

# Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

---

## Rapport de visite:

9 au 12 mai 2023 – 3<sup>ème</sup> visite

Unité pour malades difficiles  
de Sarreguemines

*(Moselle)*



## SYNTHESE

Six contrôleurs ont effectué une visite de l'unité pour malades difficiles (UMD) du centre hospitalier de Sarreguemines du 9 au 12 mai 2023. Cette UMD est un service du centre hospitalier spécialisé (CHS) ; elle appartient au pôle « dangerosité addictologie » et compte huit unités réparties sur deux espaces fermés pour 117 lits disponibles au moment du contrôle.

Ce rapport provisoire a été adressé au directeur général de l'établissement, au préfet de Moselle, au directeur général de l'ARS Grand-Est, au président du tribunal judiciaire de Sarreguemines ainsi qu'au procureur près ledit tribunal. Le directeur général du CH ainsi que la présidente du tribunal ont adressé des observations intégrées dans le présent rapport.

L'UMD accueille des patients de France entière relevant de soins psychiatriques sans consentement en hospitalisation complète à la demande du Préfet, dont « *l'état de santé requiert la mise en œuvre, sur proposition médicale et dans un but thérapeutique, de protocoles de soins intensifs et de mesures de sécurité particulières* ».

A l'exception de l'unité destinée à accueillir des femmes, aucune autre ne présente une spécificité dans l'admission des patients. Depuis un précédent contrôle en 2015, un nouveau service composé de trois sous-unités de douze lits a été construit et les deux unités Cyprès ont été rénovées.

Aucun projet d'établissement n'est encore établi qui déterminerait les orientations stratégiques médico-soignantes des différentes composantes du CHS et la place de l'UMD au sein du CHS, alors même que les temps médicaux sont fortement mutualisés au profit de la psychiatrie de secteur en difficulté. Ce constat avait déjà été fait lors de la visite de 2015.

### **Concernant les restrictions de libertés et le respect de la dignité**

Toutes les unités de l'UMD sont fermées ; elles sont entourées de deux grandes enceintes qui ne donnent pas l'impression d'enfermement. Aucune caméra ne vient perturber l'intimité des soins.

En outre, les patients ne peuvent accéder à aucune cour ou jardin mais seulement à des espaces restreints et « encagés » qui sont indignes. L'accès et la sortie des chambres ne sont pas possibles durant la journée et les patients y sont alors enfermés ; un « protocole de soins personnalisés » semble indiquer la possibilité pour le patient de solliciter d'en sortir grâce à l'appel malade mais dans certains services, ces protocoles étaient considérés comme des isolements de fait en chambre du patient.

En revanche, les patients bénéficient d'une offre large d'activités thérapeutiques, manufacturières et créatives. Ils sont assez nombreux à en bénéficier (70 %) bien que le nombre de soignants par unité ne permette pas toujours d'inciter les patients à s'y rendre. Elles sont intégrées assez vite dans les projets de soins et les soignants organisent régulièrement des activités de médiation avec les patients restés au sein des unités.

La nuit, les patients sont enfermés en chambre à partir de 21h00 sans, là non plus, possibilité de solliciter une sortie à tout moment ; or s'il s'agit d'un enfermement de sécurité pouvant répondre au décret relatif aux UMD au titre des mesures particulières de sécurité, l'organisation des soins de nuit doit prévoir les modalités de respect de cette possibilité de sortir de la chambre, dans le projet médico-soignant à instaurer.

### **Concernant les conditions d'isolement et de contention**

L'UMD dispose de 10 chambres d'isolement (CI) pour les 117 places actuellement ouvertes avec accès permanent aux toilettes et à l'eau. L'équipement y est insuffisant (pas de table et de banc pour les repas, absence de mécanisme d'appel pour les patients sous contention) mais surtout dans nombre de cas le respect de l'intimité des patients n'est pas assuré. Les CI d'Erables disposent d'un espace extérieur pour fumer et d'une douche, mais pas celles des autres unités. Le port du pyjama y est systématique. Il n'y a aucun espace d'apaisement et pas de traçabilité des alternatives à l'isolement déployées et même évoquées dans les documents institutionnels.

Si la traçabilité de toutes les mesures semble garantie sur le logiciel Cortexte, aucune exploitation de cette base de données ne permet d'en extraire un registre opérationnel et, par conséquent, aucune analyse régulière pluridisciplinaire des pratiques n'est conduite. Or, il existe de très fortes disparités entre les unités (le pourcentage de patients isolés par rapport à la file active des admissions, allant de 22 % à 70 % et les taux d'isolement couplés à de la contention allant de 15 % à 50 %). Enfin, l'accès au téléphone portable est interdit à tous les patients, sans individualisation ni motivation.

### **Concernant les conditions matérielles de prise en charge**

S'agissant des conditions matérielles de prise en charge, seuls 36 lits sur les 117 ouverts sont situés dans des locaux rénovés. Les autres patients doivent encore partager des douches collectives, en faible nombre, et les WC des chambres collectives n'ont pas de porte. Partout, les cours extérieures sont trop petites et goudronnées et les fumoirs grillagés sont indignes. Les contrôleurs ont pris acte du projet de rendre individuelles les chambres, avec sanitaire et douche, mais aucun schéma directeur immobilier validé ne vient confirmer cette intention pour des cours extérieures plus humanisées, l'installation de verrous de confort dans les chambres, et surtout l'occultation de toutes les lucarnes des chambres qui constituent autant d'atteintes à l'intimité et à la dignité.

Enfin, les patients n'ayant plus leur portable, des horloges devront leur permettre de se repérer dans le temps.

Pour autant, les contrôleurs ont relevé les bonnes conditions d'entretien et de maintien de l'hygiène des patients ainsi que la satisfaction de ces derniers concernant les conditions de leur alimentation.

### **Concernant le droit d'accès à la santé**

L'accès aux soins psychiatriques est assuré mais limité par le temps médical très insuffisant dans les unités. Les patients ne sont ainsi pas tous vus en consultation de manière rapprochée, la présence de médecins psychiatres est « rare », les entretiens « épisodiques » et surtout il n'y a plus de réunions cliniques hebdomadaires permettant le débat collégial autour de l'évolution des projets de soin individuels et assurant l'étayage scientifique des équipes soignantes.

Le nombre de soignants est lui aussi faible, même s'il est pour une partie compensé par un grand nombre d'autres professionnels comme les ergothérapeutes et éducateurs. Cette faiblesse des effectifs ne permet pas le développement d'une réelle préparation à la sortie accompagnant le patient dans le retour vers sa structure d'origine. Il n'y a pas de réunion soignants-soignés, ni de supervision.

En revanche, les activités thérapeutiques, créatives et toutes les techniques de médiation, nombreuses et variées, sont développées et intégrées assez vite dans les projets de soins ; les thérapeutes renseignent les dossiers médicaux sur le logiciel Cortexte.

L'accès somatique est assuré pour les admissions et les demandes quotidiennes d'avis ; il n'y a pas encore d'organisation de l'éducation thérapeutique ou à la santé.

Enfin, la recherche du consentement pourrait être améliorée par le développement des directives anticipées en psychiatrie ou un plan de prévention des crises.

### **Concernant la prise en compte du patient sujet de droit**

L'information des patients sur les règles de vie et leurs droits est réalisée via le livret d'accueil qui comporte quelques erreurs et omissions ; il n'y a aucun affichage sur les droits des patients.

Par ailleurs, les modalités de saisines du JLD lors d'isolements et contentions semblent mal maîtrisées et ces décisions font très souvent l'objet de levées pour non-respect des délais depuis novembre 2022 (toutes les mesures ont été levées en avril 2023). La présence de trois agents de sécurité au sein de la salle d'audience est systématique et n'est pas individualisée ni motivée par l'état clinique du patient, ce qui nuit à la sérénité des débats. En revanche, les contrôleurs soulignent le faible taux de certificats d'incompatibilité pour les audiences hors isolement contention (219 présentations sur 235 saisines en 2022) et le fait que le juge vienne régulièrement auditionner les patients dans les unités.

## 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 .....46**

Il arrive que le juge des libertés et de la détention se rende au sein d'une unité pour auditionner un patient en incapacité de se déplacer, même lorsque son contrôle ne concerne pas les mesures d'isolement-contention.

### 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**

Un projet d'établissement et un projet de service médico-soignant doivent conceptualiser les modalités de fonctionnement de l'UMD et leur donner une perspective.

#### **RECOMMANDATION 2 .....15**

Le personnel de nuit doit être, en qualité et quantité, adapté aux besoins de santé du public accueilli et permettre l'ouverture des portes des chambres.

#### **RECOMMANDATION 3 .....16**

Le bilan des événements indésirables doit être diffusé et présenté aux équipes, afin de permettre une analyse rétrospective des situations, comportements ou pratiques, notamment ceux donnant lieu à violence.

#### **RECOMMANDATION 4 .....17**

Des temps d'analyse des pratiques professionnelles et de retours d'expérience doivent être mis en place pour faire face aux difficultés spécifiques de l'établissement, permettre aux professionnels de s'approprier les principes déontologiques guidant leurs fonctions et de les confronter aux difficultés pratiques qu'ils rencontrent.

#### **RECOMMANDATION 5 .....21**

Les échanges avec le service d'origine en amont de l'admission doivent être organisés, tout particulièrement au regard de l'augmentation du nombre d'accompagnateurs étrangers à la prise en charge du patient.

#### **RECOMMANDATION 6 .....24**

Une information, claire et précise, doit être réalisée au sein du livret d'accueil et par voie d'affichage (notamment dans les salons de visite), quant au rôle de la commission des usagers, des représentants des usagers et des autorités de contrôle, aux voies de recours. Ces informations doivent être complétées et réitérées oralement lors des entretiens avec les patients.

#### **RECOMMANDATION 7 .....25**

Afin de respecter le droit au respect de l'intimité et de la vie privée du patient, les œillets donnant dans les salles de bains des patients doivent être supprimés.

<b>RECOMMANDATION 8</b> .....	<b>27</b>
L'intimité des patients doit être respectée dans les chambres hospitalières et les hublots des portes donnant sur le couloir doivent être rendus occultables.	
<b>RECOMMANDATION 9</b> .....	<b>29</b>
Les tarifs proposés aux patients des UMD pour faire laver leur linge personnel à la laverie doivent être équivalents à ce qui se pratique à l'extérieur.	
<b>RECOMMANDATION 10</b> .....	<b>32</b>
Le patio intérieur qui sert de cour, doit être en accès libre la journée. L'organisation des soins devra s'adapter à cette obligation.	
<b>RECOMMANDATION 11</b> .....	<b>33</b>
Les portes des chambres doivent être équipées de serrures permettant au seul patient et aux soignants de les ouvrir et préserver l'occupant de toute intrusion.	
<b>RECOMMANDATION 12</b> .....	<b>34</b>
Les patients doivent pouvoir, sauf décision médicale contraire, conserver leur téléphone portable.	
<b>RECOMMANDATION 13</b> .....	<b>35</b>
Les visiteurs doivent pouvoir conserver leur téléphone portable.	
<b>RECOMMANDATION 14</b> .....	<b>36</b>
Afin de respecter le pluralisme des cultes, il conviendrait d'indiquer sur les affiches, les coordonnées des représentants des différentes religions.	
<b>RECOMMANDATION 15</b> .....	<b>37</b>
Les chambres d'isolement doivent toutes être équipées d'un dispositif d'appel accessible y compris pendant les phases de contention, d'une horloge permettant de connaître la date, le jour et l'heure et d'un fenestron occultable pour préserver l'intimité du patient isolé.	
<b>RECOMMANDATION 16</b> .....	<b>38</b>
L'établissement doit développer une politique institutionnelle active d'alternative à l'isolement et à la contention, dont l'aménagement d'espaces d'apaisement.	
<b>RECOMMANDATION 17</b> .....	<b>39</b>
La mise à l'isolement d'un patient à son arrivée doit être individualisée et systématiquement tracée comme une mesure d'isolement. Un isolement en chambre non dédiée doit être renseigné comme tel. Le port du pyjama ne peut être imposé systématiquement.	
<b>RECOMMANDATION 18</b> .....	<b>40</b>
Le protocole de soins personnalisés doit être utilisé uniquement pour des mesures d'enfermement sécuritaire, à titre exceptionnel et non comme une mesure d'isolement séquentielle. Les prescriptions « <i>si besoin</i> » d'isolement et de contention doivent cesser.	
<b>RECOMMANDATION 19</b> .....	<b>41</b>
Les mesures d'isolement doivent systématiquement faire l'objet d'un signalement immédiat à l'équipe de sécurité et incendie. L'établissement devra par ailleurs se doter de coupe-sangles.	
<b>RECOMMANDATION 20</b> .....	<b>42</b>
Le registre de l'isolement et de la contention doit faire l'objet d'une analyse et d'un débat pluridisciplinaire tous les trois mois au sein de chaque service.	
<b>RECOMMANDATION 21</b> .....	<b>45</b>
La présence des agents de sécurité dans la salle d'audience ne doit pas revêtir un caractère systématique et doit être adaptée et proportionnée à l'état du patient.	

**RECOMMANDATION 22 ..... 47**

Il doit être mis en place une organisation qui permette de réaliser dans les délais légaux les évaluations du patient ensuite de son placement à l'isolement et/ou sous contention. Le logiciel Cortexte doit être renseigné en temps et en heure, afin que l'information et la saisine du juge des libertés et de la détention s'effectuent dans les délais prévus par les textes.

**RECOMMANDATION 23 ..... 49**

Une organisation médico-soignante, conceptualisée dans un projet validé par les instances, doit assurer une présence quotidienne dans tous les services de l'UMD permettant la mise en place de réunions cliniques hebdomadaires, de consultations médicales pluri-hebdomadaires en tant que de besoin, la participation à des réunions de pôles autour des cas complexes et de l'harmonisation des pratiques.

**RECOMMANDATION 24 ..... 52**

Le nombre de pharmaciens destinés à l'UMD doit permettre le développement de la pharmacie clinique, de leur présence à certaines réunions cliniques, l'organisation de COMEDIMS et leur participation aux programmes d'éducation thérapeutique. Les locaux de la PUI doivent permettre l'exercice de sa mission dans des conditions normales.

**RECOMMANDATION 25 ..... 52**

Les médecins généralistes doivent pouvoir assurer l'ensemble des missions attendues des soins somatiques en UMD et intégrer pleinement le projet de soins du patient.

**RECOMMANDATION 26 ..... 54**

La préparation au retour doit être investie afin d'assurer une prise en charge adaptée à l'évolution du patient, lors du trajet et à son retour.

**RECOMMANDATION 27 ..... 55**

La recherche du consentement et de l'adhésion aux soins doit s'appuyer sur la mise en place de directives anticipées en psychiatrie et sur la mobilisation des personnes de confiance.

**RECOMMANDATION 28 ..... 55**

La mise en œuvre de prescription d'injection « si besoin », sans la recherche du consentement par le médecin, doit être prohibée.

**RECOMMANDATION 29 ..... 57**

Le port de contention lors des déplacements des patients détenus ne doit pas être systématique ; il doit être individualisé et évalué au regard de l'état clinique.

**RECOMMANDATION 30 ..... 58**

Les personnes détenues doivent pouvoir bénéficier des mêmes accès aux services proposés au sein du centre hospitalier spécialisé que les autres patients, ces déplacements dans les limites de l'établissement ne pouvant être conditionnés à une permission de sortie accordée par le juge d'application des peines.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>2</b>
<b>SYNTHESE DES OBSERVATIONS .....</b>	<b>5</b>
<b>RAPPORT .....</b>	<b>10</b>
<b>1. LES CONDITIONS DE LA VISITE .....</b>	<b>10</b>
<b>2. LES OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE .....</b>	<b>11</b>
<b>3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT .....</b>	<b>12</b>
3.1 L'UMD, qui dispose d'un quart des lits du CHS, n'a pas élaboré son projet médico-soignant .....	12
3.2 Le budget est en équilibre et tient compte des investissements immobiliers nécessaires.....	14
3.3 L'effectif soignant est insuffisant la nuit ; en journée, il est renforcé par le personnel en charge des activités .....	14
3.4 Les équipes n'ont pas connaissance du bilan des événements indésirables et les retours sur expérience ne sont pas formalisés .....	15
3.5 Après une phase d'interruption, le comité d'éthique reprend ses travaux.....	17
<b>4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT .....</b>	<b>19</b>
4.1 Les prises en charge ne sont pas suffisamment préparées en amont de l'hospitalisation.....	19
4.2 Le profil des patients correspond à une prise en charge en UMD.....	22
4.3 L'information écrite des patients comporte d'importantes lacunes et imprécisions, insuffisamment compensées à l'oral. ....	23
<b>5. LES CONDITIONS DE VIE.....</b>	<b>25</b>
5.1 Les chambres sont d'un confort inégal et certaines dispositions portent atteinte à l'intimité des patients .....	25
5.2 L'hygiène est assurée mais les tarifs pour laver son linge personnel sont trop élevés. ....	28
5.3 Les biens des patients sont protégés. ....	29
5.4 Les patients se disent satisfaits des repas et peuvent acheter en cafeteria des plats cuisinés.....	30
<b>6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....</b>	<b>32</b>
6.1 La liberté d'aller et venir est très encadrée.....	32
6.2 Les restrictions de la vie quotidienne sont prégnantes.....	33
6.3 Les communications avec l'extérieur sont contrôlées par les soignants .....	34
6.4 L'accès au vote est respecté .....	36
6.5 L'accès aux cultes est possible.....	36
6.6 La sexualité n'est pas un tabou mais elle ne fait pas l'objet d'une réflexion institutionnelle.....	36

<b>7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION .....</b>	<b>37</b>
7.1 Les chambres d'isolement ne disposent pas de tous les équipements nécessaires .....	37
7.2 Les pratiques d'isolement contention sont tracées de façon confuse .....	38
7.3 Le registre de l'isolement et de la contention n'est pas analysé par les soignants .....	41
<b>8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....</b>	<b>43</b>
8.1 Les représentants des usagers sont intégrés à la vie de l'établissement .....	43
8.2 Les registres de la loi sont bien tenus et facilitent les contrôles.....	43
8.3 Les audiences du JLD se déroulent dans de bonnes conditions mais la majorité des mesures de placement en isolement et contention sont levées pour vices de procédure .....	44
<b>9. LES SOINS.....</b>	<b>49</b>
9.1 L'accès aux soins psychiatriques est assuré .....	49
9.2 Les somaticiens ne sont pas pleinement intégrés dans la prise en charge globale des patients .....	52
9.3 Il n'existe pas de démarche spécifique de préparation au retour .....	53
9.4 La recherche du consentement est appréhendée de façon inégale .....	54
<b>10. LES PUBLICS SPECIFIQUES .....</b>	<b>57</b>
10.1 Des restrictions additionnelles limitent abusivement les déplacements des personnes détenues au sein du CHS .....	57

---

# Rapport

## 1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

### Contrôleurs :

- Luc Chouchkaieff, chef de mission ;
- Benoîte Beury ;
- Alexandre Baillon ;
- Irène Boffy ;
- Pierre Levené ;
- Dominique Secouet ;
- Benjamin Boj, stagiaire.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs et un stagiaire ont effectué du 9 au 12 mai 2023 une visite de l'unité pour malades difficiles au sein du centre hospitalier (CH) de Sarreguemines (département de Moselle).

