

# Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

---

## Rapport de visite :

9 au 12 octobre 2023 – 1<sup>ère</sup> visite

Centre Henri Ey du centre  
hospitalier de Péronne

*(Somme)*



## SYNTHESE

Trois contrôleurs ont visité le centre Henry Ey, qui abrite l'unité d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie du centre hospitalier (CH) de Péronne (Somme), du 9 au 12 octobre 2023. La visite avait été annoncée la semaine précédente. Le rapport provisoire a fait l'objet d'observations de la part de l'établissement et de la direction générale de l'agence régionale de santé (ARS) des Hauts-de-France.

Le CH de Péronne prend en charge la population<sup>1</sup> adulte du secteur de psychiatrie 80G05, qui s'étend sur 1 860 km<sup>2</sup>, des communes samariennes de Fins à Omiécourt du Nord au Sud et de Dernancourt à Ham d'Ouest en Est. Il dispose de son propre service d'accueil d'urgences (SAU), ouvert 24/24h. Il a étoffé son offre ambulatoire en psychiatrie dès les années 1980 et 1990 en complétant son hôpital de jour et ses trois centres médico-psychologiques (CMP) par des places d'appartement thérapeutique, des places d'accueil familial, un appartement géré par l'association sociothérapeutique Le Vent<sup>2</sup> et des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) afin de rapprocher les lieux de soins des patients.

Les patients en soins sans consentement ne sont hospitalisés à Péronne que depuis 2008<sup>3</sup>, dans le centre Henri Ey, distant de quelques centaines de mètres du site principal du CH et offrant une unique unité de 19 lits.

Le CH de Péronne est en direction commune avec le CH de Saint-Quentin (Aisne) et est membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) Aisne-Nord / Haute-Somme. L'établissement est en procédure de suivi budgétaire, sans impact sur l'activité de psychiatrie, qui s'inscrit volontiers dans la politique d'appel à projets. Le projet d'établissement est en cours d'élaboration lors de la visite, depuis l'arrivée d'une nouvelle directrice déléguée. Il en sera de même du projet médico-soignant du service de psychiatrie pour adultes. L'équipe de psychiatrie appuie ses pratiques et le fonctionnement sur son expérience de la psychothérapie institutionnelle, sans pouvoir recourir lors de la visite à un espace recevant les questionnements éthiques.

Le service est confronté à la pénurie de psychiatres. L'étayage des équipes et la continuité des soins s'en ressentent mais ni la durée moyenne de séjour (DMS), stabilisée à environ quinze jours, ni le taux d'occupation de l'unité, chaque année inférieur à 60 % en moyenne. Les liens entre l'extra et l'intrahospitalier sont anciens et étroits.

Les patients sont aux trois-quarts hospitalisés en soins libres. Les soins sans consentement (SSC) se composent majoritairement de soins sur décision du directeur d'établissement (SDDE) et dans une moindre mesure (16,6 % en 2022) de soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) ; les décisions de SDDE sont fondées pour plus de la moitié sur la procédure de soins sur demande d'un tiers en urgence (SDTU) et pour le reste sur la procédure de soins en péril imminent (SPI), qui sont moins protectrices des droits des patients, faute de ressources médicales en nombre et qualité adaptés à la rédaction de plus d'un certificat médical sur le territoire.

Les patients qui passent par le SAU du CH de Péronne sont susceptibles d'être enfermés dans une chambre aménagée comme un chambre d'isolement sans mise en œuvre de la procédure relative à l'isolement et à la contention. Ils sont de surcroît soumis en permanence à un dispositif de vidéosurveillance.

<sup>1</sup> La population dans son ensemble est évaluée à 93 063 habitants (Source : INSEE, 2020).

<sup>2</sup> Dorénavant plusieurs appartements.

<sup>3</sup> Auparavant, ils allaient au CHS Pinel.

Une fois au centre Henry Ey, la prise en charge est bienveillante mais entachée d'habitudes et peu formalisée, qu'il s'agisse de l'information à l'accueil, de l'information spécifique du patient en SSC, de l'inventaire et du stockage des biens retirés, de la recherche du consentement et de l'adhésion aux soins, etc. Elle est peu restrictive en matière de libertés individuelles, sauf s'agissant de la liberté d'aller et venir en raison de la fermeture permanente de la porte de l'unité pour tous les patients accueillis et de l'inaccessibilité des chambres de 8h à 9h, de 10h à 13h et de 16h à 20h, contraignant les patients à rester au rez-de-chaussée.

Les conditions matérielles d'hébergement sont par ailleurs très satisfaisantes, même si les contrôleurs regrettent l'absence de verrou de confort aux portes des chambres.

Des moyens sont consacrés aux activités thérapeutiques.

Il est recouru avec parcimonie à l'isolement et à la contention (moins de 10 % de la file active hospitalisée) et pour des durées maîtrisées. Mais l'analyse des pratiques sur la base des données collectées dans un registre n'est pas encore réalisée, alors que des méthodes alternatives tendent à se développer.

Les contrôles de l'hospitalisation s'exercent à distance : dans le temps s'agissant de la commission départementale des soins psychiatriques qui les avait interrompus jusqu'en 2023 ; dans l'espace s'agissant du juge des libertés et de la détention qui tient son audience à Amiens (Somme).

Les professionnels du service et la direction de l'établissement, soutenus par l'ARS, se sont montrés à l'écoute des remarques faites lors de la visite et particulièrement réceptifs des recommandations formulées dans le rapport, attestant par les observations formulées en retour de leur volonté réelle d'évolution.

## 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.

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>2</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>4</b>
<b>RAPPORT</b> .....	<b>8</b>
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE</b> .....	<b>8</b>
<b>2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	<b>9</b>
2.1. L'établissement prend en charge les patients d'un unique secteur où l'extra-hospitalier est prépondérant depuis plusieurs dizaines d'années .....	9
<b>Recommandation 1</b> .....	<b>10</b>
Les professionnels et les patients de l'unité d'hospitalisation à temps complet doivent bénéficier du cadre posé par un projet médico-soignant.	
2.2. Le service fait face à une pénurie de psychiatres.....	10
<b>Recommandation 2</b> .....	<b>11</b>
Les effectifs des médecins psychiatres doivent être abondés à hauteur de l'autorisation budgétaire. Un plan de recrutement doit être conçu avec la direction pour rendre les postes attractifs.	
<b>Recommandation 3</b> .....	<b>12</b>
Le personnel doit être formé aux droits des patients en soins sans consentement.	
2.3. Les événements indésirables sont traités sans formalisation.....	12
2.4. Le comité d'éthique n'est plus actif.....	13
<b>Recommandation 4</b> .....	<b>13</b>
Tout établissement agréé pour prendre en charge des patients en soins sans consentement doit mettre en place un comité d'éthique qui doit être saisi pour toute question portant sur la dignité et le respect des droits fondamentaux.	
<b>3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT</b> .....	<b>14</b>
3.1. La prise en charge aux urgences est fluide mais l'isolement et la contention ne font l'objet d'aucune traçabilité.....	14
<b>Recommandation 5</b> .....	<b>14</b>
La chambre d'isolement du service des urgences doit être équipée et agencée de manière à respecter la dignité du patient. L'usage de la vidéosurveillance est à proscrire.	
3.2. Les procédures de soins sans consentement suivent exclusivement des procédures d'urgence .....	15

