porte de la salle de soins, l'IDE à l'intérieur et le patient devant, les autres à sa suite, sans respect organisé du secret professionnel.

RECOMMANDATION 13

Les modalités organisationnelles des soins doivent intégrer le respect de la confidentialité de l'administration des traitements aux patients.

Dans ses observations reçues le 14 novembre 2022, le GRHMSA précise qu'une réflexion sera lancée avec les équipes du pôle pour trouver la solution la plus adaptée pour répondre à cette recommandation, en fonction des contraintes architecturales et d'organisation.

Les contrôleurs prennent acte de ces observations et maintiennent leur recommandation.

Des prescriptions « si besoin » de traitements injectables ont été rapportées aux contrôleurs.

RECOMMANDATION 14

L'administration ponctuelle urgente d'un traitement injectable en cas de manifestations cliniques aiguës ne saurait l'être que dans les suites immédiates d'une évaluation médicale et non en raison d'une prescription « si besoin ».

Dans ses observations reçues le 14 novembre 2022, le GRHMSA mentionne que ce point a fait l'objet d'un rappel en staff médical en septembre 2022 et d'une note d'information.

Les contrôleurs prennent acte de ces observations et maintiennent leur recommandation.

8. L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT

8.1 LE PATIENT ISOLE EST SYSTEMATIQUEMENT VETU D'UNE BLOUSE DE MODELE CHIRURGICAL ET N'EST PAS AUTORISE A LIRE

8.1.1 L'utilisation de la chambre d'isolement et des contentions

Les soignants du pôle de psychiatrie disposent de plusieurs protocoles et procédures qui détaillent les modalités des pratiques d'isolement et de contention, en précisant de façon exhaustive les textes qui en définissent le cadre légal.

Les équipes ont recours à ces pratiques en dernier recours et dans le respect des droits des patients et des évolutions législatives récentes, dont elles sont informées.

Les décisions d'isolement et de contention font l'objet d'une observation médicale tracée et d'un renseignement de la fiche informatique spécifique dans le dossier de chaque patient. La cadre de santé de l'unité de SSC assure le codage informatique des pratiques (I pour isolement et/ou C pour contention) et la secrétaire du service celui du diagnostic en s'appuyant sur l'observation médicale tracée.

La surveillance est effectuée depuis le hublot du sas ou par ouverture de la chambre et est tracée par les IDE dans le logiciel, selon le rythme déterminé par les psychiatres. La CI dispose d'un microphone au plafond dont le relais acoustique s'effectue dans le poste des IDE, ce qui ne permet d'entendre les appels du patient que si un soignant y est présent. Le bouton d'appel se situe sur le même dispositif et est donc inaccessible au patient.



Micro et bouton d'appel situés dans l'angle du plafond de la CI

RECOMMANDATION 15

Les patients isolés doivent bénéficier d'un dispositif d'appel accessible en continu et de modalités de surveillance soignante privilégiant uniquement le lien humain direct.

Dans ses observations reçues le 14 novembre 2022, le GRHMSA mentionne que les modalités de surveillance privilégient effectivement une surveillance directe et que la position du bouton d'appel sera revue.

Les contrôleurs prennent acte de ces observations et maintiennent leur recommandation.

L'emploi systématique d'une blouse de modèle chirurgical ne respecte pas la dignité des patients qui pourraient, au moins dans certains cas, garder leurs effets personnels en CI au-delà de leurs seuls sous-vêtements.

RECOMMANDATION 16

Les patients isolés ne doivent pas être systématiquement contraints au port d'une blouse de modèle chirurgical qui ne respecte ni leur pudeur ni leur dignité.

Dans ses observations reçues le 14 novembre 2022, le GRHMSA indique que la procédure de mise en chambre d'isolement sera revue et retravaillée avec les soignants de l'unité 20-1 pour éviter la mise systématique en blouse de modèle chirurgical.

Les contrôleurs prennent acte de ces observations et maintiennent leur recommandation.

Les repas sont pris dans la chambre en utilisant le mobilier modulable qui peut constituer une table et une chaise. Ils peuvent choisir la composition de leur petit-déjeuner et obtenir une ration supplémentaire à chaque repas.

