



Rapport de visite :

8 au 12 janvier 2024 – 2^{ème} visite

Etablissement public de santé mentale (EPSM) de la Somme

(Somme)



SYNTHESE

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), sept contrôleurs ont effectué la seconde visite de l'établissement public de santé mentale (EPSM) de la Somme, situé route de Paris à Dury (Somme), en périphérie d'Amiens (Somme). La première visite datait du mois de novembre 2008¹.

L'EPSM dessert la population adulte et mineure de plusieurs secteurs de psychiatrie du département de la Somme. Il est aussi chargé de l'hospitalisation des patients du secteur de psychiatrie de Montdidier-Roye (Somme).

Les principaux bâtiments érigés à la fin du XIX^{ème} siècle sont toujours en usage à ce jour. Quelques constructions plus récentes les complètent sur le vaste domaine hospitalier.

L'EPSM a surmonté l'importante crise sociale qui l'a marqué à partir de 2016, grâce à des réformes. L'activité sanitaire est dorénavant répartie dans quatre pôles (psychiatrie générale, « filières et réhabilitation psycho-sociale », pédopsychiatrie, médico-pharmaceutique) et un cinquième gère l'activité médico-sociale.

Lors de la visite, les patients adultes étaient pris en charge dans l'un des 192 lits de :

- l'unité d'accueil et d'orientation (UAO)² avant de l'être le cas échéant dans l'une des sept unités d'hospitalisation, dont deux ayant vocation à accueillir des patients en crise et une ayant vocation à accueillir ceux de moyenne et longue évolution. Toutes ces unités sont susceptibles d'accueillir des patients en soins sans consentement (SSC) ;
- en soins libres (SL) ou SSC, dans l'unité de psycho-gériatrie ; en SL exclusivement, dans une unité dédiée aux troubles anxieux et dépressifs ou dans une unité dédiée aux addictions.

Les enfants sont pris en charge dans deux unités totalisant 17 lits, dont une partie en hospitalisation de semaine, par tranches d'âge de 4 à 17 ans et sans filière structurée au-delà.

Aucune suroccupation récente des lits n'a été constatée mais la réponse est insuffisante vis-à-vis des patients nécessitant une prise en charge longue : 86 patients présents depuis plus de 292 jours occupent 61 % des lits du pôle de psychiatrie générale. La moitié d'entre eux sont en SSC, dont une majorité en soins sur décision du directeur de l'établissement (SDDE). La commission sur les séjours longs et complexes ne suffit pas à trouver des solutions. Une unité concentre sans perspectives des prises en charge particulièrement épuisantes pour son équipe.

44 % des patients de l'EPSM sont hospitalisés selon une procédure de SSC, dont plus de trois-quarts en SDDE, parmi lesquels les soins à la demande d'un tiers (SDT) sont exceptionnels : les procédures dérogoires prises sur l'avis d'un seul médecin atteignent 98 % des SDDE.

L'équipe de l'UAO réalise un premier entretien d'accueil, l'unité d'hospitalisation en fait un second. Le livret d'accueil – particulièrement bien fait – est remis et des règles de fonctionnement sont affichées. En revanche, un exemplaire de la décision de SSC est rarement donné aux patients, *a fortiori* les certificats médicaux qui la motivent, et la liste de leurs droits ne l'est pas non plus. La preuve de la notification n'est pas reportée dans le registre de la loi.

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) a repris ses missions et la commission des usagers (CDU) exerce activement ses compétences.

¹ [CGLPL, Rapport de visite de l'établissement public de santé mentale de la Somme, nov. 2008](#) (en ligne).

² La fermeture de l'UAO était programmée à la fin du mois de février 2024, remplacée par une unité de 6 lits aménagée près du service d'accueil d'urgence (SAU) du CHUAP.

Le juge des libertés et de la détention (JLD) tient son audience de contrôle des mesures de SSC deux fois par semaine et se rend régulièrement dans les unités quand le patient est empêché. Les patients reçoivent un exemplaire de sa décision, rendue sauf exception sur le siège.

S'agissant des conditions matérielles d'hébergement, elles sont, sauf exceptions signalées dans le rapport, homogènes et adaptées : les chambres, majoritairement individuelles et fermables de l'intérieur, offrent une salle d'eau privative ; les besoins liés à l'hygiène individuelle sont accompagnés et la propreté des locaux est assurée ; au moins un jardin est largement accessible dans chaque unité. Les patients sont plutôt satisfaits des repas qui leur sont servis.

Les restrictions sont peu nombreuses dans la vie quotidienne mais l'inventaire des effets personnels n'est pas réalisé dans une des unités d'admission. La volonté des patients de participer à un scrutin électoral est prise en compte. Il est possible d'exercer son culte mais seuls les aumôniers catholiques sont actifs. Comme souvent, le droit à la vie affective et sexuelle des patients est envisagé de façon très diverse selon les unités et selon les professionnels.

Alors que la porte d'entrée de la majorité des unités pour adultes est ouverte en journée, la liberté d'aller et venir est restreinte par un système d'autorisation médicale pour sortir de l'unité et de l'établissement, qui s'applique à tous les patients, y compris en SL. Les autorisations de sortie des patients en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) ne sont accordées pour moitié d'entre elles qu'après une deuxième demande ou un deuxième avis médical, le préfet exigeant un parcours complet de préparation à la sortie, sans individualisation.

S'agissant des soins psychiatriques, les praticiens hospitaliers (PH) sont sursollicités et leur temps de présence dans certaines unités est particulièrement insuffisant, au point d'obérer concrètement la qualité des soins et la qualité du travail institutionnel, en rendant moins fréquente l'évaluation médicale – ce qui, pour le moins, ralentit les prises en charge – et en limitant l'étayage des équipes. D'autres aspects des soins et de la réponse aux besoins induits par les caractéristiques des patients accueillis (accompagnements hors de l'unité, procédures de SSC, isolement, contrôle du juge, etc.) sont limités par la présence réduite des infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et aides-soignants (AS) dans quelques unités. Leur bonne connaissance des patients compense un peu ces retards et la réalisation abrupte de certaines tâches.

Des ressources spécialisées³ sont largement associées aux soins. Un service de réhabilitation psycho-sociale regroupe des activités thérapeutiques de qualité et diversifiées.

Dans chaque unité, des psychologues sont facilement accessibles aux patients mais accompagnent aussi à la demande les équipes soignantes, l'établissement n'ayant pas organisé l'intervention d'un tiers pour superviser les équipes ou encourager l'analyse des pratiques. Le comité d'éthique se réunit mais influence trop peu les pratiques.

Les soins somatiques sont prodigués sans difficulté grâce à deux médecins généralistes assistés d'internes et à l'intervention de spécialistes, dont une gériatre dans l'unité de psycho-gériatrie, ainsi que par des rendez-vous à l'extérieur, au CHUAP notamment. Dans ce dernier cas, l'accompagnement des patients n'est pas toujours possible.

Le service de la pharmacie investit activement la conciliation médicamenteuse et l'éducation thérapeutique. Une consultation avec un pharmacien est proposée à l'entrée et à la sortie.

Des assistantes de service social (ASS) se saisissent dans toutes les unités des problématiques sociales dans leur ensemble.

³ Ergothérapeute, éducateur sportif adapté, éducateur, infirmiers formés à des prises en charge spécifiques.

Alors que la prise en charge en pédopsychiatrie est particulièrement structurée et investie et ne concerne plus, en pratique, que des jeunes patients en SL, les deux titulaires de l'autorité parentale ne consentent pas par écrit à l'hospitalisation, des jeunes confiés à l'aide sociale à l'enfance (ASE) sont hospitalisés sur le fondement administratif de la demande écrite d'un éducateur et les jeunes de 17 à 18 ans sont accueillis dans les unités de psychiatrie générale sans lien institutionnalisé avec un pédopsychiatre.

Quant aux patients détenus, ils sont systématiquement et de façon pérenne accueillis dans une chambre d'isolement (CI) d'une unité, sans motivation clinique, en pyjama, sans effets personnels et accès au tabac. Si le droit à des contacts avec l'extérieur est prévu, sa mise en œuvre s'accompagne d'une sécurisation et de mesures de contrôle disproportionnées.

Concernant l'isolement et la contention, les treize CI implantées dans six unités pour adultes et une unité de pédopsychiatrie ont été aménagées il y a plus de quinze ans. Leurs matériaux et équipements sont dépassés. Des espaces d'apaisement se développent, mal nommés « chambres ».

Alors que des outils informatiques défaillants n'ont pas permis d'établir avant le 14 novembre 2023 le registre prévu par le législateur depuis 2016, les travaux d'une sous-commission pluridisciplinaire émanant de la commission médicale d'établissement (CME) ont permis la mise en œuvre d'une politique de moindre recours. Le taux de recours est très mesuré, même si des disparités existent en pratique entre les unités et que deux unités concentrent des mesures de plusieurs mois. Le rôle des espaces d'apaisement n'est pas démontré, leur aménagement n'étant accompagné que rarement d'une définition de leur usage et d'une analyse. Quoique rarement, des mineurs sont isolés alors que leur statut d'hospitalisation en SL ne le permet pas. En raison du nombre insuffisant de médecins, l'examen du patient par un psychiatre à chaque début et renouvellement des mesures n'est pas toujours assuré en temps utile.

Le principe de l'information du patient isolé et de ses proches ainsi que le recueil de sa volonté sont mis en œuvre, à l'oral et à l'écrit, alors que, parallèlement, la désignation de la personne de confiance est incomplète et que la personne n'est pas associée en tant que telle aux soins. Les problèmes informatiques ont durablement empêché le contrôle du JLD sur les mesures d'isolement en cours ; effectif depuis le mois de novembre 2023, il exclut encore, par convention locale, certaines mesures.

Si la crise que l'établissement a traversé à partir de 2016 a largement été évoquée auprès des contrôleurs, les constats opérés lors de la visite de 2024 témoignent d'un établissement résilient.

Le rapport provisoire relatif à cette seconde visite a été transmis au directeur de l'EPSM, au directeur du centre hospitalier universitaire Amiens-Picardie (CHUAP), au préfet de la Somme, aux chefs de juridiction du tribunal judiciaire (TJ) d'Amiens ainsi qu'au directeur de l'agence régionale de santé (ARS) des Hauts-de-France, pour un échange contradictoire d'un mois. Les observations des directeurs généraux de l'EPSM et du CHUAP ont été intégrées au présent rapport définitif.

SOMMAIRE

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.

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.

SYNTHESE	2
SOMMAIRE	5
RAPPORT	11
1. CONDITIONS DE LA VISITE	11
2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE	13
3. LA PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	14
3.1. La réorganisation de l'offre de soins vise à fluidifier les parcours	14
3.2. La situation des ressources humaines demeure fragile	15
Recommandation 1	17
L'établissement doit garantir l'adéquation des effectifs médicaux et non médicaux aux besoins de prises en charge des patients, afin d'assurer des soins adaptés de qualité.	
Recommandation 2	17
Les soignants doivent recevoir une formation continue régulière concernant les aspects législatifs et les évolutions de l'hospitalisation en soins sans consentement et les droits fondamentaux des patients concernés.	
Recommandation 3	18
Les équipes doivent se voir proposer des réunions de supervision ou d'analyse des pratiques professionnelles animées par un intervenant extérieur spécifiquement formé.	
3.3. Le budget est chroniquement insuffisant et de moins en moins prévisible	18
Recommandation 4	19
L'établissement doit pouvoir disposer d'une dotation financière à la hauteur de ses besoins réels afin de pouvoir programmer les adaptations nécessaires de ses prises en charge.	
4. LES MODALITES D'ADMISSION	23
4.1. La restructuration de la prise en charge urgente est programmée à bref délai	23
Recommandation 5	23
Le port d'une chasuble ouverte dans le dos est indigne. Les patients de psychiatrie doivent être dotés aux urgences d'un vêtement respectant leur intimité.	
4.2. Les soins sans consentement sont majoritairement décidés selon des procédures dérogatoires et des hospitalisations sont très longues	25
Recommandation 6	26
Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins en cas de péril imminent et les soins à la demande d'un tiers en urgence doit être exceptionnel.	

Recommandation 7	26
La préparation à la sortie des patients au long cours doit faire l'objet d'une réflexion spécifique impliquant l'ensemble des acteurs concernés, internes et extérieurs à l'EPSM.	
4.3. Les patients en soins sans consentement sont insuffisamment informés de leurs droits spécifiques	27
Bonne pratique 1	27
Le livret d'accueil invite en sept langues différentes les patients et leurs proches à solliciter un interprète auprès du personnel soignant.	
Recommandation 8	28
L'apposition automatique de la mention relative à la notification des droits du patient sur tous les certificats médicaux doit être supprimée et être ajoutée manuellement après notification effective des droits au patient.	
Recommandation 9	29
Chaque patient hospitalisé en soins sans consentement doit se voir remettre un exemplaire de la décision d'admission ou de renouvellement de la mesure, des certificats médicaux qui la motivent ainsi que de la liste des droits spécifiques mentionnés à l'article L.3211-3 du code de la santé publique.	
Recommandation 10	29
Les patients convoqués à l'audience du juge des libertés et de la détention doivent recevoir un exemplaire de l'avis d'audience valant convocation écrite, après notification et explication.	
5. LES CONDITIONS DE VIE	30
5.1. Les conditions matérielles d'hébergement sont dignes	30
Recommandation 11	31
L'établissement doit équiper chaque chambre d'hospitalisation d'un verrou permettant au patient de s'enfermer de l'intérieur et aux seuls soignants d'ouvrir la porte ainsi que d'un dispositif d'appel à ces derniers.	
5.2. Les conditions d'hygiène sont assurées	32
5.3. L'inventaire des biens des patients n'est pas systématiquement réalisé	33
Recommandation 12	33
Les effets personnels doivent faire l'objet d'un inventaire contradictoirement signé lors de l'admission, avec la remise d'une copie au patient concerné.	
Recommandation 13	34
A l'issue de son hospitalisation, tout patient doit pouvoir récupérer l'ensemble de ses valeurs déposées à la régie, avant sa sortie.	
Recommandation 14	34
Les chambres doivent être équipées d'un meuble ou coffre fermable à clé par les patients en autonomie afin de pouvoir y conserver en sécurité leurs effets personnels de valeur.	
5.4. Les repas sont appréciés par les patients	34
6. LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE	35
Recommandation 15	35
Les patients en soins libres doivent pouvoir circuler librement, y compris en dehors de l'établissement. Cette liberté d'aller et venir est inhérente au consentement aux soins.	
6.2. Les restrictions dans la vie quotidienne sont individualisées	36

6.3. La communication avec l'extérieur est organisée	36
Recommandation 16	37
La mise à disposition aux patients d'un téléphone pour joindre leurs proches doit s'accompagner de garanties de confort et de confidentialité en positionnant le téléphone dans un lieu offrant davantage d'intimité et en y installant un fauteuil.	
Recommandation 17	38
Il conviendrait de déployer un réseau wifi dans les unités d'hospitalisation afin de permettre un accès Internet gratuit aux patients.	
6.4. La confidentialité de l'hospitalisation est assurée	38
6.5. La prise en compte du droit de vote n'entraîne aucune mobilisation des patients	38
6.6. L'offre culturelle active est limitée	39
6.7. La vie sexuelle des patients est abordée individuellement.....	39
Recommandation 18	40
Le thème de la sexualité doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle concernant les formations à proposer aux soignants, les manières d'aborder la question et l'information des patients.	
7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	41
7.1. L'établissement a aménagé trois espaces d'apaisement mais a conservé treize chambres d'isolement vétustes.....	41
Recommandation 19	43
Les chambres d'isolement doivent être, sans distinction, équipées de mobilier et de revêtements sécurisés, confortables, adaptés à la prise en charge et favorisant l'apaisement. Des dispositifs d'appel d'urgence doivent être mis à disposition des patients sous contention. Il doit être veillé en toutes circonstances à la préservation de l'intimité des patients.	
7.2. Des outils d'analyse font défaut à la politique de réduction de l'isolement et la question des mineurs n'est pas abordée.....	44
Recommandation 20	45
Le registre prévu par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique concernant l'isolement et la contention doit être effectif et comporter toutes les mentions légales.	
Recommandation 21	46
L'établissement doit se doter de tous les outils pertinents d'analyse des pratiques d'isolement et de contention ainsi que de l'usage et de l'impact des alternatives à ces pratiques.	
Recommandation 22	46
Toute mesure d'isolement, <i>a fortiori</i> de contention, d'un patient mineur doit être proscrite dès lors que, sauf dans l'hypothèse où le patient concerné est pris en charge au titre de soins sur demande du représentant de l'Etat (SDRE), elle est contraire à la loi. Considérant en outre qu'une telle mesure, y compris dans cette dernière hypothèse, est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant, le CGLPL recommande qu'il n'y soit jamais recouru. En tout état de cause, aucune mesure d'isolement ou de contention ne doit être mise en œuvre sans que soient respectées les exigences de l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique quant au contrôle juridictionnel de ces mesures.	
Recommandation 23	49
Toute décision initiale ou de renouvellement de placement à l'isolement ou sous contention doit être impérativement précédée d'un examen par un médecin de plein exercice et prise dans les délais légalement impartis. Une organisation efficace doit être prévue en ce sens.	

Recommandation 24	49
Le port du pyjama en chambre d'isolement doit répondre à des considérations cliniques individualisées. Aucun patient, même en proie à des idéations suicidaires, ne saurait être laissé nu.	
8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	51
8.1. La commission départementale des soins psychiatriques et les représentants des usagers participent au contrôle de la prise en charge des patients.....	51
8.2. L'organisation du registre de la loi ne permet pas un suivi lisible du parcours du patient malgré sa bonne tenue	52
Recommandation 25	52
Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le président du tribunal judiciaire d'Amiens, le préfet de la Somme et le maire de Dury ou leurs délégués doivent visiter au moins une fois par an l'établissement public de santé mentale et porter sur le registre de la loi leur visa et leurs éventuelles observations.	
Recommandation 26	53
Conformément aux dispositions du code de santé publique, doivent figurer dans le registre de la loi les dates de notification, d'une part, des décisions tant d'admission que de maintien de la mesure ou de changement de forme de prise en charge et, d'autre part, des droits et voies de recours et garanties.	
8.3. Le contrôle juridictionnel ne couvre l'isolement et la contention que depuis peu en excluant les patients détenus et les mineurs	53
Recommandation 27	54
Les patients détenus doivent être présentés au juge des libertés et de la détention dans les mêmes conditions que tous les patients en soins sur décision du représentant de l'Etat.	
Bonne pratique 2	56
Le juge des libertés et de la détention tient ses audiences dans l'unité dès lors qu'un patient ne peut lui être présenté dans la salle du tribunal en raison soit de l'impossibilité de l'y transporter, soit de la mesure d'isolement et de contention dont il fait l'objet.	
Recommandation 28	57
Le contrôle juridictionnel sur les mesures d'isolement et de contention doit s'exercer tant sur les patients détenus hospitalisés en soins sur décision du représentant de l'Etat en application de l'article R.6111-40-5 du code de la santé publique dès lors que leurs conditions d'hospitalisation s'apparentent à la mise en œuvre de telles mesures, que sur les patients mineurs, lesquels doivent bénéficier d'un contrôle étroit des conditions de leur hospitalisation en raison de leur vulnérabilité et en raison de l'impossibilité légale de soumettre durablement des patients en soins libres à une mesure d'isolement et de contention. Les mineurs et les patients détenus ne sauraient bénéficier de moins de droits que les autres patients.	
9. LES SOINS	58
9.1. Le déficit de psychiatres complexifie la dispensation de soins adaptés aux besoins des patients hospitalisés	58
Recommandation 29	59
Le nombre et la formation des psychiatres recrutés doit garantir la dispensation de soins de qualité, adaptés aux besoins des patients hospitalisés dans toutes les unités. Les patients doivent bénéficier d'un accès au psychiatre équivalent dans les deux unités d'entrée, notamment pour leur évaluation clinique, ainsi que l'évaluation d'indications de permissions de sortie et d'orientation vers les services	

d'activités thérapeutiques. Aucun patient ne saurait être confié aux soins uniques d'un interne, étudiant non-médecin et non-psychiatre, au motif de la vacance des postes de psychiatres titulaires.

Recommandation 3060

L'hospitalisation en soins sans consentement dans un établissement de santé mentale doit respecter les dispositions légales et ne saurait être prolongée lorsque l'état clinique des patients ne le justifie plus.

Recommandation 3160

Les patients doivent bénéficier d'un matériel permettant la réalisation d'activités occupationnelles dans les unités, répondant à leurs besoins et spontanément accessible toute la journée.

9.2. L'organisation et la qualité de la prise en charge des soins somatiques répondent aux besoins des patients 61

Bonne pratique 362

La mise en œuvre d'un projet spécifique, permettant de pallier le défaut de suivi des patients de psychiatrie par un médecin traitant, contribue de façon pertinente à la qualité de leur prise en charge soignante globale.

9.3. Les outils d'appui à la recherche du consentement sont insuffisamment mis en œuvre alors que l'information concernant les médicaments est pertinente..... 62

Recommandation 3263

La personne de confiance doit être contactée pour son information, le recueil de l'acceptation de sa désignation, la sollicitation de son déplacement pour la contre-signature du formulaire spécifique et son association régulière aux étapes du projet de soins du patient.

Recommandation 3364

L'établissement doit mettre en œuvre la formation et le recrutement de médiateurs de santé pairs et chaque patient doit pouvoir rédiger des directives anticipées incitatives en psychiatrie, au bénéfice de la prévention des hospitalisations et des soins sans consentement.

Recommandation 3465

Les prescriptions médicales doivent respecter les règles de bonnes pratiques et garantir la sécurité des patients.

Recommandation 3565

Les modalités de distribution et d'administration des médicaments doivent respecter la confidentialité concernant les traitements.

Bonne pratique 466

La diversité de l'accompagnement des patients par les pharmaciens, au moyen d'une conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie, de la conduite d'entretiens pharmaceutiques dans les unités et au CMP et d'actions d'éducation thérapeutique assurent une cohérence de l'information du patient, au service de la qualité de l'observance thérapeutique.

9.4. Malgré un accompagnement étayé, la préparation à la sortie est ralentie par les exigences des autorités préfectorales 66

Recommandation 3668

L'octroi aux patients hospitalisés en soins sans consentement d'autorisations de sortie ne doit être fonction que de l'appréciation médicale de leur état clinique. L'autorité préfectorale ne peut refuser d'y donner suite pour d'autres motifs, notamment sécuritaires, imposant le préalable de plusieurs sorties de courte durée accompagnées.

Recommandation 37	68
Le collège des professionnels de santé doit se réunir de façon effective dans tous les cas prévus par la loi, examiner les patients concernés et recueillir leur avis.	
10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES	70
10.1. L'accueil de patients lourdement handicapés et dont l'état se chronicise met à mal le personnel soignant	70
10.2. La prise en charge du sujet âgé est spécialisée	71
Recommandation 38	73
Dans l'unité de géronto-psychiatrie, les plafonds des chambres abîmés par les infiltrations d'eau doivent être remis en état. Des dispositifs d'appel aux soignants doivent être accessibles aux patients dans leur chambre et leur salle d'eau afin de prévenir les risques de chute. La baignoire de la salle de bain collective doit être remise en état de fonctionnement afin de mieux adapter les conditions d'assistance à la toilette et de proposer des soins de balnéothérapie.	
Recommandation 39	74
L'accès aux chambres en journée doit par principe être plus souple. L'interdiction ne peut résulter que de l'évaluation d'un risque et d'un bénéfice individuels.	
10.3. L'hospitalisation des mineurs n'est pas toujours assurée par la pédopsychiatrie et autorisée par tous les titulaires de l'autorité parentale, alors que la prise en charge spécialisée est de qualité	77
Recommandation 40	77
Les patients mineurs ne doivent pas être accueillis avec des adultes. Dans tous les cas, leur suivi doit s'exercer sous le contrôle étroit d'un médecin et d'une équipe formés spécifiquement à la pédopsychiatrie.	
Recommandation 41	78
Avant d'admettre un mineur, l'établissement de santé doit obtenir l'accord écrit de tous les titulaires de l'autorité parentale et vérifier que le professionnel de l'aide sociale à l'enfance à l'origine de la demande a bien les pouvoirs pour la formuler.	
10.4. Les personnes détenues font l'objet d'un isolement systématique à titre sécuritaire	83
Recommandation 42	85
Les patients détenus doivent bénéficier du principe d'équivalence des soins. Sous réserve du règlement pénitentiaire, il ne saurait leur être imposé, à l'instar des autres patients en soins sans consentement que des restrictions adaptées, nécessaires et proportionnés à leur état mental et la mise en œuvre du traitement requis. Le respect des droits de ces patients implique aussi, sauf restriction justifiée médicalement, d'une part de pouvoir se vêtir et user de leurs effets personnels, dont ils doivent se munir en quantité et en qualité suffisante avant de quitter l'établissement pénitentiaire, et, d'autre part, de voir mis en œuvre leurs droits de visite et de correspondance. Le protocole de prise en charge des patients détenus doit être revu en ce sens.	

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Fabienne Viton, cheffe de mission ;
- Clara Benhamou ;
- Marie Crétenot ;
- Pierre Levené ;
- Laurent Ludowicz ;
- Fabien Pommelet ;
- Julien Starkman ;
- Louise Villain, stagiaire.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), sept contrôleurs ont effectué une visite de l'établissement public de santé mentale (EPSM) de la Somme, situé route de Paris à Dury (Somme), en périphérie d'Amiens (Somme). Il s'agissait de la seconde visite, la première ayant eu lieu du 12 au 14 novembre 2008⁴.

La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction de l'EPSM. Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 8 janvier 2024 à 13h45 et l'ont quitté le 12 janvier à 13h. Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le directeur général, qui avait organisé à leur demande une réunion de présentation ouverte à l'ensemble du personnel de l'établissement. Une cinquantaine de personnes étaient présentes.

Le directeur de cabinet du préfet du département de la Somme, le président du tribunal judiciaire (TJ) d'Amiens, la directrice territoriale de l'agence régionale de santé (ARS) dans le département de la Somme et la présidente du conseil de surveillance de l'établissement ont été avisés du contrôle.

Une salle de travail et l'ensemble des documents demandés ont été mis à la disposition des contrôleurs. Des affichettes signalant la visite avaient été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir tant avec des personnes hospitalisées qu'avec des membres du personnel et des intervenants. Ils ont notamment rencontré la présidente du conseil de surveillance et le juge des libertés et de la détention. Les organisations professionnelles représentatives du personnel, avisées de la visite, ont souhaité avoir un entretien. Des contrôleurs se sont rendus au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire d'Amiens-Picardie (CHUAP) afin de compléter les informations recueillies à l'EPSM.

Une réunion de restitution a eu lieu le 15 janvier 2024 en présence d'une soixantaine de personnes.

Le rapport provisoire relatif à cette seconde visite a été transmis le 11 juillet 2024 au directeur de l'EPSM, au directeur du centre hospitalier universitaire Amiens-Picardie (CHUAP), au préfet

⁴ CGLPL, [Rapport de visite de l'établissement public de santé mentale de la Somme, nov. 2008](#) (en ligne).

de la Somme, aux chefs de juridiction du tribunal judiciaire (TJ) d'Amiens ainsi qu'au directeur de l'agence régionale de santé (ARS) des Hauts-de-France, pour un échange contradictoire d'un mois. Les observations de la directrice adjointe de l'EPSM agissant par délégation de la directrice générale, en date du 8 juillet 2024, et celles du directeur général du CHUAP en date du 12 juillet 2024 ont été intégrées au présent rapport définitif, les autres autorités n'ayant pas répondu.