<b>Recommandation 6</b> .....	<b>15</b>
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.	
<b>3.3. L'information des patients est lacunaire</b> .....	<b>15</b>
<b>Recommandation 7</b> .....	<b>16</b>
Un livret d'accueil, détaillant les modalités pratiques d'hospitalisation en psychiatrie doit être élaboré, de même que le règlement intérieur de l'unité et des règles de vie. Ces documents doivent être portés à la connaissance des patients et leur être accessibles en permanence.	
<b>Recommandation 8</b> .....	<b>17</b>
La mise en œuvre d'une procédure de soins sans consentement nécessite de formaliser l'information exhaustive du patient quant à l'ensemble de ses droits, pendant toute la durée de la mesure, ainsi que la remise d'un exemplaire des documents notifiés.	
<b>4. LES CONDITIONS DE VIE</b> .....	<b>18</b>
<b>4.1. Les conditions d'hébergement sont satisfaisantes malgré des défauts</b> .....	<b>18</b>
<b>Recommandation 9</b> .....	<b>19</b>
La protection de l'intimité et des biens des patients nécessite d'équiper les portes des chambres d'un système de fermeture adapté.	
<b>Recommandation 10</b> .....	<b>20</b>
Le personnel de l'unité doit être en mesure de fournir des vêtements à un patient qui en est démuné.	
<b>4.2. Il n'y a pas d'inventaire des biens du patient et leur conservation n'est pas organisée</b>	<b>20</b>
<b>Recommandation 11</b> .....	<b>21</b>
La liste des objets interdits dans l'unité doit être formalisée et portée à la connaissance du personnel et des patients. Un inventaire contradictoire des biens du patient doit être établi au moment de son admission. Les effets personnels retirés mais utiles pour la vie quotidienne doivent être rangés de manière à en garantir la conservation.	
<b>4.3. Les repas n'appellent pas de critique</b> .....	<b>22</b>
<b>5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES</b> .....	<b>23</b>
<b>5.1. La fermeture des chambres rythme la vie du service sans contreparties occupationnelles</b> .....	<b>23</b>
<b>Recommandation 12</b> .....	<b>23</b>
Aucun patient admis sous le régime des soins libres ne peut être privé de sa liberté d'aller et venir, ni empêché de quitter le service.	
<b>Recommandation 13</b> .....	<b>24</b>
L'organisation du service doit permettre au patient des temps de repos en chambre adaptés à son état clinique.	
<b>Recommandation 14</b> .....	<b>24</b>
La prescription du port du pyjama, comme outil de prévention de la fugue, est attentatoire à la dignité du patient et doit être proscrite, de même que la confiscation des chaussures.	
<b>Recommandation 15</b> .....	<b>25</b>
Les restrictions de la vie quotidienne doivent être individualisées selon l'état clinique du patient et un règlement intérieur de l'unité précisant les modalités du séjour doit être formalisé et remis au patient.	

5.2. La vie sexuelle des patients ne fait l'objet d'aucune réflexion institutionnelle .....	26
<b>Recommandation 16</b> .....	26
Le thème de la sexualité doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle sur les formations à proposer aux soignants, les manières d'aborder la question et l'éducation des patients.	
<b>6. LES SOINS</b> .....	<b>27</b>
6.1. La pénurie de psychiatres obère la qualité de la prise en charge .....	27
<b>Recommandation 17</b> .....	28
Des activités thérapeutiques doivent être proposées quotidiennement aux patients.	
6.2. L'adhésion aux soins est recherchée mais pas toujours formalisée .....	28
<b>Recommandation 18</b> .....	28
La personne de confiance désignée doit systématiquement être contactée afin d'obtenir son assentiment à cette désignation, confirmée par écrit. Elle doit être ensuite associée aux soins, en fonction des souhaits du patient.	
<b>Recommandation 19</b> .....	29
La mise en œuvre de prescription d'injection « si besoin » sans la recherche du consentement par le médecin doit être prohibée.	
<b>Recommandation 20</b> .....	29
L'utilisation des directives anticipées est de nature à améliorer la prise en charge des patients et renforcer l'alliance thérapeutique.	
<b>Recommandation 21</b> .....	29
Les modalités de distribution des médicaments doivent garantir la confidentialité des traitements et permettre l'éducation thérapeutique du patient.	
6.3. Les soins somatiques sont externalisés .....	29
6.4. La prise en charge ambulatoire est rapidement mise en œuvre .....	30
<b>7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION</b> .....	<b>31</b>
7.1. Les chambres d'isolement sont insuffisamment équipées .....	31
<b>Recommandation 22</b> .....	32
La présence d'une caméra de vidéosurveillance dans les chambres d'isolement constitue une atteinte à l'intimité du patient. Elle doit être retirée.	
<b>Recommandation 23</b> .....	32
Les chambres d'isolement doivent toutes être équipées d'un dispositif d'appel accessible pendant les phases de contention, d'une horloge analogique facilement visible, d'une salle d'eau librement accessible et d'une aération naturelle.	
7.2. Les pratiques d'isolement et de contention ne sont pas analysées.....	33
<b>Recommandation 24</b> .....	33
Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, le registre doit mentionner le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, un identifiant du patient concerné ainsi que son âge, son mode d'hospitalisation, la date et l'heure de début de la mesure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée.	
<b>Recommandation 25</b> .....	34
Une analyse des mesures d'isolement et contention et des pratiques doit être régulièrement effectuée par les soignants pour poursuivre la réduction du recours à ces mesures et améliorer la prise en charge des patients.	

<b>8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....</b>	<b>35</b>
8.1. Le registre de la loi est incomplet, sans observation de la commission départementale des soins psychiatriques .....	35
<b>Recommandation 26 .....</b>	<b>35</b>
Le registre de la loi doit être tenu conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique.	
8.2. Aucune sollicitation des usagers de la psychiatrie quant à leurs droits n'est institutionnalisée .....	36
8.3. Le contrôle juridictionnel s'exerce à distance .....	36
<b>Recommandation 27 .....</b>	<b>37</b>
La présentation du patient en soins sans consentement au juge des libertés et de la détention est la règle. A défaut d'une modification du lieu de l'audience du juge des libertés et de la détention – seule de nature à améliorer <i>in fine</i> les conditions de présentation des patients au juge –, l'équipe soignante doit tout mettre en œuvre pour permettre cette présentation.	