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 9 mai à 14h00 et l'ont quitté le 12 mai à 12h00. La visite était inopinée et a été portée à la connaissance du préfet de Moselle, du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) Grand-Est, de la présidente du tribunal judiciaire de Sarreguemines ainsi que du procureur de la République près ce tribunal.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le directeur général du CH, le directeur des affaires financières, la directrice des soins, le président de la CME, le responsable du département d'information médicale, la responsable des admissions, un cadre de santé, un cadre supérieur de santé et la pharmacienne.

Une salle de travail et l'ensemble des documents demandés ont été mis à leur disposition. Des affichettes signalant leur visite ont 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.

Par ailleurs, 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 mais n'ont pas souhaité avoir un entretien.

Une réunion de restitution a eu lieu par visiophonie, le 15 mai, avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation.

Un rapport provisoire a été adressé le 25 juillet 2023 au directeur général de l'établissement, au préfet de Moselle, au directeur général de l'ARS Grand-Est, au président du tribunal judiciaire de Sarreguemines ainsi qu'au procureur près ledit tribunal. Le directeur général du CH a adressé ses observations le 28 août et la présidente du tribunal les a adressées le 27 octobre ; celles-ci sont intégrées au présent rapport dans une police distincte.

## 2. LES OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE

Après une première visite en 2009<sup>1</sup>, une seconde s'est déroulée en juillet 2015<sup>2</sup> au cours de laquelle les éléments suivants ont été relevés :

- La réorganisation envisagée au sein de l'hôpital devrait permettre de réunir l'unité pour malades difficiles au sein d'une même entité et donc de renforcer sa cohérence.
- Si des évolutions positives sont intervenues depuis la précédente visite, un pavillon offre encore des conditions d'hébergement insatisfaisantes et un projet de remplacement devrait être envisagé.
- Une véritable réflexion sur les pratiques, associant médecins, infirmiers, psychologues et ergothérapeutes, est menée au sein de l'établissement, permettant d'aborder des sujets variés ; les relations sexuelles des patients en font partie.
- Les activités sont nombreuses et variées.
- Les cours des unités sont ouvertes en journée sous réserve de la présence d'un soignant.
- Comme pour le téléphone, la règle pour recevoir des visites est la liberté et les interdictions constituent l'exception. Les modalités de prise de rendez-vous sont suffisamment souples pour s'adapter aux contraintes des familles habitant loin.
- Plusieurs évolutions positives sont également intervenues depuis la précédente visite : les familles paraissent mieux prises en compte par l'établissement qu'elles ne l'étaient malgré les difficultés liées à leur éloignement géographique ; la commission départementale des soins psychiatriques reçoit désormais les patients de l'UMD lors de ses visites au centre hospitalier.
- En l'absence de centralisation des demandes d'admission en UMD et de leur examen à l'échelon national, les UMD se trouvent contraintes d'examiner un plus grand nombre de demandes.
- Comme en 2009, l'établissement reçoit toujours des mineurs.
- Des pratiques différentes sont observées en ce qui concerne le port du pyjama et le placement à l'isolement au moment de l'admission : certains médecins appliquent la procédure d'admission de façon systématique et d'autres l'adaptent en fonction de l'état clinique du patient.
- Si le livret d'accueil de l'hôpital est toujours fourni aux patients admis à l'UMD, des documents supplémentaires leur sont désormais remis. Par ailleurs, les règles de vie devraient être remises à chaque arrivant, comme cela se pratique déjà dans quelques unités.
- Les conditions matérielles dans lesquelles se déroulent les visites des proches ne sont pas satisfaisantes dans toutes les unités en l'absence de salle affectée à cet usage. De même, les appels sont passés dans des locaux communs, n'offrant aucune confidentialité.

L'évolution de ces éléments est indiquée dans le présent rapport dans les parties concernées.

<sup>1</sup> [CGLPL, Rapport de visite de l'unité pour malades difficiles de Sarreguemines, juillet 2009.](#)

<sup>2</sup> [CGLPL, Rapport de la 2<sup>ème</sup> visite de l'unité pour malades difficiles de Sarreguemines, juillet 2015.](#)

### 3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

#### 3.1 L'UMD, QUI DISPOSE D'UN QUART DES LITS DU CHS, N'A PAS ELABORE SON PROJET MEDICO-SOIGNANT

L'UMD de Sarreguemines, inaugurée en 1957, constitue un service du centre hospitalier spécialisé (CHS), au sein du pôle « *dangerosité addictologie* ». Le CHS, implanté à proximité du centre-ville de Sarreguemines, fait partie du groupement hospitalier de territoire (GHT) de Moselle-Est. Il assure la prise en charge des patients de quatre secteurs de psychiatrie adultes (240 000 habitants) et un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile, avec un total de 452 lits et une file active de 8 291 patients.

L'UMD est constituée de deux espaces bien délimités et fermés, séparés par une route et la chapelle, avec, pour chaque espace, un accès commun pour piétons et voitures. Au sein de chaque espace se trouvent les locaux d'hébergement, des espaces destinés aux activités physiques (terrain de basket) et un bâtiment pour les activités thérapeutiques, manufacturières et sportives.

Le premier espace dénommé « Cabanis », comprend un ensemble abritant les trois unités Erables de 12 lits chacune, l'une étant dévolue aux femmes, et un autre bâtiment abritant les deux unités Bouleaux (15 lits chacune).

Le second espace appelé « Lauzier » comporte, outre l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP), un bâtiment abritant l'unité Charmes (15 lits ouverts) et un autre abritant les deux unités Cyprès (deux unités de 18 lits au rez-de-chaussée et au premier étage).

La limitation à deux patients dans les chambres de trois personnes explique le passage de 18 à 15 lits des unités Charmes et Bouleaux ; les unités Cyprès ont bénéficié d'une rénovation et proposent 18 chambres individuelles (cf. § 5.1).

Depuis le contrôle de 2015, un nouveau service dénommé « Erasme » composé de trois sous-unités de 12 lits a été construit et les deux unités Cyprès ont été rénovées. Le projet d'accueillir des mineurs dans une des trois sous-unités a été abandonné. A l'exception de l'unité destinée à accueillir des femmes (12 lits d'Erasme), aucune autre ne présente une spécificité dans l'admission des patients. La capacité totale de l'UMD est ainsi de **117 lits disponibles**.

Aucun projet d'établissement qui déterminerait les orientations stratégiques médico-soignantes de l'établissement et la place de l'UMD au sein du CHS n'est encore établi, alors même que les temps médicaux sont fortement mutualisés au profit de la psychiatrie de secteur, elle-même en difficulté (cf. § 3.3). Des travaux sont cependant en cours pour son élaboration et des fiches actions en voie de conception ; ainsi une réflexion sur la création d'une unité d'hospitalisation complète pour adolescents est évoquée, de même que l'amélioration de la détection et de la prise en charge des troubles du spectre autistique (TSA) chez les adultes. Les autres thématiques développées dans ces fiches sur le futur projet d'établissement sont mentionnées dans le présent rapport aux parties *ad hoc*.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu avec l'ARS mentionne, pour ce qui concerne le périmètre du présent contrôle, les thèmes suivants : l'éducation thérapeutique du patient, la supervision pour les soignants et les documents de santé (dont la lettre de liaison aux médecins généralistes) et l'achat de poufs pour les chambres d'isolement (CI), mais pas les droits des patients ni les pratiques d'isolement et contention.

L'UMD accueille ainsi des patients de France entière relevant de soins psychiatriques sans consentement en hospitalisation complète à la demande du Préfet, dont « *l'état de santé requiert*

la mise en œuvre, sur proposition médicale et dans un but thérapeutique, de protocoles de soins intensifs et de mesures de sécurité particulières ».

Alors même que l'UMD constitue un service spécifique à vocation nationale, aucun projet médico-soignant de l'UMD n'a été établi à l'exception du projet des trois unités nouvellement construites (Erasmus) qui n'a cependant pas été actualisé. Ce constat avait déjà été fait lors de la visite de 2015.

### RECOMMANDATION 1

Un projet d'établissement et un projet de service médico-soignant doivent conceptualiser les modalités de fonctionnement de l'UMD et leur donner une perspective.

**Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, le directeur général du CH indique :** « Le projet d'établissement est en cours de rédaction ; il a fait l'objet d'une phase de concertation sur le premier semestre de l'année et doit être présenté aux instances de l'établissement pour l'automne. De ce dernier découleront la formalisation de projets de pôle – et notamment le projet de pôle dangerosité. Ce projet de service médico-soignant qui découlera de notre projet d'établissement précisera l'orientation médicale, l'offre de soins, les droits des patients dans la spécificité de nos services.

Il convient par ailleurs de préciser que les fiches actions que vous mentionnez dans ce paragraphe n'appartiennent pas à ces travaux. Il s'agit du projet qui accompagnait le projet d'ouverture du nouveau bâtiment des Erables. Cette orientation, notamment d'une unité d'UMD dédiée aux TSA, a été abandonnée avant son ouverture. Le projet d'établissement en cours d'élaboration positionne un axe prioritaire sur le respect des droits des patients, visant la réduction du recours aux mesures restrictives de libertés, l'amélioration de la liberté d'aller et venir et l'association du patient à sa prise en charge.

Le projet médico-soignant du pôle définira la politique de soins conduite au sein des UMD, les organisations des soins qui en découlent, ainsi que les modalités de fonctionnement des unités, en interaction avec les structures transverses. Il déterminera notamment :

- l'organisation des soins en cohérence avec les orientations médicales et priorisant l'accès des patients aux activités de réhabilitation et d'éducation thérapeutique (organisation des PEC thérapeutiques au sein de l'unité en lien avec le PRPS, en extérieur, etc.)
- le projet de soins personnalisés du patient
- le déploiement de pratiques et d'organisations de soins alternatives à l'isolement et la contention (espaces d'apaisement, directives anticipées incitatives en psychiatrie) dans les unités d'UMD
- la liberté d'aller et de venir des patients au sein des unités (accès aux chambres, aux cours et espaces verts, etc.)
- les conditions de séjour des patients (effets personnels, communication avec l'extérieur, liens avec les familles, conditions de visites, etc.)
- la coordination des parcours des patients en amont et en aval de leur séjour en UMD.

Les UMD représentent un nombre de lits d'hospitalisation important au sein de l'établissement sans qu'il ne s'agisse d'un hôpital dans l'hôpital. C'est pourquoi, dans le contexte actuel de la psychiatrie, le pôle ne peut être indifférent aux difficultés des secteurs. Cette suppléance est nécessaire à la pérennité du pôle lui-même. Il est entendu que, si les effectifs médicaux le permettent, ils seront pleinement dédiés aux UMD dans les dispositions statutaires prévues.

### 3.2 LE BUDGET EST EN EQUILIBRE ET TIENT COMPTE DES INVESTISSEMENTS IMMOBILIERS NECESSAIRES

Les dépenses globales du CHS étaient en 2021 de 81 713 738 euros. 78,8 % de ce budget sont consacrés à la masse salariale (64 335 947 euros). Les recettes globales étaient, en 2021, de 82 844 836 euros. Elles sont principalement issues de la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) à hauteur de 68 011 619 euros. Depuis 10 ans, le financement DAF est en constante augmentation ; ce financement était par exemple de 55 435 158,75 euros en 2011.

L'équilibre budgétaire est atteint grâce au choix d'un effectif cible de soignants peu ambitieux dans les unités (cf. § 3.3) et à la vacance de sept postes médicaux dans l'établissement, en partie compensés par deux médecins associés.

Le CHS profite par ailleurs des crédits alloués dans le cadre du Ségur de la santé à hauteur d'un million d'euros par an pendant dix ans, ce qui lui permet d'assurer des investissements immobiliers. Le plan global pluriannuel d'investissement prévoit ainsi 3,5 millions d'euros pour les tranches de travaux 2023-2027 de réhabilitation des unités anciennes. L'ARS a uniquement validé la première tranche de travaux à réaliser en l'absence de schéma directeur immobilier pour l'établissement.

Enfin, le budget est excédentaire à hauteur d'1,5 million d'euros en 2022 tout en assurant le recrutement du personnel nécessaire à la réouverture des unités les Merisiers actuellement en travaux.

### 3.3 L'EFFECTIF SOIGNANT EST INSUFFISANT LA NUIT ; EN JOURNEE, IL EST RENFORCE PAR LE PERSONNEL EN CHARGE DES ACTIVITES

Au 31 décembre 2021, 1 120 personnes travaillaient au CHS dont 32 médecins et 823 soignants. Tous les postes de médecins, d'infirmiers (IDE) et d'aides-soignants (AS) sont pourvus à l'UMD au moment du contrôle. Les huit psychiatres assurent toutefois par ailleurs des activités d'intérêt général pour compenser le manque de personnel médical au sein de l'établissement (cf. recommandation du § 9.1). En effet, à l'échelle du CHS, le taux de vacance des postes de praticiens est de 23,6 %, mais la présence de deux médecins associés ramène ce taux à 6,9 %. Il n'a été fait recours qu'à une reprise à un médecin intérimaire. Enfin, 2,4 ETP de somaticiens interviennent sur l'UMD.

L'effectif cible de soignants pour les unités de 18 lits est de 25,5 ETP dont 18,5 ETP d'IDE et 5,7 ETP d'AS. Pour l'ensemble des trois unités Erables de 12 lits chacune, l'effectif cible est de 40 ETP d'IDE, 9,4 AS. La direction fait état de l'attractivité des postes de soignants en UMD valorisés par la prime d'indemnité mensuelle. Cette attractivité se confirme à la lecture du rapport social 2021 qui relève un taux de rotation du personnel de soins de 4,43 % dans le pôle « *dangerosité et addictologie* » auquel appartient l'UMD, inférieur à celui relevé pour le personnel de soins de l'ensemble de l'établissement (6,80 %). Le taux d'absentéisme du personnel de soins apparaît, par ailleurs, légèrement moins important dans le pôle de l'UMD (6,67 %) qu'au sein du CHS (7,74 %).

L'absence de postes vacants à l'UMD s'explique aussi par un effectif cible relativement faible, notamment la nuit avec une base d'un soignant pour 10 patients et la présence d'un seul soignant plusieurs nuits par mois dans plusieurs services.

## RECOMMANDATION 2

Le personnel de nuit doit être, en qualité et quantité, adapté aux besoins de santé du public accueilli et permettre l'ouverture des portes des chambres.

**Dans ses observations du 28 août 2023 faisant suite au rapport provisoire du 25 juillet, le directeur général du CH indique :** « *l'établissement s'engage à réaliser une analyse des moyens humains supplémentaires qui seraient nécessaires pour répondre aux différentes recommandations relatives aux organisations soignantes, afin d'en mesurer l'impact financier et définir les priorités et les arbitrages à aborder dans le cadre du dialogue de gestion avec l'ARS.*

*Néanmoins, si les effectifs actuels ne permettent pas de généraliser l'ouverture des portes des chambres d'UMD la nuit, ils garantissent toutefois la possibilité d'ouvrir des chambres de patients la nuit en cas de besoin, grâce à la présence nocturne systématique de 4 agents de sécurité et de 2 cadres de santé, mobilisables à tout moment. »*

Concernant le regret formulé quant à « l'absence d'infirmier en pratique avancée (IPA) » au sein des unités, il est précisé qu'une réflexion est actuellement conduite par l'établissement afin de définir la place au sein des équipes de soins de ces nouvelles compétences ; cette réflexion sera retranscrite au sein du projet médico-soignant.

En journée, les effectifs sont généralement de cinq soignants le matin et cinq l'après-midi. Il a été rapporté aux contrôleurs des effectifs parfois trop réduits aux Erables notamment pour faire face à la configuration des lieux qui nécessite la présence d'un personnel soignant avec les patients dans la cour extérieure peu sécurisée.

L'enjeu des prochaines années pour l'établissement sera d'anticiper les recrutements à venir au vu de la pyramide des âges du personnel soignant. 29 recrutements d'infirmiers ont eu lieu en 2021 sur l'établissement, il est regretté l'absence d'infirmier en pratique avancée (IPA), un seul agent ayant initié le diplôme en 2020 sans terminer la formation.

L'effectif cible de soignants est en partie compensé par le personnel en charge des activités thérapeutiques, manufacturières et créatives qui comprend 31 ETP, à savoir : 16 IDE, 2 AS, 6 ergothérapeutes, 4 moniteurs de sport, un ouvrier professionnel qualifié, un agent d'entretien qualifié et un agent d'entretien infirmier.

Les formations sont effectives et tous les agents de l'UMD sont formés à « Omega » (prévention des violences) depuis 15 ans, certains agents étant d'ailleurs formateurs. Des axes prioritaires de formation sont définis par pôle, notamment la psychopathologie clinique en 2022 pour le pôle « *dangerosité, addictologie* ». Il n'est pas relevé de difficultés d'accès à la formation.

Les fiches actions du futur projet d'établissement indiquent la création d'un groupe de travail sur la définition des compétences générales nécessaires au respect du droit des patients, et la formation spécifique pour les nouveaux arrivants avec instauration d'un système de compagnonnage par des IDE expérimentés.

### 3.4 LES EQUIPES N'ONT PAS CONNAISSANCE DU BILAN DES EVENEMENTS INDESIRABLES ET LES RETOURS SUR EXPERIENCE NE SONT PAS FORMALISES

Les échanges avec les équipes soignantes ont fait apparaître des faits récurrents de violence, agressions verbales et coups portés, une partie des patients présentant des comportements imprévisibles. Le bilan des questionnaires d'évaluation (renseignés par 79 patients sur 89) à la sortie

de l'année 2021 fait apparaître qu'en moyenne, 46 % des patients indiquent avoir été victimes de violences de la part d'autres patients, avec des écarts importants selon les unités, allant de 27,3 % à 77,8 %. Ces faits concernaient des vols (18 % des réponses), des pressions subies pour avoir la paix (20,4 %), des rackets (8,25 %), des menaces de morts (13,2 %), des violences physiques (7 %), des insultes racistes (1,5 %). En revanche, 87,6 % des patients indiquent être bien traités par les soignants (les écarts allant de 71,4 % à 100 % selon les unités) et 89,4 % indiquent aller mieux à la sortie qu'à l'entrée (de 78,6 % à 100 %).

Un logiciel, Qualnet, permet à tout agent de renseigner les fiches d'événements indésirables (FEI). Sur les six derniers mois (depuis novembre 2022), vingt-et-une FEI<sup>3</sup> ont été renseignées au sein de l'UMD. Onze concernaient des gestes agressifs de patients envers les soignants, avec coup porté, une seule concernait une altercation entre patients. Un signalement à l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVP) a été effectué pour six de ces situations. Deux arrêts de travail ont été prononcés, la médecine du travail et le CHSCT ont été informés à trois reprises par la direction.

Des agents ont témoigné ne pas renseigner systématiquement une FEI à la suite d'un incident, faute d'en percevoir l'utilité. Il a ainsi été signalé aux contrôleurs deux agressions de soignants par des patients, survenues dans les trois semaines précédant le contrôle, qui n'auraient fait l'objet d'aucune FEI, dès lors qu'elles n'avaient occasionné ni blessure ni ITT. Comme cela avait été constaté pour l'ensemble du CHS lors du contrôle de 2020, les contrôleurs relèvent que les équipes n'ont pas connaissance des analyses réalisées par le service en charge de la qualité, alors qu'un bilan annuel des événements indésirables est établi.