La décision d'isolement est associée à la prescription, adaptée à l'état clinique, de médicaments anxiolytiques et hypnotiques et l'utilisation des contentions est toujours assortie d'une évaluation du médecin généraliste et de la prescription d'un traitement préventif des thrombophlébites.

Les patients n'ont accès à aucun livre, journal de presse ni magazine.

RECOMMANDATION 17

Les patients doivent pouvoir lire, à leur demande, pendant la période de leur isolement.

Dans ses observations reçues le 14 novembre 2022, le GRHMSA indique que de la lecture sera mise à disposition des patients.

Les contrôleurs prennent acte de ces observations et maintiennent leur recommandation.

La chambre hôtelière est conservée pendant la durée de l'isolement.

Le parc des contentions en tissu a été entièrement renouvelé en 2016 et chacune d'elles est lavée après utilisation.

Les pratiques d'isolement séquentiel sont tracées mais n'apparaissent pas distinctement dans le rapport annuel jusqu'en 2020. Elles ont cessé depuis le 1^{er} janvier 2021.

8.1.2 L'utilisation de la chambre d'apaisement

Le registre d'utilisation est renseigné de l'identité du patient, de la date, des heures d'entrée et de sortie et des temps d'intervention des soignants.

L'équipe soignante propose un questionnaire de satisfaction après utilisation de la chambre « zen » qui renseigne la date, ses nom et prénom et coche un pictogramme qui rend compte de sa sensation de bien-être en comparaison de celle à l'entrée en chambre (mieux, pareil ou moins bien).

Les soignants réalisent également un bilan du ressenti et de l'efficacité perçue de cette prise en charge, les observations du patient sont tracées dans le dossier de soins informatisé.

8.2 LES DONNEES DU REGISTRE DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION SONT EXPLOITABLES ET LA POLITIQUE DE REDUCTION DE CES PRATIQUES EST PERTINENTE

8.2.1 Les registres

Dans les suites immédiates de la mise en œuvre de la loi du 26 janvier 2016, un registre « papier » commun aux pratiques d'isolement et de contention a été mis en œuvre. Puis deux registres ont été utilisés jusqu'en janvier 2021, date de leur informatisation dans le logiciel CORA.

Tableau des données des mesures d'isolement et de contention pendant le premier semestre de l'année 2021, dans l'unité d'accueil des patients en SSC :

File active (patients présents et entrés dans le service)	110
Nombre de patients placés en isolement	40
Nombre de mesures d'isolement	42
Nombre de mesures d'isolement prises pour un patient initialement en SL	8
Durée moyenne des mesures d'isolement (heures)	38,7
Nombre de mesures d'isolement supérieures à 72h	4
Durée maximale des mesures d'isolement (heures)	229,3
Nombre de mesures d'isolement exercées hors CI	0
Nombre de patients ayant au moins une mesure de contention associée	18
Nombre de mesures de contentions	19
Durée moyenne des mesures de contention (heures)	24,1
Durée maximale des mesures de contention (heures)	54

36 % des 110 patients admis dans l'unité de SSC pendant le premier semestre 2021 ont ainsi fait l'objet d'une mesure d'isolement et 16% d'une mesure de contention associée (représentant 45 % des patients isolés). 102 étaient hospitalisés en SSC (soit 93 %) et 8 initialement en SL (soit 7 %) ont fait l'objet d'une transformation de leur régime d'hospitalisation.

Les durées moyennes des mesures d'isolement de 38,7h (soit 3,2 périodes de douze heures) et de contention de 24,1h (soit 4 périodes de six heures) traduisent un renouvellement moyen des mesures proche de deux pour l'isolement et de trois pour les contentions.

Toutes les mesures d'isolement ont été pratiquées en CI.

S'agissant des personnes âgées, la règle est le transfèrement en unité de SSC des patients dont la situation clinique nécessite l'emploi des contentions physiques, ce qui n'a jamais été le cas en 2020 ni en 2021.