2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE

En 2008, les contrôleurs avaient conclu leur rapport en observant que :

- les pratiques en matière d'information relative aux droits sont hétérogènes dans les unités, où elles dépendent du statut des patients. Seuls ceux passant par l'unité d'accueil et d'orientation (UAO) bénéficient d'une information adaptée ;
- la désignation d'une personne de confiance n'est pas toujours recherchée ;
- les droits de recours sont exposés dans un formulaire rédigé en termes juridiques précis et expliqués par les soignants sans notice d'accompagnement directement compréhensible par un public non averti. La partie du formulaire destiné au malade ne lui est en général pas remise et le livret d'accueil est très général et ne mentionne explicitement aucune adresse des autorités citées pour les recours éventuels ;
- les règles d'utilisation du téléphone fixe dans les unités ne sont pas homogènes, mais il est gratuit ;
- les règles de vie quotidienne appliquées dans les unités sont différentes ;
- des patients hospitalisés en chambre d'isolement faute de disponibilité d'une chambre ordinaire ne disposent pas de mobilier complémentaire et y sont enfermés à clé ;
- aucune analyse des pratiques d'isolement et de contention n'est réalisée, par service ou à l'échelle de l'établissement, ni même évaluation des pratiques professionnelles ;
- les chambres d'isolement n'offrent aucun dispositif d'appel, y compris quand le patient est placé sous contention ;
- l'utilisation de la procédure de sortie d'essai est parfois d'une durée sans rapport avec une réelle période de transition à la sortie d'une hospitalisation en soins sans consentement.
- s'agissant des patients détenus, ils sont maintenus enfermés en chambre d'isolement pendant toute la durée de leur hospitalisation, sans accès aux activités thérapeutiques collectives et sans accès aux droits auxquels ils peuvent par ailleurs prétendre en détention ;

En 2024, les contrôleurs constatent que les modalités d'accueil dans les différents services ont été harmonisées. Le livret d'accueil a été actualisé de manière efficace. La communication avec l'extérieur est davantage facilitée qu'en 2008 grâce à la mise en œuvre du principe de libre accès au téléphone portable personnel, sauf exceptions. Mais l'information individuelle du patient en SSC par les soignants reste incomplète, comme décrit en 2008, de même que le processus de désignation d'une personne de confiance et son association aux soins.

Les lits ne sont pas suroccupés lors de la visite. Les changements d'unité n'ont plus les causes et les conséquences décrites en 2008 et aucune occupation de chambres d'isolement par des patients non isolés n'a été observé.

La traçabilité des mesures d'isolement et de contention est dorénavant assurée et une analyse des pratiques effectuée. L'absence de dispositif d'appel accessible aux patients placés sous contention mécanique est toujours regrettée.

Le cadre du programme de soins est maintenant utilisé pour lever l'hospitalisation complète des patients en SSC.

Les personnes détenues continuent à être hospitalisées dans les conditions décrites en 2008.

3. LA PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

3.1. LA REORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS VISE A FLUIDIFIER LES PARCOURS

L'établissement public de santé mentale (EPSM) de la Somme, anciennement centre hospitalier Philippe Pinel, dessert quatre secteurs de psychiatrie pour adultes et deux inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du département de la Somme.

Il est l'un des trois établissements de santé de ce département à pouvoir accueillir des patients adultes en soins sans consentement (SSC), avec les centres hospitaliers (CH) d'Abbeville (Somme) et de Péronne (Somme). Il est chargé par convention de l'hospitalisation des patients du secteur de psychiatrie de Montdidier-Roye (Somme). Il est le seul à pouvoir hospitaliser à temps complet des enfants de 4 à 17 ans, originaires de la région s'agissant des enfants de 4 à 12 ans et du département au-delà de cet âge.

L'EPSM occupe un domaine de 34 hectares ceint d'un mur. Les principaux bâtiments ont été érigés de 1886 à 1891 pour les besoins de la maison de santé départementale de Dury-les-Amiens et sont toujours en usage à ce jour, même si des constructions plus récentes les complètent. Un dossier d'inscription à l'inventaire des monuments historiques a été introduit par la commune de Dury.

Une importante crise sociale a marqué l'EPSM à partir de l'année 2016, motivée par la suppression de postes de soignants et l'insuffisance du nombre de psychiatres doublés de la suroccupation des lits d'hospitalisation. Elle a été surmontée à compter de 2018 par l'administration provisoire d'un triumvirat assisté d'un psychiatre. L'établissement a été réorganisé, notamment en abandonnant le principe de sectorisation de l'offre d'hospitalisation dont la capacité a été réduite de 80 lits, en restructurant les pôles et en renforçant les structures extrahospitalières. La crise institutionnelle est encore très présente dans les discours et sert, plus encore que la crise sanitaire liée à la Covid-19, de référence temporelle.

Depuis 2016, l'établissement est membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) Somme Littoral Sud piloté par le centre hospitalier universitaire Amiens-Picardie (CHUAP).

Le projet territorial de santé mentale (PTSM) de la Somme, piloté par l'EPSM, date de 2020. Des conventions relient l'établissement avec des centres hospitaliers (CHUAP, CH intercommunal de Montdidier-Roye – CHIMR), des cliniques (du Campus située face à l'EPSM, Sainte-Monique à Saint-Quentin – Aisne), des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), etc. L'action de l'EPSM s'inscrit ainsi dans son territoire.

Le projet d'établissement et ses déclinaisons (médical, soins, social, des usagers, etc.) couvrent la période 2020-2024 et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2019-2024.

Quatre pôles organisent les activités extra et intra-hospitalières :

- le pôle de psychiatrie générale, composé d'une unité d'accueil et d'orientation (UAO), de sept unités d'hospitalisation complète pouvant accueillir des patients en SSC ainsi que de structures de soins ambulatoires ; ce pôle met à disposition 144 lits d'hospitalisation à temps complet, dans six unités ouvertes (dont l'UAO et les unités Lasègue et Aubanel, qui sont des unités d'admission, respectivement pour l'accueil des situations cliniques aiguës et subaiguës) et deux unités fermées ;
- le pôle « filières et réhabilitation psycho-sociale », composé d'une unité de psychiatrie pour adulte (UPA) proposant une hospitalisation complète à des patients en soins libres (SL) souffrant d'anxiété, de dépression et post-suicidants, un centre d'addictologie proposant une

hospitalisation complète à des patients en SL, une unité de psycho-gériatrie pouvant accueillir des patients en SSC à temps complet, des ateliers thérapeutiques au sein de l'EPSM ainsi que des structures de soins ambulatoires spécialisées parmi lesquelles celles concernant les personnes détenues à la maison d'arrêt d'Amiens ; ce pôle offre 52 lits pour l'hospitalisation à temps complet, dont 20 lits en psycho-gériatrie ; l'unité de psycho-gériatrie fonctionne avec sa porte fermée ;

- le pôle de pédopsychiatrie, composé de l'unité d'hospitalisation de jour et de semaine Donald Winnicott pour les enfants de 4 à 12 ans, de l'unité Mara Selvini d'hospitalisation complète pour les jeunes de 12 à 17 ans ainsi que de structures de soins ambulatoires ; les deux unités d'hospitalisation du pôle, totalisant 17 lits, ont des portes d'entrée fermées.
- le pôle médico-pharmaceutique, regroupant l'activité de la médecine polyvalente, de la pharmacie et de l'information médicale.

L'EPSM gère également 40 places en maison d'accueil spécialisée (MAS), dans un pôle médico-social.

Les unités Lasègue, Aubanel, Pinel, Falret, Marcé, Esquirol comptent chacune deux chambres d'isolement (CI). Seule l'unité Mara Selvini compte une seule CI. Le total est de 13 CI. Des espaces d'apaisement se développent.

Les contrôleurs se sont attachés à contrôler les sept unités d'hospitalisation complète du pôle de psychiatrie générale, l'unité de psycho-gériatrie du pôle « filières et réhabilitation psychosociale » et les deux unités de pédopsychiatrie.

3.2. LA SITUATION DES RESSOURCES HUMAINES DEMEURE FRAGILE

3.2.1. Les ressources

L'ensemble de l'EPSM dispose de 930 équivalents temps-plein (ETP) de postes non médicaux budgétés et de 47 ETP médicaux. Une vingtaine de postes non médicaux a été créée en 2018 en sortie de crise (cf. § 3.1) et onze supplémentaires en 2023⁵. Lors de la visite, les services intra-hospitaliers comptaient en emplois pourvus :

Semaine 2 Année 2024	Pôle Psychiatrie générale		Pôle Filières et réhabilitation		Pôle Pédopsychiatrie	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Effectifs médicaux	19	13	5	4,5	4	3,5
Praticiens hospitaliers (PH)	10	5,8	3	2,5	1	0,5
Médecins associés	5	3,2	1	1	-	-
Internes	4	4	1	1	3	3
Effectifs non médicaux	209	198,75	52	48,8	40	35,9
Cadres de santé	8	8	2	1,8	2	2
Infirmiers (IDE ⁶)	117	113,9	29	28	20	19,2
Aides-soignants (AS)	33	32	6	6	1	1

⁵ Alors que l'établissement faisait face à l'augmentation de la masse salariale issue des mesures nationales de revalorisation des métiers des établissements de santé (accords du Ségur de la santé de 2020).

⁶ IDE : infirmier diplômé d'Etat.

Agents de service hospitalier (ASH)	36	34,8	10	8,7	5	5
Psychologues	6	2	2	1,5	2	1
Psychomotriciens	-	-	-	-	1	0,4
Ergothérapeute	-	-	1	0,8	-	-
Personnel socio-éducatif	3	2,8	-	-	6	5,5
Assistants de service social (ASS)	4	3,25	2	2	2	1
Assistants médico-administratifs	1	1	-	-	1	0,8

En complément des professionnels listés dans le tableau *supra*, interviennent ponctuellement : kinésithérapeute, diététicien, dentiste, gynécologue (cf. § 9.2).

Au total, seulement 6,9 ETP ne sont pas pourvus (1,5 ETP de PH, 4 ETP d'IDE, 1 ETP d'ASH et 0,4 ETP de personnel socio-éducatif), mais 3,2 ETP de psychiatre dans les unités d'hospitalisation sont occupés par 5 praticiens diplômés hors Union Européenne (PADHUE), lesquels constituent la moitié des ressources médicales qui interviennent dans les unités du pôle de psychiatrie générale. L'apport des internes n'est pas négligeable non plus dans l'ensemble des trois pôles, 8 internes étant encadrés par 14 médecins dont le cumul d'activité représente 7,8 ETP.

Aucun infirmier de pratique avancée (IPA) n'intervient en intra-hospitalier mais deux sont déjà en poste en extra-hospitalier et quatre sont en formation.

Dans chaque unité, le personnel non-médical comprend au moins un cadre de santé, des IDE et des ASH. De manière majoritaire, les équipes intègrent aussi des AS, un psychologue, du personnel socio-éducatif, un ASS, et, plus rarement, un ergothérapeute, un psychomotricien ou un assistant médico-administratif.

Le temps de travail des IDE et AS est planifié de 6h45 à 14h15 et 13h45 à 21h15 en journée, de 21h à 7h la nuit. Les temps de transmission entre les équipes durent une trentaine de minutes, plus longues entre les équipes du matin et de l'après-midi que le soir. Les équipes de nuit sont distinctes de celles de jour, qui assurent le remplacement de nuit en cas de besoin.

Alors que les maquettes des unités comprennent 10 % de personnel théorique en plus⁷, la plupart des cadres rapportent des difficultés à établir les plannings, de jour comme de nuit, pour garantir, en journée, 4 ETP soignants le matin et l'après-midi (dont 2 IDE) et, la nuit, 2 soignants (dont 1 IDE). Le soignant prévu pour être présent du matin au soir est souvent manquant, au détriment des actes particuliers de prise en charge comme les activités, les sorties, l'isolement et la contention (cf. § 7.2) et la présentation devant le JLD (cf. § 8.3). Quand le volontariat trouve ses limites, il est fait appel au personnel d'autres unités pour pallier les absences. Une équipe de renfort de nuit (5 agents⁸), à laquelle a succédé depuis le mois de janvier 2024 une équipe de suppléance (d'une dizaine d'agents), est mobilisable jour et nuit⁹, mais elle est encore méconnue et ne parvient pas à répondre aux besoins.

⁷ Depuis les accords de 2018 de sortie de crise.

⁸ Occupés, selon les propos recueillis, par 4 IDE et 1 AS.

⁹ À la suite d'un accord signé à l'été 2022, selon ce qui a été expliqué aux contrôleurs. Elle est gérée par le pôle médico-pharmaceutique.

Le taux d'absentéisme¹⁰ s'élevait à 5,92 % en 2022 pour le personnel médical et à 9,91 % pour le personnel non médical.

Recommandation 1

L'établissement doit garantir l'adéquation des effectifs médicaux et non médicaux aux besoins de prises en charge des patients, afin d'assurer des soins adaptés de qualité.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction de l'EPSM précise que « *les maquettes organisationnelles sont effectives et dimensionnées à l'activité, pour autant l'absentéisme n'est pas remplacé à chaque poste en raison des contraintes budgétaires* », en ajoutant que « *l'EPSM sollicite l'allocation des ressources en lien avec le secteur G03 dont l'hospitalisation complète est assurée depuis plusieurs années sans financement* ».

3.2.2. La formation du personnel

Le nouveau personnel bénéficie d'une journée d'accueil. Organisée deux fois par an, reconfigurée en 2023, elle s'appuie notamment sur le patrimoine immobilier et l'histoire du site (visite, géocaching, etc.) pour découvrir la psychiatrie, en présence d'associations et avec un repas.

Lors de leur prise de poste, les nouveaux agents bénéficient d'un temps d'adaptation en étant positionnés quelques temps en doublure.

L'EPSM consacre 3 % de sa masse salariale à la formation, en relation avec l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH). Les demandes de formation sont recensées à la faveur des campagnes d'évaluation et sont examinées par la commission de formation. Le plan de formation est élaboré sur cette base, en priorisant l'adaptation aux postes de travail (santé mentale pour le personnel non médical, cuisine, techniques, etc.) ainsi que la gestion de la violence¹¹ et les premiers secours, pour lesquels l'EPSM met en place des formateurs-relais de manière à aboutir plus vite à la formation de tout le personnel paramédical. La formation du corps médical s'inscrit dans le plan de formation établi par la commission de formation spécialisée. Les professionnels rencontrés ont témoigné de l'offre de formation et de son accessibilité. En revanche, aucune formation continue relative aux droits des patients en SSC n'est proposée, ce qui fait défaut dans l'approche procédurale spécifique de ce cadre de soins (cf. § 4.3.2 et § 8.2).

Recommandation 2

Les soignants doivent recevoir une formation continue régulière concernant les aspects législatifs et les évolutions de l'hospitalisation en soins sans consentement et les droits fondamentaux des patients concernés.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction de l'EPSM indique : « *Le plan de formation inclut une formation pérenne de deux jours "Les modalités d'hospitalisation – soins psychiatriques : maîtriser les règles applicables au sein de l'EPSM de la Somme et assurer les droits des patients" depuis 2020 avec un total de 43 agents formés entre 2020 et 2024. A cela s'ajoute*

¹⁰ La direction des ressources humaines de l'établissement a expliqué travailler spécifiquement sur la vingtaine d'absences de longue durée pour envisager avec les personnes une évolution de leurs projets professionnels.

¹¹ Formation OMEGA.

une formation "Soins psychiatriques sans consentement – maîtriser les règles applicables et sécuriser les pratiques professionnelles" (12 agents formés en 2020), une formation "Le droit des patients et la prise en charge des mineurs dans les services adultes" (8 agents formés en 2023), une formation "Bientraitance maltraitance – législation de l'accueil des mineurs" (5 agents formés en 2022 et 2023) ».

Parmi les 30 infirmiers recrutés en 2020, 12 étaient encore présents en 2021 et 11 en 2022. Pour attirer et fidéliser, la direction cherche à promouvoir le lien humain dans le travail et s'appuie sur les politiques nationales¹², sur les possibilités d'évolution interne en promouvant une bourse de l'emploi et sur l'accueil de stagiaires de son institut de formation aux métiers de la santé (IFMS)¹³. Des professionnels ont témoigné d'effectifs soignants plus stables.

La supervision des professionnels fait défaut : aucune intervention d'un tiers extérieur pour superviser ou contribuer à l'analyse des pratiques professionnelles n'est proposée. Les temps de réunion clinique (quand ils sont organisés), l'intervention du psychologue des patients pour accompagner une demande de réflexion sur le fonctionnement en équipe ou encore le comité de retour d'expérience (CREX) éventuellement réuni à l'issue d'événements indésirables ne pallient pas l'absence de supervision.

Recommandation 3

Les équipes doivent se voir proposer des réunions de supervision ou d'analyse des pratiques professionnelles animées par un intervenant extérieur spécifiquement formé.

La direction de l'EPSM indique, dans ses observations au rapport provisoire, que « la supervision existe au sein de certaines unités » mais qu'elle « fera l'objet d'une action corrective visant à la formaliser et à l'étendre ».

3.3. LE BUDGET EST CHRONIQUEMENT INSUFFISANT ET DE MOINS EN MOINS PREVISIBLE

L'établissement, composé à la fois de bâtiments anciens et de bâtiments nouveaux (pédopsychiatrie) ainsi que de vastes espaces arborés, est apparu entretenu. Un schéma immobilier valable pour la période 2020-2024 projette la mise en œuvre des axes du projet d'établissement. Le regroupement des activités ambulatoires du pôle de psychiatrie générale et d'une partie de celles du pôle de pédopsychiatrie dans un unique bâtiment moderne au centre de la ville d'Amiens est en cours de finalisation ; il vise aussi des économies. L'aménagement d'espaces d'apaisement dans les unités a été financé.

En pratique, l'entretien et le fonctionnement de l'EPSM sont coûteux : spécificité de certains matériaux¹⁴, vétusté de certains équipements¹⁵, complexité de l'organisation de certaines

¹² Déclinaison des accords de Ségur ; résorption de l'emploi précaire avec signature de deux accords successifs avec les représentants du personnel ; application de la loi Rist depuis le 1^{er} avril 2023 avec la signature de contrats dits « de type 2 » pour mettre fin aux intérim.

¹³ Dans le cadre de ses observations au rapport provisoire, la direction de l'EPSM souhaite préciser que « l'accueil de stagiaires n'est pas limité à notre IFMS, l'EPSM accueille des stagiaires de plusieurs Instituts de formation du territoire (IDE, psychomotricien, orthophoniste, assistante sociale, éducateur spécialisé, psychologue) ».

¹⁴ Zinc sur les toitures des coursives de déambulation entre les unités, brique rouge locale, sculptures, etc.

¹⁵ Notamment à la cuisine.

prestations¹⁶, prix des fluides et de l'énergie¹⁷ et augmentation des dépenses en personnel¹⁸. Des réformes destinées à rationaliser certains fonctionnements ne sont pas mises en œuvre afin de préserver l'équilibre social de l'établissement, sans préjudice identifié pour les patients lors de la visite.

La dotation budgétaire se compose de plusieurs parts, dont deux liées à la population du territoire (environ 80 % du total) et à la file active. Cette dernière ne sera connue qu'en mars 2024 et sur la base de la file active enregistrée au 31 décembre 2022 soit plus d'un an plus tôt ; la part populationnelle n'était pas non plus connue à la date de la visite. En 2023, l'EPSM a reçu un peu plus de 67 millions d'euros mais en a dépensé près de 70 millions. Pour 2024, il projette 74 millions de dépenses. Le déficit annuel est chronique et il est passé de 1 à 2 millions en 2022. Les dépenses d'investissement sont inférieures à 1 % du budget. La modernisation de la prise en charge des patients s'appuie dès que possible sur un financement spécifique par le fonds d'intervention régional (FIR)¹⁹ mais reste résiduelle. La modernisation des chambres d'isolement n'est ni projetée ni financée.

Recommandation 4

L'établissement doit pouvoir disposer d'une dotation financière à la hauteur de ses besoins réels afin de pouvoir programmer les adaptations nécessaires de ses prises en charge.

3.4. L'ANALYSE DES EVENEMENTS INDESIRABLES PERMET D'AMELIORER EFFECTIVEMENT LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

3.4.1. La gestion des incidents

En 2023, 540 événements indésirables (EI) ont été enregistrés, contre 512 en 2022. Les principaux EI concernaient en 2023 :

- les violences : 178 situations déclarées, dont 35 à l'observatoire national des violences en milieu de la santé (ONVS), dont 16 étaient de niveau grave (niveau 4) et 18 étaient de niveau majeur (niveau 3) (contre 44 déclarations en 2022 et 83 en 2021) ;
- la prise en charge du patient et actes de soins : 128 événements déclarés ;
- les risques techniques et environnementaux, notamment en lien avec le changement récent de logiciel : 87 déclarations ;
- les fugues : 45 EI déclarés, dont 2 à la suite de non-retours de permission.

¹⁶ Le linge est entretenu par trois services différents : deux externalisés, un interne.

¹⁷ Entre 2021 et 2023, les dépenses en énergie et fluides ont augmenté de plus de deux millions d'euros, passant de 6,7 à 8,9 millions d'euros.

¹⁸ La mise en œuvre des accords du Ségur de la santé a entraîné une hausse de 6,92 % des dépenses en personnel ; la mise en œuvre de la loi Rist a permis d'allonger le temps de présence des médecins contractuels mais pas de diminuer leur coût ; l'établissement dépense 83,6 % de son budget en personnel.

¹⁹ Le fonds d'intervention régional (FIR) finance des actions et des expérimentations validées par les agences régionales de santé (ARS) en faveur de : la performance, la qualité, la coordination, la permanence, la prévention, la promotion ainsi que la sécurité sanitaire. En 2023, l'EPSM a perçu 73 000 euros du FIR pour l'aménagement d'espaces d'apaisement.

En 2023, 5 signalements auprès du procureur de la République ont été réalisés pour des faits de violences et 14 déclarations de fugue ont été faites auprès de l'ARS.

La procédure de signalement des EI utilise le logiciel Blue Medi®. Tous les agents sont habilités à effectuer un signalement sur le logiciel et une procédure d'anonymat existe. La direction valorise et incite à la déclaration.

Tous les incidents sont relus par la cellule qualité et gestion des risques, qui les requalifie si nécessaire et évalue leur criticité, puis ils sont repris mensuellement par la cellule des événements indésirables (CEI) afin d'évoquer les suites données ou à donner, en s'appuyant sur un tableau de suivi. Le bilan annuel de la CEI permet une analyse approfondie des EI, distinguant les unités, le statut du public accueilli, les types d'événements et les réponses apportées. La majorité des signalements font l'objet d'une réponse de la cellule qualité ; à défaut, des retours sont réalisés auprès des cadres qui reprennent les incidents avec les équipes, notamment lors de la mise en place d'un plan d'action. Une douzaine de comités de retour d'expérience (CREX) ont été organisés dans l'année 2023, à la demande des soignants ou de la direction. Les soignants font état d'une approche bienveillante, dans l'objectif d'améliorer les pratiques et non de relever une faute professionnelle. Un tableau de suivi des CREX liste les actions d'amélioration proposées et leur mise en œuvre : 75 % de mise en œuvre en 2023. Des revues de mortalité et morbidité (RMM) sont également mises en place avec le corps médical, en lien avec l'ARS. Par ailleurs, tous les événements indésirables graves (EIG) font l'objet d'un traitement en CEI et peuvent aboutir à une analyse des causes à l'occasion d'un CREX. Les faits de violences, selon leur niveau de gravité, sont déclarés sur le portail de l'ONVS. Le traitement des incidents est décrit comme rapide et les professionnels se disent en confiance pour évoquer les dysfonctionnements internes ou les situations difficiles.

Malgré l'absence de service de sécurité et l'ouverture relative de l'établissement sur l'extérieur, les soignants n'ont pas exprimé de sentiment d'insécurité et ne font pas état d'incidents violents récurrents. Ils sont néanmoins dotés d'une protection travailleur isolé (PTI). Ils peuvent aller voir le psychologue du travail et, après des incidents, des réunions d'équipe sont organisées avec le cadre de santé et en présence du psychologue de l'unité. Un accompagnement particulier peut être proposé à un soignant à la suite d'une agression physique, notamment en renforçant l'équipe. Un groupe de travail pluridisciplinaire composé d'IDE, d'AS, de cadres, de médecins, d'un éducateur et du directeur qualité autour de la prévention et de la gestion de la violence, a également été mis en place au mois d'octobre 2023. Un livret à destination des professionnels a été diffusé afin d'informer sur les mesures à prendre en cas de violence. La formation Omega, très demandée par les soignants, permet d'apprendre de nouvelles techniques de gestion de la violence aux professionnels (cf. § 3.2.2).

En cas d'agression physique entre deux patients, la procédure suivante est connue : le patient est vu par le médecin, reçu par le cadre de santé, le tuteur est informé et les droits et possibilités ouvertes au patient sont rappelés. En l'absence de tiers, les soignants proposent également d'accompagner le patient dans son dépôt de plainte.

En cas de fugue, une première procédure est mise en place au sein de l'établissement afin de rechercher le patient dans l'enceinte de l'établissement. Les professionnels se regroupent à l'UAO et une répartition par groupe et par secteur est organisée afin de quadriller les lieux. A l'issue, la fugue est déclarée et un EI est rédigé. La déclaration peut faire l'objet d'une « *demande de transformation en recherche d'un patient en SDRE* ». Les soignants attendent alors l'arrêté préfectoral avant de se rendre au domicile du patient.

La police intervient si elle est sollicitée, en cas de violence mais également en cas d'intrusion de tiers virulents à proximité des unités, d'introduction d'armes, de présence d'armes au domicile ou pour aller rechercher à son domicile un patient SDRE fugueur. Les relations avec la police sont décrites comme fluides. En 2023, de telles interventions sont rapportées cinq fois dans les EI.

La commission des usagers (CDU) est informée chaque trimestre des EI et de leur traitement. Le suivi des plaintes et des réclamations lui est également présenté par la cellule qualité. Une analyse en est faite et permet d'échanger sur les procédures mises en place afin d'éviter la répétition de certains incidents. Le plan « fugue » a également été présenté à la CDU afin d'évoquer l'évolution du dispositif.

De manière générale, en cas de réclamation, les patients sont informés de leur droit d'écrire à la CDU ou à la direction. Ces informations sont également affichées et reprises dans le livret d'accueil.

3.4.2. Les décès

De 2018 à 2023, 19 patients sont décédés à l'EPSM de la Somme, dont 10 hospitalisés en SSC. 11 patients provenant de l'EPSM sont décédés pendant la même période au CHU. 5 décès résultaient d'une pendaison et ont fait l'objet d'un obstacle médico-légal et 14 résultaient d'un arrêt cardio-respiratoire sans obstacle médico-légal retenu. 3 patients étaient âgés de plus de 80 ans, 11 de plus de 70 ans, 8 de plus de 60 ans, 5 de plus de 50 ans, les 3 autres étant âgés de 29 ans, 33 ans et 45 ans.

Tous les cas de pendaison ont fait l'objet d'un retour d'expérience ou d'une revue de mortalité et morbidité et certains arrêts cardio-respiratoires ont pu faire l'objet d'un retour d'expérience. Les autopsies ne sont pas automatiques et résultent d'une décision du médecin légiste en cas d'obstacle médico-légal retenu et de la décision du procureur de la République, informé en cas d'obstacle. L'ARS est systématiquement informée en cas de suicide.

Les familles sont informées du décès par le médecin de garde lors d'un premier contact et rencontrent rapidement le médecin de l'unité. Elles sont informées de leurs droits. Il est tenu compte de la volonté de la famille quant à la prise en charge du corps, quand elle est exprimée. Trois familles ont sollicité l'accès au dossier médical du patient et trois procédures de demande d'indemnisation sont en cours.

Les équipes accompagnent parfois la fin de vie d'un patient. Le service des soins palliatifs du CHUAP est sollicité. Dans un cas rapporté dans l'unité de psycho-gériatrie, il a été décidé de maintenir le patient à l'EPSM sur les conseils des professionnels du CHUAP.

L'absence de dispositif de supervision accessible aux soignants après des décès soudains ou annoncés est, de façon limitée, remplacé par l'écoute de l'encadrement, des médecins et des psychologues des unités (cf. § 3.2.2).

3.5. LA REFLEXION DU COMITE D'ETHIQUE N'IRRIGUE PAS ENCORE TOUTES LES UNITES

Le comité d'éthique existe depuis 2012. Son activité a cependant été fluctuante durant de nombreuses années, résultant d'une instabilité dans sa composition. Depuis 2023, la composition du comité a été renouvelée et a permis une reprise d'activité régulière. Le comité comprend

27 membres²⁰ dont des membres de droit²¹. Deux médecins généralistes sur les trois présents sur l'établissement en font partie mais seul un psychiatre, président de la commission médicale d'établissement (CME), y participe, interrogeant l'implication médicale dans cette instance. Le comité est actuellement présidé par un cadre de santé.

Les saisines et les sujets abordés par le comité éthique concernent le port du pyjama en psychiatrie, la priorisation des soins, la bioéthique, la fin de vie, l'accès aux dossiers numériques entre deux établissements²² ou encore les directives anticipées et les mesures anticipées. La saisine d'une unité, relative à l'identitovigilance, a été discutée.