### RECOMMANDATION 3

Le bilan des événements indésirables doit être diffusé et présenté aux équipes, afin de permettre une analyse rétrospective des situations, comportements ou pratiques, notamment ceux donnant lieu à violence.

**Dans ses observations du 28 août 2023 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général du CH indique :** « *l'analyse des événements indésirables réalisée lors des revues bi-mensuelles est transmise au service concerné au fil de l'eau, via l'encadrement pour retour d'information aux équipes et actions correctives le cas échéant. Suite aux observations, une diffusion semestrielle du bilan des événements indésirables sera proposée en complément à chaque service pour une analyse rétrospective. Un accompagnement du service qualité pourra par ailleurs être proposé à la demande des équipes pour une analyse plus approfondie ou pour l'élaboration d'un plan d'action spécifique au service, en regard d'une thématique prévalente qui se dégagerait de ce bilan.* »

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

En 2022, un seul événement indésirable grave a fait l'objet d'un signalement à l'ARS (un patient s'est énucléé) et d'un retour sur expérience (RETEX) formalisé. En 2021, un décès par suicide a fait l'objet de la même procédure. Le procureur a par ailleurs été saisi sur le fondement de l'article 40 du code de procédure pénale, en octobre 2022 et avril 2023, pour des faits d'attouchements sexuels commis par un même patient sur deux autres patients.

<sup>3</sup> 5 aux Erables, 3 aux Bouleaux rez-de-chaussée, 4 aux Bouleaux étage, 2 aux Cyprès rez-de-chaussée, 6 aux Cyprès étage, et 1 aux Charmes.

Les soignants témoignent d'un sentiment de sécurité du fait de la solidarité entre les agents et de l'expérience des équipes. Les situations à risques sont gérées grâce à différents systèmes d'alerte (PTI et clé pour boîtier d'alarme). Selon l'intensité de la crise, il peut être fait appel aux agents des autres unités situées à proximité ; une alerte générale permet d'informer les trois agents de sécurité ainsi que les soignants des unités plus éloignées (autres pavillons, voire autre enceinte). Selon les soignants, les agents de sécurité n'interviennent qu'en seconde ligne : ils se placent latéralement au patient et aux soignants, et se rapprochent selon l'évolution de la situation. Le CHS n'a pas établi de convention Justice-Santé et le commissariat de police est appelé au gré des situations qui nécessitent l'intervention des forces de l'ordre. Les relations avec la police sont décrites comme aisées.

Comme évoqué *supra*, une formation Oméga est régulièrement dispensée et suivie ; les agents regrettent cependant son caractère généraliste et souhaiteraient une approche plus ciblée au type de public accueilli en UMD.

Il est constaté un manque de supervision et de retour sur les pratiques, notamment à la suite de faits de violence. Le patient et l'agent sont systématiquement examinés par un médecin (si nécessaire aux urgences) en cas de coup porté, une évaluation clinique du patient est conduite et sa famille est prévenue. Il apparaît cependant qu'un entretien des agents concernés avec un cadre et un médecin n'est pas systématisé dans toutes les unités. Les soignants témoignent d'une certaine réticence à contacter la psychologue du travail. L'absence de réunion de service planifiée limite les échanges aux temps des transmissions infirmières et aux passages des médecins dans les unités. Certains agents ont pu témoigner d'un sentiment d'abandon.

#### RECOMMANDATION 4

Des temps d'analyse des pratiques professionnelles et de retours d'expérience doivent être mis en place pour faire face aux difficultés spécifiques de l'établissement, permettre aux professionnels de s'approprier les principes déontologiques guidant leurs fonctions et de les confronter aux difficultés pratiques qu'ils rencontrent.

**Dans ses observations du 28 août 2023 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général du CH indique :** « *Tout évènement indésirable grave faisant l'objet d'une déclaration à l'ARS est systématiquement suivi d'un RETEX formalisé et d'un plan d'action. Les évènements indésirables associés aux soins ou générant un dommage lié aux soins pour le patient, font également l'objet d'un RETEX. Ces temps de retours d'expérience sont organisés dans une visée de pluriprofessionnalité, avec l'appui méthodologique du service qualité qui les coordonne et en assure le suivi, en collaboration avec l'encadrement soignant. Un travail sera mené avec l'encadrement médical et soignant du service afin de permettre d'établir un cadre régulier d'échange sur les pratiques professionnelles et difficultés rencontrées.* »

### 3.5 APRES UNE PHASE D'INTERRUPTION, LE COMITE D'ETHIQUE REPREND SES TRAVAUX

Le comité local d'éthique clinique (CLEC) a été mis en place en 2012 au CHS de Sarreguemines. La revue interne, dénommée « *Regards* », présentait en mars 2019 une « *nouvelle dynamique pour le CLEC du CHSL* ». L'introduction du document indique : « *Le soin psychiatrique entre contrainte, souffrance et vulnérabilité génère au quotidien des situations problématiques où se disputent droit, déontologie, morale et éthique. La complexité de ces situations réclame une réflexion pluridisciplinaire documentée* ». « *Les soins sous contraintes questionnent le respect de la dignité,*

*de la vie privée et de l'intimité, la liberté d'aller et venir, le refus de soins, le droit à l'information, la gestion de la contrainte. »*

Le CLEC a été actif jusqu'en 2019 et se réunissait trois fois par an. Un rapport annuel était rédigé et le comité publiait chaque année des avis, les derniers portant sur la vulnérabilité des patients, l'accès au tabac, la sexualité. Les trois derniers rapports : 2020, 2021, 2022 font le constat d'un arrêt de l'activité.

Le 8 novembre dernier, le comité s'est de nouveau réuni pour relancer ses travaux et mettre à jour son règlement intérieur. Trois réunions ont été programmées pour l'année 2023. L'une a eu lieu en janvier et trois thèmes seront étudiés lors des prochaines rencontres : le refus de soins, l'inviolabilité du corps humain, l'information et le consentement du patient.

La saisine du CLEC se fait par courrier électronique ou par un contact personnel auprès d'un membre du comité. Le président relance une information auprès de tous les services du CHS, y compris l'UMD, pour faire connaître la reprise d'activité du comité et la possibilité de le saisir.

## 4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

### 4.1 LES PRISES EN CHARGE NE SONT PAS SUFFISAMMENT PREPAREES EN AMONT DE L'HOSPITALISATION

Le service des admissions du centre hospitalier centralise les demandes et les transmet au chef de pôle qui donne seul son avis. Si ce dernier est favorable, le service des admissions adresse un courrier d'accord avec les documents à compléter et la liste des pièces à produire.

Ce dossier d'admission en UMD comprend toutes les données utiles sur le patient. Un engagement de retour est également sollicité.

Lorsque des places sont en voie d'être libérées, les services demandeurs sont appelés pour définir une date d'admission. Celle-ci est le plus souvent planifiée le jour qui suit une sortie prévue. Elle peut avoir lieu tous les jours à l'exception du vendredi et du week-end, entre 8h00 et 12h00 ou 13h00 et 17h00. Des arrangements sont possibles, notamment lorsque les patients viennent des départements, régions ou collectivités d'outre-mer. Une fois la date arrêtée, le chef de pôle en est informé et affecte le patient dans une unité, en concertation avec les autres médecins.

La procédure est simplifiée pour les patients provenant des secteurs du CHS de Sarreguemines ou de l'USIP, du fait de l'accès direct aux pièces du dossier du patient par le service des admissions.

	Nombre de demandes d'admission	Avis favorables	Annulations parmi les avis favorables	Refus
Hommes 2022	359	111 (31 %)	30 (8 % des demandes et 27 % des avis favorables)	248 (69 %)
Femmes 2022	74	19 (26 %)	8 (11 % des demandes et 42 % des avis favorables)	55 (74 %)
Hommes 2023 <sup>4</sup>	141	51 (36 %)	13 (9 % des demandes et 25 % des avis favorables)	90 (64 %)
Femmes 2023	30	10 (33 %)	2 (7 % des demandes et 20 % des avis favorables)	20 (67 %)
Ensemble 2022	433	130 (30 %)	38 (9 % des demandes et 29 % des avis favorables)	303 (70 %)
Ensemble 2023	171	61 (36 %)	15 (9 % des demandes et 25 % des avis favorables)	110 (64 %)

Sur l'ensemble des demandes d'admission formulées en 2022, près d'un tiers ont reçu un avis favorable, et près d'un tiers des demandes ayant reçu un avis favorable ont finalement été annulées. Sur les quatre premiers mois de l'année 2023, plus d'un tiers ont reçu un avis favorable et un quart de ces demandes acceptées ont fait l'objet d'une annulation.

Les motifs de refus sont principalement la capacité d'accueil saturée, le défaut de renseignements et la mauvaise orientation (des préconisations de prise en charge en unité fermée ou en USIP en

<sup>4</sup> Du 1<sup>er</sup> janvier au 10 mai 2023.

première intention sont régulièrement formulées). Les motifs d'annulation sont principalement l'amélioration de l'état de santé du patient ou l'admission plus rapide au sein d'une autre UMD.

Au jour de la visite, six patients étaient sur liste d'attente.

L'examen de la situation de 26 patients (sur les 107 présents au jour de la visite, soit près d'un quart), admis à l'UMD entre 1991 et 2023, laisse apparaître un délai moyen d'admission, à compter du jour de la demande, d'un mois et demi.

Les patients admis à l'UMD proviennent de l'ensemble du territoire mais préférentiellement du Grand-Est et des bassins de population importante où les UMD présentes à proximité ne peuvent faire face aux demandes (Ile-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, notamment).

S'agissant des femmes, toutes les UMD ne proposent pas d'unité spécifique ou mixte. Les capacités d'accueil des autres UMD ou leurs spécificités jouent donc un rôle dans les avis formulés par le chef de pôle. Par ailleurs, le médecin s'assure de ne pas accueillir trop de troubles graves de la personnalité (notamment dans le service dédié aux femmes, où ces troubles seraient surreprésentés) ou de situations cliniques déficitaires. Les patients pris en charge à l'USIP, s'ils ne sont pas stabilisés à échéance de leur séjour de trois mois, peuvent également être orientés vers une prise en charge en UMD.

Les différents services ont connaissance de l'arrivée d'un patient quelques jours avant l'admission. Il a néanmoins été indiqué que seuls la date d'admission, le nom du patient et de l'hôpital d'origine leur étaient communiqués en amont. Ce n'est, en général, que le jour de l'arrivée que le dossier patient du logiciel Cortexte est ouvert, dans lequel l'équipe peut alors prendre connaissance des motifs de l'admission, et des certificats médicaux. Ainsi, aucun échange préalable à l'admission entre le service d'origine et le service d'admission n'est organisé par l'UMD. Les seuls échanges existants sont ceux initiés par le service d'origine, lesquels restent exceptionnels.



*Points rouges : origine géographique des patients présents à l'UMD lors de la visite*

Le patient arrive toujours en ambulance et les patients sont conduits dans l'unité. Une fois le patient placé en chambre, l'équipe accompagnante s'entretient avec les soignants, lesquels regrettent la venue de plus en plus fréquente de soignants intérimaires ou d'ambulanciers ne connaissant pas le patient.

## RECOMMANDATION 5

Les échanges avec le service d'origine en amont de l'admission doivent être organisés, tout particulièrement au regard de l'augmentation du nombre d'accompagnateurs étrangers à la prise en charge du patient.

### **Dans ses observations du 28 août 2023 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général du**

**CH indique** : « *Chaque admission est précédée d'un temps d'analyse de la situation clinique par le Chef de Pôle qui peut demander des éléments complémentaires si la description apparaît insuffisante. De même, il échange régulièrement avec les services demandeurs afin d'avoir toutes les informations nécessaires. Par contre, il semble inadéquat que les équipes soignantes puissent accéder aux dossiers médicaux de patients qui ne sont pas hospitalisés au sein de notre établissement.*

*Au plan des équipes paramédicales, des contacts entre soignants des deux structures existent afin de préparer l'accueil du patient dans l'unité, pour préparer au mieux l'admission du patient une fois que son affectation est connue. Par ailleurs, toute admission est accompagnée d'un temps d'échange avec l'équipe présente lors du transfert. Ces dernières communiquent les derniers éléments cliniques à leur connaissance. Au besoin, des appels auprès des services adresseurs peuvent avoir lieu.*

*Les admissions de patients encadrés par du personnel étranger à leur prise en charge sont principalement le fait d'un établissement de santé que nous avons pu identifier et qui s'est engagé à remédier la situation. Les dernières admissions issues de cet établissement semblent confirmer une amélioration de la situation. »*

Après un éventuel premier entretien avec les soignants, voire une première visite du service, selon leur état clinique, les patients sont placés en isolement, en pyjama, pour une période d'observation, soit dans leur chambre (Erables, Cyprès Rdc), soit dans une chambre d'isolement, selon leur disponibilité (Bouleaux Rdc, Bouleaux 1<sup>er</sup> étage, Charmes, Cyprès 1<sup>er</sup> étage). Cette première phase d'observation, durant laquelle le patient n'a pas accès à ses effets personnels et ne pourra pas sortir de sa chambre, dure rarement moins de 24h et le plus souvent 48h (excepté pour certains patients connus du service), avant d'éventuelles sorties séquentielles dans l'unité.

Un inventaire des effets du patient est effectué et renseigné informatiquement, parfois en présence du patient (notamment pour les objets de valeur qui sont placés au coffre). Cet inventaire est complété toute la durée du séjour du patient afin d'y inclure les achats ou les colis reçus. Les téléphones portables sont remis à la régie de l'hôpital, où les patients pourront ponctuellement les utiliser, notamment avec l'assistante sociale, principalement pour des besoins d'accès à leur compte bancaire pour effectuer des virements. Le livret d'accueil peut être mis à disposition du patient dans sa chambre (Erables, Bouleaux Rdc, Bouleaux 1<sup>er</sup> étage) ou remis et expliqué lorsque son état clinique le permet (Charmes). Une photographie du patient est systématiquement prise et intégrée au logiciel Cortexte en vue de disposer d'une image récente du patient en cas de fugue ainsi que pour l'identitovigilance. Aux Cyprès 1<sup>er</sup> étage, il a été indiqué que l'accord préalable du patient était systématiquement recherché. En l'absence, aucune photo n'était incluse au logiciel.

Dès réception du patient, le médecin de l'unité est prévenu de son arrivée effective et se rend dans l'unité pour une première consultation.

Aux Erables, le médecin somaticien intervient deux fois par semaine, le mardi et le vendredi, et voit, en général, les arrivants dans les 24h, tout comme aux Erables et aux Charmes. Aux Bouleaux Rdc, les arrivants sont vus dans la semaine.

La procédure d'admission intitulée « *check-list d'admission* » est différemment investie par les services ; certains ont établi leur propre protocole d'admission. Cette *check-list* systématise le placement en « chambre d'observation » avec « mise en pyjama » et l'évaluation de l'autonomie du patient dans les 24 à 72 h suivantes. A l'issue de la phase d'observation, le patient pourra rapidement avoir accès aux activités, aux sorties thérapeutiques et aux sorties extrahospitalières, selon son état clinique.

Dans les unités disposant de dortoirs (Charmes, Bouleaux Rdc et Bouleaux 1<sup>er</sup> étage), l'attribution d'une chambre dépend de la capacité du patient à vivre en communauté. Une arrivée peut donc entraîner une reconfiguration de l'attribution des lits au sein de l'unité.

Certaines unités ont mis en place un système d'infirmier référent. Aux Erables, chaque infirmier est référent de trois patients, un par service (Erables 1, 2 et 3). Son rôle est strictement administratif, consistant à s'assurer de la bonne tenue du dossier au regard de la prise en charge. Il n'est pas nécessairement présent à l'admission. Le même système a été mis en place aux Bouleaux, 1<sup>er</sup> étage. En revanche, ce dispositif avait été abandonné aux Charmes.

## 4.2 LE PROFIL DES PATIENTS CORRESPOND A UNE PRISE EN CHARGE EN UMD

L'UMD de Sarreguemines est divisée en huit unités, disposant, au total, de 117 lits disponibles au moment de la visite. Au jour de la visite, les unités des Merisiers, étage et rez-de-chaussée (36 places), étaient fermées pour travaux.

Au premier jour de la visite, les 107 patients se répartissaient comme suit :

Unité	Nombre de places	Nombre de patients
Les Erables 1	12 chambres individuelles	11
Les Erables 2	12 chambres individuelles	12
Les Erables 3 (femmes)	12 chambres individuelles	10
Les Bouleaux Rdc	9 chambres individuelles et 3 dortoirs	15
Les Bouleaux étage	9 chambres individuelles et 3 dortoirs	15
Les Cyprès Rdc	18 chambres individuelles (dont une hors service)	13
Les Cyprès étage	18 chambres individuelles	17
Les Charmes	9 chambres individuelles et 3 dortoirs	14

Il n'existe pas de définition nationale d'un « malade difficile » et l'appréciation est portée par le médecin chef de pôle, avec une procédure spécifique aux UMD quant à l'admission et à la sortie (cf. § 4.1). En 2019, les pathologies présentées par les patients étaient constituées à 60 % par le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques, 17 % par des troubles du comportement significatifs et déficience, 10 % par des troubles graves de la personnalité, 4 % par des troubles mentaux d'origine organique ou pharmaco induits et 3 % par des troubles du spectre autistique.

Les patients présentaient les caractéristiques suivantes :

Unité	Nombre de patients	Mesure de protection juridique	Age du patient le plus âgé	Age du patient le plus jeune	Statut
Les Erables 1	11	curatelles : 5	53	20	10 SDRE 1 irresponsable pénal
Les Erables 2	12	curatelles : 4	65	19	9 SDRE

		tutelles : 9			3 irresponsables pénaux
Les Erables 3 (femmes)	10	curatelles : 3 tutelles : 4	58	21	10 SDRE
Les Bouleaux Rdc	15	curatelles : 6 tutelles : 8	64	28	9 SDRE 2 SDRE détenus 4 irresponsables pénaux
Les Bouleaux étage	15	tutelles : 13	54	26	12 SDRE 3 irresponsables pénaux
Les Cyprès Rdc	13	curatelle : 1 tutelles : 9	75	25	13 SDRE
Les Cyprès étage	17	curatelles : 11 tutelles : 2	70	21	11 SDRE 6 irresponsables pénaux
Les Charmes	14	Données non communiquées (NC)	NC	NC	NC

L'affectation au sein des différentes unités se fait selon les places libérées. Des changements d'unités sont parfois opérés si l'équipe soignante est confrontée à une situation d'impasse (sentiment de persécution du patient envers l'équipe ou le médecin, agression grave, longueur du séjour).

### 4.3 L'INFORMATION ECRITE DES PATIENTS COMPORTE D'IMPORTANTES LACUNES ET IMPRECISIONS, INSUFFISAMMENT COMPENSEES A L'ORAL.

Le bilan des questionnaires de 2021 fait apparaître que 23,5 % des patients n'avaient aucune connaissance de la « Charte de la personne hospitalisée » (avec un écart de 6,7 % à 46,7 % selon les unités), et que 21,6 % d'entre eux n'étaient pas en mesure de répondre à cette question (avec un écart de 6,7 % à 50 % selon les unités).