S'agissant des patients admis dans le service d'accueil des urgences (SAU) de l'hôpital Emile Muller, le tableau ci-dessous présente les données des pratiques d'isolement et de contention :

	2017	2018	2019	2020
Patients admis au SAU pour avis psychiatrique	3430	3638	3653	3516
Mesures d'isolement	18	21	99	205
Ratio isolés/admis (%)	0,5	0,6	2,7	5,8
Mesures de contention	9	68	34	121
Ratio contentonnés/admis (%)	0,3	1,9	0,9	3,4
Ratio contentonnés/isolés (%)	50	323	34	59

Les données sont peu interprétables s'agissant de l'année 2017 car le comptage ne fut pas mis en place de façon systématique dès le mois de janvier ni, de façon générale, ensuite car le

comptage est manuel. Elles montrent néanmoins une augmentation marquée des pratiques d'isolement et de contention, dans un box d'isolement qui ne respecte pas la dignité des patients. Pour l'année 2018, le nombre de mesures de contention apparaît triple de celui des mesures d'isolement. Au-delà d'une erreur de comptage, cela pourrait laisser apparaître plusieurs mesures de contention pour un même patient ou l'emploi de contention en dehors du box d'isolement, sur un brancard dans le couloir par exemple, circonstances que les données ne précisent pas.

RECOMMANDATION 18

Le recueil des données statistiques des pratiques d'isolement et de contention dans le service des urgences de l'hôpital Emile Muller nécessite, pour être exploitable, une informatisation, la précision du nombre de mesures par patient, de leur durée et celle du nombre de mesures de contention pratiquées hors du box d'isolement.

Dans ses observations reçues le 14 novembre 2022, le GRHMSA précise que le changement du logiciel métier dans le service des urgences en juin 2021 permet désormais de tracer la prescription d'isolement / contention dans le module de prescription du dossier patient informatisé.

Les contrôleurs prennent acte de ces observations et maintiennent leur recommandation.

8.2.2 La politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention

Un rapport annuel est présenté aux membres de la commission médicale d'établissement, au conseil de surveillance et à la commission des représentants des usagers du GHRMSA. Il expose :

- les statistiques des pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie générale, dans les unités d'hospitalisation à temps complet, dans l'unité de psychogériatrie et dans le service d'accueil des urgences psychiatriques de l'hôpital Emile Muller ;
- la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques ;
- les projets concernant ces pratiques, aboutis pour l'année écoulée et envisagés pour l'année à venir.

Le pôle de psychiatrie a mis en œuvre une politique pertinente de réduction de ces pratiques qui associe :

- un financement progressif de la formation de tous les soignants (soixante-et-onze actuellement, dont quatorze en 2019 et six seulement en 2020 en raison de la crise sanitaire) de l'unité des SSC, des unités ouvertes et des unités ambulatoires aux méthodes de désescalade relationnelle (OMEGA en l'absence de méthode alternative accessible sur le marché) ;
- une formation interne à l'utilisation des contentions mécaniques, en diminution en raison de la crise sanitaire, qui a concerné trente-quatre soignants en 2019 et six en 2020 ;
- un temps de reprise mensuel (onze en 2020) concernant les situations de mise en CI et d'utilisation des contentions, en équipe pluriprofessionnelle, à l'occasion d'une réunion clinique, tracé dans un document spécifique ;
- la réalisation d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP de l'isolement par l'analyse détaillée – contexte et auteur de la prescription, modalités de la mise en CI, de sa prolongation éventuelle, de sa surveillance et de sa levée – d'une décision sur trois, soit trente-neuf cas en 2018, trente-six en 2019 et trente-sept en 2020) ;