# Rapport

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Fabienne Viton, cheffe de mission ;
- Alexandre Baillon ;
- Jean-Christophe Hanché.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), trois contrôleurs ont visité le centre Henry Ey, qui abrite l'unité d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie du centre hospitalier (CH) de Péronne (Somme), du 9 au 12 octobre 2023.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 9 octobre à 14h30 et l'ont quitté le 12 octobre à 10h. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction. Le président du tribunal judiciaire d'Amiens (Somme) ainsi que le procureur de la République près ce tribunal ont également été avisés de ce contrôle.

Dès leur arrivée au centre Henri Ey, situé rue Hector Berlioz, les contrôleurs ont été accueillis par la directrice déléguée du CH, la coordonnatrice générale des soins, le cadre du pôle, l'infirmier-coordonnateur ainsi que le médecin chef du service.

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

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, tant avec des patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. Un entretien téléphonique a été organisé avec le juge des libertés et de la détention (JLD) du tribunal judiciaire d'Amiens. Ils ont assisté au début du service de nuit le 11 octobre.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 12 octobre 2023, avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation ainsi qu'un directeur du CH de Saint-Quentin (Aisne).

Un rapport provisoire a été adressé le 7 décembre 2023 à la direction du CH, à la préfecture de la Somme, aux chefs de la juridiction d'Amiens et au directeur de l'ARS des Hauts-de-France. La directrice déléguée de cet établissement a communiqué des observations « *travaillées avec les équipes de psychiatrie adulte du CH* » le 10 janvier 2024 et le directeur général de l'ARS le 11 janvier 2024. Ces observations ont été intégrées au présent rapport.

## 2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

### 2.1. L'ETABLISSEMENT PREND EN CHARGE LES PATIENTS D'UN UNIQUE SECTEUR OU L'EXTRA-HOSPITALIER EST PREPONDERANT DEPUIS PLUSIEURS DIZAINES D'ANNEES

Le CH de Péronne est en direction commune depuis 2018 avec le CH de Saint-Quentin, situé dans le département voisin de l'Aisne. Il est membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) Aisne-Nord / Haute-Somme. Les liens avec le CH de Saint-Quentin et le GHT sont administratifs.

Le CH de Péronne offre un service d'accueil d'urgences (SAU) ouvert 24/24h. La haute autorité de santé (HAS) a certifié l'établissement en septembre 2022. L'établissement est en procédure de suivi budgétaire. La dotation annuelle de financement (DAF) attribuée pour l'activité de psychiatrie n'est, selon les éléments recueillis, pas orientée vers d'autres activités. Parallèlement, la psychiatrie répond volontiers aux appels à projet. La psychiatrie « *ne fait pas parler d'elle* » mais est présente dans les discussions institutionnelles, notamment parce que le président de la commission médicale d'établissement (CME) était jusqu'en juin 2023 le chef du service de psychiatrie pour adultes.

Le projet d'établissement n'est plus à jour. La directrice déléguée, qui a pris son poste en avril 2023, a réinitié son élaboration. Dans la ligne historique de la psychiatrie de ce secteur (*cf. infra*), les premiers travaux présentent un axe de développement de l'offre ambulatoire pour les adultes et les enfants, en réduisant les délais d'attente en CMP, en créant des équipes mobiles et en installant un infirmier de pratique avancée (IPA) au sein des urgences. Un autre axe est dédié à la mise à disposition des services d'un système d'information harmonisé : plusieurs systèmes coexistent sur une base technique vétuste et le centre Henri Ey n'en utilise aucun permettant de tenir un dossier du patient informatisé (DPI) et un registre de l'isolement et de la contention.

Le CH de Péronne prend en charge la population<sup>4</sup> adulte du secteur 80G05, qui présente des caractéristiques démographiques plus rurales et plus âgées que celle des Hauts-de-France mais des caractéristiques socio-économiques comparables<sup>5</sup>. La population recourt moins que celle des Hauts-de-France aux prises en charge psychiatriques alors que l'occurrence de la consommation de médicaments psychotropes et des conduites suicidaires est semblable. La densité de psychiatres dans ce secteur équivaut à la moitié de celle des Hauts-de-France<sup>6</sup>. Le secteur couvre 1 860 km<sup>2</sup>, s'étendant des communes de Fins (Somme) à Omiécourt (Somme) du Nord au Sud et de Dernancourt (Somme) à Ham (Somme) d'Ouest en Est. Il est rattaché à Péronne depuis son détachement du centre hospitalier spécialisé (CHS) Philippe Pinel à Amiens (Somme) en 1976. Depuis 1994, la gare de TGV-Haute-Picardie peut conduire à des hospitalisations en soins sans consentement (SSC) de patients qui ne dépendent pas du secteur.

Le CH de Péronne a étoffé son offre ambulatoire dans les années 1980 et 1990 en complétant son hôpital de jour et ses trois centres médico-psychologiques (CMP) par des places d'appartement thérapeutique, des places d'accueil familial, un appartement géré par

<sup>4</sup> La population dans son ensemble est évaluée à 93 063 habitants (Source : INSEE, 2020).

<sup>5</sup> Source : F2RSM Psy Hauts-de-France / CartoPsy®.

<sup>6</sup> Moins de 8 psychiatres pour 100 000 habitants contre un peu plus de 16 dans les Hauts-de-France (Source : *ibidem*).

l'association sociothérapique Le Vent<sup>7</sup>, puis par des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) à Albert, Péronne et enfin à Ham, la volonté étant que « *chaque citoyen de ce secteur soit à moins de 25 km d'une structure d'accueil psychiatrique* ».

Les patients en SSC ne sont hospitalisés à Péronne que depuis 2008. Auparavant, ils allaient au CHS Pinel.

Outre des bureaux de consultation utilisés dans un cadre de prise en charge ambulatoire, le centre Henri Ey, distant de quelques centaines de mètres du site principal du CH, est constitué d'une unique unité de 19 lits, à destination d'adultes. Aucun projet médico-soignant n'a été communiqué aux contrôleurs, ni concernant la psychiatrie pour adultes dans son ensemble ni concernant l'unité d'hospitalisation à temps complet en particulier. L'équipe appuie ses pratiques et le fonctionnement sur son expérience ; l'encadrement tient un discours clair et engagé. Des changements dans la composition de l'équipe seraient de nature à les déstabiliser.

### Recommandation 1

Les professionnels et les patients de l'unité d'hospitalisation à temps complet doivent bénéficier du cadre posé par un projet médico-soignant.