Le comité est bien connu des soignants chargés de l'hospitalisation lorsqu'un membre du comité est issu d'une unité de soins, partageant ses réflexions et son travail. Cependant, en leur absence, la connaissance du comité et des sujets traités ne parvient pas systématiquement aux soignants. Afin de rayonner auprès de tous, le comité entend développer l'outil Intranet, organiser des ciné-débats et développer un *webinaire* pendant l'année 2024. Un questionnaire a également été adressé à tous les soignants afin de les interroger sur les directives anticipées et les impliquer dans la mise en place de nouveaux outils. L'inscription du comité en sous-commission de la CME permet également à l'instance d'être plus visible au niveau institutionnel.

²⁰ Infirmiers et cadres de santé majoritairement mais également des médecins, une aide-soignante, une psychomotricienne, un ingénieur qualité, un éducateur spécialisé et deux assistantes sociales.

²¹ Le directeur général et le directeur des soins.

²² Notamment avec le service médico-psychologique régional (SMPR).

4. LES MODALITES D'ADMISSION

4.1. LA RESTRUCTURATION DE LA PRISE EN CHARGE URGENTE EST PROGRAMMEE A BREF DELAI

L'organisation de la prise en charge urgente des soins psychiatriques va faire l'objet d'une évolution majeure : le transfert de l'UAO dans des locaux en cours de restructuration du CHUAP, à proximité du service d'accueil des urgences (SAU), est programmée pour le 21 février 2024²³. Les locaux actuels de l'UAO compte quatre chambres sans CI, alors que ceux de destination disposeront de six chambres et d'une CI.

A l'occasion de ses observations au rapport provisoire en juillet 2024, la direction générale du CHUAP confirme que « *la prise en charge des urgences psychiatriques de l'EPSM est assurée aujourd'hui, et ce depuis mi-février [2024], dans des locaux neufs à proximité immédiate des urgences médicales adultes sur le site du CHUAP, ce qui fluidifie les prises en charge et favorise les échanges entre équipes, y compris concernant les démarches qualité et gestion des risques* ».

4.1.1. Le service des urgences du CHUAP

Aucune équipe de l'EPSM n'intervient dans le SAU du CHUAP lors du contrôle. Les psychiatres du CHUAP assurent la liaison et la prise en charge des patients à présentation psychiatrique (suicidants par intoxication médicamenteuse volontaire, pathologies décompensées). L'examen et les soins somatiques initiaux sont réalisés au SAU, avant les soins psychiatriques. Les patients sont orientés dans l'unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD) ou dans un service spécialisé (réanimation notamment) selon les besoins de leur état clinique. Ceux dont l'examen psychiatrique l'indique sont adressés à l'UAO après la stabilisation de l'état clinique somatique. Il a été indiqué que les patients à présentation psychiatrique sont pris en charge sans passe-droit ni stigmatisation, « *comme tous les autres* ».

Si la recherche systématisée d'un tiers en vue d'une hospitalisation en SSC privilégiant la procédure du SDT avec des certificats médicaux initiaux signés par deux médecins distincts (un urgentiste et un psychiatre) est affichée par les professionnels, les procédures dérogatoires, de SDTU et de SDTPI, prospèrent (cf. § 4.2.2). Les patients adressés en SDRE sont plus rares.

Certains patients revêtent au CHUAP une simple chasuble ouverte dans le dos, qu'ils portent jusqu'à leur arrivée à l'EPSM (cf. § 6.2).

Recommandation 5

Le port d'une chasuble ouverte dans le dos est indigne. Les patients de psychiatrie doivent être dotés aux urgences d'un vêtement respectant leur intimité.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction de l'EPSM rappelle que « *les cas constatés de patients arrivant du SAUPA (urgences du CHUAP) avec des chasubles ont fait l'objet d'un signalement d'événement indésirable²⁴ qui a été transmis au CHUAP pour analyse en GHT et propositions correctives* » et que « *aucune chasuble n'est utilisée au sein de l'EPSM* ».

²³ Les contrôleurs ont été reçus en réunion, en présence de la cheffe de service, du cadre supérieur de santé, du cadre de santé du SAU et de la directrice des affaires juridiques, et ont pu visiter le chantier des nouveaux locaux d'accueil de l'UAO au sein du SAU du CHU, ainsi que l'unité distincte des chambres sécurisées à destination des détenus.

²⁴ FEI 4663 du 14 août 2023.

La direction générale du CHUAP, par le biais de ses propres observations au rapport provisoire, indique : « *Le port de chasuble aux urgences est adapté à la prise en charge en box afin de faciliter l'examen clinique. Afin que les déplacements et les transferts de patients se fassent en respectant leur intimité, les chasubles sont fermables par pressions. De plus, lors du transfert sur brancard, notamment en ambulance, un drap est utilisé* ». Elle confirme aussi que « *suite à la déclaration d'événement indésirable concernant le transfert de patients vers l'EPSM de la Somme, la situation a été examinée lors d'une réunion concertée à l'échelle du GHT Somme Littoral Sud. Des mesures correctives ont été adoptées : il s'agit notamment de la fourniture de peignoir afin de respecter l'intimité des patients lorsqu'ils ne peuvent se revêtir avant leurs transferts* ».

Les patients qui présentent un état d'agitation font l'objet d'un traitement sédatif en cas de besoin. L'attente de leur réveil avant transfèrement à l'UAO a été signalée comme « *usuelle* », mais des patients sont transférés avec une contention chimique toujours partiellement active. Les patients sont transférés avec un véhicule du CHUAP le jour et un VSL la nuit, avec un délai d'attente parfois long. L'utilisation des contentions dans l'ambulance a été qualifiée de « *rarissime* ».

4.1.2. L'unité d'accueil et d'orientation

Les locaux²⁵ de l'UAO sont situés dans le pavillon Adrian de l'établissement. Les patients proviennent de leur domicile, de la rue, du SAU ou d'un service spécialisé du CHUAP, d'une structure de soins psychiatriques ambulatoire, seuls ou accompagnés de leurs proches, et parfois des forces de l'ordre.

L'évaluation psychiatrique réalisée le jour même peut donner lieu à un retour à domicile, avec ou sans rendez-vous de post-crise à l'UAO dans l'attente d'un rendez-vous de suivi au CMP, ou à une hospitalisation d'une durée maximale de 72 heures à l'UAO qui permet une réévaluation médicale et une surveillance infirmière continue. Les délais de consultation au CMP peuvent atteindre six semaines. A l'issue de cette éventuelle hospitalisation courte, l'orientation peut prendre la forme d'un retour à domicile, avec ou sans rendez-vous de post-crise à l'UAO dans l'attente d'un rendez-vous de suivi au CMP, ou d'une hospitalisation en SL ou en SSC au sein d'une des unités d'entrée de l'EPSM ou d'une unité spécialisée comme la psycho-gériatrie.

En cas d'hospitalisation en SDRE, les patients sont directement acheminés à l'UAO, en l'absence de symptômes somatiques qui nécessiteraient une évaluation et une prise en charge initiale au CHUAP. En cas de décision d'une hospitalisation en SDDE, la procédure de recherche du tiers est systématiquement mise en œuvre, et ce dernier majoritairement trouvé selon les propos rapportés, même si *in fine* c'est la procédure du SDT/U qui s'applique majoritairement (cf. § 4.2.2), auquel se substitue une procédure de SDTPI à défaut. La notification du statut d'hospitalisation et des voies de recours est effectué par les soignants et une copie de la décision est remise, que les patients peuvent choisir de ne pas conserver. L'information, qui nécessite des capacités de concentration et de compréhension, est toutefois adaptée à l'état clinique du patient et parfois différée. L'information concernant le tiers est donnée, à l'UAO comme dans les

²⁵ Les locaux de plain-pied comprennent un accès classique avec une pente adaptée aux PMR, un vaste hall d'entrée, un bureau IDE muni de postes informatiques attenants à un large couloir utilisé comme vestiaire et salle de pause du personnel, un deuxième couloir qui dessert quatre chambres d'hospitalisation et trois bureaux polyvalents de consultation, et un troisième couloir qui dessert les bureaux de l'ASS et de la PASS, celui du psychologue, et les guichets du service des usagers et de la régie.

unités d'entrée, de façon adaptée à l'existence éventuelle de conflits relationnels connus avec le signataire.

La rédaction des certificats de 24 et 72 heures, par deux psychiatres distincts, est précédée d'un entretien préalable et le patient reçoit les informations inhérentes. Les observations du patient sont recueillies et préférentiellement tracées dans le dossier patient-informatisé (DPI) plutôt que dans les certificats. Le secrétariat veille à la production des certificats en temps utile.

La détection des personnes devant bénéficier d'une mesure de protection des biens est initialement réalisée par l'équipe de l'UAO, l'ASS reçoit le patient et contacte sa famille, la décision est ensuite discutée avec l'équipe référente.

Les patients hospitalisés dans une unité y sont systématiquement accompagnés par un soignant de l'UAO, qui transmet les éléments d'évaluation à l'équipe.

4.2. LES SOINS SANS CONSENTEMENT SONT MAJORITAIREMENT DECIDES SELON DES PROCEDURES DEROGATOIRES ET DES HOSPITALISATIONS SONT TRES LONGUES

4.2.1. L'occupation des lits

Le 8 janvier 2024, 136 patients occupaient les 144 lits de psychiatrie générale, dont 63 patients (46,3 %) en SSC, et 13 patients occupaient un des 20 lits de l'unité de psycho-gériatrie.

Le nombre de lits était identique en 2022 et 2021. Le taux d'occupation (TO) était stable entre 2021 (90,5 %) et 2022 (89,5 %). Il était de 94,4 % au moment du contrôle, avec deux unités étaient ponctuellement suroccupées au moment du contrôle (+1 patient et +2 patients), quand deux autres comptaient une place de disponible pour l'une et quatre pour l'autre. La gestion des lits bénéficie néanmoins du dialogue entre les unités et de l'anticipation des mutations dès que le TO atteint un seuil critique. Des hébergements sont possibles dans les hôpitaux de Montreuil et Saint-Quentin. Les sorties prématurées et les mouvements de patients la nuit sont rarement mis en œuvre pour libérer des lits.

L'absence de suroccupation s'explique par la politique de l'EPSM en faveur de la prise en charge extra-hospitalière depuis 2018, malgré la fermeture de 80 lits. L'organisation d'un parcours de soin a remplacé la notion de secteur en intra-hospitalier et permet de mettre à disposition de tous les cas d'admission l'un des 64 lits de l'UAO et des unités Aubanel, Lasègue et de gérontopsychiatrie.

La file active du pôle de psychiatrie générale a décru de 5 % entre 2021 et 2022 (de 1 047 à 999 patients), tout comme le nombre de séjours et de journées d'hospitalisation²⁶, avant de passer à 1 003 patients en 2023. La durée moyenne de séjour (DMS) a au contraire augmenté de 8 %, de 29,6 à 32,1 jours entre 2021 et 2022, avant de passer à 31,9 jours en 2023.

La file active du pôle « filières et réhabilitation » a augmenté de 11,3 % entre 2021 et 2022, de 486 à 541 patients, au motif notamment de l'augmentation des patients hospitalisés dans l'unité de psycho-gériatrie (de 92 à 126 patients) accompagnée d'une diminution de la DMS (de 23,1 à 20,4 jours dans l'ensemble du pôle mais de 45,7 à 30 jours dans l'unité de gérontopsychiatrie).

²⁶ Nombre de séjours : 1 605 en 2021 et 1 467 en 2022 ; nombre de journées d'hospitalisation : 47 571 en 2021 et 47 034 en 2022.

4.2.2. Les patients en soins sans consentement

Au 8 janvier 2024, les 66 patients hospitalisés en SSC (44 % des patients hospitalisés dans les pôles de psychiatrie générale et « filières et réhabilitation ») se répartissaient ainsi :

- 52 personnes en soins sur décision du directeur de l'établissement (SDDE), parmi lesquelles 2 en soins à la demande d'un tiers (SDT), 43 en soins à la demande d'un tiers selon la procédure d'urgence (SDT/U) et 7 selon celle du péril imminent (SPI) ; les procédures dérogatoires prises sur l'avis d'un seul médecin sont donc majoritaires, représentant 98 % des SDDE ;
- 14 personnes en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), dont 3 d'ordre judiciaire²⁷ et 1 concernant une personne détenue²⁸.

Recommandation 6

Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins en cas de péril imminent et les soins à la demande d'un tiers en urgence doit être exceptionnel.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction de l'EPSM indique que, « pour les patients n'ayant pas été préalablement évalués par un médecin du secteur public ou exerçant en libéral, une recherche pour contacter le médecin référent et les proches est systématiquement réalisée. A défaut, et s'il n'est pas possible de recueillir le consentement du patient, un SPDTU est initié. Par ailleurs, la relocalisation de l'ancienne UAO [...] (sur le site du CHUAP à proximité du SAUPA) depuis le 21 février 2024 facilite le recours aux médecins du CHUAP pour la réalisation de certificats de deuxième évaluation ».

La part des patients en SSC dans les unités du pôle de psychiatrie générale varie selon les unités. Lors de la visite, 86,6 % des patients sont en SSC dans l'unité Pinel, 70 % dans l'unité Esquirol, 57,9 % dans l'unité Aubanel (contre 23,8 % dans l'unité Lasègue, qui remplit *a priori* la même fonction dans le parcours de soins).

La presque totalité (83) des 86 patients au long cours²⁹ occupent un lit du pôle de psychiatrie générale et la moitié d'entre eux sont en SSC, en majorité des procédures de SDDE. La réunion, toutes les deux semaines, de la commission sur les séjours longs et complexes ne suffit pas à trouver des solutions pour tous.

Recommandation 7

La préparation à la sortie des patients au long cours doit faire l'objet d'une réflexion spécifique impliquant l'ensemble des acteurs concernés, internes et extérieurs à l'EPSM.

La direction de l'EPSM rappelle que « la commission des séjours longs et complexes, les équipes de soins, les équipes mobiles et les partenaires du secteur médico-social réalisent un travail dans la continuité pour orienter vers la sortie » et que « la réponse ne dépend pas uniquement de l'EPSM mais également des possibilités de ses partenaires », en soulignant que « les places en secteur médico-social sont limitées ».

²⁷ Article 706-35 du code de procédure pénale (CPP).

²⁸ Article R.6111-40-5 du CPP.

²⁹ Patients présents et cumulant au moins 292 jours d'hospitalisation sur l'année écoulée depuis le 9 janvier 2023.

Par ailleurs, alors que les changements de statut entre SDRE et SDT sont courants, l'établissement ne recherche pas le changement du statut des patients hospitalisés en SPI en SDT si un tiers est retrouvé dans les 72 heures. Ce statut permet pourtant l'ouverture de droits au tiers demandeur et ajoute un acteur concourant à la prise en charge du patient.

4.3. LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SONT INSUFFISAMMENT INFORMES DE LEURS DROITS SPECIFIQUES

4.3.1. L'information générale des patients sur leurs droits

Les différentes chartes nationales concernant le patient hospitalisé et des informations sur la commission des usagers (CDU), la personne de confiance, l'accès au dossier médical, etc. sont affichés dans les unités. Si l'ensemble est toujours propre, les panneaux sont chargés.

Le règlement intérieur de l'EPSM est daté du 30 juin 2023. Son chapitre trois présente les dispositions spécifiques relatives aux patients qui n'appellent pas d'observation de la part du CGLPL. Sa présentation est particulièrement lisible.

Des règles de vie ont été formalisées pour chacune des unités visitées, en lien avec le contenu du règlement intérieur et avec une présentation commune sur deux pages recto-verso.

Elles sont affichées à l'entrée de chaque unité.

Leur contenu n'appelle pas d'observation de la part du CGLPL, les informations étant conformes aux constats effectués.

Un livret d'accueil s'adresse aux patients et à ses proches. Il est remis lors de l'admission. Il est aussi accessible sur le site Internet de l'EPSM. Son contenu est aussi clairement lisible que les deux types de documents précédemment évoqués et particulièrement complet. Il s'ouvre sur une invitation, traduite en sept langues étrangères³⁰, à solliciter un interprète auprès d'un infirmier « *si vous ne parlez pas ou ne comprenez pas le français* ».

Bonne pratique 1

Le livret d'accueil invite en sept langues différentes les patients et leurs proches à solliciter un interprète auprès du personnel soignant.

En complément de cette information écrite, tous les patients bénéficient, lors de leur admission, d'une visite des locaux, de la présentation de leur chambre et d'explications orales sur le fonctionnement de l'unité. La stabilité du personnel dans les unités facilite partout ces explications. Certaines équipes rendent visite, avant sa mutation, au patient arrivant d'une autre unité (comme l'équipe de Falret vis-à-vis de patients venant d'Aubanel).

La mise en œuvre de ces étapes d'information est particulièrement appréciée des patients qui étaient en état pour en bénéficier à l'UAO. L'uniformisation libérale de la plupart des restrictions aux libertés individuelles (cf. § 6.2) leur rend cette information durablement bénéfique une fois qu'ils ont rejoint une unité de soins.

³⁰ Anglais, allemand, espagnol, italien, turc, portugais, arabe.

4.3.2. L'information des patients en soins sans consentement sur leurs droits spécifiques

Le règlement intérieur et le livret d'accueil comportent des dispositions précises et à jour sur la situation particulière des patients en SSC et contribuent ainsi à l'information spécifique de cette catégorie de patients. Une affiche spécifique intitulée « Vous êtes hospitalisé à la demande d'un tiers ou d'un représentant de l'Etat » est visible dans certaines unités.

L'information concernant le statut d'hospitalisation, les voies de recours et le tiers impliqué en cas de SDDE est parfois donnée dès l'UAO (cf. § 4.1.2).

Cependant, les certificats médicaux portent la mention selon laquelle « *le patient a été informé de sa prise en charge ainsi que ses droits, voies de recours et garanties. Ses observations ont pu être recueillies* », apposée de manière automatique à la suite de la fusion de la prescription médicale dans le logiciel. Si les médecins affirment informer le patient et recueillir ses observations, les observations du patient ne sont pas notées dans le certificat médical et la mention est laissée dans les certificats même lorsque la notification n'a pas été réalisée, comme en attestent les certificats médicaux réalisés pour un patient en fugue. Cette apposition automatique de la mention ne permet pas de s'assurer de l'information effective du patient.

Recommandation 8

L'apposition automatique de la mention relative à la notification des droits du patient sur tous les certificats médicaux doit être supprimée et être ajoutée manuellement après notification effective des droits au patient.

La capacité des IDE à expliciter les différents cadres juridiques des soins et les voies de recours ouvertes est apparue diverse quoique majoritairement satisfaisante. Elle s'appuie soit sur un savoir acquis auprès des pairs, soit sur l'enseignement reçu lors de la formation initiale (cf. § 3.2.2 où une recommandation est faite). Les explications sont données au moment de la notification de la décision de SSC (initiale ou renouvellement), de la convocation à comparaître devant le juge des libertés et de la détention (JLD), de la mise en œuvre d'une mesure d'isolement et de contention. Quand la crise rend le patient non-réceptif, la notification et l'explication qui l'accompagnent sont reportés ou deux soignants peuvent attester de l'impossibilité d'informer le patient.

A la décision de SSC transmise par le bureau des usagers (BDU) dans les unités sont joints les certificats médicaux afférents³¹ ainsi que, sur la partie supérieure du bordereau de notification à découper et à renvoyer au BDU, la liste des droits visés à l'article L.3211-3 du code de la santé publique (CSP). Les certificats ne sont remis aux patients que dans l'unité Lasègue. Ce n'est aussi que dans les unités Lasègue et Aubanel que la décision du directeur ou du préfet est remise au patient, les soignants des autres unités n'en remettant aucun exemplaire. Le bordereau de notification des droits n'est pas toujours renvoyé au BDU, qui estime à 70 % le taux de retour (cf. § 8.2 où une recommandation est faite) et la partie supérieure du document n'est laissée qu'exceptionnellement au patient. La procédure de notification de la décision de SSC revient donc généralement à faire signer le bordereau de notification des droits et à l'accompagner d'explications orales.

³¹ Le contenu de ces certificats médicaux n'est pas reporté dans la décision d'admission en SSC. Ils sont simplement visés, très succinctement s'agissant des certificats initiaux.

Recommandation 9

Chaque patient hospitalisé en soins sans consentement doit se voir remettre un exemplaire de la décision d'admission ou de renouvellement de la mesure, des certificats médicaux qui la motivent ainsi que de la liste des droits spécifiques mentionnés à l'article L.3211-3 du code de la santé publique.

Les IDE attestent d'une bonne connaissance du cadre d'intervention du JLD. L'avis d'audience est expliqué, le droit à un avocat est exposé, la date est donnée mais un exemplaire du document est rarement laissé au patient, à l'exception de l'unité Lasègue où il est laissé. Dans au moins deux unités, les contrôleurs ont constaté que l'avis d'audience est retourné au magistrat avec la signature de deux soignants, cet avis n'étant jamais notifié au patient, même si le formulaire atteste au verso de la capacité du patient à comparaître et de son souhait d'être assisté ou non par un avocat. Les patients disposent en revanche de la décision du juge puisqu'elle est, sauf exceptions, notifiée par sa greffière à l'audience.

Recommandation 10

Les patients convoqués à l'audience du juge des libertés et de la détention doivent recevoir un exemplaire de l'avis d'audience valant convocation écrite, après notification et explication.

Enfin, les soignants des unités où il y a des mesures d'isolement et de contention se sont bien approprié la nouvelle procédure visant à faire intervenir le JLD et à informer les proches (cf. § 7.2 et § 8.3.2). Les explications sont suffisantes et les documents remplis avec le patient. Dans l'unité Mara Selvini, la procédure de saisine n'a encore jamais été mise en œuvre.

5. LES CONDITIONS DE VIE

5.1. LES CONDITIONS MATERIELLES D'HEBERGEMENT SONT DIGNES

Les unités d'hospitalisation pour adultes présentent une configuration identique : distribution en L, avec d'une part les chambres des patients et une salle de bain thérapeutique, et d'autre part les bureaux pour les entretiens, les chambres d'isolement (CI) et l'espace d'apaisement, ainsi que les locaux techniques. A la jonction, l'entrée de l'unité s'ouvre sur le salon des familles, le bureau des soignants et la salle de pharmacie. Au centre, un espace commun sépare un patio d'une part et un jardin d'autre part.

Chaque unité compte de 12 à 14 chambres simples et de 3 à 4 chambres doubles.

Chaque chambre est équipée d'une salle d'eau, comprenant une douche et des toilettes.

Il n'y a jamais de lunette ni d'abattant sur les toilettes, les patères et porte-serviettes sont également inexistantes.



Salle d'eau – Unité Marcé

S'agissant du mobilier, des disparités existent entre les chambres. Outre le lit, des chambres simples offrent une table et une chaise, mais d'autres un simple fauteuil. Des chambres doubles offrent deux tables et deux chaises, mais d'autres n'en possèdent qu'une que les patients se partagent. Chaque chambre est équipée d'un placard, mais son ouverture et sa fermeture sont gérées par les soignants. Les volets ne s'ouvrent que depuis le couloir et les fenêtres ne s'ouvrent que partiellement.



Chambre simple – Unité Marcé



Chambre double – Unité Aubanel



Chambre – Unité Pussin

Les chambres de certaines unités ne sont pas équipées de dispositif d'appel aux soignants ; certains patients disposent d'un dispositif mobile. Des verrous de confort ne sont pas systématiquement fixés sur les portes des chambres³².

Recommandation 11

L'établissement doit équiper chaque chambre d'hospitalisation d'un verrou permettant au patient de s'enfermer de l'intérieur et aux seuls soignants d'ouvrir la porte ainsi que d'un dispositif d'appel à ces derniers.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction de l'EPSM indique : « *Un plan d'équipement est prévu pour équiper les chambres d'appels malades conformément aux demandes d'autorisations* ». Elle précise que « *toutes les chambres sont équipées de verrous à l'exception des chambres doubles, par décision de l'établissement* » et que « *les sanitaires de toutes les chambres sont équipés de verrous* ».

Il a été constaté que certains patients avaient parfois froid, notamment dans l'unité Pussin.

Les espaces communs se composent d'un espace salon, équipé d'une télévision, de fauteuils et parfois d'un baby-foot, ainsi que d'un espace restauration donnant accès à l'extérieur. Ces espaces sont apparus plus ou moins décorés et investis selon les unités.



Espace salon – Unité Esquirol



Réfectoire – Unité Aubanel

³² L'article D.6124-257 du CSP prévoit : « *chaque chambre individuelle est équipée d'un verrou permettant au patient de s'enfermer de l'intérieur et aux seuls soignants d'ouvrir la porte* ».

Le patio, en accès libre et permettant de fumer, ne possède aucun abri contre les intempéries. L'espace jardin en est équipé, mais a des règles d'accessibilité plus restrictives (cf. § 6.2).



Jardin de l'unité Falret



Patio de l'unité Marcé



Jardin de l'unité Aubanel



Jardin de l'unité Pussin

5.2. LES CONDITIONS D'HYGIENES SONT ASSUREES

Les conditions d'hygiène sont apparues partout satisfaisantes : les locaux sont propres et entretenus. Toutefois, certains matériaux sont parfois vétustes, notamment le linoléum dans des salles d'eau, ne permettant pas d'assurer un nettoyage optimal.

Les draps et serviettes sont changés systématiquement trois fois par semaine ou davantage à la demande des patients ou en cas de besoin. Outre le lavage assuré par les familles, les patients peuvent faire laver leur linge en semaine par une blanchisserie. Le linge marqué, c'est-à-dire portant le nom du patient, est retourné propre après quelques jours. Ils ont également la possibilité de laver eux-mêmes leur linge dans l'une des deux machines situées dans l'espace cafétéria pour la somme d'un euro.

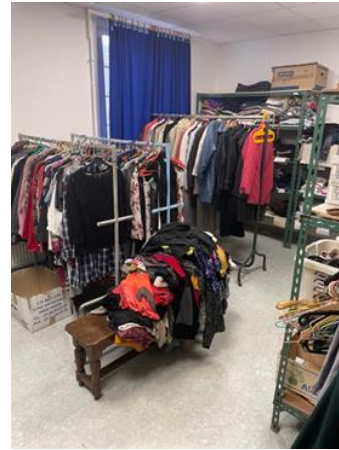
Chaque unité dispose de produits d'hygiène à distribuer aux patients en cas de nécessité.

Un vestiaire bien doté et organisé, géré par l'aumônerie, est accessible aux patients sur demande.

Une coiffeuse professionnelle, tient un salon de coiffure au sein de l'établissement, ouvert tous les jours de la semaine. Les patients peuvent s'y rendre sur rendez-vous ou la coiffeuse se déplace directement dans l'unité si besoin. Le service est gratuit, sauf pour les demandes plus avancées (mèches, permanente et coloration) qui sont facturées dix euros aux patients.



Salon de coiffure



Vestiaire

5.3. L'INVENTAIRE DES BIENS DES PATIENTS N'EST PAS SYSTEMATIQUEMENT REALISE

Un inventaire écrit des biens du patient est réalisé à son arrivée dans l'unité, en sa présence si son état clinique le permet. Cet inventaire est ensuite mis à jour pendant le séjour, en cas d'entrée ou de sortie de biens, et est contrôlé de nouveau à la sortie définitive du patient de l'unité. Toutefois, aucun inventaire écrit n'est réalisé dans l'unité Lasègue, où la procédure se limite à une simple vérification et au retrait des objets dangereux. Aucun exemplaire n'est jamais remis au patient.

Recommandation 12

Les effets personnels doivent faire l'objet d'un inventaire contradictoirement signé lors de l'admission, avec la remise d'une copie au patient concerné.

Les rasoirs, parfums, bouteilles en verre, objets tranchants et cordons de téléphone sont systématiquement retirés pour tous les patients. Ils sont alors conservés alternativement dans le bureau des soignants ou dans un placard fermé à clef situé dans le local de pharmacie. Les produits d'hygiène, lorsqu'ils peuvent présenter un danger, sont conservés dans des bacs individuels dans un placard situé au niveau de la salle de bain thérapeutique et sont accessibles sur demande du patient. En revanche, les téléphones portables et autres appareils électroniques sont conservés par les patients, sauf avis contraire du médecin.