- la réalisation d'une EPP des contentions selon le modèle de l'EPP isolement ;
- la mise en place et l'utilisation tracée de l'espace d'apaisement (quarante-cinq fois en 2018, vingt-et-une en 2019 et quinze en 2020, pour des durées évoluant entre 10 min et 9h40) ;
- l'utilisation en accès libre de la pièce d'activités physiques de l'unité des patients en SSC ;
- l'arrêt des pratiques d'isolement séquentiel depuis le 1er janvier 2021 ;
- la mise en œuvre, au mois de juin 2021, du plan de crise conjoint (PCC) qui mentionne les nom et prénom du patient, sa date de naissance, son téléphone et son adresse, ainsi que les noms des partenaires qui ont participé à l'élaboration du PCC et pose les questions suivantes :
 - o « comment suis-je quand je me sens bien ? » ;
 - o « quelles sont les difficultés psychiques ou les problèmes d'addiction ayant motivé mon suivi ? » ;
 - o « qu'est-ce qui peut m'amener à une situation qui me dépasse, me mette en crise ou me fasse rechuter ? » ;
 - o « comment suis-je concrètement quand je suis en crise (pensées, émotions, réactions physiques, comportements), quels sont les symptômes qui l'indiquent, quels signes apparaissent à mon entourage ? » ;
 - o « que pourrais-je faire concrètement pour gérer cette situation ? » ;
- Enfin, s'agissant des personnes âgées, la mise en place dans l'unité de psychogériatrie du salon de détente et d'échanges cliniques spécifiques animés par le psychologue en 2019 et l'utilisation de la technique du toucher conscient en 2020.

BONNE PRATIQUE 5

Le pôle de psychiatrie générale a mis en œuvre une politique pertinente de réduction des pratiques d'isolement et de contention qui associe la formation du personnel, la réalisation d'évaluations des pratiques professionnelles, l'arrêt des pratiques d'isolement séquentiel, l'utilisation des outils alternatifs que sont l'espace d'apaisement et la pièce d'activités physiques, des échanges mensuels spécifiques en équipe pluriprofessionnelle et la mise en place récente du plan de crise conjoint.

Les équipes ne bénéficient cependant pas actuellement de temps d'échanges spécifiques s'agissant des statistiques des pratiques d'isolement et de contentions, reportées dans les rapports trimestriels et annuels.

Divers projets sont en cours à l'issue de ces travaux :

- une évolution du logiciel de cotation des actes (RIMPSY-CORA) a été réalisée en 2020, qui a permis :
 - o de renseigner les modes d'hospitalisation des patients ayant fait l'objet de ces pratiques ;
 - o de faire apparaître les hospitalisations des mineurs ;
 - o d'en extraire les données chiffrées, nécessaires à l'élaboration des rapports trimestriels et annuels.
- cinq perspectives sont envisagées pour l'année 2021 :

- le réajustement de la grille d'évaluation des EPP spécifiques, en tenant compte de l'article 84 de la nouvelle loi de financement de la sécurité sociale du 14 décembre 2020 ;
- la poursuite des formations des soignants à la méthode OMEGA ;
- la communication supplémentaire du rapport annuel aux différents staffs du pôle (médicaux, cadres, soignants) et à la CDSP ;
- l'évolution du logiciel du service des urgences de l'hôpital Emile Muller (de sa version URQUAL à sa version M-URQUAL), pour l'informatisation du traçage des décisions d'isolement ;
- l'inscription, dans le rapport annuel, de l'analyse des fiches d'évaluation par le patient, de l'utilisation de l'espace d'apaisement.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 L'UNITE DE GERONTOPSYCHIATRIE EST UNE UNITE SECURISEE QUI OFFRE CEPENDANT AUX PATIENTS DE NOMBREUSES ACTIVITES

9.1.1 Organisation générale de l'unité

L'unité de gérontopsychiatrie se trouve au rez-de-chaussée du bâtiment 3, qui abrite également, au premier et deuxième étage le CESAME. En raison des nombreuses allées et venues au CESAME, l'unité de gérontopsychiatrie est sécurisée, c'est-à-dire fermée. La porte ne s'ouvre qu'au moyen d'un badge, de sorte que les patients doivent être accompagnés jusqu'à la porte pour sortir et sonner pour entrer. La question de l'installation d'un digicode a fait l'objet de réflexion mais n'a pas abouti en raison des difficultés pour certains patients âgés de mémoriser un code.

L'unité dispose de 16 lits.

9.1.2 Le profil des patients

L'unité a vocation à accueillir des patients de plus de 65 ans en situation de crise, atteints de troubles de l'humeur, névroses, psychoses chroniques décompensées, délires tardifs en période féconde, troubles sévères du comportement liés à une pathologie organique (démence, Parkinson, AVC...), états confusionnels d'origine psychique, troubles de l'adaptation, conduites addictives (alcool, dépendance aux benzodiazépines), démence.