Les coordonnées des représentants des usagers et de leurs associations ne sont nulle part indiquées ou affichées. Seules les coordonnées du directeur et celles du président de la CDU sont précisées dans le livret d'accueil, les mentions relatives à la CDU et à la CDSP sont succinctes et peu explicites. Aucune information n'est réalisée, ni par voie d'affichage ni dans le livret d'accueil, quant à la possibilité de présenter une réclamation ou de faire appel aux médiateurs médicaux et non médicaux présents dans l'établissement.

Des fiches annexées au livret d'accueil, distinctes selon la situation juridique des patients (SDRE, irresponsables pénaux, détenus), complètent l'information aux droits, mais elles comportent des imprécisions : il est en effet indiqué que constitueraient des « voies de recours » en contestation du « bien-fondé » (terme non expliqué) de la « décision du représentant de l'Etat de placement en unité pour malade difficile » (et non du placement en soins sans consentement, qui n'est pas évoqué en tant que tel) la saisine du président de la commission de suivi médical, de la CDSP, du « contrôleur des lieux de privation de liberté », du procureur de la république, du président du « tribunal de grande instance » ou du juge des libertés et de la détention (JLD). Les délais et modalités de recours ne sont pas précisés. Ces fiches ne mentionnent ni la CDU ni les médiateurs.

Par ailleurs, aucun affichage quant au rôle de ces différentes instances et autorités, ni davantage du tableau de l'ordre des avocats, n'est réalisé au sein de l'UMD. Lors du contrôle, une seule unité avait affiché un document détaillant le rôle de la CDU et la possibilité de présenter une réclamation, cependant les noms indiqués n'étaient plus actuels.

Le bilan des questionnaires de satisfaction pour l'année 2021 fait apparaître que 25 % des patients ont déclaré ne pas avoir reçu le livret d'accueil (avec un écart de 7,1 % à 45,5 % des patients selon les unités), alors que 17,12 % d'entre eux indiquaient ne pas savoir s'ils l'avaient reçu (avec un écart d'aucun patient formulant cette réponse dans une unité à 37,5 % des patients dans une autre).

Aucune information quant aux possibilités de saisir la CCI (commission de conciliation et d'indemnisation) ou le tribunal administratif n'est réalisée au sein de l'UMD. Des parents ont saisi la CCI en 2023, pour des faits survenus en 2021 (suicide d'un patient). Cette instance n'a pas été saisie en 2022. Le tribunal administratif n'a été saisi ni en 2022 ni en 2023.

### RECOMMANDATION 6

Une information, claire et précise, doit être réalisée au sein du livret d'accueil et par voie d'affichage (notamment dans les salons de visite), quant au rôle de la commission des usagers, des représentants des usagers et des autorités de contrôle, aux voies de recours. Ces informations doivent être complétées et réitérées oralement lors des entretiens avec les patients.

**Dans ses observations du 28 août 2023 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général du CH indique :** « La révision du livret d'accueil ainsi qu'un état des lieux des informations devant être portées à communication des patients via l'affichage sont en cours. Un livret d'accueil actualisé et un affichage conforme aux attendus seront mis en œuvre ainsi qu'une sensibilisation des équipes quant à la mobilisation de ces informations avec les patients.

*Une formation obligatoire sur les droits du patient sera proposé à l'ensemble des agents (e-learning) afin de répondre aux remarques formulées lors du contrôle. »*

Les soignants ont indiqué ne pas avoir bénéficié de formation particulière sur les droits des patients, ce qui a également été relevé lors de la visite du CHS en 2020.

Selon les témoignages recueillis, ni les agents ni les patients ne connaissent clairement le rôle des représentants des usagers et ils tendent à confondre la CDSP et la CDU. Il a cependant pu être constaté que le rôle du JLD et celui de la commission médicale de suivi étaient suffisamment expliqués oralement et rappelés aux patients pour que ces derniers soient en mesure de les évoquer avec les contrôleurs et de témoigner qu'ils en avaient une certaine connaissance.

## 5. LES CONDITIONS DE VIE

### 5.1 LES CHAMBRES SONT D'UN CONFORT INEGAL ET CERTAINES DISPOSITIONS PORTENT ATTEINTE A L'INTIMITE DES PATIENTS

Les deux zones distinctes de l'UMD, Lauzier et Cabanis, sont entourées chacune d'un mur sécurisé par un dispositif d'alarme, avec la présence de fils et d'isolateurs électriques tout autour.

Trois types de bâtis ont été identifiés : un pavillon neuf mis en service en 2021 (les Erables), un pavillon ancien mais partiellement rénové en 2016 (les Cyprès) et deux pavillons anciens non encore rénovés (les Bouleaux et les Charmes).

#### 5.1.1 Le pavillon neuf (Les Erables 1, 2 et 3)

Mis en service en 2021, le pavillon « *les Erables* » se situe dans un bâtiment moderne de plain-pied, divisé en trois sous-unités : Erables 1 et 2, réservées aux hommes et Erables 3, réservée aux femmes. Chaque unité, accessible depuis un hall central, se structure autour d'un poste soignants circulaire à 180 degrés autour duquel est organisée toute la vie de l'unité. Presqu'entièrement vitré, ce poste permet au personnel soignant de pouvoir travailler dans un vaste espace tout en conservant un visuel et un accès aisé aux patients, sur lesquels ils peuvent toujours veiller lorsque ces derniers circulent à l'extérieur de leurs chambres. Depuis le poste des soignants, sont accessibles le cabinet de consultation du médecin, la pharmacie ou encore l'office.

Autour du poste sont disposées, en arc de cercle, différentes salles d'activités, le réfectoire, des espaces de repos ainsi que deux bureaux de consultation, dont l'un va être transformé en chambre d'apaisement. Tous ces espaces sont également vitrés.

Les trois unités disposent de 12 chambres individuelles et d'une chambre d'isolement.

Les portes des chambres sont percées d'un hublot occultable. Elles peuvent s'ouvrir avec un badge électronique mais, compte tenu de dysfonctionnements récurrents, elles ont finalement toutes été dotées d'un loquet mécanique.

Chaque chambre se compose d'un lit simple et d'un pouf. Une petite tablette d'angle scellée au mur complète le tout. Une télévision se situe en hauteur sous une coque vitrée. Le patient bénéficie également d'un double placard fermé, dont il ne dispose de la clé que pour la partie supérieure (effets personnels, nécessaire de toilette), les soignants seuls étant en mesure de déverrouiller la partie inférieure (chaussures, linge).

Toutes les chambres disposent d'une salle d'eau avec douche à l'italienne, lavabo, WC en inox et miroir. La salle de bains peut être fermée afin de laisser au patient l'intimité nécessaire. Cependant, dans chaque salle de bains ont été installés deux œillets, accessibles depuis le local technique qui sépare chaque chambre. Ces œillets permettent au personnel soignant de voir le patient lorsqu'il se douche ou utilise les toilettes. Ce dispositif, présenté comme un moyen de s'assurer à tout moment que le patient n'était pas victime d'un malaise, est disproportionné et attentatoire à l'intimité des patients.

#### RECOMMANDATION 7

Afin de respecter le droit au respect de l'intimité et de la vie privée du patient, les œillets donnant dans les salles de bains des patients doivent être supprimés.

**Dans ses observations du 28 août 2023 faisant suite au rapport provisoire, le directeur général du CH indique :** « L'établissement s'engage à mener une réflexion quant à un système de surveillance des salles de bains alliant sécurité des soins et respect de la dignité des patients, sachant que ce dispositif de recours reste nécessaire eu égard l'imprévisibilité des comportements des patients. Si le programme de rénovation architecturale des bâtiments d'UMD prévoit l'installation d'oculus équipés d'un signal avertissant le patient d'une surveillance soignante, la réflexion sera poursuivie afin de concilier les exigences de sécurité pour le patient, de respect de son intimité et de sa dignité. Cette réflexion s'intègre de manière plus globale dans le schéma directeur immobilier, actuellement en cours de formalisation, qui sera finalisé d'ici la fin 2023. Ce document de cadrage positionne clairement la volonté de l'établissement d'œuvrer en faveur d'une qualité hôtelière respectueuse des droits des patients hospitalisés, dont :

- la mise en œuvre de chambres individuelles équipées de salle de bain, TV, horloge, etc.
- l'aménagement sécurisé et respectueux de la dignité pour les fumeurs et espaces extérieurs
- la végétalisation des espaces extérieurs
- l'aménagement d'espaces d'apaisement dans toutes les unités accueillant des patients hospitalisés sous contrainte
- l'humanisation des chambres d'isolement
- l'aménagement de lieux de convivialité pour les patients et l'accueil des visites ».

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

Chaque chambre dispose d'une fenêtre donnant sur l'extérieur, dotée d'un filtre opaque sur sa partie inférieure permettant au patient de disposer d'une certaine intimité.

Trois boutons d'appel sont accessibles, en état de fonctionnement.

Tous les patients peuvent en outre, sans être accompagnés d'un soignant, se rendre dans une petite cour extérieure goudronnée, totalement entourée de grillages. Toutefois, les espaces extérieurs accessibles aux patients sont tous bitumés et peu, voire pas végétalisés.

L'ensemble des unités, qu'il s'agisse des espaces collectifs comme des chambres, est dans un état de propreté remarquable. Le mobilier, de bonne facture, est en bon état.



Couloir des chambres Erables



Télévision dans une chambre

### 5.1.2 Le pavillon ancien rénové en 2016 (les Cyprès)

Les deux unités, exactement structurées de la même façon, sont situées au Rdc et au 1<sup>er</sup> étage d'un même bâtiment datant de 1994 et rénové en 2016.

Chaque unité dispose de 18 chambres individuelles, lumineuses. La rénovation a permis d'installer dans chaque chambre un espace lavabo et toilettes, mais totalement ouvert sur la chambre. Les douches demeurent collectives à l'instar des unités anciennes (*cf. infra*).



Vue du couloir



Céilignon unité les Erables



Vue du couloir, unité les Bouleaux

Chaque chambre est dotée de deux hublots accessibles depuis les couloirs, l'un donnant directement sur les WC et l'autre sur le lit du patient. Aucun dispositif ne permet de les occulter, sauf pour les chambres de l'unité à l'étage sur une partie de la vitre. La présence de ces ouvertures porte atteinte au droit au respect de la vie privée et de l'intimité des patients.

#### RECOMMANDATION 8

L'intimité des patients doit être respectée dans les chambres hospitalières et les hublots des portes donnant sur le couloir doivent être rendus occultables.

**Dans ses observations du 28 août 2023, le directeur général du CH indique :** « L'ensemble des hublots des chambres de patients donnant dans les couloirs seront rendus occultables, à l'instar du dispositif en place au bâtiment Les Erables, permettant ainsi une surveillance dans les chambres depuis le couloir, tout en respectant l'intimité du patient. »

Chaque unité dispose en outre d'un bureau des infirmiers suffisamment grand, de salles d'activités équipées (baby-foot, billard, télévision, fauteuils), d'un réfectoire, d'un accès à une cour, d'une salle de visite pour laquelle un effort de décoration a été fait (couleurs apaisantes, stickers au mur), climatisée et isolée phoniquement.

#### 5.1.3 Les pavillons anciens non rénovés (les Bouleaux et les Charmes)

Les unités sont structurées de la même façon que les Cyprès mais ces bâtiments n'ont pas bénéficié de rénovation des salles d'eau dans les chambres. Comme indiqué précédemment, des travaux de rénovation des deux unités sont prévus à moyen terme, qui permettront à chaque patient de disposer d'une chambre et d'une salle de bains individuelle ainsi que d'un confort de niveau hôtelier. Chaque unité dispose de 9 chambres individuelles, correctement équipées (lavabos, WC, armoires, tables et chaises) et de 3 dortoirs de 3 lits chacun.

Les dortoirs n'accueillent plus que deux patients afin de ne pas entraîner une promiscuité trop importante. Le 3<sup>ème</sup> lit n'a toutefois pas été supprimé et, même à deux patients, les dortoirs n'offrent pas les conditions de dignité et d'intimité nécessaires : les lavabos sont installés les uns à côté des autres et les toilettes, si elles se situent derrière une cloison, ne peuvent pas être fermées à l'aide d'une porte.

Ni les chambres ni les dortoirs ne bénéficient de salles de bains privatives. Pour se doucher, les patients doivent ainsi utiliser, soit l'une des trois douches collectives, étant précisé que deux d'entre elles disposent d'une porte battante permettant de préserver un minimum l'intimité du patient, soit de la salle de bains avec baignoire.



Vues sur différentes chambres Bouleaux



Chambre Cyprès

Les fiches actions du futur projet d'établissement indiquent l'installation de verrou de confort sauf au sein de l'UMD.

## 5.2 L'HYGIENE EST ASSUREE MAIS LES TARIFS POUR LAVER SON LINGE PERSONNEL SONT TROP ELEVES.

Toutes les unités sont dans un état d'entretien correct. Un à deux agents des services hospitaliers (ASH) sont en charge de chaque unité. Elles nettoient les chambres le matin quand les patients sont en activités et entretiennent les lieux communs lors des moments de sieste des patients : de 13h30 à 14h30 ou 15h00 tous les jours.

Comme évoqué *supra*, l'accès à l'hygiène personnelle ne se fait pas partout dans les mêmes conditions. Toutes les chambres des Erables sont dotées de sanitaires complets alors qu'aux Bouleaux et aux Charmes, les chambres individuelles et les dortoirs ne sont équipés que de lavabos et WC avec trois douches communes et une salle avec baignoire.

Les douches sont généralement prises au réveil à 7h30 ; elles sont proposées aux patients tous les jours et *a minima* un jour sur deux mais chacun peut bénéficier d'une douche supplémentaire dans la journée, à la demande, comme après des activités sportives. Une salle avec baignoire est aussi disponible dans certaines unités (Bouleaux, Erables).

Les nécessaires de toilette sont en général laissés dans les placards fermés à clé et ouverts par les soignants. Rasoirs personnels (électriques ou non) et produits personnels gel douche, parfums sont disposés sur un chariot qui circule d'une chambre à l'autre le matin, les rasoirs électriques étant rechargés dans le local de bagagerie.

Des salons de coiffure sont accessibles dans les unités, avec des prestations gratuites.

Draps, taies et couvertures sont changés toutes les semaines sauf en cas de besoin. Un trousseau propre venant de l'hôpital et comprenant serviettes de bain, sous-vêtements, chaussettes, jogging, est renouvelé quotidiennement.

Le linge personnel est pris en charge par les familles ; pour les patients isolés, les soignants le portent à la laverie de l'UMD située entre les UMD Lauzier et Cabanis mais les tarifs proposés par le club psychothérapique paraissent élevés : nettoyage anorak : trois euros ; jeans : deux euros ; chaussettes : un euro, chemise homme : deux euros. Toutefois, pour les patients sans ressources, les assistantes sociales présentes dans les unités font en sorte que chaque patient puisse avoir des

vêtements corrects, grâce au vestiaire de secours : un stock de vêtements existe mais une avance remboursable ou non peut être également accordée pour des achats par le club psychothérapeutique. Pour ces patients, le lavage des vêtements donnés est gratuit.

Enfin, une pratique commune aux Bouleaux et aux Erables consiste à laisser ses chaussures dans le couloir devant leurs chambres, pour les patients, sans raison clairement évoquée.

### RECOMMANDATION 9

Les tarifs proposés aux patients des UMD pour faire laver leur linge personnel à la laverie doivent être équivalents à ce qui se pratique à l'extérieur.

**Dans ses observations du 28 août 2023, le directeur général du CH indique :** « Suite à l'information transmise lors du contrôle, une information à l'association gérant le linge des patients a été faite ainsi qu'une demande d'étude des coûts des prestations d'entretien du linge par les responsables du Club Psychothérapeutique. Le sujet sera présenté et soumis en assemblée générale du Club pour arbitrage sur la suite qui pourra y être donnée. Il apparaissait cependant que les tarifs proposés étaient cohérents et inférieurs aux tarifs proposés à l'extérieur de l'établissement. »

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais indiquent que l'information contenue dans le présent rapport relative aux tarifs a été vérifiée.



*Douches et lavabos collectifs (Bouleaux)*

### 5.3 LES BIENS DES PATIENTS SONT PROTEGES.

Les objets personnels peuvent être conservés dans plusieurs endroits. Les objets de valeur (chéquiers, cartes bancaires, livrets d'épargne, bijoux, grosses sommes d'argent) doivent être déposés à la régie après inventaire. Un document intitulé « dépôt de biens et valeurs » est inséré dans le livret d'accueil en annexe. Cette régie est ouverte du lundi au vendredi de 9h00 à 11h00 et de 13h00 à 15h30 sauf le mercredi après-midi. En dehors de ces heures, c'est la structure de coordination des soins qui reçoit les dépôts. Dans le cas d'une sortie définitive de l'UMD (retour dans l'unité d'origine ou retour en milieu carcéral), pour récupérer les biens d'un patient, les soignants doivent prévenir 48 h à l'avance.

Sauf exception, les téléphones portables doivent également être déposés à la régie, ce qui oblige soignants ou assistantes sociales à s'y rendre, avec les patients, pour retrouver un numéro dans la carte SIM du téléphone portable (cf. § 6.3).

Dans les chambres, les placards sont fermés et la clé est gardée par les soignants. Aux Erables, seul le placard du bas est fermé ; celui du haut pour des objets usuels utilisés dans la journée (magazines, MP 3, tee-shirt, écouteurs, stylos, crayons, papiers) reste accessible sans clé.

Dans la salle d'activités de chaque unité, des casiers, dont le patient garde la clé, sont accessibles. Le patient y conserve cigarettes, livres, MP3, etc.

Enfin, dans le local de réserve seulement accessible aux soignants, sont entreposées dans des casiers nominatifs, les denrées périssables et dans le réfrigérateur, les boissons ; il s'agit de tous les produits autorisés achetés à la cafétéria de l'UMD ou apportés par les proches.



*Réserve pour casiers denrées*



*Casiers avec clés  
personnelles  
(les Bouleaux)*



*Placards dans dortoirs  
(les Bouleaux)*

#### **5.4 LES PATIENTS SE DISENT SATISFAITS DES REPAS ET PEUVENT ACHETER EN CAFETERIA DES PLATS CUISINES**

La cuisine centrale du CHS livre les repas en liaison froide dans tous les offices des unités de l'UMD où sont réchauffés les plats proposés en barquettes. Le menu est établi par le chef cuisinier et une diététicienne. De nombreux régimes peuvent être prescrits : sans porc, pour diabétiques, énergétiques, moulinés ou mixés.

Les menus sont affichés dans chaque service de soins et présentent toujours entrée, plat, fromages et dessert. Le petit déjeuner et les repas sont servis à 8h30, 12h00, 18h30 dans les salles à manger, qui sont pour la plupart lumineuses et claires. Les couverts sont en plastique.

Selon les unités, il n'y a pas toujours de collation à 16h00 mais aux Cyprès il est prévu de donner des fruits à 10h00 le matin et à 16h00.



*Unité Bouleaux*

Les patients peuvent acheter un certain nombre de produits dans les cafétérias, par exemple des boîtes de raviolis, de cassoulet, de gratin dauphinois et demander aux soignants de les leur faire cuire en remplacement d'un plat qu'ils ne souhaitent pas consommer. Ces produits, comme ceux apportés par les proches, sont conservés dans leurs casiers nominatifs dans le local des réserves. D'autre part, ils améliorent régulièrement avec les soignants les menus en confectionnant les sauces vinaigrette ou en ajoutant des olives, des oignons ; les ateliers cuisine leur permettent de confectionner des gâteaux. Barbecue et goûter-crêpes sont organisés en extérieur.