Les patients sont invités à déposer leurs valeurs (cartes de crédit, espèces, objets de valeur) dans un coffre de la régie. Les unités conservent uniquement des sommes modiques en espèces, ainsi que les documents d'identité du patient dans un placard fermé à clef. Le patient peut se rendre à la régie, pour dépôt ou retrait, en semaine durant les horaires d'ouverture mais pas le week-end et les jours fériés. La détention de la clef du coffre par le régisseur principal ou les régisseurs suppléants seulement, peut entraîner un retour à domicile sans récupération des valeurs, notamment lors d'une sortie en fin de semaine, sauf anticipation lorsqu'elle est possible. Cet écueil, signalé comme un facteur de « mise à mal » d'une prise en charge, a été communiqué par un courriel médical à la direction, et se trouve sans réponse à date de la visite.

Recommandation 13

A l'issue de son hospitalisation, tout patient doit pouvoir récupérer l'ensemble de ses valeurs déposées à la régie, avant sa sortie.

La direction de l'EPSM rappelle en juillet 2024 dans ses observations au rapport provisoire que « ce constat concerne les sorties de patients réalisées en dehors des heures d'ouverture de la régie » et que « la procédure de dépôt précise qu'en cas de prévision de sortie d'hospitalisation, il est fortement recommandé d'anticiper et d'avertir la régie afin que le dépôt du patient puisse être préparé et récupéré avant la fermeture du guichet régie ».

Les patients peuvent conserver leurs effets personnels laissés à disposition dans leur placard en chambre. Toutefois, l'ouverture et la fermeture sont gérées par les soignants à la demande du patient ou sur consigne médicale, ne constituant ainsi pas un rangement personnel sécurisé librement accessible.

Recommandation 14

Les chambres doivent être équipées d'un meuble ou coffre fermable à clé par les patients en autonomie afin de pouvoir y conserver en sécurité leurs effets personnels de valeur.

La direction de l'EPSM indique : « Le plan annuel d'investissement/équipement des chambres va tenir compte de cette recommandation (recensement des besoins en septembre [2024]) ».

Les tuteurs et curateurs sont systématiquement invités aux réunions de synthèse ou aux autres réunions organisées pour discuter de la situation du patient majeur protégé. De manière générale, il apparaît que la majorité des tuteurs et curateurs est investie, participe activement aux projets de soins et rend visite aux patients dès que nécessaire.

5.4. LES REPAS SONT APPRECIÉS PAR LES PATIENTS

Les repas sont pris à table dans l'espace restauration de chaque unité à des horaires fixes usuels : 8h-8h30 pour le petit-déjeuner, 12h-12h30 pour le déjeuner et 19h-19h30 pour le dîner. Une collation est également distribuée à 16h.

De manière générale, les patients ont fait part d'une satisfaction globale s'agissant tant de la qualité gustative que de la quantité. L'intégralité des repas est cuisinée sur place dans l'établissement, notamment à partir de légumes frais. Le planning des menus est organisé selon un roulement hebdomadaire établi sur une période de quatre semaines et à chaque saison les menus sont complètement revus. Cette organisation permet d'obtenir une certaine diversité dans les menus proposés, toutefois insuffisante pour les patients en long séjour.

Par ailleurs, en collaboration avec la diététicienne de l'établissement, des menus spécifiques sont établis pour les patients nécessitant un régime³³. En outre, une commission-menu, réunissant différents professionnels de l'établissement et des patients, est organisée chaque année afin d'améliorer les menus proposés.

³³ Notamment sans poisson, sans porc, végétarien, sans sel, spécifique diabétique, spécifique aux allergies, avec des suppléments ou encore mixé.

6. LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE

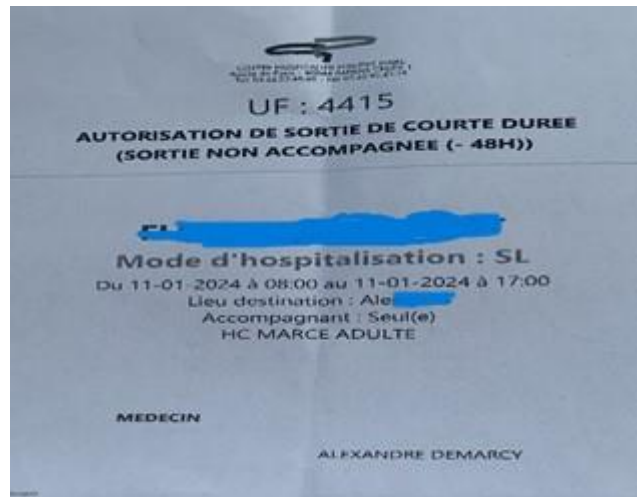
6.1. LA LIBRE CIRCULATION DES PATIENTS EN SOINS LIBRES N'EST PAS GARANTIE

L'EPSM occupe un domaine de 34 hectares, ceint d'un mur. L'entrée de l'établissement se fait à partir de la route nationale de Paris à Amiens, à la hauteur de la commune de Dury. Des grilles, ouvertes de 6h15 à 21h15, sont surveillées par le personnel présent dans une loge, qui y visualise à l'aide de caméras les principaux axes de circulation du site. La nuit, un agent d'astreinte au standard surveille l'entrée de l'hôpital.

La majorité des unités pour patients adultes sont ouvertes à l'exception des unités Esquirol, Pinel et de l'unité de gérontopsychiatrie (cf. § 10.2).

Les patients en SSC peuvent, sur autorisation médicale liée à leur état clinique, aller et venir dans le parc et se rendre aux diverses activités proposées (art-thérapie, cafétaria, sport, etc.). D'autres patients en SSC ne peuvent accéder au parc et aux activités qu'en étant accompagnés par un ou deux soignants. A titre d'exemples, la sortie de courte durée d'un patient sous le statut de SDRE nécessite l'accompagnement de deux soignants ; un patient détenu mobilise trois soignants pour aller fumer ; l'accompagnement des patients dans la salle d'audience du JLD nécessitent également l'encadrement de deux soignants.

Cette restriction, par autorisation médicale, au principe de liberté d'aller et venir s'applique également aux patients en SL : une autorisation médicale est également exigée pour sortir de l'établissement, sous forme de certificat l'autorisant, et demandé par le personnel de la loge située au portail de l'EPSM. Ce système est contraire au principe du consentement aux soins et entretient l'idée qu'un patient en SL qui se soustrait aux soins – auxquels il consent pourtant – serait un patient en fugue (cf. § 3.4.1), alors que son statut n'implique aucune restriction quant à sa circulation dans et hors l'établissement.



Une autorisation de sortir de l'établissement pour un patient en soins libres (SL)

De plus, ce système d'autorisation est chronophage pour les médecins, qui doivent les établir. Dans les unités où la ressource médicale est rare et la disponibilité des soignants parfois difficile (cf. § 3.2.1), il convient d'autant plus de s'interroger sur cette pratique. Le dialogue du patient en SL avec l'équipe médicale devrait permettre de mesurer la capacité du patient à circuler librement, y compris en dehors de l'EPSM, en établissant un contrat de confiance.

Le BDU contrôle chaque jour l'ensemble de ces autorisations. Il transmet l'information au personnel de la loge qui surveille les allers-et-venues de chaque patient.

Recommandation 15

Les patients en soins libres doivent pouvoir circuler librement, y compris en dehors de l'établissement. Cette liberté d'aller et venir est inhérente au consentement aux soins.

6.2. LES RESTRICTIONS DANS LA VIE QUOTIDIENNE SONT INDIVIDUALISEES

Les journées sont rythmées par la nécessité d'organiser les toilettes de certains patients, le petit-déjeuner, les soins et le ménage. Les horaires de lever varient entre 7h30 et 8h, le petit-déjeuner étant servi en salle à manger avant 9h, avec des horaires plus souples le week-end. Le reste de la journée est ponctué par les soins, les activités thérapeutiques, les activités sportives, les sorties dans le parc ou les sorties en ville, avec ou sans les soignants, suivant l'état clinique du patient. Le coucher est adapté aux horaires du programme télévisuel, soit vers 23h.

Dans les unités du pôle de psychiatrie générale, l'accès aux chambres est possible en journée, sauf au moment du ménage. Les salles de bain individuelles peuvent être utilisées, en cas de besoin, dans la journée.

L'accès au jardin de chaque unité est libre en journée. Il est fermé à la tombée de la nuit. En plus du jardin, certaines unités disposent d'un patio qui reste ouvert tard le soir pour permettre aux patients de fumer une dernière cigarette avant le coucher. Les patios mériteraient d'être équipés d'un abri pour permettre aux fumeurs de se protéger des intempéries.

L'accès au tabac est géré de façon souple. La plupart des patients gère eux-mêmes leur tabac et leur briquet. Pour les patients vulnérables ou incapables de gérer leur propre consommation, celui-ci est conservé par les soignants et leur est distribué à une fréquence discutée et convenue au préalable avec lui. Les patients conservent leur briquet, sauf avis médical contraire. Les patios ne sont pas équipés d'allumeur électronique. Les patients sous tutelle peuvent obtenir de leur tuteur des bons de tabac négociables chez le buraliste situé près de l'hôpital. Suivant leur état clinique, les patients s'y rendent seuls ou accompagnés d'un soignant. La cigarette électronique est également autorisée. Sur avis médical, des substituts nicotiques peuvent être distribués.

Le port du pyjama est rare dans les unités, en dehors de la chambre d'isolement où il est systématique (cf. § 7.2). Il est imposé au patient quand il y a risque de fugue ou risque suicidaire, sur décision médicale en principe réévaluée toutes les 24 heures. Il ne semble pas que cette obligation soit complètement respectée. Certains patients arrivent du CHUAP vêtus d'une simple chasuble ouverte dans le dos, remplacée par un pyjama puis, après sollicitation par les soignants, par une dotation de vêtements provenant du vestiaire de l'établissement (cf. § 4.1.1 où une recommandation est faite).

6.3. LA COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR EST ORGANISEE

Les patients peuvent garder leur téléphone et le cordon permettant de le recharger, sauf avis médical contraire. L'interdiction d'utiliser la fonction photo ou vidéo fait l'objet d'une information, afin de préserver l'image des autres patients et des soignants.

Pour les patients qui ne possèdent pas de téléphone portable ou sont dans l'incapacité d'en utiliser un (comme dans l'unité Pinel, cf. § 10.1) et qui souhaitent joindre leur famille, des communications gratuites sont possibles depuis un téléphone mural, situé dans un couloir des unités, sans que la personne puisse s'asseoir ni garantie de la confidentialité des échanges.



Le téléphone dans un couloir de l'unité Pussin

Recommandation 16

La mise à disposition aux patients d'un téléphone pour joindre leurs proches doit s'accompagner de garanties de confort et de confidentialité en positionnant le téléphone dans un lieu offrant davantage d'intimité et en y installant un fauteuil.

La direction de l'EPSM confirme à ce sujet, en juillet 2024, dans ses observations au rapport provisoire, qu'« *une réflexion sur les aménagements d'alcôve d'intimité doit être engagée* ».

Le courrier est distribué par le vagemestre le matin et ramassé en fin d'après-midi. Peu de patients reçoivent du courrier ou écrivent. Si besoin, l'unité donne le papier à lettres, les enveloppes et timbre le courrier. Les adresses des autorités indépendantes, administratives ou judiciaires figurent dans le livret d'accueil.

Tous les après-midis de la semaine, week-end compris, de 13h30 à 18h30, les familles et amis peuvent rendre visite à leur proche, sauf contre-indication médicale. Une souplesse horaire est accordée aux personnes qui viennent de loin ou à celles qui travaillent.

Chaque unité dispose d'un salon, équipé de plusieurs fauteuils et d'un téléviseur. La durée des visites n'est pas limitée.



Deux exemples de salon pour les visites des proches

Les familles peuvent apporter des jeux, des vêtements, des friandises, sauf régime particulier. Les friandises sont gardées par les soignants dans un casier au nom du patient et lui sont distribuées au fur et à mesure les jours suivants. Les familles rencontrées par les contrôleurs ont confirmé cette possibilité de rendre visite à leurs proches et la coopération du personnel pour faciliter les rencontres.

L'accès à l'information dépend du journal local *Le courrier picard* – distribué dans les unités mais peu lu, de la télévision – qui diffuse principalement des clips musicaux, les journaux d'information et les chaînes d'information en continu étant souvent anxiogènes pour les patients.

Les patients peuvent s'abonner à des revues et les familles peuvent apporter des magazines. Une bibliothèque est accessible dans l'espace de la cafétéria.

Les patients peuvent conserver leur ordinateur, mais l'accès à Internet n'est pas organisé.

Recommandation 17

Il conviendrait de déployer un réseau wifi dans les unités d'hospitalisation afin de permettre un accès Internet gratuit aux patients.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction de l'EPSM indique que « *la reprise du projet d'équiper en WIFI les unités d'hospitalisation est programmée dans le projet du système d'information* ».

6.4. LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION EST ASSUREE

Le service des usagers veille au respect des procédures quant à l'admission d'un patient sous X³⁴, d'un patient sans identité, d'un patient refusant de communiquer son identité ou d'un patient demandant l'anonymat ou la non-divulgence de sa présence. Pour un patient sans identité ou refusant de décliner son identité, seuls le genre et l'année de naissance supposée sont indiqués ; pour un patient souhaitant garder l'anonymat, le prénom qu'il indique est renseigné ainsi que sa date réelle de naissance, son identité n'étant communiquée qu'en cas de réquisition judiciaire ; pour un patient ne souhaitant pas divulguer sa présence, son identité est alors seulement connue des services de soins et de l'assurance maladie, la mention relative à sa prise en charge sous secret est mentionnée dans son dossier et communiquée aux services de l'hôpital concernés par sa prise en charge, notamment au standard téléphonique. Ces situations concernent une dizaine de personnes chaque année.

Une procédure écrite, modifiée pour la dernière fois au mois d'octobre 2021, est appliquée au moment de l'admission. Le personnel soignant la connaît.

6.5. LA PRISE EN COMPTE DU DROIT DE VOTE N'ENTRAINE AUCUNE MOBILISATION DES PATIENTS

Le livret d'accueil indique la possibilité de voter par procuration. L'exercice du droit de vote fait l'objet d'une information auprès des soignants et des patients. Le service des usagers gère les demandes de vote par procuration.

La dernière note sur le sujet, en date du 17 mars 2022, a été diffusée à l'occasion de l'élection présidentielle des 10 et 24 avril 2022. La réforme du 23 mars 2019 y est rappelée : les patients sous tutelle peuvent voter, mais ils ne peuvent pas donner procuration à leur mandataire judiciaire. Le patient qui souhaite voter doit être inscrit sur une liste électorale et fournir, notamment, une déclaration sur l'honneur de l'incapacité de se déplacer et un certificat médical établi par un PH. Les procurations sont établies par l'EPSM en présence du mandant, qui doit justifier de son identité auprès d'un officier de police judiciaire.

³⁴ L'admission sous X concerne les patients toxicomanes, conformément à la législation en vigueur.

Les patients sans adresse stable peuvent se domicilier au centre communal d'action sociale (CCAS) situé dans la circonscription administrative de l'EPSM.

Des permissions de sortie sont accordées aux patients en capacité de se déplacer pour aller voter dans leur commune d'origine.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les patients se mobilisent peu pour aller voter mais il n'a pas été possible de quantifier les procurations et les permissions de sortie accordées lors de la dernière élection.

6.6. L'OFFRE CULTUELLE ACTIVE EST LIMITEE

Le livret d'accueil rappelle que l'hôpital public est un espace laïc qui « *respecte vos opinions et vos croyances. L'expression des croyances doit rester dans le cadre de la sphère privée et ne pas porter atteinte à la tranquillité des autres patients* ».

Un seul culte est représenté : le culte catholique. Deux aumôniers laïcs sont salariés de l'hôpital. Ils ont suivi une formation afin de savoir se comporter avec les patients souffrant de troubles psychiatriques.

La chapelle est au centre de l'établissement et les locaux de l'aumônerie sont à proximité, près de la cafétéria. Le lieu, espace de dialogue, convivial et relativement fréquenté, est ouvert à tous, avec ou sans religion, et quelle que soit leur religion.

Des bénévoles assurent, en lien avec les aumôniers, une présence quotidienne. Dans le même bâtiment, ils gèrent un vestiaire bien achalandé qui rend de nombreux services. Les aumôniers visitent régulièrement les patients dans les unités. Ils sont connus des équipes soignantes et leurs interventions ne sont pas prosélytes. Un prêtre du diocèse d'Amiens assure tous les vendredis matin une célébration eucharistique.



La chapelle

L'équipe de l'aumônerie catholique est censée assurer la liaison avec les ministres des autres cultes. Dans la réalité les demandes sont très rares et les autres représentants des cultes sont peu mobilisables.

6.7. La vie sexuelle des patients est abordée individuellement

Le sujet de la sexualité n'est pas tabou dans les unités et est discuté au cas par cas avec les patients. De même, le sujet de l'orientation sexuelle et des traumatismes passés en lien avec des atteintes sexuelles peuvent être évoqués avec le médical et le paramédical à la demande des patients. En cas d'agressions sexuelles (très rares selon les éléments recueillis), les soignants rappellent les droits du patient victime, les démarches possibles et peuvent accompagner le patient dans son dépôt de plainte.

Les relations sexuelles ne sont pas interdites mais les soignants restent vigilants quant au consentement des patients, particulièrement à l'égard des personnes vulnérables. Ainsi, un patient vulnérable sera mis en priorité dans une chambre double avec un patient étayant, étant précisé que la mixité des chambres n'est pas autorisée. Les patients sexuellement actifs ou à

tendance perverse sont installés dans des chambres à proximité du bureau des soignants. Les familles n'ayant pas accès aux chambres de leur proche, les actes sexuels au sein d'un couple ne sont pas autorisés mais des couples peuvent se former au sein des unités et il est arrivé aux soignants de trouver deux patients dans la même chambre. Des verrous de confort existent dans toutes les chambres, permettant de garantir l'intimité des patients dans leur relation sexuelle. En cas de rapprochement entre deux patients, les soignants évoquent spontanément avec ces derniers la question du consentement, la contraception et proposent également des tests de grossesse et des dépistages des infections sexuellement transmissibles. Des préservatifs sont disponibles dans les salles de soin ou à la cafétéria, à la demande, et peuvent être distribués avant une permission de sortie. Les soignants évoquent les situations de rapprochement en réunion de service afin que le sujet puisse être de nouveau abordé avec le médecin somaticien ou le psychiatre. Une gynécologue est également présente sur le site de l'EPSM une journée par semaine et peut proposer la pose d'un implant contraceptif ou d'autres modes de contraception féminine. Les effets secondaires des médicaments sur la sexualité sont abordés avec la gynécologue ou avec le psychiatre à la demande du patient.

Si la sexualité est abordée individuellement, force est de constater qu'aucune action de prévention ou d'éducation thérapeutique n'est réalisée autour de ce sujet et que seule une unité propose un groupe de parole autour de ce thème. Enfin, ce sujet ne fait pas l'objet d'une réflexion institutionnelle, notamment par le comité d'éthique.

Recommandation 18

Le thème de la sexualité doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle concernant les formations à proposer aux soignants, les manières d'aborder la question et l'information des patients.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction de l'EPSM indique : « *Le questionnement a fait l'objet de discussions en comité éthique. Il va être intégré au plan d'actions qualité et devra être pris en considération dans la phase d'élaboration du futur projet médico-soignant* ».

7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

7.1. L'ETABLISSEMENT A AMENAGE TROIS ESPACES D'APAISEMENT MAIS A CONSERVE TREIZE CHAMBRES D'ISOLEMENT VETUSTES

7.1.1. Les chambres d'isolement

Six des huit unités de psychiatrie générale adulte sont dotées de chambres d'isolement (CI) – deux par unités, soit 12 CI pour 144 lits d'hospitalisation. L'unité d'hospitalisation pour adolescents Mara Salvini conserve la 13^{ème} CI. La psycho-gériatrie n'en est pas pourvue.

Toutes les CI des services de psychiatrie adulte relèvent de la même configuration, avec quelques particularités dans les unités d'entrée : à Aubanel et Lasègue, les portes des CI sont blindées.

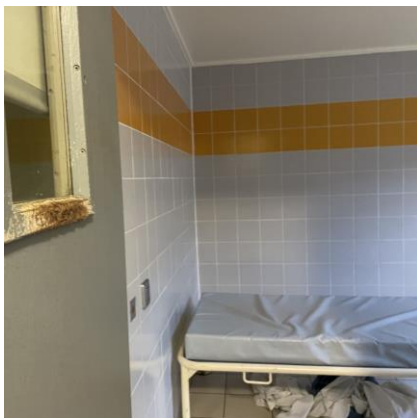
Située en retrait de la zone d'hébergement et à proximité du poste de soin, la zone des CI s'ouvre sur un sas qui distribue les deux chambres et les deux portes d'accès aux sanitaires de chacune.

Côté chambre, l'espace sanitaire est librement accessible, sauf décision médicale contraire.



Portes d'accès aux sanitaires dans un sas

Construites il y a une quinzaine d'années, les CI sont entièrement carrelées, ce qui est susceptible de constituer un risque en cas de descellement. L'occurrence ne s'est produite qu'une seule fois de mémoire des équipes.



Intérieur d'une CI

Un lit est collé au mur et scellé au sol³⁵.

En hauteur, une horloge horodatée indique également la température³⁶.



Horloge avec horodatage

Les CI offrent un interrupteur intérieur et une installation radiophonique, commandable depuis le bureau des IDE. Quelques accessoires³⁷ sont mutualisés dans les unités, mais en nombre insuffisant.

³⁵ Lit composé d'un matelas en plastique et d'un sommier à armatures en métal avec accroches de contention.

³⁶ 19°C ont été relevés dans l'une, occupée, à Aubanel, en raison semble-t-il d'une défaillance technique.

³⁷ Poufs, oreillers amovibles triangulaires en mousse plastifiée.

L'espace sanitaire comprend un bloc WC/lavabo en inox et une douche ouverte dont le thermostat est manipulable par les patients.

Les CI sont nettoyées mais les matériaux, principalement dans les espaces sanitaires, portent des marques du temps : le carrelage est entartré, jauni et les plafonds le plus souvent piqués. L'ensemble est désuet.



Un espace sanitaire et le plafond d'une douche

L'oculus côté sas offre une vue directe sur les WC, sans dispositif masquant le bas du corps du patient, ni attention toujours portée à la fermeture du store pour préserver l'intimité.

Les patients n'ont pas la possibilité d'aérer eux-mêmes la chambre. La fenêtre – verrouillée – ne s'ouvre que d'un petit battant ; la vue se heurte à des barreaux ajoutant une coloration carcérale au lieu.



Vue depuis le lit



Degré d'ouverture de la fenêtre

Si un dispositif d'appel existe, il n'y a pas de système amovible accessible en cas de recours à la contention, le patient devant alors crier pour appeler.

Par ailleurs, à Aubanel, où sont affectées les personnes venant de détention (cf. § 10.4), les CI donnent accès sur initiative des soignants à un petit patio, couvert d'un filet en acier.



Le patio de l'unité Aubanel

L'équipement de la CI de Mara Salvini est plus moderne, le bâti plus récent, moins utilisé. Le lit est composé d'un sommier en mousse et d'un matelas, surélevé par un oreiller triangulaire amovible. Un pouf en mousse et un fauteuil adapté sont à disposition dans le sas.



CI de l'unité d'hospitalisation pour adolescents Mara Salvini

Les contrôleurs ont visité le chantier de la future CI dont sera dotée l'UAO dans ses prochains locaux au CHU d'Amiens. Elle répond à une architecture similaire, avec prévision d'un lit compact en mousse fixé au sol avec attaches amovibles pour les contentions, d'un oreiller triangulaire et d'un pont de lit pour les repas. Un interrupteur intérieur permettant d'activer la lumière est installé ainsi que des boutons d'appel dans la chambre et l'espace sanitaire. Néanmoins, la fenêtre ne prévoit pas d'ouverture par le patient et l'horloge numérique n'intégrait pas la date. Un plan de réhabilitation des CI par phases est évoqué, notamment en sous-commission « isolement/contention » de la CME. Toutefois, rien n'est acté (cf. § 3.3).

Recommandation 19

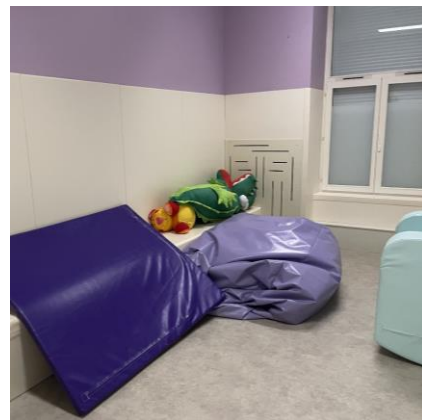
Les chambres d'isolement doivent être, sans distinction, équipées de mobilier et de revêtements sécurisés, confortables, adaptés à la prise en charge et favorisant l'apaisement. Des dispositifs d'appel d'urgence doivent être mis à disposition des patients sous contention. Il doit être veillé en toutes circonstances à la préservation de l'intimité des patients.

Dans ses observations au rapport provisoire, en date de juillet 2024, l'EPSM indique : « *Un recensement des équipements par chambre est effectué. Les plans d'investissement 2025 et suivants intégreront le renouvellement des lits et équipements de chambres de surveillance intensive* ».

7.1.2. Les espaces d'apaisement

Dès 2020, l'établissement s'est engagé dans la création d'espaces d'apaisement. Un premier a été mis en place en avril à l'unité Pinel ; suivi d'une dotation des unités de pédopsychiatrie. Un plan général de déploiement, soutenu financièrement par l'ARS, a ensuite donné lieu à l'ouverture de deux autres espaces : en 2022, à Esquirol ; en 2023 à Pussin. Parti a été pris de prioriser non pas les unités d'entrée mais les unités de moyenne et longue évolution (MLE) puis celles de patients chroniques (Esquirol) ou pré-FAM (Pussin qui ne dispose pas de CI). En pratique, on note des appropriations disparates, souvent éloignées de l'objectif de désescalade quand des signes avant-coureurs d'agitation s'expriment. A Pussin et Esquirol notamment, où le déploiement s'est fait sans expression de besoin, les espaces sont peu mobilisés et servent principalement de lieux de mise à l'abri du bruit, d'intimité lorsque les patients doivent partager

une chambre double, voire de repos. A l'écart des espaces de vie, ils sont équipés d'un système audio donnant la possibilité de mettre de la musique et d'un mécanisme de variation de la lumière permettant de moduler les couleurs et l'intensité. Toutefois, ils sont inégalement dotés en termes de mobilier et d'accessoires. La majorité ne contient que des banquettes et des coussins. A Pussin, la froideur des lieux, évoquée par le personnel, est accrue par des problèmes de chauffage. L'une (Pinel) se distingue par du matériel plus fourni : matelas de sol, « poire » à billes, fauteuil, lampe à bulles lumineuses et peluches. Selon la direction, chaque unité a la latitude d'aménager son espace : couleurs des matériaux, mobilier. La marge de manœuvre ne fait pas l'objet de la même perception au niveau des cadres de santé. En tout état de cause, l'emploi des espaces d'apaisement apparaît encore mal défini et s'intègre peu au projet de soin. Il ne fait pas l'objet d'analyse, notamment en termes d'alternatives à l'isolement.



Espaces d'apaisement : Pussin (en haut à gauche) ; Esquirol (en haut à droite) ; Mara Selvini (en bas à gauche) ; Pinel (en bas à droite)

7.2. DES OUTILS D'ANALYSE FONT DEFAUT A LA POLITIQUE DE REDUCTION DE L'ISOLEMENT ET LA QUESTION DES MINEURS N'EST PAS ABORDEE

7.2.1. La tenue du registre

L'établissement a tenté de matérialiser un registre à partir de mars 2023. En raison de problèmes de logiciels (inadaptation de l'ancien DPI, Cimaise®), de la réforme de 2022 puis de l'insuffisance du logiciel suivant (Sillage® V19) avant l'acquisition d'une nouvelle version (V21), les données du 7 mars au 13 novembre 2023 sont inexploitable, de multiples biais étant introduits. Par ailleurs, le module « registre iso-contention » intégré au DPI pour une vue en temps réel des mesures et de leur durée ne permet pas, par requête et donc pour analyse longitudinale, de connaître l'unité

des patients. Les rares données exploitables ne permettent pas non plus d'identifier précisément le médecin décisionnaire, le nom inscrit correspondant au dernier qui a procédé à une modification de prescription ou décision. Des demandes de modifications sont portées auprès de l'éditeur du logiciel mais, de fait, aucune analyse des pratiques n'est pour l'heure possible par unité autrement que par ajout manuel. Par ailleurs, aucune donnée n'est recueillie concernant l'usage des espaces d'apaisement en vue de nourrir la réflexion et dégager des pistes d'amélioration.