Les motifs d'admission correspondent à une décompensation psychiatrique aiguë pouvant survenir dans un contexte de perte d'autonomie physique, perte de soutien d'un proche (décès d'un conjoint, d'un enfant), au décours de conflits conjugaux, familiaux ou à l'occasion de difficultés d'ordre social.

L'objectif est de prendre en charge et de stabiliser l'état psychiatrique du patient avec la mise en place d'un traitement adapté et d'un suivi à la sortie.

En moyenne, une centaine de patients séjournent par an dans cette unité.

En 2020, sur 103 patients, 15 étaient en SSC (11 SDTE, 2 PI, 3 SDRE).

Au cours du premier semestre 2021, sur 75 patients accueillis, 19 étaient en SSC (12 SDTE, 4 PI, 3 SDRE).

La durée moyenne de séjour se situe entre trois semaines et trois mois mais une patiente est restée deux ans.

L'unité accueillait au moment de la visite 11 patients âgés de 65 à 89 ans, dont deux en SSC (SDT). L'hospitalisation la plus ancienne datait du 25/3/2021.

9.1.1 Les conditions d'accueil

Les patients peuvent arriver directement dans l'unité où être orientés vers l'unité de SSC si un placement en chambre d'isolement s'avère nécessaire, ce qui serait exceptionnel (une fois tous les deux ans) et de courte durée. Il arrive aussi que des patients de l'unité soient transférés en unité de SSC au cours de leur séjour, après échec de toute autre démarche (traitement, salle d'apaisement, écoute musicale, bain, serviettes chaudes, promenade dans le parc...). Tout est fait pour ne pas provoquer de perturbation supplémentaire pour les patients d'âge avancé résultant d'un changement de lieu, de repères, d'interlocuteur.

En sus des informations portées sur les documents (livret d'accueil, règlement intérieur propre à l'unité), les soignants rappellent verbalement les informations et consignes.

9.1.2 Les locaux

Les locaux sont relativement récents (rénovés en 2008) et paraissent modernes : les couloirs sont larges, les murs ont des couleurs claires et gaies, les salles sont bien éclairées et donnent sur un vaste parc.

Les bureaux de la cadre, des médecins (gériatre et psychiatre), du psychologue et de l'assistante sociale sont répartis dans le couloir de l'entrée. Le bureau des infirmiers est en rotonde et jouxte la salle de soins.

Huit chambres (20m²) sont individuelles, (5 occupées lors de la visite), quatre sont doubles (3 étaient occupées). Il n'y a ni bouton d'appel, ni verrou de confort.

Elles disposent de placards non fermés à clés et d'étagères. Un petit coffre avec clé permet au patient de ranger en sécurité les effets personnels qu'il souhaite garder. Selon le profil du patient et son état, la clé peut être conservée par les soignants.

La plupart des sanitaires en chambre ne disposent que d'un lavabo avec WC. Il existe un bloc de deux douches communes et une salle de bains avec baignoire (celle-ci ne fonctionnait pas lors de la visite) agrémentée d'un petit espace douche où un fauteuil a du mal à rentrer. Un WC extérieur se trouve vers la sortie.

Quand les patients sont au nombre de 16, le nombre de douches n'est pas suffisant même si les mouvements pour les toilettes se font, matin et soir, en souplesse.



Une chambre individuelle



Une chambre double



Le cabinet de toilette attendant aux chambres

RECOMMANDATION 19

Les patients de gériopsychiatrie doivent disposer dans leurs chambres de salles d'eau individuelles et adaptées à leur éventuelle mobilité réduite.

***Dans ses observations reçues le 14 novembre 2022, le GRHMSA** fait état des contraintes architecturales de l'unité et de ce que chaque chambre dispose d'une salle d'eau avec sanitaires. Il précise que l'aménagement d'une douche supplémentaire adaptée aux personnes à mobilité réduite est en cours d'étude.*

Les contrôleurs prennent acte de ces observations et maintiennent leur recommandation.

L'unité dispose d'un salon TV, d'une salle d'activités, d'une salle à manger avec un espace cuisine qui sert de salle de repos pour le personnel et d'atelier cuisine pour les patients mais qui n'a pas de fenêtre, d'un local équipé de casiers personnels pour conserver les biens des patients et d'un stock de vêtements.