*Dans ses observations au rapport provisoire, la directrice déléguée du CH confirme que le travail d'élaboration du projet d'établissement 2023-2028 continue en vue de sa présentation pour validation aux instances en juin 2024 et qu'il comprend un axe spécifiquement consacré à la psychiatrie. Elle ajoute : « un projet plus complet est en cours de déclinaison s'agissant plus spécifiquement de la psychiatrie. Celui-ci a été présenté à l'ARS en novembre 2023. Il sera complété par un travail avec les partenaires hospitaliers du territoire et sera corrélé avec la mission régionale sur la psychiatrie lancée par le directeur général de l'ARS, au cours du premier semestre 2024 ».*

*Le directeur général de l'ARS de Hauts-de-France confirme l'écriture du projet d'établissement et d'un projet médico-soignant afférent.*

## 2.2. LE SERVICE FAIT FACE A UNE PENURIE DE PSYCHIATRES

Pour l'ensemble des structures de la psychiatrie pour adultes, le CH emploie à la date de la visite 4,8 équivalents temps plein (ETP) de psychiatres dont une interne<sup>8</sup>, 1 ETP de cadre de santé, 28 ETP d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE), 5 ETP de psychologues, 1 ETP d'assistant de service social (ASS), 0,8 ETP de psychomotricien, 0,8 ETP de personnel socio-éducatif, 3,75 ETP de secrétaires médicales et 7,36 ETP d'agent de service hospitalier (ASH), occupés par 58 personnes.

L'unité d'hospitalisation du centre Henri Ey fonctionne avec :

- 1 IDE, qui occupe une fonction d'infirmier-coordonateur auprès des patients et des soignants de l'intra et de l'extra-hospitalier ;

<sup>7</sup> Les membres de l'association sont des professionnels de la psychiatrie. Elle a pour objet de faciliter la réinsertion dans un milieu normal des malades rencontrant le plus de difficultés. Elle résout les difficultés de logement en gérant des maisons et des appartements, comme propriétaire ou comme locataire. Son activité s'est développée depuis sa création : à la date de la visite, elle met à disposition de 21 patients, par bail locatif, co-locatif ou sous-locatif, 7 logements de types différents.

<sup>8</sup> Selon les propos recueillis, il y avait 7 psychiatres en 2016.

- 17 ETP d'IDE, assurant la présence de 3 infirmiers le matin et l'après-midi et 2 la nuit ; les liens entre l'intra et l'extra-hospitalier se développent au cours d'une à plusieurs journées de service effectuées par 7 IDE volontaires de l'intra dans les services de l'extra-hospitalier ;
- 6 ETP d'ASH, répartis en 1 ASH le matin, 1 l'après-midi et 1 la nuit, avec des tâches de nettoyage sur chacun de leur temps de service. L'absence d'aide-soignant est un choix historique, compensé par la présence permanente des ASH, dont certains ont été recrutés à l'origine comme veilleur de nuit. Très intégrés dans la vie du service, ils assurent des tâches au contact des patients. Ils bénéficient de formations (cf. *infra*) ;
- 1 psychomotricienne, 1 éducateur-technique, 1 ASS, 1 psychologue au gré de besoins exprimés, 2 secrétaires médicales.

A la date de la visite, la référence pour l'hospitalisation complète repose sur deux praticiens hospitaliers (PH) et un psychiatre intérimaire<sup>9</sup>, occupant 2,6 ETP. Le chef de service a réduit son activité dans la perspective de la retraite en 2024. Les patients continuent à être vus tous les jours au début du séjour mais les temps de réunion sont plus réduits (cf. § 6.1). Cinq médecins se relaient pour assurer l'astreinte à partir de 18h30. Lors de la visite, l'astreinte n'a pas pu être planifiée au-delà du 19 octobre 2023. Une interne est supervisée par un senior lorsqu'elle est de garde.

L'établissement préfère recourir à l'intérim plutôt qu'à des médecins étrangers, estimant que les premiers sont immédiatement opérationnels et ne nécessitent pas un encadrement qui n'est plus disponible dans les ressources médicales actuelles. Le recrutement d'intérimaires repose sur le chef de service. La pénurie concerne aussi l'extra-hospitalier : pour la limiter, un psychiatre à la retraite y effectue des consultations. 3,2 ETP de psychiatre sont vacants lors de la visite, soit 40 % du temps médical nécessaire.

L'incohérence des différentes données recueillies, relatives au secteur dans son ensemble et à l'unité d'hospitalisation en particulier, manifeste à la fois l'intrication de l'extra et de l'intra-hospitalier et l'instabilité qui prévaut dorénavant en matière de ressources médicales. L'établissement y est d'autant plus sensibilisé que le CH de Saint-Quentin a dû fermer ses unités d'hospitalisation faute de psychiatres peu de temps avant la visite du CGLPL à Péronne.

### Recommandation 2

Les effectifs des médecins psychiatres doivent être abondés à hauteur de l'autorisation budgétaire. Un plan de recrutement doit être conçu avec la direction pour rendre les postes attractifs.

*Dans ses observations au rapport provisoire, la directrice déléguée du CH indique que sont activées « toutes les pistes de recrutement possible en matière de ressources médicales : les postes attribués dans le cadre de l'autorisation budgétaire sont systématiquement publiés, une présence lors des journées de recrutement des internes est effective, le chef de service de psychiatrie assure une recherche de candidats potentiels au sein de son réseau de praticiens psychiatres et espère favoriser l'attractivité du CH de Péronne en formalisant le projet de psychiatrie 2023-2028 ».*

<sup>9</sup> Qui alterne une présence d'un mois et une absence de quinze jours.

*Le directeur général de l'ARS des Hauts-de-France déclare que « dans le cadre des travaux de réorganisation en cours, l'établissement va se rapprocher en 1ère intention des établissements de santé d'Amiens (CHU d'Amiens et EPSM de la Somme). La réorganisation permettra de déterminer les effectifs médicaux projetés au 1er juin 2024 et les besoins en recrutement ». Il ajoute qu'il a initié « une mission « attractivité et permanence des soins » [...] dans un but d'élaboration d'actions visant à renforcer l'attractivité des métiers de la psychiatrie et à identifier un schéma cible permettant d'assurer la continuité et la permanence des soins en région. Les groupes de travail seront amorcés début 2024 et les premières propositions d'actions seront présentés à la fin du premier semestre 2024 ».*

L'adaptation des IDE à la psychiatrie repose sur le cadre de santé, lui-même issu de la filière d'infirmier spécialisé, et « de l'acculturation auprès de quelques modèles infirmiers comme l'IDE de liaison aux urgences et l'IDE-coordonnateur ». Il y a peu de rotation du personnel, le service de psychiatrie étant attractif. Depuis 2010, une formation intitulée « gestion active de la violence » est systématisée pour les IDE et les ASH de la psychiatrie adultes<sup>10</sup> ; elle s'effectue sur trois journées et une journée de réactualisation. Les autres formations suivies résultent de demandes individuelles, de la projection du service vers une modalité nouvelle de prise en charge (exemple : *Snoezelen*<sup>TM</sup>) ou de la promotion professionnelle. Les agents ne sont pas formés aux droits des patients en soins sans consentement ; cela se ressent (cf. § 3.3 et § 6.3 notamment).