Les changements multiples de logiciel DPI au cours de l'année 2023 ont directement impacté la tenue du registre isolement/contention prévu par l'article L.3222-5-1 du CSP. L'établissement n'a pas été en mesure de présenter un registre exploitable pour l'année. En outre, dans sa version communiquée à compter du 14 novembre 2023 (date de mise en application de la dernière version du logiciel), le registre présente encore des manques : le nom du psychiatre décisionnaire est sujet à caution (le registre fait en réalité apparaître le dernier praticien qui a modifié la prescription) ; l'âge des patients n'était pas mentionné, non plus que le mode légal de soin en début de mesure ou après transformation. Une demande de modification a dû être sollicitée, les insertions étant opérées manuellement par le département de l'information médicale (DIM).

Recommandation 20

Le registre prévu par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique concernant l'isolement et la contention doit être effectif et comporter toutes les mentions légales.

La direction de l'EPSM confirme, par le biais de ses observations au rapport provisoire, que « l'année 2023 a été marquée par un changement de dossier patient informatisé (DPI) qui a impacté le registre » et que « les contrôleurs ont eu communication de la compilation de trois registres ». Elle ajoute que « depuis le 14/11/23, date de mise à jour effective du DPI, le registre intègre désormais les éléments relatifs à l'information et à la saisine du juge des libertés et de la détention » et que « les autres éléments manquants ont été sollicités par le DIM auprès de l'éditeur ».

7.2.2. La politique de l'établissement

La CME a institué une sous-commission portant sur l'isolement et la contention³⁸, l'objectif étant de garantir l'application des recommandations de la haute autorité de santé (HAS). L'initiative a été prise au mois de mars 2018. Un point relatif à l'isolement et la contention est inscrit à chaque ordre du jour de la CME. L'EPSM a, par ailleurs, formalisé par écrit une « politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention » s'appuyant sur la doctrine élaborée en sous-commission, au mois de septembre 2019. Dans ce cadre, une plaquette relative à l'isolement et à la mise sous contention, validée par la CDU, a été élaborée en vue de donner des éléments d'information au patient et son entourage.

La sous-commission se réunit presque mensuellement et contribue à l'élaboration annuelle du rapport sur le recours à l'isolement et la contention présenté aux instances et adressé à l'ARS. Elle suit les programmations et inscriptions en actions de formations liées à la thématique

³⁸ La sous-commission regroupe divers corps professionnels – IDE, AS, cadres de santé, ingénieur qualité, attaché d'administration au service des usagers, PH (dont DIRM, chefs de service et chefs de pôle). Elle est décrite comme un observatoire des pratiques et un espace de réflexions et propositions. La commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques (CSIRMT) y est associée.

(OMEGA, HUMANITUDE), a initié en 2023 la constitution d'ateliers de formation sur la contention (contexte, pose, simulation, contre-indications, etc.)³⁹ et commande chaque année depuis 2019 des audits internes, réalisés en lien avec l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI), sur le respect des procédures et bonnes pratiques à partir d'une sélection aléatoire de dossiers de patients informatisés (DPI). Cependant, des outils ont fait défaut en 2023 et pour partie manquent encore à une analyse fine des pratiques.

Recommandation 21

L'établissement doit se doter de tous les outils pertinents d'analyse des pratiques d'isolement et de contention ainsi que de l'usage et de l'impact des alternatives à ces pratiques.

La direction de l'EPSM confirme dans ses observations au rapport provisoire que « *le changement de DPI en 2023 n'a pas permis une analyse fiable des données recueillies* ».

Enfin, l'isolement des mineurs n'est questionné ni dans les instances ni dans les unités susceptibles d'en accueillir. Le statut d'hospitalisation en SL des mineurs hospitalisés à l'initiative des titulaires de l'autorité parentale voire du juge en assistance éducative⁴⁰ n'est pas, à l'EPSM, considéré comme un obstacle au placement à l'isolement de mineur. Pourtant la mesure ne saurait concerner « *que des patients en hospitalisation complète sans consentement* »⁴¹.

Recommandation 22

Toute mesure d'isolement, *a fortiori* de contention, d'un patient mineur doit être proscrite dès lors que, sauf dans l'hypothèse où le patient concerné est pris en charge au titre de soins sur demande du représentant de l'Etat (SDRE), elle est contraire à la loi. Considérant en outre qu'une telle mesure, y compris dans cette dernière hypothèse, est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant, le CGLPL recommande qu'il n'y soit jamais recouru. En tout état de cause, aucune mesure d'isolement ou de contention ne doit être mise en œuvre sans que soient respectées les exigences de l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique quant au contrôle juridictionnel de ces mesures.

7.2.3. Les pratiques d'isolement et de contention

a) L'isolement

Les rapports annuels sur l'isolement et la contention font apparaître un taux de patients isolés par rapport à la file active en diminution constante : 22,9 % en 2020, 22 % en 2021, 18,7 % en 2022. Ces taux sont inférieurs à la moyenne nationale au regard des données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)⁴² et des constats du CGLPL dans les établissements visités en 2022⁴³. Les données très partielles récupérées sur 2023, soit du 14 novembre au 31 décembre, font état, quant à elles, d'un taux de 16,3 %.

³⁹ Une centaine de participants dans le cadre de sessions de 8 personnes sur 45 minutes assuré par des référents volontaires dans le pôle de psychiatrie générale.

⁴⁰ Cour de cassation, Civile 1^{ère}, avis du 18 mai 2022 n°22-70.003.

⁴¹ Article L.3222-5-1 du CSP.

⁴² 37 % environ en 2021 (ATIH, Analyse de l'activité hospitalière 2021, psychiatrie, novembre 2022).

⁴³ Moyenne de 25 % environ.

Les unités qui présentent le plus grand nombre de mesures sont Falret (24,6 % de l'ensemble des mesures décidées en 2022) et Lasègue, unité d'entrée (23,3 %) suivies de Marcé (19 %) et Aubanel (16,9 %). Pinel ne représente que 2,1 % ; toutefois, l'unité est concernée par l'isolement de longue durée. Lors de la visite, faute de solutions extérieures adaptées et de possibilité de mettre en place un accompagnement en 1 pour 1, deux patients étaient isolés depuis des mois (avec sorties séquentielles) – dont l'un dans une chambre spécialement aménagée pour quitter l'isolement *stricto sensu* (l'isolement en espace non dédié est tracé comme tel). Par ailleurs, un patient était isolé et contentonné depuis 26 jours ; les équipes, toutes préoccupées par cette situation, admettent se trouver dans une impasse thérapeutique (cf. § 10.1). A Esquirol, un patient était également isolé depuis deux mois. Une réflexion concernant l'aménagement spécial d'une chambre hôtelière a fini par être écartée pour ne pas accroître les capacités d'isolement. Néanmoins, la question de ces placements en isolement desquels il s'avère très difficile de sortir reste posée.

Le rapport 2022 isolement/contention fait mention d'une durée moyenne des mesures de 187,8 heures ; cependant, l'isolement de longue durée est inclus ce qui ne permet pas d'apprécier le courant des situations. En effet, en 2022, trois mesures ont dépassé 181 jours, deux 91 jours. Les plages de catégorisation retenues (par exemple : ≥ 48 heures et < 8 jours) sont trop larges pour avoir une vue précise. 43 % des mesures relèvent de cette catégorie. 23 % sont inférieures à 24 heures. 17 % sont supérieures à une semaine et inférieures à 3 mois.

Les données partielles 2023 font aussi apparaître, en dehors des cas d'isolement « pérennes » précités, des durées particulièrement longues : 497 heures (Falret), 286 heures (Marcé), 112 heures (Falret), 110 heures (Marcé).

Douze mineurs ont, par ailleurs, été placés à l'isolement en 2022 pour une durée moyenne de 38,3 heures. Deux de 17 ans l'ont été entre le 14 novembre et le 31 décembre 2023 en unité pour adultes (94,13 heures et 15,50 heures).

Si des patients en SL sont parfois isolés (24 en 2022 ; 2 fin 2023) l'analyse du registre montre qu'un changement de statut est opéré au-delà de 12 heures.

b) La contention

La contention est en baisse : 60 mesures en 2022 concernant 29 patients contre 106 en 2021 pour 59 patients, étant précisé dans le rapport que certaines mesures de longue durée (8 jours et plus) – 6 en 2022 – sont « *en réalité principalement des contentions dont l'indication est somatique en prévention de risques de chute voire des contentions séquentielles de quelques heures* ». Ces mesures à elles seules représentent 90,9 % de la durée totale des contentions (15 631 heures). Dans la majorité des cas (55 %), les durées sont inférieures à 24 heures (les données n'isolent pas le seuil de 12 heures). 15 % sont supérieures à 48 heures dans la limite de 8 jours. Largement issues de prises en charge dans l'unité de gérontopsychiatrie, il est apparu que ces pratiques n'y ont plus cours (cf. § 10.2).

Le matériel de contention⁴⁴ est, en principe, contrôlé chaque mois et après chaque usage dans les unités. Des états des lieux visés en sous-commission sont réalisés. Un procès-verbal du mois

⁴⁴ 8 kits pour les unités de soins, 7 kits pour les transferts et 3 kits disponibles à la lingerie (dont 2 de taille XL pour les patients en surpoids). Chaque kit est composé ainsi : attache taille au lit, au fauteuil, attache rapide des épaules, attache poignets et cheville, attache rapide chevilles, sangles de rallonges et une connexion pour cheville.

de février 2023 indique qu'à l'occasion du dernier bilan, il a été constaté « *un manque important d'attaches et aimants dans les valises de contention* ».

7.2.4. La traçabilité des mesures et les conditions de prise en charge

Les mesures d'isolement et de contention et les surveillances afférentes sont tracées dans le logiciel Sillage® depuis le mois de mars 2023. Les audits conduits annuellement⁴⁵ à partir d'une sélection aléatoire de DPI montrent que les décisions justifient bien, d'un point de vue formel, que la mesure est de dernier recours, sans autre alternative (conformité de 100 % en 2023, 90,5 % en 2022). En revanche, la traçabilité de l'évaluation des risques liés à la mesure fait défaut : 75 % de non-conformité en 2023, 66,7 % en 2022. Par ailleurs, si l'information du patient sur les raisons de son isolement est globalement acquise, celle sur les conditions de levée l'est beaucoup moins – ne serait-ce qu'en traçabilité (75 % de non-conformité en 2023).

Le recueil du souhait du patient de prévenir un proche est majoritairement respecté. Mais l'inscription de son ressenti à l'issue de la mesure est loin d'être systématique (58,3 % de non-conformité en 2023). Dans les unités, il est admis que l'évaluation n'est pas nécessairement formalisée, ni tracée. Elle peut avoir lieu ultérieurement dans un temps informel. De même que le temps de reprise en équipe n'est souvent pas tracé mais généralement conduit. Lors de la visite, les équipes sont apparues attentives aux conditions de prise en charge des patients. Dans une situation particulière cependant, il a été noté une insuffisance d'intérêt porté aux conditions matérielles en isolement. Le patient, isolé depuis la veille, s'est plaint d'avoir froid. A la demande d'un contrôleur, à l'issue de l'entretien médical, la température a été relevée à 19°C en milieu d'après-midi (ce qui n'avait pas été fait spontanément). Le patient n'était doté que d'un pyjama en tissu. L'entretien était, par ailleurs, plus disciplinaire que dans la recherche d'une alliance thérapeutique. Rien n'a été indiqué au patient quant aux conditions de levée de la mesure, les modalités n'ayant d'ailleurs pas apparemment été discutées en équipe en amont. Le patient était placé à l'isolement pour avoir, dans une démarche instrumentale selon ses explications, simuler une strangulation sur un autre patient pour signifier son incapacité (ou son refus) de séjourner en chambre double, après l'avoir vainement indiqué oralement.

En dehors des cas de chambres spécialement aménagées pour sortir d'isolement en CI de longue durée (une à Pinel, une à Falret dotée d'un verrou intérieur permettant au patient de clore lui-même la pièce), tracés comme isolement en espace non dédié, il n'y a pas d'isolement en chambre ordinaire. Une « chambre miroir » est généralement conservée, sauf dans les unités d'entrée quand cela s'avère impossible.

Les médecins somaticiens se rendent auprès des patients isolés. En revanche, des difficultés sont apparues pour l'examen par un psychiatre préalable à tout placement et renouvellement de mesure. La présence médicale est insuffisante, particulièrement le jeudi après-midi et le vendredi en fin de journée. Le jeudi 11 janvier, dans l'après-midi, il a fallu une heure pour trouver un psychiatre disponible pour se rendre auprès d'un patient d'Esquirol dont l'état s'est dégradé et qui a été placé à l'isolement. Un psychiatre de l'unité de gérontopsychiatrie, au statut de PADHUE⁴⁶, a finalement été dépêché. La réalité des examens de pré-renouvellement lors des gardes de nuit est également préoccupante. Il a été indiqué que les décisions pouvaient être

⁴⁵ Le dernier a été conduit les 23 et 24 mars 2023. Son bilan (visé par la sous-commission avec propositions d'actions correctives) n'a pas encore été établi.

⁴⁶ Praticien à diplôme hors Union européenne.

prises à distance, sans examen préalable. Les audits montrent que le problème est connu⁴⁷. La problématique se pose *a fortiori* pour les renouvellements de mise sous contention.

Recommandation 23

Toute décision initiale ou de renouvellement de placement à l'isolement ou sous contention doit être impérativement précédée d'un examen par un médecin de plein exercice et prise dans les délais légalement impartis. Une organisation efficace doit être prévue en ce sens.

Hors isolement de longue durée où il a pu être observé que les patients peuvent conserver leurs vêtements, le port du pyjama en CI est de principe. Il a été indiqué cependant – et un PV récent de réunion de la sous-commission en fait mention – que des patients présentant un risque de passage à l'acte suicidaire sont parfois laissés nus, sans autre effet qu'une couverture anti-déchirures renforcée. Après échanges en sous-commission, l'EPSM a opté pour « *des pyjamas intissés* » et « *envisage l'achat d'un jeu complet pour le futur UAO au CHU* »⁴⁸. Rien n'est indiqué concernant les autres unités.

Recommandation 24

Le port du pyjama en chambre d'isolement doit répondre à des considérations cliniques individualisées. Aucun patient, même en proie à des idéations suicidaires, ne saurait être laissé nu.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction de l'EPSM indique : « *Un achat de pyjamas spécifiques indéchirables est acté* ».

Des patchs nicotiques sont à disposition des patients fumeurs qui, en dehors de l'unité Aubanel, ne peuvent accéder à un patio. La consommation de tabac à la fenêtre, ouverte par les soignants, est toutefois tolérée à quelques occasions dans la journée.

Des distractions (livres, radio) sont aménagées selon l'état clinique.

Comme indiqué *supra* au § 7.1.1, il manque du mobilier adapté (pont de lit, table cylindrique) pour faciliter et donner du confort lors de la prise des repas. L'isolement séquentiel (sortie pour le goûter ou autres tels des visites de proches) est couramment pratiqué, particulièrement pour les isollements de longue durée (avec un problème de traçabilité dans le décompte des durées des mesures – l'isolement n'est pas formellement levé avec nouvelle décision à l'issue).

Dans la version provisoire du rapport du CGLPL, il était mentionné que les patients enfermés n'étaient pas signalés en temps réel au service de sécurité incendie et recommandé que le service de sécurité incendie soit systématiquement avisé de tout placement à l'isolement. Par le biais de ses observations au rapport provisoire datées de juillet 2024, la direction de l'EPSM a précisé : « *Le service [d'hospitalisation] renseigne en temps réel chaque mouvement de patients (via Sillage DPI et GAM) auquel le standard, ouvert 24h/24, a accès. En tant que de besoin, le*

⁴⁷ A l'item « *le patient bénéficie d'une visite médicale toutes les 12h si isolement* », l'audit 2022 fait état de 33,3 % seulement de conformité et indique en « *cause de conformité* » : « *non réalisé. Absence de visite du PH de garde pour renouveler les prescriptions d'isolement la nuit* ». L'audit 2023 ne reprend pas strictement l'item mais mentionne concernant l'existence d'une décision médicale de renouvellement toutes les 12 heures un taux de non-conformité de 58,3 %.

⁴⁸ Relevé de décision du 20 octobre 2023.

responsable sécurité a accès à ces données. En cas de levée de doute par les équipes, il en est immédiatement informé ».

8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

8.1. LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES ET LES REPRESENTANTS DES USAGERS PARTICIPENT AU CONTROLE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

8.1.1. La commission départementale des soins psychiatriques

Si la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) n'a plus exercé ses missions durant deux années, son activité a repris à compter du mois de décembre 2022 à la suite de la nouvelle constitution de la CDSP. Elle est composée de deux psychiatres, d'un médecin généraliste et de deux représentants des usagers qui participent aux visites des établissements. Quatre réunions ont été réalisées durant l'année 2023. Selon le président de la CDSP, la commission a été saisie de deux requêtes de proches de patients mais aucune saisine ne provient de l'EPSM. Deux visites de deux unités de l'EPSM ont été réalisées en février et en octobre 2023 ; plusieurs patients ont été entendus et 107 dossiers de patients en SSC sur tout le département ont été analysés.

La visite de la CDSP a été annoncée et affichée dans les unités et la commission des usagers (CDU) a également été informée. Des informations concernant le fonctionnement de la CDSP et sa saisine se trouvent dans le livret d'accueil.

La reprise du fonctionnement de la CDSP participe à garantir un contrôle effectif de la prise en charge des patients mais les comptes-rendus de visite restent succincts et la CDSP n'a pas signalé l'absence du registre d'isolement et de contention lors de sa visite en octobre 2023 (cf. § 7.2). Seule une analyse de l'état en temps réel des mesures en cours a pu être réalisée.

8.1.2. La place des représentants des usagers

Les représentants des usagers sont impliqués par la direction dans la vie de l'établissement et sont présents dans différentes instances, notamment au sein du conseil de surveillance et de la CDU, la présidence de cette instance étant portée par différents représentants des usagers depuis plusieurs années.

La CDU est composée de trois représentants des usagers, issus de trois associations différentes. Son fonctionnement et ses missions, outre sa composition, sont expliqués dans le livret d'accueil et un affichage est réalisé dans les unités. Le rapport d'activité de la CDU est étayé et reprend l'ensemble des constats réalisés durant l'année, effectuant un bilan et une analyse notamment des plaintes, des réclamations, des événements indésirables et des questionnaires de satisfaction. Le dialogue avec la direction est qualifié de satisfaisant et constructif en vue d'améliorer les conditions de prises en charge des patients. Les représentants des usagers participent à l'élaboration des questionnaires de satisfaction et sont informés du suivi des événements indésirables et de l'ensemble des plaintes et réclamations en cours, lors des réunions trimestrielles de la CDU. Une visite d'une unité, d'une salle d'apaisement et d'une chambre d'isolement a été proposée par la direction aux membres de la CDU en 2023 mais les visites des unités restent très rares. Aucune saisine d'un médiateur de la CDU n'a été réalisée en 2023 mais ce dispositif existe pour avoir été utilisé à une reprise en 2022 avec un usager.

Par ailleurs, un projet des usagers 2020-2024 a été réalisé par l'établissement en vue d'impliquer davantage les usagers en développant les outils de communication, notamment le livret d'accueil et les questionnaires de satisfaction, en recherchant à impliquer davantage la CDU et en repensant les espaces de rencontres pour les usagers, notamment par la création d'une maison

des usagers, à ce jour inexistante. Un local de l'union nationale des familles et des amis de personnes malades et handicapées psychiques (UNAFAM) peut recevoir des patients ou l'entourage des patients sur le site de l'EPSM, sans qu'une permanence ne soit tenue. Un numéro et un QR-code renvoyant à la page d'accueil du site de l'association sont affichés sur la porte d'entrée du local et les coordonnées de l'ensemble des associations des usagers sont également reprises dans le livret d'accueil. Enfin, les prospectus des associations des usagers sont en libre-service au sein des salles de visite des unités contribuant ainsi à l'information effective des patients et de leur famille.

8.1.3. Les questionnaires de satisfaction

Un questionnaire de satisfaction est remis à chaque patient à son entrée dans une unité, transmis avec le livret d'accueil. Un rappel de l'existence de ce questionnaire est réalisé durant le séjour et les soignants peuvent également être sollicités pour aider les patients à le remplir. Ce questionnaire est de nouveau remis à la sortie du patient. Un QR-code a été mis en place pour permettre le retour du questionnaire par voie électronique. Ces questionnaires ont fait l'objet d'une révision en partenariat avec les représentants des usagers. En 2021, 14 % des questionnaires avaient été remis et 16 % en 2022. 25 % des questionnaires ont été remis en 2023. Une évaluation annuelle de la satisfaction des patients accueillis en unité de MLE est également réalisée avec l'aide des soignants, avec un retour quasi-systématique des patients en état de s'exprimer. Une satisfaction importante est relevée, à savoir une note de 8,3/10 sur l'année 2023. Les soignants et cadres indiquent prendre systématiquement connaissance des retours afin d'améliorer leur pratique et la prise en charge proposée. Une analyse des questionnaires est ensuite réalisée par la cellule qualité.

Des questionnaires de satisfaction ont également été élaborés en 2023, toujours en lien avec les représentants des usagers, dans les services de l'extrahospitalier.

8.2. L'ORGANISATION DU REGISTRE DE LA LOI NE PERMET PAS UN SUIVI LISIBLE DU PARCOURS DU PATIENT MALGRE SA BONNE TENUE

Deux registres de la loi distincts sont ouverts et tenus par les agents du bureau des usagers (BDU), l'un noir pour les SDRE et l'autre vert pour les SDDE. Les registres sont renseignés par ordre chronologique et sont parfaitement à jour. Ils ont été visés par la CDSP en février et octobre 2023 et par le procureur de la République lors de sa visite en mai 2023. Cependant, ni les autorités administratives ni le juge des libertés et de la détention ne les ont consultés et visés.

Recommandation 25

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le président du tribunal judiciaire d'Amiens, le préfet de la Somme et le maire de Dury ou leurs délégués doivent visiter au moins une fois par an l'établissement public de santé mentale et porter sur le registre de la loi leur visa et leurs éventuelles observations.

Les registres en cours sont lisibles et comprennent quasiment toutes les mentions légales imposées par l'article L.3212-11 du code de la santé publique. Seules les dates de notification des informations données aux patients ne figurent pas dans les registres. L'ensemble des bordereaux de notification est transmis aux soignants des unités pour notification aux patients le jour de la décision mais les bordereaux ne sont pas systématiquement renvoyés au BDU (cf. § 4.3.2).

Recommandation 26

Conformément aux dispositions du code de santé publique, doivent figurer dans le registre de la loi les dates de notification, d'une part, des décisions tant d'admission que de maintien de la mesure ou de changement de forme de prise en charge et, d'autre part, des droits et voies de recours et garanties.

L'organisation interne du bureau des usagers et le déplacement d'un administrateur de garde permettent de rédiger et notifier également les décisions les fins de semaine.

Les certificats des 24 heures, des 72 heures, les certificats mensuels et les programmes de soins (PDS) sont dûment joints aux registres. Les autorisations de sorties de courte durée (moins de 12 heures et moins de 48 heures) sont également mentionnées alors que la loi ne l'exige pas.

La mention manuscrite des décisions du directeur est inscrite aux registres et le dispositif du juge des libertés et de la détention, une partie de la décision du préfet ou des certificats médicaux y sont reproduits et imprimés. Mais l'absence des décisions dans leur intégralité ne permet ni de prendre connaissance des motivations retenues par les décisionnaires, ni de comprendre le parcours du patient en cas de réhospitalisation, ni de vérifier l'horodatage, pourtant présent sur les certificats médicaux.

De même, les contrôleurs ont observé que le statut des patients évoluait régulièrement durant leur hospitalisation. Cependant, l'enregistrement des patients dans des registres distincts et sans renvoi dans le deuxième registre à la pagination ou à la référence sous laquelle le patient a été précédemment inscrit, ne permet pas de retrouver le parcours antérieur ou postérieur du patient après un changement de statut.

Parallèlement aux registres, un dossier individuel de chaque patient, tenu à jour et lisible, permet de prendre connaissance des pièces dans leur ensemble et du parcours du patient depuis son arrivée. Les certificats médicaux sont suffisamment circonstanciés pour justifier la nécessité de la mesure contraignante. Il n'a pas été constaté l'usage de certificat type ou de copier-coller prescrivant le renouvellement de l'hospitalisation.

8.3. LE CONTROLE JURIDICTIONNEL NE COUVRE L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION QUE DEPUIS PEU EN EXCLUANT LES PATIENTS DETENUS ET LES MINEURS

Le juge des libertés et de la détention (JLD) exerce ses fonctions au tribunal judiciaire (TJ) d'Amiens depuis plus de quatre ans. Il a compétence sur les mesures de SSC et les mesures d'isolement et de contention de l'ensemble des établissements habilités dans le ressort judiciaire, à savoir également celles des CH d'Abbeville et de Péronne. Afin de mieux comprendre l'hospitalisation en SSC, il a observé, à sa demande, l'admission d'un patient.

La direction de l'EPSM réunit annuellement le JLD et des médecins, la prochaine fois dans le courant du mois de février 2024.

8.3.1. Le contentieux relatif aux mesures de soins sans consentement

Le JLD tient ses audiences les mardi et vendredi matin à l'EPSM, dans une salle aménagée spécifiquement en marge du quadrilatère historique, à proximité des unités d'hospitalisation pour adultes. Les conditions matérielles de l'audience n'appellent aucune observation.

Y sont convoqués l'ensemble des patients en SSC du ressort judiciaire. Selon les statistiques du TJ (qui regroupent l'ensemble de ces situations), 663 dossiers ont été audiencés en 2021, 617 en

2022, 751 en 2023. L'EPSM fait état d'environ deux-tiers de cette activité juridictionnelle : 371 patients audiencés en 2022 dont 273 avant le 12^{ème} jour d'hospitalisation et 94 au-delà de six mois ; 373 patients audiencés en 2023 dont 279 avant le 12^{ème} jour et 93 au-delà de six mois.

La saisine du juge par le patient ou un de ses proches est exceptionnelle : 2 en 2022, 1 en 2023.

Les dossiers complets sont transmis par le BDU au TJ par voie dématérialisée. Un agent du BDU est présent à l'audience pour en faciliter la tenue.

La permanence des avocats au barreau d'Amiens met à disposition deux avocats à chaque audience, si bien que les comparutions sont fluides. Un avocat commis d'office a assisté près de 96 % des patients en 2022 et en 2023 et un avocat choisi en a assisté environ 2 %.

Le tiers demandeur de la mesure de SSDE ainsi que le mandataire judiciaire sont avisés de l'audience. Ils sont rarement présents. Le second adresse parfois des éléments écrits au juge.

Les patients sont accompagnés *a minima* par un soignant jusque dans la salle d'audience. La présentation en pyjama hospitalier n'est pas exclue (cf. § 6.2). La non-comparution résulte soit d'un certificat médical de non-audiençabilité, soit de la volonté écrite du patient. En 2022 et 2023, respectivement 22 % et 24 % des patients ne se sont pas présentés. Pour des raisons exposées comme historiques, les patients détenus ne sont conduits dans la salle d'audience que si des agents pénitentiaires viennent, ce qui n'est jamais demandé ; en conséquence, le magistrat a pris l'habitude de délocaliser son audience dans la CI qu'ils occupent dans l'unité Aubanel. Si la démarche du juge compense cet état de fait, les contrôleurs ne relèvent pas, ailleurs, ce constat, les patients détenus étant présentés au juge dans les mêmes conditions que tout patient en SDRE.

Recommandation 27

Les patients détenus doivent être présentés au juge des libertés et de la détention dans les mêmes conditions que tous les patients en soins sur décision du représentant de l'Etat.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction de l'EPSM rappelle que « *la procédure actuelle tient compte de la position du juge des libertés référent de l'établissement exprimée lors d'une rencontre dans l'établissement* » et s'engage à lui soumettre de nouveau la problématique au vu du rapport provisoire.

De manière plus générale, le magistrat se rend avec sa greffière et l'avocat dans les unités dès lors qu'il apparaît que l'absence du patient est motivée par l'incapacité des soignants à l'accompagner. Il est par exemple allé au-devant d'une patiente dont la mobilité était réduite dans l'unité de psycho-gériatrie. Cette démarche est appréciée de tous. La bonne pratique formulée *infra*, au § 8.3.2, ne doit pas faire oublier le principe de présentation du patient dans la salle d'audience.