L'ensemble des patients rencontrés ont indiqué être satisfaits des repas.

Enfin, dans une démarche de réhabilitation psychosociale, certains patients volontaires, à tour de rôle, sont chargés de nettoyer les tables des salles à manger ou de balayer le sol, et pour ce faire, perçoivent une petite gratification, le tiers pécule.

## 6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 6.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST TRES ENCADREE

Les deux zones d'UMD, Lauzier et Cabanis, sont ceinturées par un mur muni d'un dispositif d'alarme. Chaque UMD est équipée d'un sas d'entrée où un personnel de surveillance contrôle, depuis la loge, les allers et venues. Un double portail sécurisé permet aux véhicules de pénétrer dans l'enceinte. Aucune caméra de surveillance ne vient gêner l'intimité des patients.

Les patients ne sortent des UMD qu'accompagnés par des soignants. A aucun moment les patients ne peuvent circuler seuls dans le parc de l'hôpital ou pour aller en ville faire une course. Ils ne peuvent aller dans les cours extérieures que lorsqu'un soignant s'y trouve. Le seul espace extérieur où un patient est autorisé à se rendre seul est le fumoir, espace petit et grillagé. La liberté d'aller et venir, au sein de l'unité et à l'extérieur de l'UMD est donc très limitée et encadrée.

#### RECOMMANDATION 10

Le patio intérieur qui sert de cour, doit être en accès libre la journée. L'organisation des soins devra s'adapter à cette obligation.

**Dans ses observations du 28 août 2023, le directeur général du CH indique :** « Nous sommes favorables à permettre l'accès autonome des patients aux cours extérieures pour les unités de plain-pied, moyennant une réflexion sur les organisations soignantes avec les équipes. Toutefois, l'accès autonome aux espaces extérieurs des unités des bâtiments à étage nécessite une analyse approfondie des organisations nécessaires pour en assurer un fonctionnement sécurisé. »



Cour à droite, fumoir à gauche



Tableau des appels

A l'intérieur des unités, les patients peuvent dans la journée accéder à leur chambre pour s'isoler. Pour cela, ils doivent solliciter un soignant car ils ne peuvent accéder librement à leur chambre, toujours fermée. Quand ils sont en chambre, leur porte est toujours fermée à clef par le soignant. Un bouton d'appel leur permet de se faire ouvrir la porte. La nuit, toutes les portes des chambres sont verrouillées et ne disposent pas de « verrou de confort ». L'accès aux douches, le matin, se fait sous la surveillance d'un soignant.

## RECOMMANDATION 11

Les portes des chambres doivent être équipées de serrures permettant au seul patient et aux soignants de les ouvrir et préserver l'occupant de toute intrusion.

**Dans ses observations du 28 août 2023, le directeur général du CH indique :** « Les portes des chambres de la nouvelle unité les Erables ont été équipées d'un système d'ouverture et de verrouillage électronique qui n'a pas pu être expérimenté auprès des patients, du fait de l'absence de fiabilité du dispositif. L'architecture des unités anciennes et l'organisation des soins en découlant ne permet pas de libre circulation des patients entre les chambres et les espaces d'activités. Il n'est pas envisagé dans l'immédiat de déployer un système de verrous au sein des UMD du fait d'objectifs de soins et des effectifs en place qui ne permettent pas de mettre en œuvre une gestion autonome sécurisée des portes des chambres.

En outre, un retrait en chambre peut s'inscrire dans le cadre nosologique des pathologies présentées, ce qu'un verrou n'explorera pas. Inversement, un verrou peut également légitimer un sentiment d'insécurité chez des patients où le vécu délirant est déjà particulièrement prégnant. Sans exclure d'autres formes de psychopathologie qui peuvent menacer des patients plus vulnérables et dont nous avons l'obligation de veiller à la sécurité de l'ensemble. Pour rappel, le décret de février 2016 autorise la mise en place de protocoles de sécurité propres aux UMD. Ces éléments devront dès lors également être pris en compte.

Les accès en chambre sont toutefois possibles pour les patients sur demande aux soignants. »

Les patients peuvent accéder librement à l'espace télévision ou dans les salles d'activités. Toutes les activités intérieures, jeux de société, ping-pong, billard sont encadrées.

Face à cette faible capacité de circulation les patients bénéficient d'une large offre d'activités thérapeutiques et sportives (cf. § 9.1).

## 6.2 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT PREGNANTES

Un règlement intérieur, datant d'avril 2006, fixe le cadre d'une hospitalisation en UMD mais il n'est pas décliné en règles de vie dans toutes les unités.

Le rythme des journées est assez semblable dans toutes les unités. La journée commence à 7h30 par la toilette et le petit déjeuner. Les activités thérapeutiques ou sportives sont proposées à tous les patients. Après le déjeuner, les patients peuvent bénéficier d'un repos en chambre. Après 15h ils peuvent à nouveau participer à des activités ou déambuler dans l'unité jusqu'au repas ; la mise en chambre est faite dès 21h00.

Le port du pyjama n'a pas été observé, en journée, par les contrôleurs en dehors des patients placés à l'isolement.

Les patients fumeurs peuvent se procurer du tabac dans l'une des deux cafétarias ouvertes au sein des enceintes abritant les unités. Les soignants distinguent les patients capables de gérer leur tabac et les patients vulnérables qui ne maîtrisent pas leur consommation ou qui se font racketter. La restriction de l'accès au tabac fait toujours l'objet d'une prescription médicale. Aux Erables, en revanche, une distribution horaire est organisée pour tous les patients.

L'espace fumeur accessible depuis les unités est fermé dès 21h00.

Une seule unité dispose d'une horloge permettant aux patients de se repérer dans le temps.

## 6.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT CONTROLEES PAR LES SOIGNANTS

### 6.3.1 Le téléphone

Aucun patient ne dispose de son téléphone portable. Au moment de l'admission les téléphones portables sont déposés à la régie. Accompagnés par un soignant, les patients peuvent aller consulter leur répertoire pour retrouver un numéro de téléphone ou une adresse.

Dans les unités, les patients ont accès au téléphone de l'unité. Les soignants permettent aux patients de téléphoner à leurs proches sans restriction. Les appels téléphoniques se font depuis le salon d'accueil des visiteurs. Les soignants n'écourent pas la communication mais surveillent à travers la vitre du salon le comportement du patient.

Pour les patients détenus, les soignants se réfèrent aux numéros de téléphone autorisés par l'administration pénitentiaire.

#### RECOMMANDATION 12

Les patients doivent pouvoir, sauf décision médicale contraire, conserver leur téléphone portable.

**Dans ses observations du 28 août 2023, le directeur général du CH indique :** « L'établissement s'engage dans une révision du règlement intérieur en faveur d'un usage sous conditions du téléphone portable pour les patients prenant par ailleurs en compte les problématiques de protections et droits à l'image. Ce point sera soumis à l'avis du comité d'éthique et de la commission des usagers de l'établissement. »

### 6.3.2 Le courrier

Les patients peuvent recevoir et émettre du courrier. Le patient ouvre systématiquement ses courriers entrant en présence d'un soignant. Ce dernier vérifie la présence ou non d'objets suspects. En ce qui concerne les patients détenus, les correspondances transitent et sont contrôlées par l'établissement pénitentiaire.

Aucun courrier sortant n'est contrôlé et particulièrement les correspondances adressées aux autorités administratives et judiciaires. Le règlement intérieur et le livret d'accueil listent ces autorités à l'exception du défenseur des droits et du contrôleur général des lieux de privation de liberté, ce qui devra être corrigé.

Les patients peuvent se procurer des timbres mais, l'hôpital se charge d'affranchir le courrier pour ceux qui sont sans ressources.



Salon des familles

Quand un patient reçoit un colis, celui-ci est ouvert en présence d'un soignant. Un inventaire est réalisé. Cet inventaire est consigné sur un cahier prévu à cet effet et il est signé des deux parties. Les éventuels objets interdits sont mis en dépôt. Tous les autres objets sont remis au patient, sauf restriction médicale. Le patient dépose les objets reçus dans le placard sécurisé dont il dispose dans une des salles communes de l'unité. Si un patient envoie un colis, une vérification est faite par le personnel en présence du patient.

### 6.3.3 La visite des familles

Les visites des familles ne sont pas nombreuses du fait de l'éloignement géographique de beaucoup d'entre elles. Les visites se déroulent dans un salon de visite dont dispose chaque unité. Ce salon est en partie vitré, ce qui permet une surveillance depuis le bureau infirmier.

Pour exercer leur droit de visite, les familles doivent remplir une demande d'autorisation nominative préalable. Avant d'accéder à l'UMD, le visiteur doit décliner son identité et déposer son téléphone portable.

#### RECOMMANDATION 13

Les visiteurs doivent pouvoir conserver leur téléphone portable.

**Dans ses observations du 28 août 2023, le directeur général du CH indique :** « *Il n'est pas envisagé de permettre aux visiteurs de conserver leur téléphone portable, afin d'éviter les mésusages et en préserver les autres patients et les professionnels. Ce point sera soumis à l'avis du comité d'éthique et de la commission des usagers de l'établissement.* »

Les contrôleurs maintiennent donc leur recommandation, aucune disposition légale n'autorisant ce retrait systématique.

Un maximum de trois personnes par visite est accepté. En principe, les enfants de moins de 15 ans ne sont pas admis, sauf dérogation au cas par cas. Les visites ont lieu le week-end et les jours fériés. Suivant l'éloignement de la famille, des dérogations sont possibles.

A noter que les rencontres avec un avocat ou un représentant d'un culte sont toujours libres.

Les autorisations de visite concernant les patients relevant de l'administration pénitentiaire sont conformes à celles transmises par cette autorité.

### 6.3.4 L'accès à l'information

La presse écrite est peu présente dans les unités. Les patients peuvent acheter des journaux ou recevoir un abonnement.

Sauf aux unités dites « les Erables », les chambres des patients ne sont pas équipées d'un téléviseur. Dans la journée, les patients ont accès librement à la salle de télévision jusqu'à 21h00. Aux Erables, les patients ne disposent pas de leur télécommande ce qui les oblige à solliciter un soignant pour changer de chaîne.

Si la possession d'un ordinateur portable est possible, sauf contre-indication médicale, dans les faits très peu de patients disposent de cet équipement. De plus, l'accès à Internet n'étant pas possible, ce qui réduit encore l'intérêt d'avoir à disposition un ordinateur portable.

### 6.3.5 Le respect de l'anonymat au moment de l'hospitalisation

Pour les patients hospitalisés en UMD, les demandes d'anonymat faites au moment de l'admission au CHS sont inexistantes, au regard du passé institutionnel de ces personnes. Cependant, le livret d'accueil indique clairement la possibilité de demander la non-divulgence de son hospitalisation à un tiers.

#### 6.4 L'ACCES AU VOTE EST RESPECTE

Même si le droit de vote n'est pas mentionné dans le livret d'accueil, ni dans les règles de vie des trois unités Erables, chaque patient de l'hôpital et donc des UMD est averti lors d'une élection. La direction fait parvenir, dans chaque unité, les documents d'information.

La seule modalité est le vote par procuration, ce que regrettent certains soignants puisque des sorties à l'extérieur peuvent être autorisées et redonner ainsi du sens à un acte citoyen.

A la dernière élection, présidentielle, seuls deux patients des UMD ont été accompagnés par les soignants pour faire les démarches afin de voter par procuration.

#### 6.5 L'ACCES AUX CULTES EST POSSIBLE

Un affichage dans les unités indique qu'il est possible de rencontrer les représentants des cultes catholiques et protestants. Un numéro de téléphone est indiqué sur l'affiche ainsi que les célébrations organisées à la chapelle (située entre les deux UMD) pour le mois à venir.

Pour les autres religions, aucune coordonnée n'est indiquée sur l'affiche et aucune demande n'a été formulée depuis des années.

Le club psychothérapique a pu par le passé, organiser, pour un patient musulman isolé et sans ressources, des obsèques décentes en présence de l'imam, appelé pour l'occasion.

#### RECOMMANDATION 14

Afin de respecter le pluralisme des cultes, il conviendrait d'indiquer sur les affiches, les coordonnées des représentants des différentes religions.

**Dans ses observations du 28 août 2023, le directeur général du CH indique :** « Aucune désignation officielle n'avait été réalisée auprès de l'établissement concernant l'aumônerie musulmane. La désignation d'un aumônier du culte musulman est en cours par l'intermédiaire de l'aumônerie régionale conformément aux instructions ministérielles. Un travail de recensement et d'identification des autres ministres des différents cultes a par ailleurs été réalisé. Il fera l'objet d'une communication à destination des patients et une sensibilisation des équipes. »

#### 6.6 LA SEXUALITE N'EST PAS UN TABOU MAIS ELLE NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

Dans toutes les unités, le sujet de la sexualité est abordé par les équipes sans tabous. Cela peut avoir lieu après une agression de type sexuel ou lors d'un rapprochement entre deux patients. La question du rapprochement avec un conjoint venu en visite ne semble pas s'être posée mais des gestes de tendresse dans les salons de visite sont respectés par les soignants (qui restent à proximité) tant que ces gestes restent limités.

Comme toujours, la question du consentement régit tous ces rapports et les soignants sont particulièrement attentifs lorsqu'ils constatent l'établissement de relations affectives entre patients.

Des abonnements à des magazines érotiques ou des achats de livres sont autorisés.

Le comité d'éthique semble intéressé pour travailler la question de la sexualité à partir des réflexions qui se dégageront sur ce sujet lors des rencontres inter-UMD en juin 2023.

## 7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

### 7.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT NE DISPOSENT PAS DE TOUS LES EQUIPEMENTS NECESSAIRES

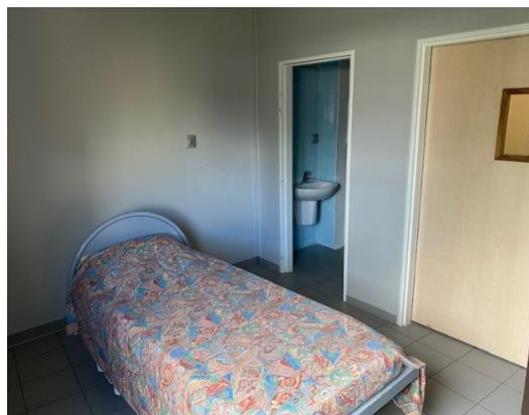
L'UMD comprend dix chambres d'isolement (CI) réparties dans huit unités. L'unité les Charmes comprend, à l'instar des Cyprès, deux chambres d'isolement tandis que les autres n'en compte qu'une seule.

Leur aménagement et leur niveau d'équipement varient selon l'ancienneté des locaux. Toutes les CI sont équipées d'un lit scellé au sol et d'un pouf. Elles présentent un bon état d'entretien et sont lumineuses. Les trois CI les plus récentes dans les unités Erables disposent d'une salle de bains indépendante librement accessible avec douche et lavabo, de la télévision (sans télécommande laissée au patient) et d'une petite cour où il est possible d'aller fumer sur demande. Les toilettes sont constituées d'un bloc inox dans la chambre sans muret de séparation ce qui ne permet pas de préserver l'intimité des patients. Les CI sont séparées du couloir de l'unité par un sas.

Les sept autres CI des unités Cyprès, Bouleaux et Charmes présentent un aménagement identique. Elles disposent d'une salle d'eau librement accessible comprenant un lavabo et des toilettes. Les patients isolés sont amenés dans les douches collectives en dehors de la présence des autres patients. Aucun sas ne préserve l'intimité des patients isolés lesquels sont directement visibles du couloir par un fenestron non occultable lorsqu'ils sont dans la chambre et aux toilettes. A l'unité Bouleaux, un fenestron permet au patient d'une chambre hospitalière de voir la personne dans la CI située de l'autre côté de la porte.



*Chambre d'isolement les Erables*



*Chambre d'isolement les Cyprès, étage*

Si les CI disposent d'un bouton d'alerte situé près du lit, ce bouton n'est pas accessible lors des phases de contention que ce soit dans les CI récentes ou anciennes. De plus, le signal lumineux d'alerte n'est pas toujours visible des soignants. Enfin, les patients n'ont pas accès, dans certains services (Cyprès) à une pendule portant mention de l'heure, du jour et de la date.

#### RECOMMANDATION 15

Les chambres d'isolement doivent toutes être équipées d'un dispositif d'appel accessible y compris pendant les phases de contention, d'une horloge permettant de connaître la date, le jour et l'heure et d'un fenestron occultable pour préserver l'intimité du patient isolé.

**Dans ses observations du 28 août 2023, le directeur général du CH indique :** « La recherche de dispositifs d'appel malade adaptés pour les patients sous contention est en cours notamment en

*faveur de système pouvant être fixés au niveau du lit en proximité des points de contention manuelle. Le sujet des appels malades fait par ailleurs l'objet d'une étude plus globale à l'échelle de l'établissement dans un schéma directeur de la sécurité et des télécommunications en cours de finalisation. Les fenestrons seront installés. »*

Par ailleurs, il n'existe pas d'espace d'apaisement (une chambre d'apaisement est en cours d'installation dans l'unité Cyprès 1<sup>er</sup> étage).

## 7.2 LES PRATIQUES D'ISOLEMENT CONTENTION SONT TRACÉES DE FAÇON CONFUSE

### 7.2.1 La politique menée

Le projet d'établissement est en cours de rédaction. Le groupe de travail « *droits des patients* » a élaboré en 2019 un document intitulé « *politique de recours aux pratiques d'isolement et de contention 2019-2023* ». Il fixe notamment les données qui devront apparaître dans le rapport annuel produit par la cellule qualité. Le rapport annuel 2021 sur les pratiques d'isolement et de contention décrit une chambre d'isolement, la prise en charge matérielle des patients, les protocoles devant être suivis par les soignants et le recours à un registre d'isolement et de contention permettant de renseigner et de recueillir les données relatives à ces pratiques.

La politique de l'établissement de réduction des mesures d'isolement et de contention est abordée dans des termes assez généraux, même s'il est à mettre à l'actif de l'établissement une offre importante et ancienne en matière de formation : en 2021, 26 soignants ont suivi la formation « Omega » sur la gestion et prévention des situations de violence et d'agressivité, 11 étaient formés aux alternatives à l'isolement et à la contention et il y a eu 4 accréditations de formateurs « Omega » sur l'établissement. Les espaces d'apaisement ne sont pas mentionnés dans ce document. Le projet de réhabilitation en cours prévoit la mise en œuvre de ces espaces dans toutes les unités.

### RECOMMANDATION 16

L'établissement doit développer une politique institutionnelle active d'alternative à l'isolement et à la contention, dont l'aménagement d'espaces d'apaisement.