### Recommandation 3

Le personnel doit être formé aux droits des patients en soins sans consentement.

*Par le biais des observations au rapport provisoire, la directrice déléguée du CH annonce, au premier trimestre 2024, « des formations internes (format 1h30) sur les soins sans consentement à destination des professionnels de psychiatrie » assurées par « le cadre de santé du pôle de psychiatrie ainsi que le responsable des admissions » et assorties d'une « évaluation des connaissances en amont et en aval ». Sont jointes à cette annonce les diapositives du support de formation.*

*Le directeur général de l'ARS des Hauts-de-France incite « les établissements à solliciter le programme QualityRights porté par le Centre Collaborateur de l'OMS et financé dans le cadre du FIOP11 2022. Ce programme consiste en une observation sur site par une équipe pluridisciplinaire, sur une démarche volontaire de l'établissement, afin d'élaborer un rapport d'étonnement relatif à l'organisation des soins à l'échelle d'une unité, d'un secteur ou d'un pôle, et de fournir les outils de soutien à l'évolution des pratiques. L'établissement sera invité à prendre contact avec le CCOMS afin de bénéficier du programme ».*

### 2.3. LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT TRAITES SANS FORMALISATION

Peu de fiches d'événements indésirables (FEI) sont remplies par le personnel de l'unité. En 2022, 10 FEI ont été déclarées par le pôle de psychiatrie. Jusqu'au 6 octobre 2023, les seules 9 FEI renseignées concernent des dysfonctionnements matériels (protection travailleur isolé (PTI),

<sup>10</sup> Il s'agit de la méthode Grouille-Smolis, du nom d'un médecin et d'un cadre de santé du centre hospitalier universitaire de Limoges. Une seule ASH ne l'a pas suivie. La suivent également : les agents des urgences, les ambulanciers-brancardiers, les agents de sécurité et les agents des services techniques.

<sup>11</sup> FIOP : fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie.

interphone, chariots de livraison des repas) et l'indisponibilité d'ambulances. La prise en charge difficile d'un patient en crise au cours de l'été 2023 n'a entraîné aucune FEI malgré les dégradations matérielles durables commises dans une chambre d'isolement, de même que les dégradations commises sur le bâtiment par un chien en fugue.

De manière générale, le personnel du CH fait face à peu de violence (14 FEI en 2022). Une procédure organise la venue de personnel en renfort « en cas d'agitation d'un patient en psychiatrie ». Elle fait principalement intervenir, en fonction des horaires : agent de sécurité, ambulancier, agent des services techniques, brancardier, etc. Il n'a pas été rapporté de difficulté. La culture de la déclaration serait encore sous-développée à l'échelle du CH et particulièrement en psychiatrie, où la parole est privilégiée et entraîne les demandes d'actions correctives utiles, portées par le cadre ou par l'IDE-coordonnateur.

#### 2.4. LE COMITE D'ETHIQUE N'EST PLUS ACTIF

La dernière réunion du comité d'éthique du CH de Péronne s'est tenue en janvier 2022. L'établissement explique avoir ensuite fait face à des changements des membres de la direction et à une pénurie de soignants ce qui a directement impacté la pérennité du comité.

Désormais les différents services, dont la psychiatrie, animent des réunions de manière informelle sur un sujet qui émane du service. Il n'existe pas de traçabilité de ces réunions et il n'a pas été possible de connaître les derniers sujets abordés.

#### Recommandation 4

Tout établissement agréé pour prendre en charge des patients en soins sans consentement doit mettre en place un comité d'éthique qui doit être saisi pour toute question portant sur la dignité et le respect des droits fondamentaux.

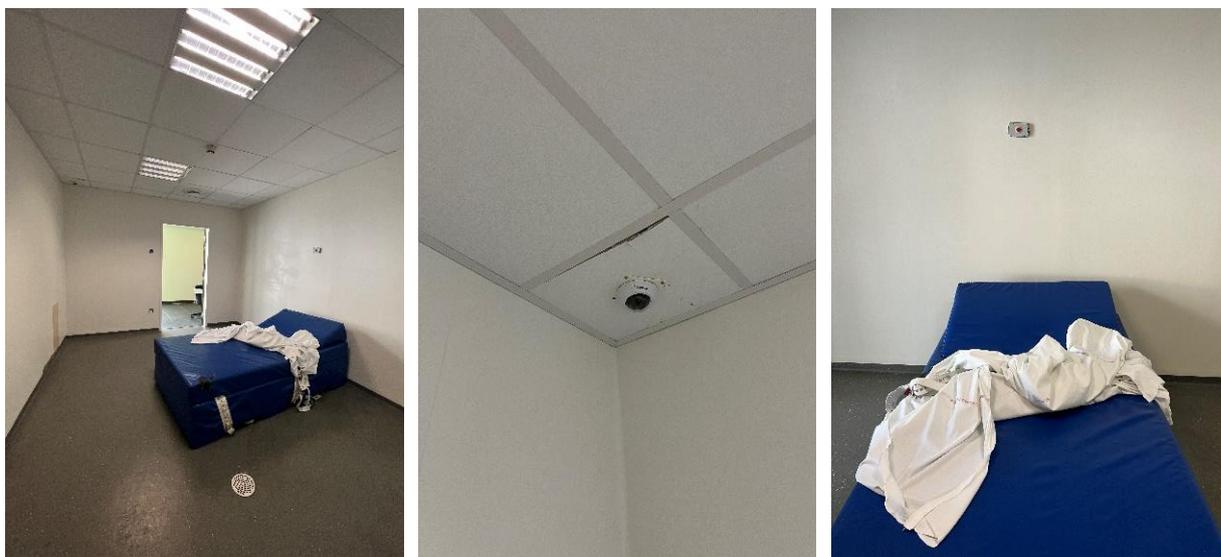
*Dans ses observations au rapport provisoire, la directrice déléguée indique que « le comité d'éthique sera relancé en février 2024 » en s'engageant à au moins deux réunions par an. « En parallèle, une cellule éthique, mise en place et active pendant la crise COVID, sera de nouveau disponible afin de pouvoir être sollicitée par les équipes de soins sur des points précis en matière de droits des patients ou de prise en charge complexe ». Elle annonce également une rencontre en janvier 2024 avec un médecin du CH de Saint-Quentin pour envisager « la relance des cafés éthiques ».*

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

#### 3.1. LA PRISE EN CHARGE AUX URGENCES EST FLUIDE MAIS L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION NE FONT L'OBJET D'AUCUNE TRAÇABILITE

Les patients arrivant aux urgences du CH sont accueillis par l'infirmière d'orientation et d'accueil (IOA). Ils font ensuite l'objet d'un bilan somatique, sanguin et neurologique complet, puis bénéficient d'une consultation par un psychiatre. L'IDE de liaison, présent en journée, permet d'orienter les patients ne nécessitant pas une hospitalisation complète spécialisée vers l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) jouxtant le service des urgences.