Les décisions sont prises sur le siège, sauf exception. Dans ce dernier cas, les pratiques rapportées par les soignants n'attestent pas dans toutes les unités qu'un exemplaire de l'ordonnance transmise par mail est bien remis au patient, même si la notification et l'explication sont partout garantis (cf. § 4.3.2 où une recommandation est faite).

Aucun motif n'est récurrent dans les décisions de mainlevée prononcées⁴⁹ : cinq des six décisions de 2023 la prononcent avec effet différé pour envisager la mise en place d'un programme de soins (PDS), la 6^{ème} la prononçant sans condition. Deux décisions ont été mises en délibéré à 15h afin, dans un cas, de justifier médicalement de la non-comparution du patient et, dans l'autre, de fournir un avis médical motivé plus récent, lesquels n'ont pas été transmis ; les quatre autres mainlevées ont été motivées de façons aussi variées⁵⁰.

Les ordonnances sont assorties de trois pages d'explications sur le contrôle juridictionnel et les voies de recours ouvertes. Cinq appels ont été interjetés en 2022 et deux en 2023.

8.3.2. Le contentieux relatif aux mesures d'isolement et de contention

L'EPSM a mis en œuvre les obligations d'information issues de l'article L.3222-5-1-II dès 2021 : à « au moins un membre de la famille du patient » par mail ou par courrier envoyé par le BDU et au JLD s'agissant des renouvellements des mesures, pour lesquelles ce dernier ne s'est jamais saisi d'office afin d'exercer un contrôle. Le système d'horodatage des mesures avec échéancier pour l'information et le contrôle par le JLD n'était pas opérationnel et ne permettait pas de saisir le JLD dans les cas prévus par la loi.

Ce n'est qu'à partir du 14 novembre 2023 que le contrôle juridictionnel a pu s'exercer, quand l'EPSM a pu saisir le JLD, une fois résolue l'impossibilité d'extraire du logiciel supportant le DPI les éléments d'un dossier de saisine. 77 saisines ont été traitées en un peu moins de deux mois (20 décisions relatives à l'isolement et 6 à la contention en novembre, 36 relatives à l'isolement et 6 à la contention en décembre).

L'organisation du travail au BDU permet d'adresser ces saisines en permanence. Celles à adresser avant un horaire nocturne sont transmises en fin de journée. Eu égard à la durée de certaines mesures (cf. § 7.2.2), des dossiers comportent « près de quatre-vingts pages d'historique ». Leur contenu satisfait le JLD, y compris du point de vue de la motivation médicale des mesures, qui apparaît actualisée.

Le JLD n'a jamais été saisi directement de ce type de mesures par des patients ou leurs proches. Les avocats sont aussi présents et réactifs pour l'isolement-contention que pour les mesures de SSC.

Les magistrats se rendent dans les unités dès lors que le patient indique qu'il souhaite les rencontrer et que son état le permet, l'établissement ne mettant pas à disposition de moyen de visiophonie adapté et le téléphone étant considéré comme inapproprié pour entrer en voie de décision. Selon les propos recueillis et l'occurrence des auditions de patients, cette démarche est appréciée de tous et n'entraîne aucune minoration du recours complet au contrôle juridictionnel. Le magistrat a ainsi rencontré les patients soumis à de l'isolement de longue durée.

⁴⁹ 4 ordonnances de mainlevée en 2022 et 6 en 2023 dont 2 par un autre magistrat que celui habituellement chargé de ce contentieux.

⁵⁰ Défaut dans la qualité du tiers demandeur, absence de preuve d'information du patient telle que prévue à l'article L.3211-3 du CSP, défaut de motivation de l'avis médical avant audience, retard de 24 heures dans la rédaction d'un avis motivé.

Bonne pratique 2

Le juge des libertés et de la détention tient ses audiences dans l'unité dès lors qu'un patient ne peut lui être présenté dans la salle du tribunal en raison soit de l'impossibilité de l'y transporter, soit de la mesure d'isolement et de contention dont il fait l'objet.

Malgré le contrôle formel des horaires des saisines et du contenu du dossier, une seule mesure d'isolement a été levée, le 26 novembre 2023 : le juge de permanence, saisi d'une mesure d'isolement en cours depuis le 18 novembre, accompagné par un agent du BDU, est arrivé alors que la patiente bénéficiait d'une ouverture de sa chambre dans le cadre d'un isolement séquentiel (ici dit « fractionné ») et se trouvait, « *en apparence pimpante et cohérente* », avec une dizaine d'autres patients dans le réfectoire collectif de l'unité. L'audience s'est tenue en « *chambre d'apaisement* »⁵¹. Considérant ces circonstances et qu'il n'y a pas de « *base légale à la notion d'isolement fractionné* »⁵², le JLD s'est prononcé en faveur d'une mainlevée de la mesure (souhaitée par ailleurs par la patiente). Une rencontre a été programmée en vue d'aborder notamment cette pratique de l'isolement séquentiel, en raison des interrogations qui subsistent.

Selon des propos recueillis et le PV de la réunion avec le JLD en date du 16 septembre 2022, il aurait été convenu de ne pas le saisir de la situation des patients :

- détenus isolés dans l'unité Aubanel en raison d'un isolement motivé par des raisons sécuritaires et non cliniques ;
- mineurs⁵³, qu'ils soient pris en charge en pédopsychiatrie ou en psychiatrie générale pour adultes. Si aucune saisine ne s'est appliquée aux mesures mises en œuvre dans la CI de Mara Selvini avant novembre 2023 (cf. § 7.2.2 où une recommandation est faite sur l'absence de base légale de l'isolement d'un mineur en SL), au moins un mineur de 17,4 ans isolé pendant plus de 94 heures en décembre 2023 dans l'unité Aubanel aurait dû être concerné par le contrôle juridictionnel de la mesure en place. Ce contrôle est d'autant plus opportun que l'illégalité de la mesure résultait de son application à un patient en SL.

⁵¹ Chambre d'isolement.

⁵² TJ d'Amiens, Ordonnance JLD du 26 novembre 2023, numéro de minute : 2023/13.

⁵³ Ainsi que pour quelques patients en unité de moyenne et longue évolution (MLE) « avec une pathologie complexe, avec des troubles majeurs du comportement et nécessitant une protection pour eux-mêmes ou pour les autres (patients non stables cliniquement, limite des thérapeutiques, à soustraire des stimuli) ne pouvant être accueilli dans une autre institution que l'hôpital », pour lesquels « le JLD fait part de sa compréhension des situations (mesure dans le cadre du soin) qui ne nécessite pas de saisine. L'entretien et l'information doivent être faits, il conviendra de préciser les mesures de soins l'isolement de longue durée sur les certificats transmis ». En réalité, ces mesures d'isolement et de contention font dorénavant l'objet d'un contrôle.

Recommandation 28

Le contrôle juridictionnel sur les mesures d'isolement et de contention doit s'exercer tant sur les patients détenus hospitalisés en soins sur décision du représentant de l'Etat en application de l'article R.6111-40-5 du code de la santé publique dès lors que leurs conditions d'hospitalisation s'apparentent à la mise en œuvre de telles mesures, que sur les patients mineurs, lesquels doivent bénéficier d'un contrôle étroit des conditions de leur hospitalisation en raison de leur vulnérabilité et en raison de l'impossibilité légale de soumettre durablement des patients en soins libres à une mesure d'isolement et de contention. Les mineurs et les patients détenus ne sauraient bénéficier de moins de droits que les autres patients.

9. LES SOINS

9.1. LE DEFICIT DE PSYCHIATRES COMPLEXIFIE LA DISPENSATION DE SOINS ADAPTES AUX BESOINS DES PATIENTS HOSPITALISES

9.1.1. L'organisation des soins

Un projet de pôle est inscrit dans le projet médical d'établissement, connu des soignants et une réunion de pôle semestrielle est tenue, la dernière au mois d'octobre 2023. Des projets de service existent.

Le déficit médical persistant malgré l'amélioration fragile du recrutement (cf. 3.3) qui complexifie le remplacement des médecins pendant leurs absences pour congés, formation ou maladie, et l'importance du *turn-over* des patients ont été signalés comme des difficultés au quotidien pour la garantie d'une dispensation adaptée de soins de qualité. L'effectif médical des unités d'entrée Lasègue et Aubanel⁵⁴ est commun, alors que leurs effectifs soignants sont distincts. Les relations ont été décrites comme fluides et collaboratives. Les bureaux médicaux, situés à Lasègue, ne sont pas nominatifs mais mutualisés.

A l'arrivée dans les services, les patients bénéficient d'un premier entretien psychiatrique, au plus tard le lendemain de l'arrivée à Lasègue et à Aubanel, sauf situation clinique urgente, afin de prévenir une fastidieuse répétition des éléments de parcours précédemment confiés à l'équipe de l'UAO. L'adhésion au projet de soin est recherchée. Le premier entretien psychiatrique est réalisé le jour de l'admission à Falret, Marcé, et Esquirol. La présence des IDE est favorisée lors des entretiens médicaux mais n'a lieu que si l'effectif le permet.

Les options de sortie sont évoquées dès l'entrée à Lasègue (où la DMS n'excède pas 10 jours) et à Aubanel, avec un phénomène de la « porte tournante⁵⁵ » limité à certains patients. L'alliance thérapeutique est recherchée, les sorties des patients hospitalisés en SL sont toutefois mises en œuvre à leur demande et l'orientation vers un suivi ambulatoire organisée. Les observations médicales sont reportées dans le DPI et prennent en compte celles des patients. Les soignants ont décrit des psychiatres présents et joignables à Lasègue. Une présence préférentielle des médecins à Lasègue, au détriment de l'exercice institutionnel à Aubanel a toutefois été signalée aux contrôleurs. L'évaluation clinique limitée de certains patients une à deux fois par mois, les difficultés corollaires pour obtenir des permissions de sortie et des orientations vers les unités d'activité, un vécu de « délestage », sans suivi rigoureux des patients, ont ainsi été rapportés à Aubanel. Un psychiatre est présent le matin à Falret. Une insuffisance du temps de présence médicale⁵⁶, de l'effectif d'IDE et d'ASS, et des orientations inadéquates de patients difficiles ont été signalées à Pussin⁵⁷. La situation a fait l'objet d'un rapport d'étonnement adressé à la

⁵⁴ 2,5 ETP de PH (4 praticiens dont 3 à mi-temps et 1 à temps plein) ; 1 ETP de praticien attaché (2 PADHUE, 0,5 ETP chacun) ; 1 à 3 internes répartis entre les unités d'entrée et le service des urgences ; des externes sont accueillis en stage et le recrutement d'1 PH titulaire qui a été docteur junior au mois de février 2024 a été signalé.

⁵⁵ L'organisation trop précoce de la sortie d'hospitalisation de patients insuffisamment stabilisés donne lieu à de nouvelles phases de décompensation de leur maladie qui nécessitent rapidement de nouvelles prises en charge hospitalières.

⁵⁶ Les entretiens médicaux ne sont pas réalisés systématiquement mais sur signalement d'une situation particulière par un IDE.

⁵⁷ La vocation de l'unité Pussin est plutôt l'accueil de patients dont l'état clinique nécessitera une orientation en foyer d'accueil médicalisé (FAM).

direction, qui est resté sans réponse. Un psychiatre n'intervient que trois demi-journées hebdomadaires à Esquirol, dont les patients nécessiteraient une présence médicale quotidienne. Aucun psychiatre n'intervient à Marcé depuis le mois de novembre 2023, dont les patients sont confiés à un interne, étudiant non-titulaire d'une thèse de médecine ni d'une qualification ordinaire en psychiatrie, présent six demi-journées par semaine. La présence des médecins et la fréquence des entretiens médicaux, diversement assurée selon les unités, ont pu être qualifiées d'« *insuffisantes* » par des agents comme par des patients.

La permanence des soins est assurée la nuit par une garde sur place qui associe un externe entre 18h30 et minuit, un interne entre 18h30 et 9h et un psychiatre entre 18h30 et 8h30, qui décide les mesures d'isolement éventuellement nécessaires ou les confirme par téléphone lors d'un échange avec l'interne (cf. § 7.2.2 où une recommandation est faite).

Recommandation 29

Le nombre et la formation des psychiatres recrutés doit garantir la dispensation de soins de qualité, adaptés aux besoins des patients hospitalisés dans toutes les unités. Les patients doivent bénéficier d'un accès au psychiatre équivalent dans les deux unités d'entrée, notamment pour leur évaluation clinique, ainsi que l'évaluation d'indications de permissions de sortie et d'orientation vers les services d'activités thérapeutiques. Aucun patient ne saurait être confié aux soins uniques d'un interne, étudiant non-médecin et non-psychiatre, au motif de la vacance des postes de psychiatres titulaires.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction de l'EPSM souhaite indiquer : « *L'évolution positive de l'attractivité médicale depuis deux ans a permis une amélioration [...]. Le contexte de la loi RIST n'a pas eu d'incidence négative significative sur la démographie médicale. Le suivi médical est systématiquement assuré par un psychiatre* ».

Des réunions pluriprofessionnelles⁵⁸ (psychiatre, cadre de santé, IDE, psychologue, AS) sont régulièrement organisées pour l'évocation des projets de soins et de leurs modifications, de l'évolution clinique des patients, et de la préparation de leurs projets de sortie, précocement abordée dans leur parcours. Les transmissions infirmières sont tenues lors des roulements dans toutes les unités, avec une participation médicale possible quand la ressource existe.

Les réunions soignants-soignés ne sont pas formalisées mais tenues « au fil de l'eau » en cas de besoin ou de demande à Lasègue, ne sont pas tenues à Aubanel, Pussin, Marcé et Esquirol mais seraient régulières à Falret.

Les patients dits « inadéquats⁵⁹ », qui présentent une dépendance institutionnelle marquée et des durées d'hospitalisation très prolongées en lien avec l'impossibilité de mettre en œuvre des projets de sortie ou leur échec, sont diversement répartis dans les unités. Une commission spécifique pour l'orientation des patients de moyenne ou longue évolution (MLE) décide des transfèvements mais les mutations ont été qualifiées de « *difficiles* », au motif de la rareté des places réservées notamment. La difficulté d'orienter les patients âgés de 65 à 75 ans de Lasègue vers l'unité de psycho-gériatrie a été évoquée, alors que des lits y sont disponibles lors de la visite (cf. § 10.2). Ont également été particulièrement évoquées les hospitalisations longues de deux patients à Aubanel au motif de leur précarité sociale et, pour l'un, du maintien de la décision

⁵⁸ Commune et hebdomadaire le mardi pour Lasègue et Aubanel, bimensuelle à Pussin, mensuelle à Falret.

⁵⁹ 1 patient à Lasègue, 3 à Aubanel.

préfecturale, alors que leur état clinique ne le justifie plus, ainsi que celle d'un patient à Pussin au motif d'une absence de solutions de sortie.

Recommandation 30

L'hospitalisation en soins sans consentement dans un établissement de santé mentale doit respecter les dispositions légales et ne saurait être prolongée lorsque l'état clinique des patients ne le justifie plus.

Les modalités de l'accès au dossier médical sont connues et mises en œuvre dans les délais légaux, certains soignants de Marcé ne maîtrisaient cependant pas la procédure. Un accompagnement à la lecture, adapté à l'état clinique et au niveau de compréhension, est mis en œuvre à Lasègue de façon individualisée. La démarche a par ailleurs été décrite comme rare.

9.1.2. Les activités occupationnelles et thérapeutiques

Les unités disposent d'un matériel limité pour des activités occupationnelles : une télévision souvent en fonctionnement du matin au soir, des jeux de société, des livres, et parfois d'un baby-foot ou d'une table de ping-pong.

Aucune activité n'est mise en œuvre à Lasègue, ni à Aubanel excepté certaines sorties extérieures collectives et de la peinture, principalement effectuées le week-end. Les accompagnements extérieurs, effectués depuis Lasègue avec l'ASS et une IDE, sont consacrés à l'évaluation de l'état du logement et à la gestion d'animaux éventuellement laissés seuls, à la réalisation de démarches sociales, aux consultations spécialisées ou encore aux achats nécessaires. Quelques activités sont organisées à Falret⁶⁰, à Pussin⁶¹ malgré la nécessité de solliciter l'ouverture de la salle spécifique et la disponibilité d'un soignant qui rédige ensuite un compte-rendu dans le logiciel Sillage. Le matériel réservé aux activités n'est pas spontanément accessible à Marcé⁶², puisqu'entreposé dans salle spécifique fermée, dont l'ouverture exige la présence d'un soignant. Les patients ont majoritairement exprimé un sentiment d'ennui dans les unités.

Recommandation 31

Les patients doivent bénéficier d'un matériel permettant la réalisation d'activités occupationnelles dans les unités, répondant à leurs besoins et spontanément accessible toute la journée.

L'unité psychosociale transversale « 3R mosaïque » propose une importante diversité de prises en charge à destination des patients hospitalisés en SL comme en SSC et de ceux ambulatoires, sur indication médicale, mises en œuvre par des soignants spécifiquement formés, notamment :

- des ateliers de création médiatisés (bois, arts plastiques) et de sport adapté, un salon de coiffure et de bien-être, une cafétéria avec une bibliothèque ;

⁶⁰ Jeux de société, sport, foot, sorties à l'extérieur, marche « se diriger dans la ville », jardinage, « faire les courses », cuisine thérapeutique au moins une fois par mois, groupe de paroles avec la psychologue, « Comment gérer son pilulier » dans le cadre de la conciliation médicamenteuse, éducation psychothérapeutique concernant les addictions et l'équilibre alimentaire.

⁶¹ Lectures, modelage, jardinage, jeux, cuisine, sorties thérapeutiques (randonnées, marchés de Noël à Amiens, Arras, sortie maritime).

⁶² Un repas thérapeutique mensuel est par ailleurs organisé dans cette unité.

- un centre de réhabilitation psychosociale qui propose une prise en charge individualisée, complémentaire et spécifique sur indication médicale, vise l'amélioration de l'autonomie et de la qualité de vie, en s'appuyant sur divers outils de soins. Parmi eux, sont proposés notamment des programmes d'éducation psychothérapeutiques à destination des patients souffrant d'un trouble schizophrénique (« *Mieux vivre sa schizophrénie* ») ou bipolaire (« *Bonne humeur* »)⁶³, des familles et des proches de ces patients (« *Profamille* » et « *Profamille bipolaire* »)⁶⁴. L'accessibilité est possible sur indication médicale, par le renseignement dans un formulaire spécifique des coordonnées du patient et du prescripteur, et de la prise en charge souhaitée (programme psychothérapeutique ou groupe Profamille).

9.2. L'ORGANISATION ET LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS SOMATIQUES REPENDENT AUX BESOINS DES PATIENTS

L'effectif⁶⁵, les nombreux locaux⁶⁶ et l'équipement adapté du vaste service de médecine polyvalente permettent à l'équipe de répondre à ses missions.

L'équipe est présente en semaine de 9h à 18h et le samedi matin. Les généralistes et les internes, qui font appel au médecin senior en cas de besoin, interviennent dans les unités de soins, sans système de référence formalisé, quotidiennement et sur appel. Le reste du temps, les soins somatiques sont pris en charge par l'interne et le psychiatre de garde.

L'examen somatique d'entrée est réalisé dans les 24 heures. Les patients sont orientés vers le SAU du CHUAP en cas de besoin, voire le SAMU est contacté en cas de situation clinique assortie d'un risque vital.

Les prélèvements sanguins sont acheminés vers le laboratoire du CHUAP, en urgence si nécessaire, et les résultats sont disponibles dans le logiciel dans la journée ; les examens radiologiques et complémentaires exploratoires sont réalisés au CHUAP. Ceux programmés dans le secteur privé y sont effectués.

Les patients sont hospitalisés dans les services de spécialité du CHUAP, toujours après une évaluation initiale au SAU qui les oriente. Les patients de psychiatrie sont confrontés comme tous les autres patients aux difficultés de flux du SAU. L'accompagnement systématique de ceux hospitalisés en SSC par un IDE de l'équipe de référence est parfois difficile à mettre en œuvre, au motif des difficultés d'effectif, notamment le week-end. Le service de médecine polyvalente

⁶³ « *Mieux vivre sa schizophrénie* » et « *Bonne humeur* » sont des programmes qui permettent aux patients de connaître la maladie, les traitements médicamenteux et non-médicamenteux, de s'orienter dans le parcours de soins selon ses besoins, d'adopter une hygiène de vie satisfaisante, et d'apprendre à faire face aux difficultés de la vie quotidienne.

⁶⁴ « *Profamille* » et « *Profamille bipolaire* » sont des programmes qui permettent de connaître la maladie et les traitements, de développer des capacités relationnelles, d'apprendre à mieux gérer ses émotions, de savoir obtenir de l'aide, et de développer un réseau de soutien.

⁶⁵ 2 ETP de généraliste pourvus par deux praticiens, 2 internes (pendant le semestre de la visite en lieu d'un habituellement), 2 IDE (qui assurent la prise des rendez-vous, la réalisation de certains soins et pansement, et la gestion de certains intervenants spécialisés), 1 secrétaire.

⁶⁶ Un secrétariat, deux bureaux médicaux, une salle de soins, un cabinet dentaire, un cabinet de gynécologie, une unité d'accompagnement, un bureau infirmier, un bureau de diététicienne, une salle de podologie, une salle de soins d'hygiène, et un vaste jardin.

dispose d'une unité « accompagnement⁶⁷ », qui assure le transport en cas d'impossibilité pour les soignants des services de se déplacer ; les patients se déplacent parfois par leurs propres moyens.

Certains spécialistes interviennent dans le service de médecine polyvalente :

- une gynécologue une matinée par semaine ;
- un dentiste présent deux demi-journées hebdomadaires, les IDE assurant le poste d'assistant dentaire ;
- un kinésithérapeute présent quotidiennement en semaine dans le cadre d'un cumul emploi retraite ;
- un pédicure podologue une demi-journée par semaine, en congé maternité non remplacée lors de la visite ; des consultations externes sont organisées en cas de besoin dans l'attente de son retour ;
- deux diététiciennes, à raison d'1,8 ETP, dont une formée à la prise en charge des troubles des conduites alimentaires.

L'absence d'intervention d'un cardiologue et d'un neurologue a été déplorée.

Une unité d'hospitalisation complète assortie d'un hôpital de jour (HDJ, Sésame) assure la prise en charge des troubles addictologiques, notamment ceux liés à l'alcool⁶⁸. Un partenariat existe également avec l'ELSA⁶⁹. Une IDE de l'addictologie se déplace dans les unités pour rencontrer les patients et évoquer leurs habitudes de vie et de consommation.

Les généralistes participent aux actions d'éducation thérapeutique du patient en collaboration avec le pharmacien.

Un projet financé dans le cadre du FIOP⁷⁰ et mis en œuvre pendant le dernier trimestre de l'année 2023 permet à une IDE et une secrétaire d'établir un premier bilan de tous les patients de psychiatrie qui ne disposent d'aucun médecin traitant et de faire le lien avec les médecins de ville pour pallier ce défaut.

Bonne pratique 3

La mise en œuvre d'un projet spécifique, permettant de pallier le défaut de suivi des patients de psychiatrie par un médecin traitant, contribue de façon pertinente à la qualité de leur prise en charge soignante globale.

9.3. LES OUTILS D'APPUI A LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT SONT INSUFFISAMMENT MIS EN ŒUVRE ALORS QUE L'INFORMATION CONCERNANT LES MEDICAMENTS EST PERTINENTE

9.3.1. Les outils d'appui au consentement

Le projet de soins individualisés, initié dès l'accueil à l'UAO, est expliqué au patient et fait l'objet de réévaluations régulières lors des réunions de synthèse clinique hebdomadaire (Lasège,

⁶⁷ 1 chauffeur, 1 véhicule, 2 soignants (1 IDE et 1 AMP).

⁶⁸ Une unité assurant spécifiquement la prise en charge des troubles addictologiques liées à l'usage de drogue a été fermée.

⁶⁹ ELSA : équipe de liaison et de soins en addictologie.

⁷⁰ FIOP : fond d'organisation innovationnelle en psychiatrie.

Aubanel, Marcé, Esquirol) ou trimestrielle (Falret) en équipe pluriprofessionnelle⁷¹, ainsi que d'une traçabilité dans le dossier patient informatisé (DPI), sans copie remise aux patients. Les membres des familles sont parfois associés à l'élaboration des projets, selon la qualité des liens relationnels, dans le respect du consentement du patient. Une référence médicale est mise en œuvre à Lasègue et Aubanel.

Les patients sont informés et sollicités pour la désignation d'une personne de confiance lors de l'entretien d'accueil à l'UAO ou dans les unités d'entrée à défaut. Le formulaire est renseigné par écrit en cas de désignation, ainsi qu'un deuxième dans le logiciel Sillage. La personne désignée se trouve insuffisamment contactée pour l'information et l'acceptation de cette désignation, et insuffisamment invitée à contresigner le formulaire *ad hoc*. L'association de la personne de confiance au projet de soins reste très minoritaire⁷².

Recommandation 32

La personne de confiance doit être contactée pour son information, le recueil de l'acceptation de sa désignation, la sollicitation de son déplacement pour la contre-signature du formulaire spécifique et son association régulière aux étapes du projet de soins du patient.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction de l'EPSM indique à ce sujet que « *le formalisme doit être rappelé* » et qu'« *un audit est prévu fin 2024 sur les modalités de désignation de la personne de confiance (programme d'audits 2024) pour évaluer la pratique* ».

Les directives anticipées incitatives en psychiatrie (DAIP) ne sont pas mises en œuvre à l'EPSM. Un groupe de travail pour l'élaboration du déploiement de « mon GPS⁷³ » est toutefois constitué et s'est réuni en 2023. Le personnel soignant et de direction est peu informé des études récentes démontrant leur efficacité, s'agissant de la diminution des hospitalisations à temps complet et des soins sous contrainte⁷⁴ et de celle des coûts de santé des patients concernés⁷⁵.

Aucun médiateur de santé n'est formé ni recruté pour son intervention à l'EPSM, malgré le bénéfice de leur intervention objectivement corrélé aux résultats des deux études précitées.

⁷¹ L'équipe pluriprofessionnelle associe médecin, cadre, IDE, psychologue, soignants des équipes des CMP, et parfois mandataires.

⁷² Lasègue : 10 des 18 patients ont une personne de confiance (PC), 3 refus, 3 associations au projet de soin ; Aubanel : 15 des 21 patients ont une PC, qui contacte l'équipe par téléphone ou est contactée pour son information en cas d'isolement mais ne sont pas concrètement associées au projet ; Pussin : 5 patients rencontrés ignoraient le rôle de la PC ; Marcé et Esquirol : pas de correction du défaut de désignation dans les unités d'amont ; Falret : une information est transmise à la PC par mail en cas de situation clinique aigue.

⁷³ « Mon GPS » (Guide prévention et soins) : outil d'élaboration de mesures anticipées en psychiatrie à destination des adolescents et des jeunes adultes, qui se présente sous la forme d'un livret à remplir, avec des questions, des lignes à compléter et des cases à cocher.

⁷⁴ Dr A. Tinland, « Efficacité des directives anticipées psychiatriques facilitées par un médiateur de santé-pair sur les hospitalisations sous contrainte pour les personnes vivant avec des troubles psychiques, un essai clinique randomisé », *JAMA Psychiatrie*, juin 2022.

⁷⁵ S. Loubière, « Les directives anticipées rédigées avec un pair-aidant sont coût-efficaces », *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, avril 2023.

Recommandation 33

L'établissement doit mettre en œuvre la formation et le recrutement de médiateurs de santé pairs et chaque patient doit pouvoir rédiger des directives anticipées incitatives en psychiatrie, au bénéfice de la prévention des hospitalisations et des soins sans consentement.

La direction de l'EPSM, dans ses observations au rapport provisoire, confirme, en juillet 2024, que « l'établissement s'est engagé dans la mise en place des mesures anticipées en Psychiatrie, intitulé "mon GPS" » et que « cet outil doit être déployé à compter de septembre 2024. Cette démarche a été présentée aux différentes instances et est soutenue par les représentants des usagers ». Elle ajoute que « l'EPSM a un projet de déploiement d'un dispositif de pair-aidance en lien avec le CREHPSY (centre de ressource pour le handicap psychique) et avec un ancien patient rétabli ».

L'existence d'un groupe d'entraide mutuelle (GEM)⁷⁶ à Amiens a été signalée, toutefois peu conseillé aux patients lors de l'hospitalisation, au motif préventif de la fréquence des pathologies addictologiques de ses usagers.