Il n'y a pas de chambre d'isolement.

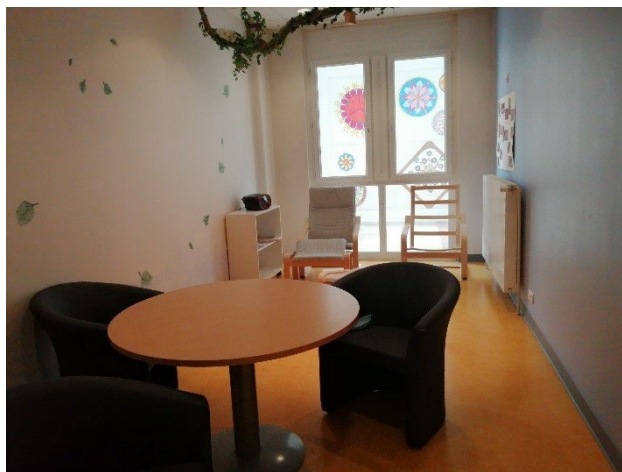
Un petit salon d'apaisement se trouve au milieu de l'unité. Il peut servir de « salon visiteurs », de lieu de massage, soins esthétiques et d'écoute musicale mais son utilisation – et donc son équipement – restent à redéfinir.

RECOMMANDATION 20

La pièce nommée « salon d'apaisement » au sein de l'unité de gériopsychiatrie doit être aménagée et utilisée comme telle.

***Dans ses observations reçues le 14 novembre 2022, le GRHMSA** précise que le pôle psychiatrie a lancé en 2022 un projet de réaménagement de l'ensemble des chambres et salons d'apaisement des unités d'hospitalisation pour prévenir les situations d'agitation. Il indique ce projet a obtenu un financement dans le cadre d'un appel à manifestation d'intérêt de l'ARS Grand-Est. Ce projet est en cours de déploiement, avec une concertation associant les patients pour chaque unité d'hospitalisation dont celle de gériopsychiatrie.*

Les contrôleurs prennent acte de ces observations et maintiennent leur recommandation.



Le salon d'apaisement

9.1.3 Les espaces extérieurs

Un vaste parc sur lequel ouvre la salle à manger permet, sur des temps restreints, l'accès à une petite terrasse équipée de chaises, tables, parasols, barbecue, au jardin potager, à l'espace floral et au parcours sensoriel. L'accès est possible sur les créneaux 9H/11h, 12H45/13H15, 15H/17H, 18H30/20H, en pratique plutôt 19H. Il n'ouvre ainsi qu'après le petit déjeuner et ferme relativement tôt le soir (vers 19H), particulièrement en été, au motif qu'il est partagé avec l'unité voisine 02, dont les horaires sont beaucoup plus larges. Il arrive d'ailleurs, malgré une porte séparative en principe fermée, que des patients pénètrent et « se perdent » dans l'unité 02. Alors même que la plupart des patients sont en soins libres, ils disposent donc d'un accès limité à l'extérieur.



Jardin de l'unité de gérontopsychiatrie

RECOMMANDATION 21

Les horaires d'accès au petit parc pour les patients de l'unité de gérontopsychiatrie doivent être élargis, particulièrement en été.

Dans ses observations reçues le 14 novembre 2022, le GRHMSA précise qu'en dehors des horaires d'ouverture du parc, les patients peuvent sortir le soir en le demandant aux soignants et que l'affichage indiquera cette possibilité.

Les contrôleurs prennent acte de ces observations et maintiennent leur recommandation.

9.1.4 L'équipe soignante

Elle est composée :

- d'une IDE faisant fonction de cadre de santé à 0,8 ETP ;
- de 19 ETP de personnels soignants (IDE et AS) ;
- 1,5 ETP d'ASH ;
- d'une gériatre à TP, praticienne attachée médecin généraliste ;
- d'une psychiatre à mi-temps ;
- d'un psychologue à mi-temps ;
- d'une assistante sociale à 0,8 ETP.

L'équipe bénéficie en outre d'un petit temps d'intervention d'un diététicien et d'un kinésithérapeute de l'équipe interservices de l'hôpital Emile Muller, à la demande.