Outre les boxes où sont accueillis les patients, le service des urgences dispose d'une « chambre d'apaisement », qui s'apparente à une chambre d'isolement.



*Chambre « d'apaisement » aux urgences*

Une caméra de vidéosurveillance est installée au plafond dans l'angle de la chambre, le retour des images est accessible sur l'un des postes informatiques des soignants. La chambre est uniquement équipée d'un matelas, il n'y a pas de fenêtre, de point d'eau, de WC, ni d'horloge. La porte donnant sur le service des urgences possède un hublot permettant à toute personne passant devant de voir à l'intérieur.

Au moment de la visite des contrôleurs une patiente avait été placée dans cette chambre et attachée sans aucune traçabilité de la durée de son isolement et de sa contention.

#### Recommandation 5

La chambre d'isolement du service des urgences doit être équipée et agencée de manière à respecter la dignité du patient. L'usage de la vidéosurveillance est à proscrire.

*Dans ses observations au rapport provisoire en janvier 2024, la directrice déléguée soutient que « la chambre visitée au sein des urgences n'est pas une chambre d'isolement mais une chambre d'apaisement pour des patients présentant un état d'agitation avancé voire dangereux. Le lit présent dans cette chambre n'est pas un matelas mais un lit spécifique de marque Cumbria™ prévu pour ce type de prise en charge ». Elle ajoute toutefois que « le hublot de la chambre d'isolement sera revu au 1er trimestre 2024 par la mise en place d'une*

persienne permettant la surveillance des patients par les professionnels mais également le maintien de l'intimité du patient » et qu'« une organisation sera retravaillée au sein des urgences pour la surveillance des patients mis en chambre d'apaisement afin de supprimer le recours à l'utilisation de la vidéosurveillance au sein de cette chambre », avec de nouveaux protocoles de surveillance formalisés au 1<sup>er</sup> semestre 2024.

### 3.2. LES PROCEDURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT SUIVENT EXCLUSIVEMENT DES PROCEDURES D'URGENCE

La file active globale en psychiatrie adultes était de 1 708 patients en 2022 (1 679 en 2021), dont 147 patients hébergés en hospitalisation complète (159 en 2021). Deux mineurs ont été admis en hospitalisation complète en 2022 et en 2021<sup>12</sup>.

En 2022, les soins libres représentaient 91 % des hospitalisations.

Parmi les 36 hospitalisations sans consentement réalisées en 2022 :

- 6 mesures, soit 16,6 %, étaient des soins à la demande du représentant de l'État (SDRE) ;
- 30 mesures, soit 83,3 %, étaient des soins sur décision du directeur de l'établissement (SDDE). Parmi elles, 17 avaient été prises sur demande d'un tiers en urgence (SDTU) et 13 relevaient des soins psychiatriques pour péril imminent (SPI) ; aucune n'était prise selon la procédure classique de demande d'un tiers.

La durée moyenne de séjour en SSC était brève aussi bien en 2022 qu'en 2021, à savoir 15 jours. Enfin, le taux d'occupation des lits était de 59 % en 2022 et 56 % en 2021.

#### 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, le directeur général de l'ARS des Hauts-de-France remarque que le « recours trop fréquent au péril imminent est constaté dans l'ensemble de la région. La CDSP qui les examine lors de ses commissions aboutit au même constat que celui pointé dans le rapport ». Il les compare aux données recensées à l'échelle régionale (« 52,7 % sont SDTU, 33,5 % PI et 13,8 % SDT ») et observe qu'« au total, ce sont donc près de 86 % des SDDE prises au titre de la procédure d'urgence ou du péril imminent et seule une faible proportion relève de la procédure classique de SDT qui nécessite l'intervention de deux médecins. Le recours aux mesures d'urgence est un problème récurrent pour beaucoup d'établissements qui soulignent la difficulté de trouver deux médecins pour enclencher une mesure de SDT. La procédure SDTU est dès lors utilisée par un psychiatre de l'établissement d'accueil, avec à l'appui la demande d'hospitalisation d'un tiers. La mesure de PI est le recours dès lors qu'il n'est pas possible de trouver un tiers, ce qui est le cas régulièrement ».*

### 3.3. L'INFORMATION DES PATIENTS EST LACUNAIRE

A l'arrivée dans l'unité, lorsque son état clinique le permet, le patient est accueilli par un IDE qui se charge de lui fournir oralement les renseignements sur le service et les modalités pratiques et

<sup>12</sup> A défaut d'hospitalisation au CHS Philippe Pinel à Amiens.

juridiques de son hospitalisation. Le livret d'accueil, lorsqu'il est remis, ne concerne que le CH de Péronne et ne détaille pas les renseignements pour la psychiatrie dans l'unité Henri Ey. Il n'existe ni règlement intérieur de l'unité, ni règles de vie écrites.

Les murs de l'unité sont dépourvus de tout affichage, au motif que « *les patients arrachent tout* », hormis la charte nationale des patients hospitalisés sur un tableau dans un coin au rez-de-chaussée et un message concernant le retrait des briquets la nuit contre la paroi vitrée du bureau infirmier au premier étage.



Deux affichages

### Recommandation 7

Un livret d'accueil, détaillant les modalités pratiques d'hospitalisation en psychiatrie doit être élaboré, de même que le règlement intérieur de l'unité et des règles de vie. Ces documents doivent être portés à la connaissance des patients et leur être accessibles en permanence.

*Par le biais de ses observations au rapport provisoire, la directrice déléguée du CH indique : « Un livret d'accueil spécifique à la psychiatrie a été formalisé. Il sera fourni à chaque patient hospitalisé lors de son entrée dans le service ». Le document, de quatre pages, est joint aux observations.*

*Le directeur général de l'ARS des Hauts-de-France rappelle les termes de l'article L.710-1-1 du CSP<sup>13</sup> et le fait que « la CDSP, chargée de vérifier le respect des droits des patients en soins sous contrainte, peut être alertée sur le non-respect de cette obligation et faire un rappel à l'établissement sur l'obligation de se conformer à la loi », tout en observant que « la CDSP 80 n'a pas souligné ce point dans son dernier rapport de visite du CH Péronne ».*

Ensuite, les soignants effectuent le tri des affaires du patient (cf. § 4.2) et l'accompagnent pour la visite du service puis jusqu'à sa chambre.