9.3.2. Le circuit du médicament

L'effectif de l'équipe de la pharmacie d'usage interne (PUI) est pourvu⁷⁷ et les locaux, adaptés, ont fait l'objet d'une évaluation récente dans le cadre de l'autorisation d'exercice pour laquelle le résultat est en attente.

La dispensation des médicaments est nominative et individuelle.

Trois comités du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS)⁷⁸ annuels sont tenus, en présence d'un pharmacien et d'un à deux psychiatres.

Toutes les prescriptions sont analysées et les traitements ne sont pas dispensés lorsque le pharmacien l'estime responsable d'un risque surajouté pour le patient. La prescription fait alors l'objet d'une simple mention dans le logiciel à l'intention du médecin ou d'un appel de ce dernier, pour l'obtention d'une justification. La qualité de certaines prescriptions pour lesquelles la pharmacie n'a pas effectué de délivrance, émanant de praticiens intérimaires ou de praticiens associés diplômés hors Union européenne (PADHUE), a été qualifiée de « très préoccupante ».

Les prescriptions de traitement « si besoin » sont décrites comme très fréquentes (8 ordonnances sur 10), et le contexte clinique est insuffisamment justifié dans le menu déroulant spécifique du logiciel. Ces prescriptions concernent les injections intramusculaires de traitements sédatifs administrées en cas d'épisode d'agitation et les traitements adjuvants pour la prise en charge d'effets secondaires. Cette insuffisance a été évoquée par l'équipe de la PUI lors du COMEDIMS, et une note d'intervention signée de la direction et du président de la CME a été sollicitée. La seule proposition de différer la résolution de ce sujet après la certification de l'établissement a été apportée en réponse.

⁷⁶ GEM : groupe d'entraide mutuelle, associations constituées de personnes concernées par des situations de handicap ou des troubles de santé similaires qui les rendent fragiles et vulnérables au quotidien.

⁷⁷ 2,9 ETP de pharmacien pourvus par trois personnes, 7 ETP de préparateur, 1 ETP de secrétaire et 1 ETP de comptable.

⁷⁸ Sa présidence, qui n'est plus assurée par un pharmacien, l'est par un psychiatre.

Recommandation 34

Les prescriptions médicales doivent respecter les règles de bonnes pratiques et garantir la sécurité des patients.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction de l'EPSM indique : « *La prescription conditionnelle dénommée "si besoins" au sein de l'établissement a fait l'objet auprès des prescripteurs d'une communication à la CME. La sous-commission de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (QPECM) a recommandé un élargissement du travail de prescription en fonction de seuils à préciser (par le prescripteur) pour un ajustement posologique* ». Elle ajoute : « *Un rappel régulier aux bonnes pratiques est suivi* ».

Les IDE préparent les piluliers et effectuent une double vérification, l'une au moment de la confection du pilulier et l'autre lors de l'administration.

Les IDE distribuent les traitements, sans garantie systématique de la confidentialité, au réfectoire lors des repas et en chambre lors du coucher.

La forme orale d'administration est privilégiée.

L'administration des médicaments stupéfiants et des injections intramusculaires est réalisée en salle de soins.

Des informations concernant les traitements sont données par les IDE lors de leur distribution et par les médecins pendant les entretiens.

Recommandation 35

Les modalités de distribution et d'administration des médicaments doivent respecter la confidentialité concernant les traitements.

Par le biais de ses observations au rapport provisoire, la direction de l'EPSM souhaite préciser : « *Un groupe de travail réuni en 2020, avait pour objectif de mener dans le cadre de la PECM une réflexion institutionnelle qui doit permettre d'individualiser l'administration des traitements. Cette organisation devait permettre dans un contexte de confidentialité d'informer le patient autour des traitements, des indications et des effets secondaires. A l'issue de ce travail les référents PECM ont mis en évidence que l'administration individualisée des traitements ne pouvait être réalisée de la même façon selon la population accueillie dans les services. Un choix argumenté a donc été retenu en fonction des unités* ».

La conciliation médicamenteuse⁷⁹ est effectuée lors de l'admission pour tous les entrants dans la mesure du possible⁸⁰, et lors de la sortie avec la proposition d'un rendez-vous de suivi avec un pharmacien au CMP⁸¹. Un entretien pharmaceutique avec le patient est également réalisé dans les unités sur indication du psychiatre lors de l'hospitalisation.

⁷⁹ La conciliation médicamenteuse est un processus qui vise à assurer la continuité des soins entre les différentes étapes de la prise en charge d'un patient. Elle consiste à établir une liste fiable et complète de tous les médicaments assimilés par le patient sur une période déterminée.

⁸⁰ 1000 patients sont concernés annuellement, les internes, les externes et les préparateurs participent à la démarche.

⁸¹ Le projet de la mise en place d'un suivi pharmaceutique ambulatoire dans la nouvelle structure extrahospitalière Hélicon a été évoqué.

Des actions d'éducation thérapeutique du patient sont mises en œuvre. Tous les pharmaciens sont formés aux programmes agréés « *Schizo'z dire*⁸² » et « bipolarité », qui concernent chacun 10 patients annuellement. Dans le cadre de la réhabilitation psychosociale, les pharmaciens participent au programme « *Profamille*⁸³ » et ils projettent de proposer aux familles une rencontre.

Bonne pratique 4

La diversité de l'accompagnement des patients par les pharmaciens, au moyen d'une conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie, de la conduite d'entretiens pharmaceutiques dans les unités et au CMP et d'actions d'éducation thérapeutique assurent une cohérence de l'information du patient, au service de la qualité de l'observance thérapeutique.

9.4. MALGRE UN ACCOMPAGNEMENT ETAYE, LA PREPARATION A LA SORTIE EST RALENTIE PAR LES EXIGENCES DES AUTORITES PREFERATORIALES

9.4.1. Les modalités de sortie

Les contrôleurs ont observé que les patients hospitalisés en SSC peuvent bénéficier d'un changement rapide de statut de SDDE vers les SL, les médecins précisant rechercher l'alliance du patient et son consentement, instaurant rapidement un lien de confiance thérapeutique. Ce mécanisme permet de faciliter les sorties du patient, malgré l'autorisation de sortie à solliciter (cf. § 6.1) et de travailler rapidement la levée d'hospitalisation.

Dans le cas où le patient continue de faire l'objet de SSC, le médecin peut autoriser des sorties de moins de 12 heures, accompagnées d'un soignant pour le patient en SDDE et de deux soignants pour le patient en SDRE, outre des sorties non-accompagnées de moins de 48 heures, des programmes de soins (PDS) et des mainlevées de la mesure.

Concernant les patients en SDDE, le directeur de l'établissement valide systématiquement les propositions des médecins. Cependant, concernant les patients en SDRE, les sorties sans accompagnement sont restreintes par les autorités préfectorales exigeant plusieurs sorties successives de moins de 12 heures, quel que soit le parcours de soin antérieur du patient, à savoir notamment une hospitalisation en UHSA sur plusieurs années ou la réhospitalisation à la demande du patient inscrit dans un PDS.

⁸² Ce programme a pour objectifs de faciliter l'accès aux soins des patients, de contribuer à améliorer la qualité de leur prise en charge, de favoriser leur acceptation sociale et de mieux comprendre les schizophrénies.

⁸³ Programme psycho-éducatif structuré, destiné aux proches d'un malade souffrant de schizophrénie, qui les entraîne à apporter une aide plus précise et plus ajustée à la maladie de leur proche. La mise en œuvre pratique du programme repose sur deux étapes : d'abord une information concernant les troubles, les symptômes et leur prise en charge ; ensuite l'apprentissage de techniques pour mieux faire face aux situations difficiles par la gestion du stress, le renforcement des habiletés et compétences sociales ainsi que l'entraînement à la résolution de problèmes ou des situations rencontrées concrètement et au jour le jour.

Docteur,

Par certificat du 15 février dernier, vous sollicitez une sortie non accompagnée pour M. [REDACTED], le 18 février 2023 de 9h à 18h.

M. [REDACTED] n'a toutefois effectué qu'une seule sortie accompagnée de personnel soignant depuis son hospitalisation, sur une courte période qui plus est.

L'autorité préfectorale souhaiterait que le patient effectue d'autres sorties accompagnées de personnel soignant afin d'évaluer son comportement sur une plus longue période.

La demande de sortie du 18 février 2023 est par conséquent refusée.

Cordialement,

Bureau de la sécurité intérieure

Docteur,

Par certificat du 31 juillet 2023, vous sollicitez une sortie non accompagnée pour M. [REDACTED], le 3 août 2023 de 9h à 12h.

L'intéressé n'a toutefois effectué que deux sorties accompagnées de personnel soignant de courte durée depuis son admission sur décision du juge.

Le sous-préfet, directeur de cabinet souhaiterait que le patient effectue d'autres sorties accompagnées de personnel soignant afin d'évaluer son comportement sur une plus longue période.

La demande de sortie du 3 août prochain est donc refusée.

Cordialement.

Préfecture de la Somme

Docteur,

Par certificat médical du 23 novembre 2023, vous sollicitez une sortie pour Mme [REDACTED], lundi 27 novembre 2023 de 9h à 18h, accompagnée de sa mère.

Au vu de sa récente admission et des conditions qui ont conduit à celle-ci, l'autorité préfectorale souhaite que Mme [REDACTED] effectue d'autres sorties accompagnées de personnel soignant sur une plus longue période.

Cordialement.

Préfecture de la Somme

Par ailleurs, la préfecture exige que les demandes de permission de sortie soient adressées 72 heures avant la sortie, limitant la prise en charge des besoins spécifiques de patients nécessitant une particulière réactivité. *A contrario*, le refus peut être communiqué moins de 24 heures avant la sortie, insécurisant le patient et limitant l'organisation et la prévisibilité des sorties par les soignants. Cela est particulièrement sensible s'agissant des autorisations de sortie de moins de 12 heures des patients en SDRE, nécessitant un accompagnement par deux soignants, empêché ou retardé par l'effectif disponible dans les unités.

Les refus de mainlevée du préfet restent rares mais sont justifiés par le caractère prématuré de la demande, sans s'attacher au contenu des certificats médicaux.

Docteur,

Par certificat du 18 juillet, vous sollicitez la levée des soins psychiatriques de Madame [REDACTED] admise dans votre établissement le 17 juin 2023.

Toutefois, dans la mesure où l'intéressée n'a effectué qu'une seule sortie accompagnée depuis son admission, pour une durée courte qui plus est, le sous-préfet, directeur de cabinet a décidé de refuser cette levée.

Cordialement.

Préfecture de la Somme

Les corps médical et paramédical reconnaissent ne plus solliciter l'autorité préfectorale avant d'avoir réalisé plusieurs sorties de moins de 12 heures, malgré les considérations cliniques favorables permettant de penser une permission de sortie de moins de 48 heures ou une mainlevée. L'objectif avancé est de ne pas recevoir un refus de la préfecture et de ne pas fragiliser le patient dans son parcours de soin. Cependant, de nombreuses sorties, même accompagnées, restent rapidement proposées par le corps médical.

Recommandation 36

L'octroi aux patients hospitalisés en soins sans consentement d'autorisations de sortie ne doit être fonction que de l'appréciation médicale de leur état clinique. L'autorité préfectorale ne peut refuser d'y donner suite pour d'autres motifs, notamment sécuritaires, imposant le préalable de plusieurs sorties de courte durée accompagnées.

Le collège de professionnels de santé se réunit mais il a été difficile aux contrôleurs d'être assurés que ce collège fonctionne dans le respect des prescriptions légales qui exigent le recueil de l'avis du patient et sa réunion effective une fois par an.

Ce collège est peu connu dans certaines unités accueillant pourtant des malades en SSC depuis plusieurs années et se contenterait, dans certains cas, de travailler sur dossier sans recevoir le patient.

Recommandation 37

Le collège des professionnels de santé doit se réunir de façon effective dans tous les cas prévus par la loi, examiner les patients concernés et recueillir leur avis.

9.4.2. L'accompagnement dans la préparation de la sortie

La sortie est préparée par l'ensemble des professionnels des unités en lien avec de nombreux intervenants extérieurs. Ainsi, les associations, les structures sociales et médicales prenant antérieurement en charge le patient, les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation, les mandataires judiciaires et la famille sont impliqués dans le projet de sortie. Afin de préparer le passage vers les soins ambulatoires, l'infirmier et l'assistant de service social (ASS) du CMP, sont notamment présents lors des réunions de synthèse et des rencontres sont organisées entre le patient et les soignants de l'extrahospitalier au sein de l'unité.

Toutes les unités bénéficient d'un ASS intervenant régulièrement auprès des patients, dès leur arrivée sur l'unité, à leur demande ou dans le cadre du suivi d'une demande. Une ASS de la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) peut également soutenir sur demande les ASS des unités, afin de prendre en charge les situations particulièrement complexes. Dès l'arrivée du patient, l'ASS met à jour sa situation administrative notamment en effectuant les démarches

auprès de la caisse d'allocations familiales (CAF), de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), de la mutuelle ou en aidant le patient à faire ses documents d'identité, à constituer un dossier auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), à solliciter une mise sous protection judiciaire ou en l'accompagnant à son domicile pour récupérer des documents. L'ergothérapeute du centre de réhabilitation psycho-sociale est également sollicité pour évaluer les besoins et les compétences du patient. Un dispositif d'appartement éducatif témoin mis en place au sein de ce centre permet également d'évaluer les compétences et de préparer le patient dans sa sortie (cf. § 9.1.2).

Le travail avec les structures médicales, les structures d'accueil, les associations, avec l'équipe mobile de psychiatrie d'accès au soin (EMPAS) et avec le 115 est décrit comme construit mais limité par le nombre de places disponibles dans les structures dans le département de la Somme. La saturation des hébergements sociaux, des logements thérapeutiques ou des structures spécialisées du type maison d'accueil spécialisée (MAS) ou foyer d'accueil médicalisé (FAM) nuit gravement – jusqu'à la libération d'une place – à la levée de l'hospitalisation du patient. Si les patients sont impliqués, visitant son futur lieu de vie durant son hospitalisation, le projet peut ne pas aboutir, faute de disponibilité. Cette situation empêche également les patients accueillis en unité d'entrée d'être pris en charge dans les unités de moyenne et longue évolution, faute de libération des lits disponibles.

Enfin, l'accompagnement à la sortie est facilité par la mise en œuvre de PDS, qui respectent les dispositions légales. Au jour de la visite, trente PDS étaient en cours dont treize pour des patients en SDRE. Les programmes peuvent prévoir des soins au sein du CMP, en hôpital de jour (HDJ), au domicile et des activités au sein d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Des hospitalisations programmées de quelques jours peuvent très ponctuellement se mettre en place, en lien avec l'HDJ et à la demande du patient dans un objectif de réassurance. En cas de difficulté dans le maintien du PDS, des réhospitalisations complètes sont décidées et la politique actuelle des autorités préfectorales impose la reprise d'un parcours classique d'hospitalisation, même si le patient en SDRE est à l'initiative de sa réhospitalisation (cf. *supra* § 9.4.1, recommandation n°37).

10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

10.1. L'ACCUEIL DE PATIENTS LOURDEMENT HANDICAPES ET DONT L'ETAT SE CHRONICISE MET A MAL LE PERSONNEL SOIGNANT

L'unité Pinel, identifiée comme unité de moyenne et longue évolution (MLE) accueille des patients en moyen et long séjour. Le guide du bon usage des soins de l'unité précise à leur propos : « *Ce sont des personnes adultes, hommes ou femmes, hospitalisées au long cours, présentant des troubles du comportement majeurs, notamment de type agitation, auto et hétéro agressivité, inhibition [...]* » ; « *Les pathologies les plus courantes sont des psychoses déficitaires, des troubles du spectre autistiques, des pathologies neurologiques, des syndromes de Korsakoff. Ces troubles demandent une attention et une prise en charge personnalisées et intensive* ». Tous les patients présentent un degré de dépendance important : à titre d'exemples, tous ont besoin d'une aide pour se lever, effectuer leur toilette, prendre le petit-déjeuner.

L'unité avait une capacité d'accueil de 20 lits, réduite à 16 lits en 2023 afin de tenir compte de l'état clinique des patients. Cela a permis aussi de donner une chambre individuelle avec salle de bain et toilettes à chacun (cf. § 5.1).

Deux CI complètent le dispositif d'hébergement, ainsi qu'un espace d'apaisement équipé de matériel adapté (tapis, mur capitonné, fauteuil souple, colonne d'eau musique, animal souple, cf. § 7.1).

Le jour du contrôle l'unité accueillait 15 patients, dont 13 sous le statut des SSC (11 en SDT/U et 2 en SPI). La plupart des patients sont sous tutelle, exercée majoritairement par une association et non par un membre de la famille. Deux tiers des patients bénéficient d'une orientation dans le cadre d'une notification de la MDPH vers d'autres structures spécialisées (foyer de vie, FAM, MAS, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD). La dimension de reconnaissance du handicap marqué se surajoute à celle de la maladie. Un tiers des patients nécessite le maintien d'une prise en charge hospitalière compte tenu de leur état clinique.

L'image que les partenaires extérieurs, et particulièrement les gestionnaires des structures spécialisées précitées, ont de cette unité renvoie à des malades porteurs de pathologies psychiatriques lourdes. Les soignants de l'unité Pinel constatent que c'est un frein pour faire aboutir les demandes d'orientations, d'autant plus que ces structures ont le choix de leurs résidents, au vu des listes d'attente qu'elles gèrent.

L'équipe soignante de l'unité Pinel se compose d'un praticien associé qui intervient quatre matinées par semaine et d'un PH une matinée, d'IDE et d'AS pour 18,40 ETP, de cinq ASH, d'une psychologue et d'une ASS qui disposent d'un temps de travail de 0,20 ETP chacune. Un médecin somaticien intervient à la demande (cf. § 9.2).

La présence médicale est insuffisante à empêcher l'équipe de se trouver démunie face aux situations les plus lourdes. Le sentiment d'avoir tout essayé face à des patients qui régressent induit un sentiment d'échec individuel et collectif chez les soignants.

La liberté d'aller et venir est limitée. L'unité est fermée. Parmi les 13 patients en SSC, 4 pouvaient aller seuls dans le parc et se rendre dans divers locaux (cafétaria, aumônerie, coiffure, activités). Les 9 autres patients en SSC ne pouvaient sortir dans le parc qu'accompagnés. Dans le cadre des permissions, aucun patient ne sort seul ; suivant les profils, elles sont accordées sous condition d'accompagnement par un soignant, un tuteur ou un parent.

Le respect des droits fondamentaux dans l'unité Pinel ne peut pas être évalué à l'aune des critères habituels s'agissant des restrictions en vigueur dans la vie quotidienne, de la liberté d'aller et venir ou encore de la capacité à communiquer avec l'extérieur. En effet :

- trois patients reçoivent de la famille chaque semaine, cinq conservent des liens épisodiques avec des proches et sept sont totalement isolés. Les familles et les proches sont épuisés par des années d'accompagnement ;
- la plupart des patients n'ont pas accès à la parole et se font difficilement comprendre ; la communication se fait par gestes et le personnel soignant devine les besoins exprimés ;
- le règlement intérieur prévoit la possibilité de garder son téléphone portable et son ordinateur, sauf avis médical contraire, mais aucun des patients présents le jour du contrôle n'avait la capacité d'utiliser ces moyens de communication ;
- le règlement intérieur permet au patient de garder son tabac et son briquet mais, dans les faits, un seul patient était fumeur, les autres étant incapables d'exprimer ce type de besoin.

L'équipe doit être attentive à de multiples détails. Le papier-toilette n'est pas à disposition des patients ; c'est *a priori* une atteinte à la dignité des personnes mais préserve, dans les faits, l'intégrité physique de certains patients qui avalent le papier toilette au risque de s'étouffer. Au moment du ménage, les ASH doivent être attentives à leur chariot d'entretien : certains patients mangent les gants en latex ou manipulent les produits d'entretien au risque de s'empoisonner. Les mêmes ASH sont mobilisées plusieurs fois par jour, soit pour nettoyer des espaces où les patients répandent leurs selles, soit pour les doucher ou les changer car ils se sont couverts d'excrément.

L'enfermement en chambre d'isolement et la mise sous contention physique ne répondent pas à la clinique du patient. Les soignants expriment leur dilemme éthique en y maintenant un patient connu depuis longtemps mais dont l'état physique et mental s'est fortement dégradé, sans doute atteint d'une forme de démence et nécessitant la présence de quatre soignants lors des soins d'hygiène ou lors des repas. Lors d'un échange avec les contrôleurs, l'équipe imaginait pouvoir le prendre en charge dans une chambre entièrement capitonnée et équipée de mobilier ne présentant aucun danger (*cf.* § 7.2).

Au moment du contrôle, trois patients nécessitaient une vigilance extrême et deux d'entre eux épuisaient les ressources des soignants. L'équipe a exprimé le besoin d'être renouvelée afin de pouvoir faire face à des situations qui paraissent sans issue et qui ne peuvent être prises en charge dans d'autres unités de l'établissement.

L'absence de réunions de supervision ou d'analyse des pratiques laisse l'équipe soignante seule et sans énergie créatrice d'autres façons de prendre en charge ces patients afin de garantir l'humanisme soignant face à ces situations qui évoluent défavorablement (*cf.* § 3.3 où une recommandation est faite).

10.2. LA PRISE EN CHARGE DU SUJET AGE EST SPECIALISEE

L'unité de gérontopsychiatrie accueille les patients âgés de plus de 65 ans présentant des troubles psychiatriques et une comorbidité gériatrique, c'est-à-dire souffrant également d'une perte d'autonomie. Elle est implantée hors du quadrilatère, dans une bâtisse du XIX^{ème} siècle prolongée au XX^{ème} siècle. Le bâtiment est de plain-pied.

Le chef du service, psychiatre issu du recrutement de PADHUE et titulaire d'un diplôme universitaire en psychiatrie du sujet âgé, a pris son poste à temps plein dans l'unité en octobre 2023. Une gériatre est arrivée préalablement, en temps partiel de 80 %, au mois d'octobre 2022. Le cadre de santé est présent depuis 2015. L'équipe encadrante n'est complète que depuis quelques mois et, selon les propos recueillis, l'unité a particulièrement souffert de l'absence de référence et de présence médicale durables, tant gériatrique que psychiatrique. Ces nouveaux moyens médicaux permettent d'afficher l'ambition de « l'autonomie sans être autarcique ».

Elle offre 20 lits, qui sont de plus en plus rarement occupés en totalité. La DMS est passée de près de deux mois avant 2020 à moins d'un mois. Lors de la visite, 12 patients sont accueillis, dont 4 sont hospitalisés au long cours, parmi lesquels 2 sont âgés d'une soixantaine d'années, afin de soulager les unités du pôle de psychiatrie générale. Des demandes d'admission à la clinique du Campus émanant de patients ne présentant pas de troubles du comportement sont soutenues par les médecins pour continuer les soins dans un autre cadre.

10.2.1. Les conditions matérielles

Les conditions matérielles sont globalement satisfaisantes, conformes à ce qui est décrit au § 5.1.



Dans une chambre : lit, lavabo de la salle d'eau individuelle, plafond dégradé par des infiltrations

La salle de bain commune n'est plus utilisable en tant que telle en raison de fuites de la baignoire et les toilettes assistées⁸⁴ sont effectuées dans la salle d'eau de chaque patient.

Cette salle de bain ne sert que pour de la coiffure.



La salle de bain (bac à shampoing, baignoire, stockage)

⁸⁴ Six patients sont assistés dans leur toilette lors de la visite, soit la moitié de ceux du service.

Recommandation 38

Dans l'unité de géronto-psychiatrie, les plafonds des chambres abîmés par les infiltrations d'eau doivent être remis en état. Des dispositifs d'appel aux soignants doivent être accessibles aux patients dans leur chambre et leur salle d'eau afin de prévenir les risques de chute. La baignoire de la salle de bain collective doit être remise en état de fonctionnement afin de mieux adapter les conditions d'assistance à la toilette et de proposer des soins de balnéothérapie.

L'espace de vie collectif et le bureau infirmier vitré sont au centre de trois couloirs, deux desservant les chambres et un menant à l'entrée de l'unité, à deux salles de soin, aux bureaux des professionnels et à des locaux logistiques. L'espace de vie sert de salon et de salle à manger. Un unique poste de télévision est à disposition des patients. Les tables étroites permettent d'accueillir un patient seul ou deux en face à face et peuvent être disposées au gré des affinités et des capacités par les soignants. Les menus sont inscrits quotidiennement sur un tableau blanc. L'espace collectif donne accès à un jardin clôturé équipé de mobilier.

Une horloge adaptée aux déficits liés à l'âge est installée dans l'espace de vie collectif.

Les portes des chambres ont fait l'objet d'un marquage facilitant l'orientation des patients, dans le cadre d'une activité passée ; le couloir des bureaux d'entretien et la salle de vie en sont également décorés.



L'accès à l'hygiène individuelle n'appelle pas d'autres observations que celles qui sont faites au § 5.2, sauf à préciser l'insuffisance constatée dans l'approvisionnement de l'unité en savon et en rouleau de papier essuie-mains pour en fournir en permanence dans les WC collectifs. Nonobstant ce point, les locaux sont propres.

10.2.2. Les restrictions de liberté et le respect des droits

Les réserves exprimées au § 4.3.2 et la recommandation qui en découle en matière d'information écrite des patients en SSC sont valables dans l'unité de psycho-gériatrie, de même que les constats relatifs au culte, au vote, etc.

Malgré la majorité de patients accueillis en SL, la porte de l'unité est fermée. Deux motifs sont successivement avancés : 30 à 40 % des patients ont des troubles cognitifs ; des patients sont en SSC. L'ouverture de la porte doit être demandée aux soignants (cf. la recommandation formulée au § 6.1).

L'accès aux chambres est empêché de 9h à 12h et de 16h à 19h30. Les motifs invoqués sont multiples : la réalisation du ménage par les ASH, la prévention du risque suicidaire, la lutte contre la clinophilie⁸⁵, les escarres et les chutes, la participation à la dynamique de groupe, la meilleure observation des effets des traitements. Les seules exceptions relèvent de l'état de santé et de l'importance de la sédation. Les patients sont donc tous réunis dans la salle commune en hiver.

Recommandation 39

L'accès aux chambres en journée doit par principe être plus souple. L'interdiction ne peut résulter que de l'évaluation d'un risque et d'un bénéfice individuels.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction de l'EPSM indique que « l'ouverture des chambres de 12h30 à 16h est effective avec en plus une ouverture au cas par cas, selon les demandes et les évaluations médicales » et rappelle que « l'objectif est de maintenir un lien social, d'éviter le retranchement dans les chambres des patients et de respecter le nycthémera⁸⁶ ».

Les autres restrictions aux libertés sont prévues par les médecins à l'arrivée (téléphone, sorties de l'unité, permissions à venir, vêtements, fermeture du placard, etc.) et sont évolutives.

Le téléphone portable est par principe laissé, mais pas les chargeurs. Des restrictions ne sont imposées que quand des tiers se plaignent de l'usage que fait le patient du téléphone à leur égard. Sur ce point, les règles de vie affichées, élaborées avant 2020, sont moins libérales que la réalité. Le téléphone collectif appelle les mêmes remarques qu'au § 6.3 s'agissant du défaut d'intimité.

Aucun port de pyjama n'est imposé lors de la visite. Les cas où cela survient sont extrêmement rares et ne sont pas liés à des consignes médicales mais à l'absence de vêture quand le patient refuse les vêtements (complets) mis à sa disposition en prêt ou en don.

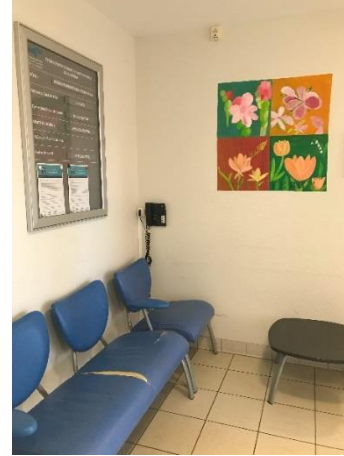
Les fumeurs peuvent se rendre dans le jardin, dont la porte est ouverte en principe de 7h jusqu'à 22h, parfois plus largement. Un cendrier est installé près de la porte. Trois patients fument lors de la visite ; sauf exception liée à des moyens financiers fournis, leur consommation est gérée par les soignants, qui les font accéder à leur tabac et à un briquet cinq fois par jour selon des horaires indiqués sur la porte du bureau infirmier.