**Dans ses observations du 28 août 2023, le directeur général du CH indique :** « *La réflexion générale sur l'alternative à l'isolement est partie intégrante du nouveau projet médico-soignant en cours de finalisation. Si la formalisation de cette dernière n'était pas finalisée lors du passage des équipes du CGLPL, les grands axes de cette dernière ont été dressés par les équipes et se retrouveront dans le document général. La politique institutionnelle de réduction du recours à l'isolement et à la contention conduite par l'établissement cible notamment les actions suivantes :*

- *déploiement d'espaces d'apaisement dans toutes les unités de soins dont les unités d'UMD (acquisition d'équipements et de mobiliers spécifiques en cours et installation à l'été 2023)*
- *humanisation des chambres d'isolement*
- *mise en œuvre des directives anticipées incitatives en psychiatrie à intégrer au projet de soins personnalisé*
- *formation des soignants sur les alternatives à l'isolement et la contention (espaces d'apaisement, les directives anticipées, le plan de prévention partagé, le retour post-événement, notion de dernier recours ...), le sens du soin et le rôle du soignant dans la prise en charge des patients en UMD, les droits des patients, la bientraitance, les techniques de pacification OMEGA*

*L'établissement s'est par ailleurs engagé dans un challenge national co-organisé par l'ANAP<sup>5</sup> et l'ADESM<sup>6</sup> avec d'autres établissements pour, à la fois se fixer des objectifs mesurables en matière de réduction de l'isolement-contention, et cibler les actions prioritaires qui permettront de les atteindre. Les choix de l'équipe porteuse du projet se sont portés sur le déploiement des espaces d'apaisement et la mise en place des directives anticipées incitatives (ou plan de prévention partagé). »*

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

Des protocoles détaillent les procédures de mise en œuvre des mesures d'isolement dit « strict », de la contention en isolement et de la contention dite de « sécurité et de confort ». Un dernier protocole reprend la procédure d'information au JLD (cf. § 8). Enfin il est relevé l'existence d'une procédure de « retrait séquentiel » pour les cas de « situation connue, prévisible, itérative, qui nécessite d'établir un protocole qui aménage des sorties d'une durée supérieure à 4 heures ». Pour se conformer aux dispositions légales relatives à l'isolement et à la contention, ce mécanisme a été supprimé pour laisser place en 2023 à un « protocole de soins personnalisés » lequel encadre les sorties de chambre des patients sur prescription médicale.

### 7.2.2 Les pratiques

Au premier jour du contrôle, deux mesures d'isolement étaient en cours. Le personnel médical utilise le logiciel Cortexte lequel contient un onglet « isolement et contention » qui reprend toutes les données légales devant être renseignées. L'alternative à l'isolement et à la contention est recherchée au cas par cas en proposant au patient de se rendre dans sa chambre en cas de tension, pour éviter la crise. Le patient est alors amené en chambre fermée mais avec son accord et peut en sortir sur simple demande. Le port du pyjama y est systématique.

Tout nouveau patient fait l'objet d'un placement systématique à l'isolement en chambre dédiée ou non, le temps qu'il soit vu par le médecin et pour permettre un temps d'observation. Les pratiques divergent quant au temps passé à l'isolement à l'arrivée, il est le plus souvent inférieur à 48h. Toutes les chambres de l'UMD sont considérées comme des chambres pouvant accueillir un patient placé à l'isolement mais les soignants renseignent ainsi systématiquement, sur le logiciel Cortexte, la mise à l'isolement « en chambre dédiée » ce qui ne permet pas d'analyser les pratiques.

#### RECOMMANDATION 17

La mise à l'isolement d'un patient à son arrivée doit être individualisée et systématiquement tracée comme une mesure d'isolement. Un isolement en chambre non dédiée doit être renseigné comme tel. Le port du pyjama ne peut être imposé systématiquement.

**Dans ses observations du 28 août 2023, le directeur général du CH indique :** « La mise en isolement du patient à son arrivée ne fait nullement l'objet d'une procédure généralisée d'admission, la règle reste l'individualisation de la mesure et sa traçabilité au dossier du patient. Le port du pyjama n'est pas systématique, mais le port d'une tenue adaptée différente de celle portée au moment de la mise en isolement est nécessaire afin d'éviter l'introduction d'objets dangereux en chambre d'isolement. Cette tenue est prioritairement issue des vêtements personnels du patient, à défaut, elle est fournie par l'établissement. Un rappel en ce sens sera fait afin d'harmoniser les pratiques ».

<sup>5</sup> Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale.

<sup>6</sup> Association des établissements du service public de santé mentale.



Chambre d'isolement



Matériel de contention



Porte donnant sur CI depuis une chambre hospitalière

Par ailleurs si la pratique du « *retrait séquentiel* » a cessé, il est désormais mis en œuvre un « *protocole de soins personnalisés* », lequel fait l'objet d'un traçage dans le logiciel Cortexte sous l'onglet du même nom. Ce protocole échappe au contrôle du JLD et permet à un médecin d'autoriser la sortie du patient de sa chambre uniquement deux à quatre heures par jour. Au moment du contrôle, 14 patients faisaient l'objet d'un protocole de soins personnalisés avec des autorisations de sortie entre 2 heures et 6 heures par jour. La moitié de ces protocoles concernait des patients présentant de lourdes pathologies et pouvaient être envisagés comme des mesures d'isolement sécuritaire, l'autre moitié concernait des patients sortant d'un isolement dit « strict » ou présentant des signes ponctuels de tension. Pour ces derniers patients, il sera rappelé que toute mesure d'isolement doit être tracée comme telle et faire l'objet d'un avis aux proches, selon les souhaits du patient et dans le respect du secret médical et d'une saisine du JLD en cas de dépassement des délais légaux. Une sortie séquentielle de deux heures n'a pas pour effet d'interrompre la mesure d'isolement.

Quant aux enfermements réalisés au titre des mesures de sécurité particulières propres aux UMD, ils doivent permettre aux patients enfermés de solliciter de sortir de la chambre quand ils le souhaitent.

Enfin, des consignes de soins s'apparentant à des prescriptions d'isolement et de contention « *si besoin* » ont été observées dans certains unités, ce qui est proscrit.

### RECOMMANDATION 18

Le protocole de soins personnalisés doit être utilisé uniquement pour des mesures d'enfermement sécuritaire, à titre exceptionnel et non comme une mesure d'isolement séquentielle. Les prescriptions « *si besoin* » d'isolement et de contention doivent cesser.

**Dans ses observations du 28 août 2023, le directeur général du CH indique :** « *Le PSP est l'essence même des UMD, à savoir avoir un projet élaboré pour chaque patient, en fonction de ses spécificités, définissant les orientations thérapeutiques. Le PSP peut, sans être systématique, faire apparaître des spécificités de prise en charge qui peuvent être assorties de mesures de restriction de liberté argumentées, en lien avec la dangerosité chronique, mais néanmoins régulièrement réévaluées. Ces mesures ne sont pas des mesures d'isolement qui elles répondent à une mesure de dernier recours,*

*devant un danger imminent et dont l'usage est réservé à l'aigu. Le projet de soins personnalisé doit être élaboré pour chaque patient, définissant les orientations thérapeutiques.*

*Les prescriptions d'isolement "si besoin" n'ont pas de fondement et un rappel sera fait en ce sens. Si de telles prescriptions ont pu être relevées, elles doivent disparaître notamment par une acculturation aux directives anticipées en psychiatrie ; objectif institutionnel sus évoqué. »*

### 7.2.3 Les conditions de prise en charge

Le protocole « *isolement et contention* » et le rapport annuel de la cellule qualité détaillent les conditions de prise en charge des patients isolés. Tous les patients placés à l'isolement revêtent le pyjama de l'hôpital sans individualisation de la mesure ce qui devra être corrigé d'autant que le pyjama déchirable ne constitue pas une prévention du risque suicidaire (*cf. supra*). Les placements en CI ne font pas l'objet d'un signalement immédiat à l'équipe de sécurité-incendie. Il est utilisé un système de contention à clés mais les équipes ne sont pas dotées d'un coupe-sangle spécifique en cas d'urgence. Les repas sont pris sur plateau en CI. Les patients isolés ne bénéficient pas d'un accès à l'extérieur et les pratiques divergent sur la possibilité de fumer (accompagnement à l'extérieur, autorisation de fumer à l'intérieur de la chambre). Enfin, si le protocole prévoit un accès individualisé aux journaux et à la radio, en pratique cet accès n'existe pas.

#### RECOMMANDATION 19

Les mesures d'isolement doivent systématiquement faire l'objet d'un signalement immédiat à l'équipe de sécurité et incendie. L'établissement devra par ailleurs se doter de coupe-sangles.

**Dans ses observations du 28 août 2023, le directeur général du CH indique :** « *Nous prenons note de la demande d'information systématique de l'équipe de sécurité. Il convient cependant de préciser que l'équipe de sécurité n'intervient que sur ordre de la structure de coordination des soins qui a accès aux dossiers de l'ensemble des patients hospitalisés ; dans le cadre d'un incendie, la SCS est en capacité d'éditer cette liste pour tous les acteurs qui seraient amenés à intervenir au sein d'une unité (équipe de sécurité, SDIS...). Par ailleurs, il est à noter que l'équipe de sécurité est toujours accueillie par un soignant de l'unité en cas d'intervention dans une unité, quel qu'en soit le motif.*

*La dotation de coupes-sangles auprès du fournisseur de nos dispositifs de contention est attendue pour une livraison prochaine dans toutes les unités ainsi qu'à l'équipe de sécurité et la SCS; une information des professionnels accompagnera cette diffusion dès réception. »*

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments.

### 7.3 LE REGISTRE DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION N'EST PAS ANALYSE PAR LES SOIGNANTS

Le rapport annuel sur les pratiques d'isolement et de contention permet une discrimination des données par service. Pour l'année 2022, 365 mesures d'isolement ont été prises à l'UMD et concernaient 112 patients. Ces chiffres sont stables depuis 2019. La durée moyenne des mesures d'isolement est significativement en baisse puisqu'elle était de 251 heures en 2019, de 135 heures en 2020, de 109 heures en 2021 et de 71 heures en 2022. Il faut toutefois ajouter à ces mesures d'isolement les « *retraits séquentiels* » en cours jusqu'en 2022 et qui concernaient cette année-là 98 patients pour 253 mesures avec une durée moyenne de 253 heures. La contention concernait 34 patients pour 126 mesures en 2022 avec une durée moyenne de 47,8 heures. 15,74 % des patients admis ont fait l'objet d'une mesure de contention.

Les contrôleurs ont sollicité une extraction par unités des données issues du registre de l'isolement et de la contention et ont obtenu les résultats suivants :

année 2022	File active (patients présents et entrés dans le service)	Nb de patients placés en isolement	% de la file active isolés	Nb de mesures d'isolement	Durée moyenne des mesures (en h)	Nb de patients contenus	% de patients isolés contenus	% des patients admis contenus	Durée moyenne des mesures contentions (en heures)
LES BOULEAUX (ETAGE)	29	10	34,48 %	39	99,05	5	50 %	17,2 %	68
LES BOULEAUX (RDC)	32	7	21,88 %	17	74,11	3	42,8 %	9,41 %	45
LES CHARMES (ETAGE)	30	13	43,33 %	55	71,36	5	38,5 %	16,7 %	35
LES CYPRES (ETAGE)	31	11	35,48 %	35	142,97	2	18,2 %	6,5 %	48
LES CYPRES (RDC)	33	19	57,58 %	36	51,63	3	15,8 %	9 %	51
LES ERABLES 1	22	13	59,09 %	27	60,25	5	38,5 %	22,7 %	32
LES ERABLES 2	17	9	52,94 %	41	45,91	3	44,4 %	17,6 %	28
LES ERABLES 3	20	14	70,00 %	71	47,54	7	50 %	35 %	39
MERISIERS (ETAGE)	13	8	61,54 %	25	69	2	25 %	15,4 %	60
MERISIERS (RDC)	25	10	40,00 %	13	80,81	1	10 %	4 %	153

Il en résulte des disparités importantes par unités alors même qu'elles accueillent des patients aux pathologies similaires. 70 % des patientes admises font ainsi l'objet d'un isolement aux Erables 3, contre 21 % pour les patients de l'unité des Bouleaux Rdc. Le pourcentage de patients contenus vis-à-vis de la file active oscille lui aussi de 4 à 35 %. L'analyse des données par unité permettrait d'identifier les facteurs déclencheurs de l'isolement et les pratiques du personnel. Les données recueillies révèlent par ailleurs des durées de contention parfois particulièrement longues avec une mesure pouvant atteindre 412 heures aux Merisiers Rdc en 2022 et 397 heures aux Bouleaux étage.

### RECOMMANDATION 20

Le registre de l'isolement et de la contention doit faire l'objet d'une analyse et d'un débat pluridisciplinaire tous les trois mois au sein de chaque service.

**Dans ses observations du 28 août 2023, le directeur général du CH indique :** « Nous prenons note de la recommandation et engageons une réflexion pour sa mise en œuvre. Elle s'appuiera sur un travail de la direction de la qualité, du département d'information médicale et de l'encadrement médical et soignant pour cibler les indicateurs clés à extraire périodiquement du registre de l'isolement - contention en direction des équipes, et les intégrer dans une démarche qualité au sein du service, permettant aux équipes une analyse de l'évolution de ces indicateurs en regard des pratiques de soins. »

## 8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 8.1 LES REPRESENTANTS DES USAGERS SONT INTEGRES A LA VIE DE L'ETABLISSEMENT

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) visite l'établissement tous les ans. Elle s'est rendue sur site en juin 2022, a procédé au contrôle des registres et a rencontré quatorze patients de l'UMD, sa venue ayant été annoncée par voie d'affichage. Une synthèse de ces entretiens (anonymisée) est jointe au compte-rendu de visite.

La commission des usagers (CDU) compte deux représentants d'usagers titulaires (représentants des associations « union fédérale des consommateurs – Que choisir ? » (UFCVC) et chambre de consommation d'Alsace, et deux suppléants : UFCVC – une représentante de l'union nationale des amis et familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM). Elle se réunit quatre fois par an. Elle examine l'ensemble des réclamations et plaintes. Sur les douze derniers mois (soit depuis mai 2022), la CDU a examiné vingt réclamations relatives à l'UMD (seize présentées par des patients, trois par des curateurs, une par la famille). Toutes ont fait l'objet d'une réponse, dans un délai raisonnable. Un bilan des événements indésirables et un rapport portant sur les mesures d'isolement et de contention sont présentés chaque année à la CDU.

Des questionnaires de satisfaction sont systématiquement proposés (cf. § 3.4, ils sont très volontiers renseignés par les patients (pour 2021, les taux de retour se sont établis entre 72,3 % et 100 % selon les unités, pour une moyenne de 89,4 %) et font l'objet d'un rapport annuel présenté à la CDU. Comme cela avait été constaté pour l'ensemble du CHS en 2020, les contrôleurs relèvent que les résultats des questionnaires de satisfaction et les bilans de la commission des usagers demeurent inconnus de la majorité du personnel.

Les représentants du personnel siègent par ailleurs au comité de pilotage qualité, au comité d'éthique et au conseil de surveillance. Ils participent à des groupes de travail consacrés à la semaine de la sécurité des patients et à la certification de l'établissement. Ils sont associés au projet d'établissement, notamment par la rédaction d'un projet des usagers.

Ainsi que l'avaient relevé les contrôleurs en 2020, les représentants des usagers ne tiennent pas de permanences sur site, n'ont pas de contacts réguliers avec les familles et ne se rendent pas auprès des patients dans les unités. Ils visitent occasionnellement une unité, notamment lors d'événements comme le marché de Noël, et se rendent parfois à l'audience du JLD. Ni leur rôle ni celui de la CDU n'est bien identifié par les soignants et les patients.

### 8.2 LES REGISTRES DE LA LOI SONT BIEN TENUS ET FACILITENT LES CONTROLES

Il n'a été procédé qu'au contrôle des registres des patients en SDRE. Ces registres sont bien tenus et comportent des intitulés clairs. Ils permettent la bonne compréhension des procédures. Toutefois, comme l'avaient relevé les contrôleurs lors de leur visite du CHS en 2019, sur l'ensemble des mentions obligatoires prévues à l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, il manque toujours la date d'accusé réception de la notification des droits des patients.

Toutes les décisions et avis médicaux, miniaturisés et lisibles, sont collés dans le registre sous les entêtes correspondants. Les avis médicaux sont circonstanciés et précis. Ceux relatifs à l'isolement et à la contention ne sont cependant pas intégrés au registre. Les sorties de courte durée (24h et 48h), la plupart du temps acceptées par décision implicite du préfet, ne font pas l'objet d'une mention dans le registre. La date et le sens des décisions du JLD sont indiqués, mais les décisions ne sont pas reproduites.

Les registres ont été visés par la CDSP en juin 2022 ainsi que par le substitut du procureur et le JLD le 9 décembre 2022. Aucun contrôle n'a été effectué par le maire de la commune ni par le représentant de l'Etat, comme cela est pourtant prescrit par l'article L.3222-4 du code de la santé publique.

### 8.3 LES AUDIENCES DU JLD SE DEROULENT DANS DE BONNES CONDITIONS MAIS LA MAJORITE DES MESURES DE PLACEMENT EN ISOLEMENT ET CONTENTION SONT LEVEES POUR VICES DE PROCEDURE

#### 8.3.1 Les audiences hors isolement-contention

Un planning d'audiences, deux mois à l'avance, et la liste des patients concernés par une mesure d'admission en soins sans consentement ou par sa prolongation, sont préparés par le bureau des admissions. Ce dernier rassemble l'ensemble des pièces du dossier qui sont transmis à l'ARS ainsi que les plannings, laquelle se charge de la saisine du JLD. L'ARS indique que les relations avec le service des admissions sont « *fluides et interactives* », les échanges par mails et par téléphone étant quotidiens. Les services de l'ARS utilisent en interne le logiciel Hopsyweb ainsi qu'un tableau de suivi, ce qui leur permet d'anticiper la préparation du dossier pour le JLD, dans le respect des délais prescrits par la réglementation.

Un seul JLD est titulaire, en arrêt de travail au moment du contrôle ; la présidente du TJ (tribunal judiciaire) ainsi que trois vice-présidents peuvent faire office de JLD. L'activité est soutenue au regard de la taille de la juridiction<sup>7</sup>. L'ARS communique principalement par mail pour l'envoi des saisines JLD et pièces complémentaires au dossier, mais les services ne disposent d'aucune ligne directe pour joindre un greffier. En cas d'urgence, ils composent le numéro de téléphone du tribunal judiciaire. Ils sont susceptibles d'envoyer une pièce complémentaire de leur propre initiative ou à la demande du greffier après l'envoi du dossier saisine. Ainsi, le JLD ne demande que très rarement une pièce complémentaire avant l'audience.

Il n'y a aucune difficulté pour faire venir des interprètes. Il est exceptionnel que les patients soient représentés par un avocat choisi. Les permanences des avocats sont assurées par treize permanenciers dont chacun intervient toutes les treize semaines. Les conseils reçoivent une copie du dossier par mail, adressée par le greffe du tribunal, en général le matin même de l'audience. Les avocats soulèvent régulièrement des moyens de procédure. La commission « CHS » du barreau est dynamique et organise régulièrement des temps d'échange consacrés aux soins sans consentements. Durant le contrôle, le Bâtonnier et la présidente de cette commission ont rencontré la direction de l'établissement.

Le service de coordination des soins construit le rôle de l'audience et organise le transport des patients ainsi que le remplacement dans les unités des soignants accompagnateurs.

Les patients de l'UMD sont systématiquement accompagnés par deux soignants. Ils sont transportés en véhicule depuis l'unité jusqu'à la salle d'audience. Le port de contention n'est systématique que pour les personnes détenues (cf. recommandation du § 9.5), et adapté à la clinique pour les autres. Les contentions sont toujours retirées lors de l'entretien avec l'avocat et lors de l'audience.