Concernant plus particulièrement les patients en SSC, les décisions d'admission en SDDE ne sont pas notifiées. Ces décisions ne parviennent même pas jusqu'à l'unité, malgré un logigramme – élaboré par le bureau des admissions et affiché dans le bureau des soignants – prescrivant la remise d'une copie des décisions. Le patient reçoit exclusivement une information orale sur son statut d'admission. Pour les SDRE, la décision du préfet est notifiée et une copie remise au patient.

<sup>13</sup> Article L.710-1-1 alinéa 2 du CSP : « Chaque établissement remet au patient, lors de leur admission, un livret d'accueil auquel est annexée la charte du patient hospitalisé [...] ».

Aucun formulaire des droits du patient en SSC tel que prévu à l'article L.3211-3 du CSP n'est utilisé dans l'établissement. Les certificats médicaux portent de manière erronée la mention : « *Le patient a été informé de la forme de sa prise en charge ainsi que des droits, voies de recours et garanties. Ses observations ont été recueillies* ».

Les soignants n'ont reçu aucune formation relative à la législation sur les soins sans consentement. Les informations reçues par les soignants au cours de réunions avec le cadre ne peuvent s'y substituer pour appréhender le cadre juridique des soins.

#### Recommandation 8

La mise en œuvre d'une procédure de soins sans consentement nécessite de formaliser l'information exhaustive du patient quant à l'ensemble de ses droits, pendant toute la durée de la mesure, ainsi que la remise d'un exemplaire des documents notifiés.

*La directrice déléguée du CH annonce dans ses observations au rapport provisoire que « la procédure d'admission des patients en soins sans consentement a été revue » (mise à jour le 6 décembre 2023 dans le document joint aux observations) et que « des formulaires spécifiques ont été mis en place pour l'information du patient et sa traçabilité » (également joints aux observations).*

## 4. LES CONDITIONS DE VIE

### 4.1. LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT SONT SATISFAISANTES MALGRE DES DEFAUTS

Les locaux se répartissent sur trois niveaux.

Au sous-sol, se trouvent trois salles d'activités et une salle de stockage.

Au rez-de-chaussée, l'unité s'ouvre sur un salon de visite (cf. § 5.1.3), le bureau infirmier, la salle de soins et la salle à manger qui donne à l'extérieur sur un espace fumeur couvert qu'il faut traverser pour accéder au jardin. Un autre couloir dessert une chambre dite d'urgence (cf. § 5.1.1), un bureau médical, une grande alcôve nommée « espace détente radio » seulement meublée de fauteuils. Entre ces deux couloirs se situe une cafétéria équipée de deux distributeurs et de fauteuils, pièce aveugle souvent plongée dans le noir et que les patients utilisent pour dormir (cf. § 5.1.1, où une recommandation est faite) ; à l'arrière se trouvent des locaux de logistique : office et buanderie.



*La cafétéria*



*L'« espace détente radio »*

A l'étage, outre un bureau infirmier, une salle de soins, un salon de télévision, un WC collectif et une salle de bain collective, 17 chambres individuelles et 2 chambres doubles offrent 19 lits.

Lors de la visite de nuit, aucun patient ne se trouvait devant la télévision en milieu de soirée.



*Le salon de télévision de l'étage*

Toutes les chambres sont spacieuses et dotées d'une salle d'eau. Le mobilier est complet : lit, table de chevet, table, chaises en nombre adapté au nombre d'occupants. Un bouton d'appel est situé au-dessus du lit. Une armoire à double porte offre des étagères et une tringle ; elle n'est pas fermable. Une large fenêtre à ouverture oscillo-battante, agrémentée d'un voilage, laisse pénétrer la lumière naturelle. Seul un soignant peut actionner le volet par le biais d'une serrure située à l'extérieur de la chambre ; c'est fait au moment du coucher, selon les desiderata des patients, comme les contrôleurs l'ont constaté.

Aucun verrou de confort intérieur ou extérieur ne permet au patient de fermer sa chambre.

### Recommandation 9

La protection de l'intimité et des biens des patients nécessite d'équiper les portes des chambres d'un système de fermeture adapté.

*La directrice déléguée du CH indique dans ses observations au rapport provisoire que « l'établissement a procédé à l'estimation financière du remplacement des cylindres de portes des chambres par un dispositif de fermeture adapté (bouton moleté côté chambre et clé côté circulation » et joint un devis pour 19 cylindres en date du 5 janvier 2024.*



*Deux chambres individuelles occupées*

La salle d'eau comporte une ou deux vasques, un ou deux porte-serviettes, un miroir, un WC pourvu d'une lunette et d'un abattant ainsi qu'une douche à l'italienne dotée d'un pommeau fixe.

Des problèmes d'humidité provoquent parfois des moisissures, voire le décollement des revêtements des murs et du sol.

Le patient ne peut préserver son intimité en s'enfermant à l'intérieur de la salle d'eau y compris dans les chambres doubles.



*Une salle d'eau individuelle*

Les patients devant être assistés dans leur toilette sont pris en charge dans la salle de bain collective équipée d'une baignoire calèche.

Les familles fournissent les produits d'hygiène. Le cas échéant, l'infirmier-coordonnateur peut procéder à des achats en magasin pour leur compte.

Il n'existe aucune difficulté pour obtenir et changer le linge hospitalier. L'entretien du linge personnel des patients est prioritairement laissé à la charge de leur famille. En cas de nécessité, une machine à laver le linge peut répondre à ce besoin ; elle n'est complétée d'aucun sèche-linge. Des patients démunis d'effets personnels à l'arrivée peuvent se retrouver soit en pyjama hospitalier, soit bénéficier de vêtements entreposés dans des sacs poubelle au sous-sol.

#### Recommandation 10

Le personnel de l'unité doit être en mesure de fournir des vêtements à un patient qui en est démuné.

*Dans ses observations au rapport provisoire, la directrice générale du CH confirme qu'« un stock de vêtements est disponible au sous-sol » et annonce qu'« une armoire permettant un stockage plus adapté a été mis à disposition des équipes ».*

L'ensemble des locaux est propre. L'équipe d'ASH en assure l'entretien courant en journée et la nuit (cf. § 2.2).

#### 4.2. IL N'Y A PAS D'INVENTAIRE DES BIENS DU PATIENT ET LEUR CONSERVATION N'EST PAS ORGANISEE

Aucun inventaire contradictoire n'est réalisé lors du tri des affaires du patient à son arrivée (cf. § 3.3). Le patient se voit retirer les effets personnels jugés dangereux : rasoir, parfum, câble de chargeur, contenant en verre, mais également toutes les denrées périssables.

Ces objets sont conservés dans le bureau des soignants au premier étage de l'unité, mais seulement dix casiers permettent un stockage organisé. Les biens des autres patients sont déposés sur une étagère ne garantissant pas la propriété de ce qui y est entreposé.