⁸⁵ La clinophilie est le fait de rester au lit, la journée, allongé, pendant des heures, tout en étant éveillé.

⁸⁶ Nycthémera : relatif à la succession du jour et de la nuit.



Le jardin



Téléphone mural dans le hall d'entrée

Les effets personnels du patient sont inventoriés à l'arrivée. Il peut conserver des biens de valeur après avoir signé une décharge, faire déposer de la menue monnaie dans sa case du bureau infirmiers ou déposer ses effets de valeur à la régie. Le placement sous protection judiciaire ne ralentit pas l'accès aux biens : les mandataires judiciaires sont suffisamment réactifs et disposent de moyens variés pour adresser de l'argent à leur protégé (cf. § 5.3).

Un salon à l'entrée de l'unité facilite matériellement les visites des familles. Son accès a été limité récemment à deux personnes simultanément, pendant 45 minutes et sur réservation, en raison d'une épidémie. La règle reste souple.

Toute manifestation publique de vie affective ou sexuelle des patients est exclue. Des signes pathologiques donnent lieu à un recadrage du patient, à la vigilance du personnel voire, dans un cas d'exhibitionnisme et de sollicitation des autres patients, à la levée de l'hospitalisation. Des patients consentants qui s'embrassent à pleine bouche sont invités à se montrer discrets. De manière plus générale, dans le cas où un parent et son enfant ou bien un couple sont hospitalisés ensemble, le principe est de les séparer.

10.2.3. Les modalités de la prise en charge

Le premier entretien médical d'admission est fait indifféremment par la gériatre ou le psychiatre. Les deux médecins travaillent en grande proximité. Les échanges sont fluides.

Aucune difficulté n'émerge concernant les médicaments. L'attention du pharmacien quant à la conciliation médicamenteuse (cf. § 9.3.2) et la consultation pharmaceutique de sortie s'illustrent aussi en psycho-gériatrie. Les adaptations des traitements sont réactives.

Des actes médicaux préventifs sont prescrits par la gériatre (mammographie par exemple) et effectués pendant l'hospitalisation ou programmés après. En plus de la gériatre ou pendant ses congés, le service de médecine polyvalente peut être sollicité.

Les traitements sont administrés en salle à manger au moment des repas, dans les mêmes conditions que décrites au § 9.3.2. Du temps de discussion peut être octroyé à part.

Outre les deux médecins et le cadre, l'équipe de l'unité se compose principalement d'IDE (15, qui font aussi des nuits) mais aussi d'AS (3 de jour, 2 de nuit), d'une ASS, d'une ergothérapeute, d'une psychologue. L'ASS intervient pour 0,8 ETP dans l'unité et travaille les papiers, les liens avec les familles, les visites à domicile, les dossiers d'admission et de préadmission dans les EHPAD, etc. L'ergothérapeute intervient aussi pour 0,8 ETP, de façon autonome auprès des patients qu'elle prend individuellement ou en groupe, lors d'ateliers planifiés et d'autres non. La psychologue

intervient pour 0,4 ETP soit deux jours par semaine, particulièrement auprès des patients signalés par l'équipe mais avec une certaine autonomie aussi.

L'équipe est réunie le lundi après-midi pour une réunion de synthèse. Les « relèves » concernent les IDE et AS à chaque changement de service. Les « transmissions » réunissent quotidiennement à 9h45 les IDE, AS, ASH ainsi que, parfois, les médecins, la psychologue, l'ergothérapeute. Une réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP) regroupe en tant que de besoin divers professionnels afin d'identifier des sorties de prise en charge en situation d'impasse ; elle se réunirait environ deux fois par an. Une réunion de service est animée par le cadre sans régularité ; celle du 9 janvier 2024, annulée, devait traiter de la réécriture du projet de service afin de renforcer les moyens de la filière spécialisée en extra-hospitalier.

Un IDE n'est pas systématiquement associé aux entretiens avec le psychiatre.

Un IDE du CMP de Montdidier-Roye vient chaque semaine faire le point avec l'équipe et les patients qui sont hospitalisés.

En dehors des médecins, l'équipe est stable. Comme dans les autres unités, elle ne bénéficie d'aucun mode de supervision de ses pratiques (cf. § 3.3 où une recommandation est faite).

L'ergothérapeute utilise des médiations variées. Parmi les autres activités évoquées (sport adapté, chorale, clown, poterie, proposés par des intervenants extérieurs dans l'unité ; activités initiées par les IDE ; sorties thérapeutiques au jardin des plantes, au musée avec une guide conférencière, au marché de Noël, etc.), seule la cynothérapie fait l'objet d'une prescription médicale préalable. Une activité intergénérationnelle menée par une IDE et l'ergothérapeute rassemble depuis trois ans des patients de psycho-gériatrie des patients de l'unité Winnicott ; deux enfants sont venus dans la première à Noël. Aucun problème de financement n'est rapporté.

Les deux CI sont effectivement hors d'usage et servent de débarras. Selon les propos recueillis, l'absence de capacité d'isolement et de contention ne fait pas défaut. Les cas de transfert de patients dans d'autres unités en vue de leur isolement sont rares, une à deux fois par an. L'unité dispose d'un lit Alzheimer⁸⁷. Le personnel positionne les autres lits latéralement au mur et les abaisse au maximum afin de limiter les risques liés aux chutes, le cas échéant en plaçant un matelas supplémentaire au sol. En plus d'une année, seule une patiente a été assise en journée dans un fauteuil roulant avec une ceinture pelvienne. Quand un patient risque de s'introduire dans les autres chambres la nuit, il est affecté dans une chambre près du bureau infirmier afin de renforcer la surveillance.

Les réserves exprimées s'agissant de la désignation et du recours à la personne de confiance sont valables aussi (cf. § 9.3.1) même si les contrôleurs ont eu l'assurance que l'environnement familial du patient est pris en compte et ses membres associés aux soins.

⁸⁷ Lit médicalisé pour personnes désorientées ou confuses, fréquemment appelé « lit Alzheimer » et destiné à réduire le risque de chute.

10.3. L'HOSPITALISATION DES MINEURS N'EST PAS TOUJOURS ASSUREE PAR LA PEDOPSYCHIATRIE ET AUTORISEE PAR TOUS LES TITULAIRES DE L'AUTORITE PARENTALE, ALORS QUE LA PRISE EN CHARGE SPECIALISEE EST DE QUALITE

10.3.1. Les services d'hospitalisation

Trois bâtiments récents à l'arrière du quadrilatère historique sont mis à disposition de la pédopsychiatrie sur le site de l'EPSM :

- depuis juillet 2021, l'unité Winnicott, avec 5 lits pour des enfants de 4 à 12 ans, du lundi au vendredi midi, en journée ou bien en hospitalisation à la semaine ; les chambres sont accolées à l'unité Mara Selvini ; 6 enfants ont été admis en 2021, 20 en 2022 ; le nombre d'enfants pris en charge (15 lors de la visite) est supérieur au nombre de lits car très peu d'enfants y passent la semaine complète⁸⁸ ;
- l'unité Mara Selvini, pour 12 jeunes entre 12 et 16 ans révolus ; des locaux d'activités sont situés dans le centre adolescents post-crise (CAP) ; 89 jeunes ont été admis en 2021, 86 en 2022, pour une DMS de 14,6 puis 13 jours respectivement⁸⁹ et une DMH de 22,6 puis 22,3 jours ; l'unité a été occupée à 46 % en 2021 et 43,8 % en 2022, avec des pics au premier semestre chaque année ; lors de la visite, 10 hospitalisations sont en cours ;
- le CAP, pour des prises en charge ambulatoire.

Entre 17 et 18 ans, les jeunes sont hospitalisés dans les unités pour adultes, généralement les unités d'admission. Lors de la visite, un jeune de 17 ans hospitalisé pour la première fois était pris en charge à l'UAO, où il a été maintenu au-delà du temps habituel dans ce service transitoire dans un souci de protection.

Dans l'objectif de prendre en compte l'article R.6123-192 du code de la santé publique⁹⁰, le directeur de l'EPSM a diffusé le 13 octobre 2023 la note de service n°38-2023 rappelant l'accueil jusqu'à 17 ans en pédopsychiatrie, chez les adultes après 17 ans, et énonçant que « *des cas particuliers peuvent être évoqués entre praticiens selon les nécessités* » y compris en période « *de permanence des soins* ». S'il arrive qu'un pédopsychiatre soit sollicité par un confrère des unités de psychiatrie générale, cela n'est ni systématique ni fréquent. Aucun ne l'a fait pour le jeune accueilli à l'UAO pendant la visite.

Recommandation 40

Les patients mineurs ne doivent pas être accueillis avec des adultes. Dans tous les cas, leur suivi doit s'exercer sous le contrôle étroit d'un médecin et d'une équipe formés spécifiquement à la pédopsychiatrie.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction de l'EPSM indique qu'« *une formation institutionnelle à la prise en charge des mineurs en unité adulte a été inscrite au plan de formation*

⁸⁸ Lors de la visite, 3 enfants venaient passer quelques nuits par semaine à Winnicott. Chaque prise en charge débute par deux semaines d'hospitalisation complète afin de mieux faire adhérer au cadre puis l'accueil de nuit est individualisé aux besoins de chaque enfant.

⁸⁹ Elle aurait été de 11 jours en 2023 selon les propos recueillis.

⁹⁰ Article créé par le décret n°2022-1263 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie : « *Le titulaire de l'autorisation de la mention " psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent " assure la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent de la naissance à l'âge de 18 ans* ».

(8 professionnels formés en 2023) ». Elle précise : « *l'hospitalisation d'un mineur en unité adulte se fait exclusivement en l'absence de places en pédopsychiatrie et reste exceptionnelle. Elle ne peut être activée qu'après aval du directeur et du médecin pour une durée la plus courte possible. Le transfert en unité de pédopsychiatrie se fait dans les plus brefs délais* » Elle assure que « *durant l'hospitalisation en unité adulte c'est un pédopsychiatre qui assure le suivi* » et annonce que « *le renouvellement des autorisations mettra un terme définitif à ces situations exceptionnelles (sous deux ans)* ».

Aucun mineur n'a été hospitalisé en vertu d'une ordonnance de placement provisoire (OPP) ou en SDRE, depuis 2018 dans un cas d'OPP délivrée après désaccord des parents quant à l'admission. Il ressort de l'examen des dossiers des jeunes accueillis à Mara Selvini que :

- la demande d'hospitalisation émanant des titulaires de l'autorité parentale est quasi-systématiquement signée par un seul de ses titulaires, sans qu'aucun justificatif à l'absence de signature de l'autre parent ne soit joint au dossier et alors que l'hospitalisation n'est pas un acte usuel ;
- les demandes d'hospitalisation initiées par un professionnel de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ne sont accompagnées d'aucun élément de nature à attester de la délégation d'autorité parentale à l'ASE, alors que le placement ne transfère pas l'autorité parentale à l'ASE. La demande est constituée d'un simple courrier signé par un éducateur sur papier-à-en-tête. La simplification de la procédure d'accès à l'hospitalisation résulterait de la volonté de fluidifier les relations entre l'EPSM et l'ASE ; en échange, la levée de l'hospitalisation ne pose pas de difficultés, les structures éducatives de placement reprenant le jeune sans retard.

Selon les propos rapportés, l'équipe de Winnicott recueillerait l'accord des deux titulaires de l'autorité parentale mais ces observations sont à élargir à tous les mineurs, y compris ceux accueillis chez les adultes.

Recommandation 41

Avant d'admettre un mineur, l'établissement de santé doit obtenir l'accord écrit de tous les titulaires de l'autorité parentale et vérifier que le professionnel de l'aide sociale à l'enfance à l'origine de la demande a bien les pouvoirs pour la formuler.

10.3.2. Les conditions matérielles d'hospitalisation

Les conditions matérielles d'hospitalisation appellent peu d'observations : les locaux sont propres et entretenus, adaptés à l'âge des enfants accueillis.

a) A Winnicott

Les chambres, individuelles, sont situées en dehors de l'unité, dans le prolongement de l'unité Mara Selvini, ce qui permet de mutualiser la surveillance infirmière la nuit mais oblige l'équipe à transférer les enfants, leurs effets personnels, leurs médicaments, etc. deux fois par jour en passant à l'extérieur⁹¹.

⁹¹ Le CGLPL ne le critique pas, cet état de fait participant de la limitation de l'enfermement des enfants et se rapprochant de conditions de vie familiales.

Chaque chambre dispose d'un mobilier et d'une salle d'eau tels que décrits au § 5.1, avec des lits médicalisés.

Utilisées à tour de rôle par un enfant ou un autre en raison du caractère partiel de l'hospitalisation, les chambres ne sont pas personnalisées, ne sont pas décorées et se présentent comme austères.

Une chambre est équipée d'un second lit qui permet à un enfant de passer la nuit avec son parent.



Une chambre de l'unité Winnicott

Outre un espace sécurisé aménagé à l'air libre, une salle de soins avec pharmacie, une salle commune observable depuis le bureau des infirmiers vitré, les locaux d'activité occupent les anciennes chambres du bâtiment principal et sont diversifiés⁹². La salle de restauration est mal insonorisée, selon les propos rapportés.



Le jardin, vu de la salle commune



La salle commune, avec le bureau des soignants



Exemples de salles dédiées à des activités thérapeutiques

⁹² Espace d'apaisement dit « salle bleue » utilisé après information du médecin ; salles coussins, d'ergothérapie, de bain, d'activités, de jeux de société, de constructions, etc. ; bureaux.

b) Mara Selvini

L'unité elle-même se compose de :

- chambres, individuelles sauf une double, avec salle d'eau privative, conformes à celles qui sont décrites dans d'autres parties du présent rapport et appellent les mêmes observations s'agissant du pommeau fixe de la douche ;
- un espace sécurisé aménagé à l'air libre ;
- une grande salle dite « salle de vie » aménagée d'un coin salon avec téléviseur, d'un meuble supportant des livres, de tables et assises, d'une table de ping-pong et d'un baby-foot, placée sous le regard du bureau des infirmiers vitré ;



La salle de vie, vue depuis le bureau des infirmiers

- des bureaux et des salles d'activités dont une salle d'esthétique ;
- une salle de restauration ;
- une salle de soins, une pharmacie ;



La salle d'esthétique



Jeux de société dans une salle

- un espace d'apaisement et une CI (cf. § 7.1).

Dans le bâtiment du CAP voisin sont accessibles au rez-de-chaussée une cuisine thérapeutique et au sous-sol des salles aménagées pour l'enseignement, le conte, la musique, le sport. L'occupation de deux bâtiments est appréciée des professionnels et participe de la prévention du risque d'enfermement.



La salle de classe



La salle du conte



La salle de musique



Un des équipements de la salle de sport

10.3.3. Les restrictions de liberté et le respect des droits

Les deux unités ont leur porte fermée.

Les règles de vie sont affichées dans les deux unités. A l'admission voire lors du rendez-vous de préadmission, les locaux sont visités et le fonctionnement est expliqué.

Les patients ayant dormi à l'hôpital et les soignants arrivent dans les locaux de Winnicott vers 9h et les quittent à un horaire variable le soir. Le petit-déjeuner et le dîner se prennent dans la partie d'hébergement de nuit. Les enfants hébergés au domicile sont présents de 9h30 à 16h.

A Mara Selvini, les règles de vie sont remises tant au patient qu'à ses accompagnants. Les jeunes n'ont pas identifié de différences majeures entre ce qui est écrit et ce qui se vit. Il est possible de regagner sa chambre en journée en accord avec les soignants, sauf de 10h à 12h qui est consacré au ménage. Il est permis de :

- garder avec soi une tablette, un ordinateur s'il est en lien avec un projet particulier⁹³, un lecteur MP3 ou MP4 et une console de jeu (utilisables à partir de 17h) mais aucun patient rencontré n'en avait lors de la visite ; des postes informatiques sont accessibles dans le bureau des infirmiers pour une recherche accompagnée et dans la salle d'enseignement ;

⁹³ Comme un enseignement suivi à distance.

- d'utiliser son téléphone portable personnel de 18h à 18h45 ; son chargeur est conservé dans la salle de soins. Un téléphone mobile est mis à disposition des jeunes qui souhaitent appeler leur famille à un autre moment ou qui ne disposent pas de téléphone personnel et les familles peuvent aussi appeler le service et entrer en contact avec leur enfant, même si les jeunes rencontrés se sentent très contraints dans leurs relations avec l'extérieur. Un salon à l'entrée de l'unité permet les rencontres dans des conditions respectueuses de l'intimité, en principe de 17h à 19h et pendant 30 minutes ; les permissions ou les sorties dans le parc sont toutefois préférées ;
- de conserver, de manière sécurisée par les soignants dans l'unité, une petite somme d'argent et une carte bancaire, pour des achats lors de sorties.

Les patients disposent de tout ce qui est nécessaire pour leur hygiène personnelle mais les objets tranchants et les sprays sont donnés aux soignants qui les stockent en sécurité. La conservation de nourriture dans les chambres n'est pas autorisée, les denrées amenées par les proches ou achetées par l'adolescent étant conservées par les soignants et données peu à peu.

Il est possible de fumer à l'extérieur de l'unité dès lors que les titulaires de l'autorité parentale en ont donné l'autorisation écrite, à raison de quatre fois par jour, briquet et tabac personnels étant sortis à chaque occasion par les soignants.

Outre la demande d'admission (cf. *supra* § 10.3.1) et l'autorisation de fumer, plusieurs autres documents sont à remplir et signer par les titulaires de l'autorité parentale⁹⁴. Ces documents sont de préférence remis lors d'un rendez-vous de préadmission.

Le « pyjama bordeaux » n'est imposé qu'en cas de risque suicidaire aigu, sur consigne médicale. Il est systématique en CI.

10.3.4. Les modalités de prise en charge

Outre un pédopsychiatre (à temps plein à Winnicott, à mi-temps à Mara Selvini mais assisté par un interne à plein temps), un cadre de santé, un secrétariat médical, des IDE, des psychologues, des ASH dans chacune des deux unités, les professionnels sont variés : éducateurs spécialisés, moniteurs-éducateurs, éducateur de sport adapté, aide-soignant pour la nuit ainsi que, pour Mara Selvini, une enseignante spécialisée et une ASS.

Seul le temps d'ASS fait défaut lors de la visite : après vacance du poste, l'ASS recrutée est absente depuis un mois.

La pluridisciplinarité prévaut partout, très perceptible lors de la visite. Chaque unité dispose d'un projet médico-soignant. Outre les transmissions aux changements d'équipe infirmière, un temps de transmissions pluridisciplinaires est organisé chaque matin en semaine. Le lundi après-midi est prévue la réunion clinique avec un thème proposé par l'équipe, suivie d'une réunion de présentation de situations à des professionnels extérieurs et des consultations de préadmission assorties d'une visite des lieux. Le vendredi après-midi se déroule la réunion dite d'organisation.

⁹⁴ Personnes autorisées à rendre visite et à téléphoner à l'enfant, déclaration d'engagement à prendre en permission son enfant, utilisation d'enregistrements vidéo, photographies et supports numériques ; décharge de responsabilité de l'unité en cas de vol ou disparition de biens et une information quant à l'engagement de la responsabilité civile en cas de dommage causé par l'enfant ; autorisation de participation aux activités thérapeutiques à l'extérieur de l'EPSM ; autorisation de se rendre dans les structures extérieures sanitaires, scolaires ou médico-sociales pendant l'hospitalisation ; autorisation d'opérer et de soins.

Parmi les activités thérapeutiques évoquées à Winnicott, plusieurs se déroulent en dehors de l'EPSM et une activité intergénérationnelle réunit jeunes patients et patients âgés (cf. § 10.2).

A Mara Selvini, prévalent également :

- le projet de soin, écrit, signé en premier lieu par le jeune puis par un représentant légal associé à la réunion d'élaboration ;
- les entretiens médicaux, réguliers et annoncés à l'avance ; la thérapie familiale systémique ; le cas échéant, il est aussi fait recours à un ethnopsychiatre ;
- la désescalade et un recours mesuré à l'isolement et à la contention (cf. § 7.2) ; l'accès à la salle d'apaisement sur simple demande ;
- les médiations, selon un planning connu de tous, offrant : sport au gymnase le lundi matin, batterie le mardi matin⁹⁵ et pâtisserie l'après-midi, menuiserie le mercredi matin et sport adapté l'après-midi, école le jeudi matin et sortie à la ferme l'après-midi, groupe de parole le vendredi matin. Le groupe de parole est animé par une psychologue, en lien avec les autres professionnels. Un planning individuel est remis à chaque jeune. Des séjours thérapeutiques sont organisés deux fois par an, consistant par exemple à se rendre à Paris. L'équipe peut proposer des activités supplémentaires, y compris en soirée, et bénéficie pour ce faire à la fois de la latitude médicale et des moyens financiers ;
- le partenariat, avec l'ASE, la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), les structures médico-sociales mais aussi le CHU d'Amiens-Picardie et la maison des adolescents (MDA). La MDA intervient par exemple en individuel ou en groupe quand des besoins d'information sur la sexualité émergent ;
- la préparation de la levée d'hospitalisation, en prévoyant dès l'élaboration du projet de soin les temps de retour dans le lieu de vie habituel, en favorisant la continuité scolaire, en associant les familles, en favorisant les activités dans et hors de l'EPSM et en sollicitant les relais de soins en dehors de l'hospitalisation, parmi lesquels le dispositif de soins proposé au CAP pendant 12 semaines.

L'enseignement dispensé au CAP pour Mara Selvini les lundis et jeudis matin est ouvert à tous. Sur les dix jeunes hospitalisés lors de la visite, quatre fréquentaient toujours leur établissement d'origine et le processus de rescolarisation avait commencé pour trois autres, une minorité étant mise, temporairement, à distance de la scolarité.

Les traitements sont dispensés dans la salle de soins, où les adolescents sont appelés un par un.

10.4. LES PERSONNES DETENUES FONT L'OBJET D'UN ISOLEMENT SYSTEMATIQUE A TITRE SECURITAIRE

En marge des recommandations de la HAS⁹⁶ selon lesquelles l'isolement ne saurait, sans atteinte aux libertés individuelles et à la dignité des patients, être imposé en dehors d'une nécessité médicale, la Charte de partenariat hôpital-justice-services pénitentiaires-police-gendarmerie signée le 23 avril 2012 – et non révisée depuis – prévoit que tout « *détenu est placé en chambre d'isolement sécurisée afin d'assurer le niveau de sécurité demandé par la Préfecture* ». La

⁹⁵ Animé par un batteur professionnel.

⁹⁶ Notamment HAS, Isolement et contention en psychiatrie générale, Recommandations pour la pratique clinique, février 2017.

consigne est reprise dans le livret d'accueil qui a le mérite de comporter un volet d'information sur l'hospitalisation sous le statut de patient détenu.

Le protocole doit être revu de sorte à garantir le respect des recommandations de la HAS et ne pas organiser de manière implicite un transfert de la responsabilité de la gestion sécuritaire des autorités en charge de l'ordre public vers l'hôpital, étant entendu, comme le souligne le Comité européen de prévention de la torture et des traitements inhumains ou dégradants (CPT), qu'il « *n'appartient ni aux autorités pénitentiaires ni aux autorités préfectorales de solliciter [auprès de l'hôpital] des mesures d'isolement et/ou de contention ou de décider d'imposer ces mesures vis-à-vis de patients détenus souffrant de troubles psychiatriques* »⁹⁷. Le CGLPL renvoie à ses avis du 15 février 2011 et du 14 octobre 2019 relatifs à la prise en charge des personnes détenues souffrant de troubles mentaux, dans lesquels il est rappelé notamment l'existence d'établissements où le systématisme du placement des patients détenus en CI n'est pas de rigueur, permettant des soins adaptés sans pour autant que le nombre d'évasions soit plus élevé.

La sous-commission isolement/contention montre sa préoccupation à cet égard. Dans chaque rapport annuel, elle indique qu'elle « *souhaite que les modalités d'accueil en hospitalisation complète, au sein de l'EPSM, des patients détenus en provenance de la maison d'arrêt, soient une question prioritaire, et que ce point puisse être travaillé dans le projet médico-soignant partagé du GHT Somme Littoral Sud dans le cadre des travaux de la filière santé mentale soins aux personnes détenues* »⁹⁸. Les actions se traduisent essentiellement, pour l'heure, par des démarches, en lien avec le service médico-psychologique régional (SMPR) de la maison d'arrêt (MA) d'Amiens, en vue de réduire le recours à l'hospitalisation sur l'EPSM. Grâce à une meilleure optimisation des ressources internes au SMPR (hôpital de jour), à l'établissement pénitentiaire (cellule de protection d'urgence – CProU – et évaluation médicale à 24 heures en cas de risque suicidaire) et une liaison fluidifiée avec l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) à l'issue du travail de l'un des médecins du SMPR, le nombre d'hospitalisations sur l'EPSM est passé de 77 séjours (concernant 59 patients) en 2021 à 42 séjours (36 patients) en 2022, puis 29 séjours (21 patients) en 2023. La DMS est de 4 jours.

Les détenus sont prioritairement affectés sur les CI de l'unité Aubanel, qui donnent accès à un patio sécurisé. En l'état, ils ne bénéficient pas du principe d'équivalence des soins par rapport à la population générale⁹⁹. A l'isolement, en raison de leur statut, pendant toute la durée du séjour, sans contrôle judiciaire (le JLD convient de ne pas être saisi des mesures d'isolement des détenus¹⁰⁰), ils sont privés d'accès aux activités thérapeutiques qui pourraient pourtant leur être bénéfiques. Ils se voient imposer, malgré l'existence des patios, un régime plus restrictif qu'en MA en termes d'accès à l'air libre, possibilité de fumer, lien social. L'accès au patio est réduit et subordonné à l'accompagnement de soignants : trois à quatre fois par jour grand maximum, le temps d'une cigarette (quand ils en ont) ou l'équivalent pour les non-fumeurs. Le port du pyjama est systématiquement imposé dès la MA et quittent souvent la prison sans vêtement de

⁹⁷ CPT, Rapport au Gouvernement relatif à la visite effectuée en France du 28 novembre au 10 décembre 2010, Strasbourg, avril 2012.

⁹⁸ Rapports 2022 et 2021 sur l'isolement et la contention.

⁹⁹ Article L.322-1 du code pénitentiaire.

¹⁰⁰ Relevé de décision de la sous-commission sur la contention et l'isolement, réunion du 16 septembre 2022 : « *Le JLD indique une mesure d'ordre publique. C'est le Préfet qui demande l'accueil du détenu que l'EPSM ne peut laisser libre du fait de sa qualité de détenu et place en chambre sécurisée spécialement aménagée CI. Pas de besoin d'informer le JLD puisqu'il ne s'agit pas d'une mesure d'isolement thérapeutique mais une mesure de sécurité* ».

rechange. Ils n'ont, pour les fumeurs, du tabac que si les circonstances ont fait qu'ils ont pu en prendre ou que des surveillants sont allés leur chercher avant leur transfert. L'organisation d'une remise ultérieure par l'intermédiaire du SMPR est rare. Des solutions de dépannage sont parfois trouvées ; à défaut, il est recouru aux substituts nicotiques. Le transport s'effectue le plus souvent sous contention (mains de chaque côté du corps liées à une ceinture ventrale) mais pas de manière systématique notamment quand le patient est connu.

La charte prévoit la possibilité de visites (proches titulaires d'un permis et/ou avocat, aumônier de la MA) mais l'occurrence ne s'est jamais produite. En tout état de cause, les modalités retenues – visite (45 mn maximum) dans la CI avec fermeture des grilles de l'établissement et contrôle de sécurité des lieux à l'issue – interrogent.

Recommandation 42

Les patients détenus doivent bénéficier du principe d'équivalence des soins. Sous réserve du règlement pénitentiaire, il ne saurait leur être imposé, à l'instar des autres patients en soins sans consentement que des restrictions adaptées, nécessaires et proportionnés à leur état mental et la mise en œuvre du traitement requis. Le respect des droits de ces patients implique aussi, sauf restriction justifiée médicalement, d'une part de pouvoir se vêtir et user de leurs effets personnels, dont ils doivent se munir en quantité et en qualité suffisante avant de quitter l'établissement pénitentiaire, et, d'autre part, de voir mis en œuvre leurs droits de visite et de correspondance. Le protocole de prise en charge des patients détenus doit être revu en ce sens.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction de l'EPSM annonce que « *le protocole de parcours des détenus est en cours de révision en associant les cadres des deux unités et les médecins responsables des services* ». Elle confirme que « *les modalités de visite figurent dans la charte police-justice* ».

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