---

<sup>7</sup> En 2022, les JLD ont rendu, pour tout l'établissement, 665 décisions relatives au contrôle des placements et maintiens en SSC et 358 décisions relatives aux mesures d'isolement et contention, soit un total de 1023 ; en 2023, à la date du contrôle, ils avaient rendu 204 décisions relatives au contrôle des placements et maintiens en soins sans consentement et 190 décisions relatives aux mesures d'isolement et contention, soit un total de 394.

Les audiences se tiennent deux jours par semaine, les lundis et les jeudis à 14h00, dans l'enceinte du CHS. Les locaux sont adaptés (bureau d'entretien avec l'avocat, toutefois dépourvu de poste informatique, salle d'audience, salle d'attente) et l'organisation est fluide, sans attente pour les patients, conduits un à un.



Bureau d'entretien avec l'avocat



Salle d'attente



Salle d'audience

En revanche, la présence systématique de trois agents de sécurité dans la salle d'audience, en sus des deux soignants et du coordonnateur des soins, n'est pas motivée par l'état de santé du patient qui a été jugé compatible avec leur audition par le juge.

#### RECOMMANDATION 21

La présence des agents de sécurité dans la salle d'audience ne doit pas revêtir un caractère systématique et doit être adaptée et proportionnée à l'état du patient.

**Dans ses observations du 28 août 2023, le directeur général du CH indique :** « L'établissement sollicitera l'avis de la présidente du tribunal et du juge des libertés et de la détention sur le sujet, afin d'adapter les modalités de présence en salle d'audience de cette équipe en fonction des situations des patients entendus et des attentes des magistrats. La présence de l'équipe de sécurité reste toutefois un atout qui permet de présenter en audience des patients dont la situation clinique et le potentiel de dangerosité ne permettent pas leur présentation sans encadrement sécurisé. Le taux élevé de réalisation des audiences en présence du patient en est le principal indicateur de résultats. »

**Dans ses observations du 27 octobre 2023, la présidente du tribunal judiciaire de Sarreguemines** indique : « Le trajet entre l'UMD et la salle d'audience est réalisé par trois soignants. Selon le profil du patient, des personnels de la sécurité de l'hôpital peuvent renforcer ces soignants. Il n'a pas été constaté de mesures de sécurité superflues car elles semblaient résulter de la dangerosité psychiatrique du patient et de son état psychique le jour de l'audience. La pratique démontre que ces agents de sécurité ne restent pas tous nécessairement dans la salle d'audience. Il est utile de rappeler que le patient est toujours entouré de soignants à l'UMD. Ainsi, leur présence dans la salle d'audience est alors usuelle et peut même être perçue comme sécurisante. Selon la disposition de la salle d'audience, le patient est assis face au juge. Il est alors concentré sur l'échange avec le magistrat même si le public, constitué principalement de soignants, est dans cette même salle. »

**Les contrôleurs maintiennent leur recommandation** et rappellent que la présence des agents de sécurité est stigmatisante pour les patients et doit être limitée au strict nécessaire, de manière individualisée, proportionnée et motivée.

Le patient remplit un formulaire pour indiquer son souhait d'être auditionné ou non, et un document type permet au médecin de signaler une incompatibilité médicale. Il peut arriver que le

juge se déplace dans l'unité si le patient souhaite être auditionné mais que son état de santé rend son déplacement impossible. Aucune audience ne se tient en visioconférence.

### BONNE PRATIQUE 1

Il arrive que le juge des libertés et de la détention se rende au sein d'une unité pour auditionner un patient en incapacité de se déplacer, même lorsque son contrôle ne concerne pas les mesures d'isolement-contention.

Les dossiers présentés au juge sont complets, les certificats médicaux circonstanciés. Les décisions sont le plus généralement notifiées par le juge à l'audience, sauf si l'examen des moyens de nullité soulevés ou si l'état d'agitation du patient (cas de figure qui s'est présenté lors du contrôle) exigent de différer la notification.

En 2022, 237 saisines du JLD ont concerné des patients en UMD (soit 35 % des audiences du TJ consacrées à ce contentieux), portant dans la plupart des cas sur la prolongation des soins sans consentement. Elles ont conduit à 235 maintiens et deux levées. Les patients ont été présentés à l'audience dans 219 de ces dossiers, ce qui traduit un accès effectif au juge, avec peu de refus de se présenter et peu de certificats d'incompatibilité. Six appels formés par les patients ont abouti à une levée, à quatre maintiens et à une irrecevabilité. En 2023, à la date du contrôle, 71 saisines (69 patients présents à l'audience) avaient abouti à 71 maintiens ; deux appels formés par les patients avaient abouti à un maintien et à une irrecevabilité.

#### 8.3.2 Le contrôle des mesures d'isolement-contention

L'information et la saisine du JLD pour le contrôle des mesures d'isolement et de contention sont réalisées par le bureau des admissions, au regard des alertes générées dans le logiciel Cortexte.

Un formulaire permet au patient d'indiquer s'il souhaite être auditionné, le cas échéant par téléphone. Un document-type permet également au médecin d'indiquer si l'état de santé du patient est compatible avec une audition. En 2022, sur 358 affaires concernant l'ensemble du CHS, huit patients ont été présentés à l'audience et 55 auditionnés en chambre ou par téléphone. Depuis janvier 2023, sur 190 affaires, six patients placés en isolement et un patient placé sous contention ont été auditionnés.

En 2022, pour l'ensemble de l'établissement, le TJ a prononcé 116 mainlevées sur 358 mesures contrôlées. 49 % de ces saisines ont concerné les patients de l'UMD. 143 ont concerné 107 patients placés en isolement, ayant abouti à 40 mainlevées. 25 saisines concernaient un contrôle à 192h (8 jours) (4 levées, 21 maintiens) et 11 saisines concernaient des contrôles hebdomadaires au-delà des 192 h (7 maintiens et 4 levées) (les durées les plus longues ont concerné trois patients, du 7 mai au 10 juin 2022, du 3 au 22 juin 2022, et du 21 juillet au 30 août 2022). 35 saisines ont concerné 25 patients placés sous contention, ayant abouti à 18 mainlevées et 17 maintiens. Sept concernaient des contentions ayant duré 144h (5 levées) et trois un nouveau contrôle au-delà des 144h (deux levées).

Depuis le mois de novembre 2022, le nombre de levées de ces deux types de mesure prononcées par le JLD n'a cessé d'augmenter, pour devenir majoritaire, toutes pour vices de procédures. Les statistiques du tribunal font ainsi apparaître 182 mainlevées sur 190 décisions (174 mesures d'isolement et 16 mesures de contention) depuis janvier 2023 (pour l'ensemble du CHS). Concernant les seuls patients en UMD sur cette même période, 34 mesures d'isolement concernant 33 patients ont fait l'objet de 31 levées et de 3 maintiens (une seule mesure concernait un contrôle

à 8 jours - 192h). Cinq mesures de placement sous contention, concernant trois patients, ont fait l'objet de trois levées et deux maintiens (dont un contrôle à six jours - 144h - et un contrôle à douze jours). On observe donc la même évolution jurisprudentielle relativement à l'UMD et à l'ensemble du CHS.

Les moyens de nullité retenus sont de trois types : principalement, le retard de saisine du juge, également le retard de l'information du juge et enfin un trop long délai entre les évaluations médicales. Le contrôle n'a pas constaté de dysfonctionnement dans le traitement des dossiers de la part du bureau des admissions, qui suit les alertes Cortexte et prépare les informations et saisines en fonction. Par ailleurs, si la Cour d'appel de Metz a pu se prononcer dans ce type de mesures, elle n'a pas infléchi la jurisprudence. Le barreau n'a pas non plus récemment articulé de moyens nouveaux.

L'évolution constatée résulte d'un temps médical en unité trop réduit pour parvenir à effectuer toutes les évaluations dans les délais légaux (toutes les 6h en cas de placement sous contention et toutes les 12h en cas de placement à l'isolement). Les alertes générées dans le logiciel Cortexte sont ensuite trop tardives au regard du début de la mesure pour l'information du JLD (soit 24h après le début du placement sous contention et 48h après le début de la mesure de placement en isolement) et pour sa saisine (soit 48h après le début du placement sous contention et 72h après le début de la mesure de placement à l'isolement).

A ce jour, aucune convention Justice-Santé n'a été signée entre le TJ de Sarreguemines et le CHS. Seules les modalités pratiques d'organisation des audiences ont été définies entre l'établissement et le tribunal (mise à disposition des ordinateurs par l'hôpital, jours de tenues des audiences, accompagnement des patients, etc.) lors de l'aménagement de la salle d'audience. L'ARS indique n'avoir été destinatrice d'aucun protocole ou note de service sur ce point.

## RECOMMANDATION 22

Il doit être mis en place une organisation qui permette de réaliser dans les délais légaux les évaluations du patient ensuite de son placement à l'isolement et/ou sous contention. Le logiciel Cortexte doit être renseigné en temps et en heure, afin que l'information et la saisine du juge des libertés et de la détention s'effectuent dans les délais prévus par les textes.

**Dans ses observations du 28 août 2023, le directeur général du CH indique :** « Face aux difficultés que nous rencontrons dans l'application des dispositions réglementaires de l'isolement et la contention, l'établissement s'est engagé dans une démarche de concertation avec le nouveau juge des libertés et procureur du tribunal d'instances, avec l'appui d'une expertise juridique externe, pour coordonner nos procédures, afin de respecter au plus près les délais légaux d'évaluation, tout en tenant compte des spécificités des UMD. Celle-ci pourrait aboutir à l'élaboration d'une charte ou "convention Justice-Santé" telle qu'évoquée par le CGLPL.

Enfin, suite aux premiers échanges organisés avec les membres du barreau de Sarreguemines, une rencontre régulière sera organisée afin d'améliorer les organisations. »

**Dans ses observations du 27 octobre 2023, la présidente du tribunal judiciaire de Sarreguemines** indique : « Comme l'ont relevé les contrôleurs, le taux de mainlevée des mesures d'isolement et de contention est extrêmement important. Ces mainlevées interviennent majoritairement au premier contrôle de la mesure, soit avant la 96<sup>ème</sup> heure pour l'isolement, soit avant la 72<sup>ème</sup> heure pour les contentions. Elles concernent indifféremment les patients étant ou non à l'UMD. Les contrôleurs ont indiqué que ce résultat « résulte d'un temps médical en unité trop réduit pour parvenir à effectuer

*toutes les évaluations dans les délais légaux ». L'insuffisance des moyens humains de l'hôpital, qui ne peut être nié, ne peut cependant seule justifier ce taux très élevé des mains levées. A ce titre, afin d'envisager la concrétisation d'une convention Justice-Santé comme les contrôleurs le préconisent, une nouvelle réunion entre la présidente du tribunal judiciaire, le JLD et les membres de l'hôpital est déjà programmée le 28 novembre 2023. Cette réunion aura notamment pour but d'aplanir les points de blocage que provoquent ce contentieux spécifique. Par exemple, le logiciel Cortexte, utilisé par les soignants pour établir les isolements et les contentions, semble ne pas prendre en compte la levée des mesures réalisées par les médecins. La suspension de ces contraintes se déroule souvent en journée. Ainsi ces mesures d'isolement ou et de contention sont considérées comme continues alors qu'elles ne se déroulent parfois que la nuit. Le logiciel ne permet pas non plus l'échelonnement des mesures ni le comptage horaire des périodes sur quinze jours glissants. Cette rencontre avec les différents membres de l'hôpital et le tribunal pourra permettre de lever les difficultés procédurales particulières relatives aux isolements et aux contentions afin de mieux respecter les impératifs fixés par la loi. »*

## 9. LES SOINS

### 9.1 L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES EST ASSURE

#### 9.1.1 Les pratiques cliniques

Si l'UMD ne dispose pas de projet médico-soignant, des protocoles sont toutefois en place et l'organisation des soins et de la prise en charge est faite en fonction des ressources de chaque service par les soignants eux même. Un « *projet médical et soignant de la nouvelle UMD* », élaboré avant l'ouverture du bâtiment Erables, décrit une organisation des soins qui n'a jamais été instaurée (par exemple, la circulation dans l'espace de vie et l'accueil spécifique dans une des sous-unités d'auteurs de violences sexuelles).

Un examen psychiatrique est systématiquement réalisé lors de l'admission mais, au quotidien, la présence des médecins est rare, les soignants indiquant ne jamais savoir le moment où le psychiatre va passer. Les affectations officielles font état quasi dans toutes les unités de 0,5 ETP médical mais ce temps est diminué par les mises à dispositions diverses dans les autres services, y compris par le déploiement interne de l'activité d'intérêt général. En revanche, un médecin est toujours joignable sur l'UMD en cas de besoin. Les patients bénéficient ainsi d'entretiens réguliers avec un médecin psychiatre mais dans certaines unités de manière plus épisodique. Les consultations médicales s'effectuent en présence d'un infirmier. Enfin, il n'y a pas de réunion soignants-soignés animée par un psychologue ni d'infirmier de pratique avancée.

Par ailleurs, les patients n'ont pas accès à tout le panel diagnostique et thérapeutique proposé dans d'autres UMD ; ils n'ont ainsi pas accès, si nécessaire, à des séances de stimulation magnétique transcrânienne (RTMs) ou à la sismothérapie, au dosage plasmatique des traitements ni au génotypage des cytochromes. Les fiches actions du futur projet d'établissement indiquent la création de poste d'infirmier de pratique avancée mais sur les centres médico-psychologiques (CMP) et non sur l'hospitalisation complète.

Surtout, aucune unité n'organise des réunions cliniques hebdomadaires pour les équipes soignantes et aucun pharmacien ni médecin généraliste ne peut donc y participer. Seule la commission de suivi médical, qui se réunit pour chaque patient au bout de six mois d'hospitalisation, permet l'expression d'une analyse clinique du médecin et de la synthèse infirmière. La composition de cette commission est prévue par un arrêté préfectoral du 22 décembre 2020 et elle a examiné 219 situations en 2019.

De même, aucune réunion des médecins à l'échelle du pôle n'est organisée pour évoquer les cas complexes ou l'harmonisation des pratiques ; ces échanges restent informels lors de rencontres entre médecins.

#### RECOMMANDATION 23

Une organisation médico-soignante, conceptualisée dans un projet validé par les instances, doit assurer une présence quotidienne dans tous les services de l'UMD permettant la mise en place de réunions cliniques hebdomadaires, de consultations médicales pluri-hebdomadaires en tant que de besoin, la participation à des réunions de pôles autour des cas complexes et de l'harmonisation des pratiques.

**Dans ses observations du 28 août 2023, le directeur général du CH indique :** « *La présence médicale au sein des unités d'UMD est organisée de manière à assurer le suivi quotidien des patients dans chaque unité. Une réflexion à l'échelle du pôle doit s'engager pour formaliser une organisation*

*régulière et harmonisée de réunions cliniques dans toutes les unités du pôle. Cela nécessitera du temps médical difficilement mobilisable actuellement au regard de l'effectif médical à l'échelle de l'établissement et régionale.*

*Des temps d'échanges informels entre les praticiens sont organisés notamment concernant les patients les plus complexes. Dans le cadre de la certification prochaine, il nous est apparu la nécessité de formaliser cela au sein du pôle et au sein des unités. Il est également certain que ces temps d'échange doivent être autant que possible pluridisciplinaires. Enfin, il est vrai que devant les difficultés structurelles de notre établissement, il peut être complexe de réunir la totalité des praticiens. Par contre, si le temps dédié à des missions hors pôle limite la fréquence des réunions cliniques, la présence dans les services est quotidienne assurant les consultations autant que besoin. Si certains patients ne peuvent être reçus autant qu'ils le désireraient, c'est uniquement afin de veiller à une équité de temps avec les autres usagers.*

*Les cas complexes font l'objet d'échanges réguliers non formalisés au sein de l'antenne médicale entre praticiens.*

*Concernant l'accès à la sismothérapie, l'établissement assure à nouveau cette activité fin 2022 suite à la période COVID. »*

La nuit et le week-end, la permanence des soins est assurée par un interne de garde sur le site du CH, seniorisé par un praticien d'astreinte. Le week-end, deux psychiatres sont d'astreinte dont un pour les décisions d'isolement et contention et la rédaction des certificats médico-légaux. Le faible nombre d'internes lors du contrôle a amené l'établissement à conventionner, avec le CH de Lorquin, la mise à disposition d'internes et de médecins associés sur la ligne de garde du CH de Sarreguemines. La garde médicale a également la responsabilité des avis psychiatriques aux urgences du CH général de Sarreguemines où deux IDE de psychiatrie sont positionnés.

### 9.1.2 Les activités occupationnelles et thérapeutiques

De nombreuses activités sont proposées tant au sein de l'unité (salons de télévision, jeux de société, ping-pong, baby-foot) qu'au sein des bâtiments d'ergothérapie et ceux qui dévolus au sport.

Toutes les activités sont prescrites par les médecins des unités et intègrent les projets de soins les intègrent dès que possible. Les thérapeutes renseignent les dossiers informatisés des patients à l'exception d'une psychologue. 70 % des patients de l'UMD étaient inscrits à une activité hors de l'unité au moment du contrôle.

L'ensemble des activités thérapeutiques et manufacturières proposées aux patients de l'UMD est géré par une association (le club psychothérapeutique) régie par la loi du 1<sup>er</sup> août 2003 relative au mécénat, aux associations et aux fondations. Elle a été constituée en 1961 et inscrit son activité dans le cadre de l'arrêté du 4 février 1958 relatif à l'organisation du travail thérapeutique.



*Atelier bois*



*Dragon papier maché réalisé  
par les patients*



*Bibliothèque*

Les deux bâtiments destinés à l'exercice des activités sont entretenus, vastes, fonctionnels et comportent les accessoires et matériels nécessaires. De nombreuses activités sont proposées aux patients, animées par des éducateurs, ergothérapeutes, psychologues (neuropsychologue et clinicienne), éducateurs sportifs : atelier travail du bois, ateliers création, écriture, ateliers manufacturiers, travail de couture et du cuir, etc. Une cafétéria, une bibliothèque et un salon de coiffure sont également à disposition des patients.

L'accès aux activités physiques et sportives est également développé puisque 90 patients y participent chaque mois, souvent par petits groupes. Quatre infirmiers sont affectés à l'encadrement sportif chaque jour du lundi au vendredi. Les activités proposées sont variées : football, volley-ball, musculation, ping-pong, piscine, pétanque et console de jeu. Le dernier tournoi de ping-pong, organisé début mai, a concerné trente-huit patients.

L'établissement est affilié à l'association « *sport en tête* ». Cette association organise des rencontres inter-hospitalières, environ douze dans l'année, des tournois ou matches sont organisés entre patients de différents établissements. Des sorties sportives sont également organisées à l'extérieur, sorties VTT, randonnées pédestres. Un budget annuel de 2 500 euros permet de renouveler le matériel sportif usagé.

### 9.1.3 L'accès aux traitements

Le circuit du médicament et des produits pharmaceutiques est géré par la pharmacie à usage intérieur (PUI) du CH. Deux pharmaciens (1,8 ETP) sont actuellement présents sur les 3 ETP prévus, assistés par une équipe de préparateurs en pharmacie (3,6 ETP), une secrétaire à 0,8 ETP et aucun magasinier ; ils gèrent l'ensemble de l'établissement. Il n'y a actuellement pas d'interne. Un pharmacien d'astreinte assure la permanence et un stock de médicaments d'urgence est positionné dans les services, géré par le cadre de santé de permanence.