De nombreux étudiants viennent en stage et le tutorat pour les nouveaux soignants est assuré.

Trois agents sont présents le matin et l'après-midi et 2 la nuit. Depuis peu, une AS s'ajoute en horaires de journée et se charge de certaines tâches administratives, permettant ainsi à ses collègues d'être plus disponibles pour les soins de nursing, l'accompagnement aux activités et des entretiens réguliers avec les patients.

En dehors des échanges lors des relèves d'équipe et des réunions de synthèse, une réunion clinique pluridisciplinaire se tient tous les mardis matin avec médecins, cadre, infirmières, aides-soignantes, assistante sociale, psychologue et unités mobiles pour les visites à domicile (VAD).

Il n'y a pas de supervision dans cette unité.

9.1.5 Les activités

La journée du patient est rythmée par la toilette, les soins spécifiques à l'âge, les repas et collation de l'après-midi, les visites, les entretiens avec les infirmiers, médecins, l'assistante sociale, le psychologue mais aussi par de très nombreuses activités, affichées sur un grand tableau en bois fixé au centre de l'unité.

Elles sont animées par le personnel de l'unité et d'accès libre, sans prescription médicale :

- relaxation, massage (au salon d'apaisement), atelier pâtisserie et repas thérapeutiques dans l'espace cuisine, jeux de société dans la salle d'activités ;
- parcours sensoriel, jardinage, travail de la terre, ping-pong, art floral, observation des oiseaux, gym douce, pétanque, quilles norvégiennes, marches dans le petit parc où sont organisés des barbecues où viennent des patients et soignants d'autres unités, en été.

Des sorties « nature » et des séjours thérapeutiques sont également programmés.

D'autres activités, groupales et individuelles, sont dispensées sur prescription médicale :

- à la MDA pour les patients mobiles et autonomes : céramique, psychomotricité, art-thérapie, cynothérapie, théâtre, poterie, danse, chi gong, cuisine, ciné-débat ;
- dans l'unité pour les autres, animées par une intervenante de la MDA trois fois par semaine (parfois 4) dans la salle d'activités de l'unité : écriture, décoration, recyclages divers, lecture, mandalas, jeux, collages, origamis, photos, travail sur les insectes, lotos.

La souplesse de ces activités permet au patient une liberté d'y aller ou pas, d'y rester ou pas, de venir au dernier moment. Il y a toujours un retour écrit auprès des soignants.

9.1.1 La contention gériatrique

Les contrôleurs n'ont pas vu de patient contentonné sur son lit ou sur un fauteuil mais cette contention gériatrique ou mécanique (pelvienne sur fauteuil et ventrale dans lit) est utilisée

parfois en dernier recours, pour éviter les chutes. Elle est très encadrée (référentiel « contention physique de la personne âgée » diffusé par la Haute autorité de Santé, HAS, en 2005), décidée en réunion pluridisciplinaire et renouvelée toutes les 24h ; famille et tuteurs sont informés.

La nuit, un deuxième matelas peut être disposé sur le sol à côté du lit pour amortir une possible chute. Il n'y a pas de lits dont la hauteur modulable permet de prévenir les chutes et pas de « grenouillères ».

Il a été évoqué une possible dotation de fauteuils-coques.

9.2 FAUTE D'UNITE DEDEIE, DES MINEURS SONT REGULIEREMENT HOSPITALISES DANS LES UNITES POUR ADULTES

Faute d'unité de pédopsychiatrie au GHRMSA, les mineurs les plus jeunes du secteur sont hospitalisés en unité de pédiatrie sur le site Emile Muller et les adolescents sont orientés au CH de Rouffach, à l'ADO'sphere. Cependant, cette unité ne comportant que douze lits est fréquemment saturée. Les mineurs sont alors hospitalisés au CESAME, sur le site d'Hasenrain, dont la durée d'hospitalisation est en principe limitée à soixante-douze heures, régulièrement dépassée. Ainsi, au moment du contrôle, une adolescente y était hospitalisée depuis cinq jours. Le nombre de lits au CESAME étant également réduit – quatre – il n'est pas rare que des patients mineurs d'au moins quinze ans et trois mois soient pris en charge dans les unités pour adultes. Cette situation se serait présentée à neuf reprises – dont cinq en soins sans consentement – depuis janvier 2021, soit en moyenne un jeune toutes les trois semaines.