Les locaux de la PUI sont inférieurs à 200 m<sup>2</sup> et ne permettent pas des conditions de travail propices à la sécurité sanitaire.

Les pharmaciens procèdent à la validation pharmaceutique de 100 % des prescriptions ; en 2022, 43 213 lignes de prescriptions ont été analysées dont 4 917 pour l'UMD ; sur 20 073 ordonnances analysées à l'échelle du CH, 9 828 donnent lieu à intervention pharmaceutique.

Le manque de temps de pharmacien empêche le développement de la conciliation médicamenteuse et des entretiens pharmaceutiques ; par ailleurs, les pharmaciens ne participent pas aux réunions cliniques, celles-ci étant inexistantes. Les fiches actions du futur projet d'établissement indiquent d'ailleurs le souhait de mettre en place la dispensation individuelle et nominative (DIN) des

médicaments et le renforcement de la pharmacie clinique par la mise en place de la conciliation médicamenteuse.

Les commissions du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) ne se tiennent plus et les informations sont données lors des CME.

Les pharmaciens ne participent pas au programme d'éducation thérapeutique du patient.

#### RECOMMANDATION 24

Le nombre de pharmaciens destinés à l'UMD doit permettre le développement de la pharmacie clinique, de leur présence à certaines réunions cliniques, l'organisation de COMEDIMS et leur participation aux programmes d'éducation thérapeutique. Les locaux de la PUI doivent permettre l'exercice de sa mission dans des conditions normales.

**Dans ses observations du 28 août 2023, le directeur général du CH indique :** « L'équipe de pharmaciens souhaite investir pleinement les activités de pharmacie clinique et conduit des projets structurants en ce sens (déploiement de la dispensation nominative, de la conciliation médicamenteuse, etc.), qui sont toutefois freinés du fait d'un effectif incomplet à ce jour. L'établissement met tout en œuvre pour recruter des pharmaciens, mais se heurte à la pénurie de pharmaciens hospitaliers sur le territoire national.

L'établissement a pour projet la rénovation des locaux de la PUI qui est intégrée au schéma directeur immobilier. Une réflexion de PUI territoriale (GHT) est par ailleurs en cours afin de libérer du temps pharmacien à destination d'activités cliniques et en s'appuyant sur l'aide diagnostique via l'IA. »

## 9.2 LES SOMATICIENS NE SONT PAS PLEINEMENT INTEGRES DANS LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PATIENTS

### 9.2.1 L'accès aux soins somatiques

Les soins somatiques sont dispensés, par trois médecins généralistes du pôle somatique du CHS, qui interviennent dans toutes les unités de l'UMD. Ils examinent les patients admis en hospitalisation ainsi que ceux que les soignants leur demandent de voir. En l'absence de réunions cliniques, ils ne peuvent être suffisamment associés au suivi des situations individuelles d'autant qu'ils ne participent pas aux transmissions. Aucun suivi spécifique des maladies chroniques n'est organisé et les médecins ne participent pas à des séances d'éducation à la santé.

#### RECOMMANDATION 25

Les médecins généralistes doivent pouvoir assurer l'ensemble des missions attendues des soins somatiques en UMD et intégrer pleinement le projet de soins du patient.

**Dans ses observations du 28 août 2023, le directeur général du CH indique :** « La structuration du pôle somatique au sein de l'ensemble de l'établissement est un axe prioritaire du nouveau projet médico-soignant. Le périmètre d'intervention et les missions de l'équipe de médecins somaticiens y seront définies ainsi que la formalisation des prises en charge somatiques au sein du projet de soins individualisé. »

Le médecin généraliste prescrit les demandes de soins spécialisés, dispensés soit au CH général soit sur le site du CHS, où interviennent une fois par semaine, un cardiologue, un ophtalmologue, un

dermatologue, un pédicure podologue, un dermatologue et un dentiste ; un kinésithérapeute se déplace également sur demande au sein de l'établissement.

Le somaticien vient examiner les patients admis en chambre d'isolement sur demande d'avis du psychiatre.

Les fiches actions du futur projet d'établissement indiquent un objectif de « *suivi des maladies chroniques des patients hospitalisés* » et le développement de l'offre de soins somatiques ce qui semble répondre aux questions soulevées par les contrôleurs.

### 9.2.2 L'accès aux soins d'addictologie

L'établissement dispose d'un service d'addictologie en hospitalisation complète mais il n'y a pas de mobilisation d'une équipe pour venir examiner les patients en UMD ; les médecins exerçant au sein des services de l'UMD sont cependant parfois les mêmes qui œuvrent dans les services d'addictologie du même pôle.

Il n'est pas rapporté de difficulté dans l'approche des addictions.

## 9.3 IL N'EXISTE PAS DE DEMARCHE SPECIFIQUE DE PREPARATION AU RETOUR

Aucun soin dispensé à l'UMD ne vise spécifiquement à préparer le retour du patient dans son service d'origine. Les activités proposées et les sorties progressives (dans l'enceinte de l'hôpital et au-dehors<sup>8</sup>) ne sont pas échelonnées dans une perspective de préparation à la sortie.

Lors des commissions de suivi médical (CSM), les médecins ne donnent pas leur avis et ne présentent jamais de patients dans une perspective de départ, laissant seuls décisionnaires les membres de la commission. Ils y assistent et interviennent si les experts les interrogent. Ces derniers basent leur avis sur la synthèse soignante, les comptes-rendus des activités et des ateliers, le dossier de soin, et leurs échanges avec le patient.

Lorsque la CSM émet un avis favorable à une sortie de l'UMD, ce dernier est transmis à l'ARS de Moselle pour l'établissement de l'arrêté préfectoral de sortie, transmis à l'hôpital d'origine, souvent préalablement informé du retour par le patient lui-même. Le bureau des admissions sollicite le service d'origine pour définir la date de retour, qui est alors communiquée à l'unité concernée. Une synthèse médicale et infirmière leur est adressée. Comme pour les admissions, les liens avec le service d'origine ne dépendent que des sollicitations de ce dernier. Les motifs principaux avancés pour expliquer cette absence de prise de contact pour préparer le retour du patient, sont la taille de l'UMD et le nombre important de services d'origine concernés.

Certains services suivent un protocole de sortie, lequel liste les démarches à effectuer pour clôturer le compte du patient, faire l'inventaire de ses effets, préparer son dossier avec ses ordonnances, ses comptes-rendus, ses synthèses, etc.

L'unité d'origine prend en charge le retour des patients. Les sorties peuvent s'effectuer tous les jours de la semaine, excepté le week-end. En l'absence de prise de contact protocolisée et de préparation au retour en lien avec le service d'origine, il arrive fréquemment que le patient, pourtant stabilisé, soit soumis à des consignes de contention durant le trajet, et de mise en isolement à son retour par l'établissement receveur. Or de telles mesures d'isolement et de contention ne peuvent être qu'en lien avec un état clinique le nécessitant.

---

<sup>8</sup> Pour les sorties de courte durée accompagnées, il a été indiqué que l'UMD n'avait jamais reçu d'opposition de la préfecture, même pour les irresponsables pénaux.

Néanmoins, certains services d'origine prennent des nouvelles de leur patient au cours du placement et davantage après réception de l'arrêté de retour. D'autres appellent pour bénéficier d'une semaine supplémentaire de préparation, ce qui leur est toujours accordé.

Certains services ont émis le projet d'utiliser la visio-conférence pour mettre en contact le patient et le service d'origine, dans le cadre de la préparation au retour. Tous ont souligné le nombre important de patients faisant l'objet de retours à l'UMD.

#### RECOMMANDATION 26

La préparation au retour doit être investie afin d'assurer une prise en charge adaptée à l'évolution du patient, lors du trajet et à son retour.

**Dans ses observations du 28 août 2023, le directeur général du CH indique :** « Au cours du séjour, un courrier reprenant la synthèse produite en Commission du Suivi Médical (CSM) est transmis au service d'origine du patient. Le CHS regrette l'absence de contact à l'initiative des établissements adresseurs pour des compléments d'information ou sur l'évolution. Avant la sortie du patient, un courrier est systématiquement adressé dans un délai convenable leur permettant tout questionnement sur l'état clinique du patient (15 jours avant la sortie). De plus, un debriefing est réalisé lors de la sortie du patient avec l'équipe qui se déplace. L'équipe médicale et soignante se tient à disposition des équipes qui vont accueillir le patient à son retour pour toute recommandation de nature à leur permettre de préparer le retour du patient dans les meilleures conditions possibles. Nous notons enfin les remarques du contrôleur concernant l'organisation du trajet et du retour. Ces modalités appartiennent cependant à l'établissement d'origine et notre structure n'a plus autorité sur les décisions prises. Toutefois, notre établissement invitera ses établissements partenaires à une réflexion sur ce thème. »

Comme pour les admissions, il est regretté la présence de plus en plus fréquente de soignants ou d'ambulanciers accompagnateurs qui ne font pas partie du service d'origine. Les transmissions au départ perdent, de ce fait, en pertinence.

Un protocole de suivi du patient de retour dans son service d'origine par appels téléphoniques au terme de 15, 30 et 90 jours a été abandonné par l'ensemble des unités de l'UMD de Sarreguemines. Il a été indiqué que ces appels téléphoniques étaient souvent considérés comme intrusifs et que nombre de soignants s'étaient sentis mal reçus. Le suivi à la sortie dépend exclusivement des patients qui prennent l'initiative ou non de maintenir un lien avec l'UMD.

#### 9.4 LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT EST APPREHENDÉE DE FAÇON INÉGALE

La recherche du consentement du patient aux soins est effective lors de chaque entretien médical ou soignant, avec une explication du projet de soin individualisé et du contenu des certificats médicaux, bien que les certificats médico-légaux ne comportent pas systématiquement les observations des patients.

Le livret d'accueil du CHS contient un document intitulé « désignation de la personne de confiance » que le patient est invité à remplir. Les patients admis à l'UMD provenant d'autres structures hospitalières, ont déjà été amenés à désigner une personne de confiance.

Dans la plupart des unités, la personne de confiance est désignée, sauf pour quelques patients qui refusent de le faire. La difficulté pour les soignants consiste à s'assurer de l'accord de la personne désignée. Afin de pallier cette difficulté, il est envisagé de mettre en place dans un bref délai, dans

le dossier de préadmission à l'UMD qui est rempli par la structure hospitalière, l'obligation de fournir le document désignant la personne de confiance.

Dans leur pratique quotidienne les soignants tentent d'associer la personne de confiance lors d'événements majeurs concernant le patient. Les familles de la personne hospitalisée sont associées aux soins dans la mesure du possible souvent par téléphone au regard de leur éloignement ; un projet de visiophonie est à l'étude.

Enfin, le livret d'accueil indique : « *pendant votre séjour, si vous êtes majeur et que vous ne bénéficiez pas d'une mesure de tutelle, il vous est possible de désigner une personne de confiance choisie dans votre entourage...* ». Le CGLPL rappelle que lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre 1<sup>er</sup> du Code civil, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

L'établissement n'a pas encore mis en place les directives anticipées en psychiatrie (ou plan de prévention des crises). Ces directives sont d'autant plus importantes à recueillir que l'information des tiers lors des phases d'isolement est conditionnée à la volonté du patient qui doit être recueillie avant la phase de crise et reformulée lors de celle-ci.

#### RECOMMANDATION 27

La recherche du consentement et de l'adhésion aux soins doit s'appuyer sur la mise en place de directives anticipées en psychiatrie et sur la mobilisation des personnes de confiance.

**Dans ses observations du 28 août 2023, le directeur général du CH indique :** « *Le travail institutionnel sur la mise en place des directives anticipées incitatives en psychiatrie est en cours ; des formations sont dispensées dans l'établissement en ce sens. La formalisation de ces pratiques sera intégrée au projet de soins personnalisé du patient.* »

Concernant le consentement aux traitements, de nombreux patients (87 sur 107) bénéficiaient, au moment du contrôle, de prescriptions actives de « *traitements injectables en si besoin* », principalement motivées par l'agitation ou le refus de traitement *per os*. Le CGLPL rappelle que l'administration d'un traitement n'est pas possible sans avoir préalablement recherché le consentement du patient ; seul le médecin est habilité à venir examiner le patient physiquement, rechercher son consentement et décider en fonction de la clinique alors obtenue, si l'administration non consentie d'un traitement est toujours nécessaire en dernier recours. L'infirmier ne peut donc pas exécuter seul ce genre de traitement « *si besoin* » qui ne peut l'être qu'après accord ou validation par le médecin de garde.

#### RECOMMANDATION 28

La mise en œuvre de prescription d'injection « *si besoin* », sans la recherche du consentement par le médecin, doit être prohibée.

**Dans ses observations du 28 août 2023, le directeur général du CH indique :** « *Concernant la prescription d'un traitement injectable en si besoin, en cas de refus du traitement per os, il s'agit bien d'un changement de forme galénique d'un traitement jugé comme nécessaire par le médecin référent.* »

*S'il existe des prescriptions d'injection « si besoin », elles ont été validées par le médecin référent pouvant être mise en œuvre après validation auprès du médecin de garde. Ces prescriptions pré-établies sont conséquentes à une connaissance plus éclairée du patient par le médecin référent. En effet, les thérapeutiques peuvent être déjà importantes ou l'historique des prescriptions peut orienter le choix d'une molécule. Une note pourra être diffusée afin de rappeler que l'administration d'un traitement « si besoin » doit être validée médicalement à défaut que cela ne figure déjà dans le plan de prévention de crise contractualisé. »*

**Extraits de faits relatés en mars 2023 :**

*Déclenchement PTI ce soir vers 20h suite à un passage à l'acte sur le personnel, dans un contexte de frustration. Le patient a multiplié les demandes, avec insistance et véhémence, certaines ont été assouvies et d'autres, inadaptées, ont été refusées. En l'occurrence, voulait téléphoner à une connaissance qui avait appelé le service plus tôt dans l'après-midi en se montrant menaçant et insultant, ce qui lui a été refusé au vu des événements. N'a pas accepté le recadrage et, malgré nos tentatives d'apaisement, s'est montré insultant envers le personnel. A noter qu'il avait anticipé une éventuelle intervention soignante en mettant des tables et des fauteuils en guise de barricade devant les portes d'entrée de la salle commune. Lui demandons alors de regagner sa chambre pour se calmer mais le patient refuse et se met à courir dans le couloir vers l'espace nuit. Tandis que nous allons vers lui pour le diriger vers sa chambre, il porte un coup de poing sur un collègue. Devons alors le maîtriser et l'emmener en chambre pour la pose des entraves au regard de son agressivité. Lui administrons également l'injection en si besoin. Quelques minutes plus tard, parvient à se désentraver les mains. Vu par l'IDG qui décide de lever les entraves et prescrit l'isolement strict.*

Au sein du service, la distribution des médicaments s'effectue avec respect de la confidentialité.

Enfin, l'éducation thérapeutique est développée dans les services de psychiatrie adulte de secteur mais pas encore à l'UMD.

Les fiches actions du futur projet d'établissement indiquent pour autant, le développement de l'association du patient dans sa prise en charge et ici la formalisation des dispositifs d'information du patient et de recueil du consentement, la création d'un groupe de travail sur les directives anticipées en psychiatrie, enfin, une réflexion sur l'intégration de la pair-aidance dans le programme d'éducation thérapeutique du patient.

## 10. LES PUBLICS SPECIFIQUES

### 10.1 DES RESTRICTIONS ADDITIONNELLES LIMITENT ABUSIVEMENT LES DEPLACEMENTS DES PERSONNES DETENUES AU SEIN DU CHS

Aucune particularité dans la prise en charge au quotidien des patients détenus ou irresponsables pénaux n'a pu être constatée. Seules deux personnes accueillies à l'UMD (au rez-de-chaussée du pavillon Bouleaux) sont détenues. Aucune ne bénéficie de permissions de sortie et les seules sorties organisées hors de l'enceinte du CHS concernent les consultations à l'hôpital général, sous escorte des forces de l'ordre.

L'un de ces deux patients, séjournant depuis 2002 à l'UMD, a connu une longue errance administrative et juridique, résolue depuis quelques mois grâce au transfert de son dossier à la maison d'arrêt de Sarreguemines, ce qui lui permet de bénéficier de l'assistance d'un CPIP (conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation) et de la reprise du suivi de son parcours de peine. La possibilité de bénéficier de permissions de sortie est ainsi en cours de discussion avec le JAP (juge de l'application des peines). Le second patient détenu devrait bénéficier d'une levée d'écrou au mois de mai 2024.

Les patients détenus sont systématiquement entravés (contentions aux poignets et ceinture ventrale) lors de leurs déplacements au sein du CHS.

#### RECOMMANDATION 29

Le port de contention lors des déplacements des patients détenus ne doit pas être systématique ; il doit être individualisé et évalué au regard de l'état clinique.

**Dans ses observations du 28 août 2023, le directeur général du CH indique** : « *Le rapport du contrôleur permet d'attirer notre attention sur une dérive qui ne doit pas avoir lieu; un rappel sera fait en ce sens. Il semble en effet qu'il existe une confusion entre les patients détenus hospitalisés en UMD et en USIP. Concernant les patients d'UMD, il s'agit de patients avec un diagnostic psychiatrique avéré, provenant soit d'UHSA, de centres hospitaliers mais où seule la clinique peut imposer des mesures de contentions préventives lors des sorties.* »

**Dans ses observations du 27 octobre 2023, la présidente du tribunal judiciaire de Sarreguemines** indique : « *Cette recommandation reprend les conditions fixées par l'article 803 du code de procédure pénale (...). Il n'a pas été constaté d'abus dans le port d'entrave par les patients détenus quand ils doivent se rendre en salle d'audience. Il faut rappeler que le CHS de Sarreguemines est vaste et ouvert au public. Lors de l'audience, les patients sont toujours désentravés. De rares exceptions étaient motivées par l'agitation du patient.* »

**Les contrôleurs appellent toutefois à une grande vigilance dans la confusion** entre des moyens de contrainte de psychiatrie pour une crise d'agitation gérés par des soignants et des entraves prévenant l'évasion d'un détenu gérées par des forces de sécurité dûment habilités.

Les déplacements des patients détenus au sein du CHS se réduisent strictement à la présentation devant la CSM et devant le JLD. Sans que le règlement interne ou une convention avec les forces de l'ordre ne l'impose, toute sortie au sein du CHS hors de l'une ou l'autre enceinte de l'UMD est à ce jour considérée comme interdite, excluant d'office les patients détenus de tout accès à la cafétéria, aux activités sportives ou à la ferme.

### RECOMMANDATION 30

Les personnes détenues doivent pouvoir bénéficier des mêmes accès aux services proposés au sein du centre hospitalier spécialisé que les autres patients, ces déplacements dans les limites de l'établissement ne pouvant être conditionnés à une permission de sortie accordée par le juge d'application des peines.

**Dans ses observations du 28 août 2023, le directeur général du CH indique :** « *Nous notons le constat ; il apparait effectivement adéquat que ce soit le statut de patient d'UMD qui définisse la participation aux services et activités proposés au sein du CHS; cet élément sera rappelé aux équipes. »*