L'accueil de mineurs dans des unités pour adultes est totalement inadapté en termes de prise en charge médico-éducative (absence de pédopsychiatre et de personnel éducatif notamment), d'activités adaptées à leur âge, d'interactions avec les autres patients.

RECOMMANDATION 22

Les autorités compétentes doivent sans délai initier une réflexion et mettre en œuvre des possibilités d'hospitalisation complète pour les mineurs de la région de Mulhouse et Sud Alsace.

Dans ses observations reçues le 14 novembre 2022, le GRHMSA précise que si cette recommandation ne lui est pas adressée, ce sujet fait l'objet de discussions régulières au niveau du GHT Haute-Alsace et de la communauté psychiatrique du territoire du Haut-Rhin en raison de la pénurie de pédopsychiatres sur ce territoire et à l'échelle nationale. Il indique qu'en son sein, un travail collaboratif continu existe entre pédopsychiatrie et pédiatrie, avec l'intervention en semaine d'une équipe de pédopsychiatrie de liaison en pédiatrie ainsi qu'une réflexion pour mieux aménager les locaux d'hospitalisation afin de mieux prendre en compte ces prises en charge.

Les contrôleurs prennent acte de ces observations et maintiennent leur recommandation.

10. CONCLUSION

Les contrôleurs ont été accueillis dans d'excellentes conditions par le personnel du GHRMSA du pôle de psychiatrie.

Le site est aisément accessible et doté d'un grand parc facilitant les visites des proches. Les locaux et équipements mis à disposition des patients en hospitalisation complète, et plus globalement les prestations hôtelières, sont apparus de grande qualité. Des améliorations mériteraient toutefois d'être apportées, notamment l'installation de verrous de confort dans les chambres, de machines à laver et sécher le linge des patients, la création de salons pour les visiteurs et l'augmentation du nombre de douches en unité de gérontopsychiatrie. Le personnel comme les patients réclament par ailleurs vivement la réouverture d'une cafétéria.

Malgré les difficultés générales de recrutement de médecins psychiatres hospitaliers, la prise en charge des patients est apparue correctement assurée, grâce notamment à une bonne dynamique de l'équipe pluriprofessionnelle, à des temps d'échanges suffisamment développés concernant les prises en charge individuelles et les pratiques, des formations adaptées et accessibles pour le personnel soignant, ainsi qu'un pôle spécifique des activités thérapeutiques particulièrement actif. Les proches et les médecins traitants sont étroitement et précocement associés à la prise en charge.

Les restrictions aux libertés individuelles sont adaptées à l'état clinique de chaque patient, hormis pour les patients en soins libres de l'unité de gérontopsychiatrie, dont l'accès n'est ouvert que par le personnel et le jardin inaccessible dès le début de soirée. Les visites sont autorisées avec souplesse, tant dans leurs horaires que dans leurs modalités, les proches étant autorisés à se rendre dans les chambres.

Les droits des patients, généraux et spécifiques aux soins sans consentement, sont formalisés dans plusieurs documents mis à disposition des patients et des familles. Cependant, le personnel soignant maîtrise lui-même assez peu les droits et leurs modalités d'exercice et se trouve dès lors peu à même de les expliquer oralement aux patients.

L'ensemble des registres est bien tenu et permet d'analyser tant les mesures d'hospitalisation en soins sans consentement que les pratiques d'isolement et de contention. Ces dernières sont appliquées dans le respect de la réglementation et font l'objet d'analyse et de la mise en œuvre d'une réelle politique de recherche de réduction. L'équipement des chambres d'isolement appelle quelques modifications. Les pratiques et les conditions d'isolement ou de contention du service des urgences du centre hospitalier Emile Muller sont toutefois insuffisamment tracées et analysées.

Enfin, les patients mineurs de la région Mulhouse Sud Alsace ne disposent d'aucune unité d'accueil spécialisée, ce qui conduit à des hospitalisations régulières en unités pour adultes.

16/18 quai de la Loire
CS 70048
75921 PARIS CEDEX 19
www.cglpl.fr