*Les dix casiers et les étagères pour les effets personnels de 19 patients*

Le patient peut conserver son téléphone (sauf avis médical contraire), ses documents d'identité et tout type de valeurs. Il est informé des risques de vol dans le service, de l'impossibilité de sécuriser ses affaires en chambre (cf. § 4.1 où une recommandation est faite), et s'il le souhaite peut remettre ses valeurs et documents d'identité au soignant qui se charge de les placer dans un coffre-fort situé dans le bureau du cadre en dehors de l'unité.

Les espèces sont mises dans une enveloppe, signée par deux IDE et le patient, sur laquelle un décompte manuel est effectué en cas de retrait partiel pendant l'hospitalisation. Aucun autre inventaire contradictoire des valeurs ou documents placés au coffre-fort n'est réalisé.

#### **Recommandation 11**

La liste des objets interdits dans l'unité doit être formalisée et portée à la connaissance du personnel et des patients. Un inventaire contradictoire des biens du patient doit être établi au moment de son admission. Les effets personnels retirés mais utiles pour la vie quotidienne doivent être rangés de manière à en garantir la conservation.

*Dans ses observations au rapport provisoire, la directrice générale du CH indique qu' « une commande de 10 casiers supplémentaires a été réalisée portant le nombre de casiers disponibles pour les patients à 20 » et qu' « une fiche inventaire [jointe aux observations] a été rédigée par le service psychiatrie et sera mise en application dès le début de l'année 2024 ».*

### 4.3. LES REPAS N'APPELLENT PAS DE CRITIQUE

Les repas sont préparés en liaison froide par la cuisine collective du CH. Ils sont mis en température dans un chariot dans un office et servis dans la salle à manger mitoyenne au rez-de-chaussée.

Les horaires des repas n'appellent pas de remarque.

Les patients participent à la remise en état de la salle à manger après chaque repas.

Les menus de la semaine sont affichés. Le 9 octobre, seuls ceux de la semaine précédente l'étaient. Ils ont été actualisés le lendemain.

Les contrôleurs n'ont pas réceptionné de doléances quant à la qualité des repas ou les modalités de leur service.



*Un chariot de déjeuners*

## 5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 5.1. LA FERMETURE DES CHAMBRES RYTHME LA VIE DU SERVICE SANS CONTREPARTIES OCCUPATIONNELLES

#### 5.1.1. La circulation des patients

L'unité d'hospitalisation est fermée, de jour comme de nuit, quel que soit le cadre juridique de l'hospitalisation des patients.

#### Recommandation 12

Aucun patient admis sous le régime des soins libres ne peut être privé de sa liberté d'aller et venir, ni empêché de quitter le service.

*La directrice générale du CH indique en janvier 2024 qu'« une étude est en cours pour la mise en place d'un contrôle d'accès au niveau du centre Henri Ey [avec] badge [...] mis à disposition des patients hospitalisés en soins libre avec contrat d'engagement et règles d'utilisation » et joint un devis en date du 5 janvier 2024. Elle ajoute que « le dispositif de vidéosurveillance a été remplacé en décembre 2022 ».*

Huit heures par jour (de 8h00 à 9h00, de 10h00 à 13h00, de 16h00 à 20h00) l'accès aux chambres au premier étage du service est fermé et les patients doivent rester au rez-de-chaussée. Il a été expliqué aux contrôleurs que cette organisation visait à dynamiser les patients et prévenir un alitement quotidien prolongé et récurrent. Or, les contrôleurs ont constaté d'une part, que des patients somnolaient quotidiennement, dans des positions inconfortables, dans des fauteuils ou à même le sol, faute de pouvoir accéder à leur chambre et que, d'autre part, le peu d'activités proposées ne permettent pas d'occuper les patients sur une amplitude horaire aussi importante (cf. § 6.1).

Une chambre dite d'urgence est aménagée au rez-de-chaussée. Équipée comme une chambre classique mais non comptabilisée dans la capacité de l'unité, elle permet à un seul patient, identifié à l'avance, de s'y reposer en journée.

Elle ne permet pas de couvrir les besoins de repos de tous les patients qui le souhaiteraient en journée et qui ne peuvent accéder à leur chambre (cf. *supra*).



*La chambre d'urgence, au rez-de-chaussée*

### Recommandation 13

L'organisation du service doit permettre au patient des temps de repos en chambre adaptés à son état clinique.

*Par le biais des observations au rapport provisoire, la directrice générale du CH souhaite rappeler certaines informations contenues dans le rapport et en apporter d'autres, concernant les activités : « Une psychomotricienne est présente tous les jeudis pour les activités [...]. Une art-thérapeute est présente tous les mardis [...]. La salle de ping-pong est proposée quotidiennement aux patients. Des activités jeux de société, jeux de carte sont proposées quotidiennement et l'association LE VENT, composée d'infirmiers bénévoles, veille à la fourniture du matériel. Enfin, le CATTP de Péronne reçoit tous les jours, sur prescription médicale, des patients du centre Henri Ey pour des activités de resocialisation, renarcissisation ... ».*

Pendant le temps de fermeture de l'étage d'hébergement, la circulation au rez-de-chaussée des patients est libre. Ils peuvent accéder aux différents espaces, y compris la zone fumeur et le jardin.



Abri pour les fumeurs



Le jardin

L'obligation du port du pyjama résulte d'une prescription médicale pour prévenir le risque de fugue. Au moment de la visite, une seule patiente en faisait l'objet. Ses chaussures lui avaient également été retirées et elle marchait pieds nus.

### Recommandation 14

La prescription du port du pyjama, comme outil de prévention de la fugue, est attentatoire à la dignité du patient et doit être proscrite, de même que la confiscation des chaussures.

*La directrice générale du CH indique dans ses observations au rapport provisoire : « La prescription de pyjama n'est réalisée que de manière rarissime et uniquement sur évaluation médicale. La situation décrite [...] a été observée chez une seule patiente et était inappropriée. Un rappel a été fait aux équipes de soins. Des chaussures de prêt seront fournies aux patients si besoin via un stock qui sera mis à disposition dans le service ».*

*Le directeur général de l'ARS des Hauts-de-France informe le CGLPL que « la CDSP 80 sera alertée par l'agence pour que ce point soit abordé lors d'une prochaine visite aux fins de proscrire cette pratique ».*

Les permissions de sortie, accordées par le médecin, sont mises en œuvre sans difficultés lorsqu'elles doivent être effectuées, avec ou sans l'accompagnement d'un soignant.

### 5.1.2. Les restrictions de la vie quotidienne

Les restrictions de la vie quotidienne (visites, sorties, téléphone, [autres] observations) sont en partie formalisées sur une fiche jointe dans le dossier des soignants pour chaque patient.

*Formulaire pour les consignes médicales de restriction*

En parallèle, des restrictions s'appliquent à tous :

- les patients ne peuvent conserver le chargeur de leur téléphone, en prévention du risque suicidaire, et doivent s'adresser quotidiennement aux soignants pour le recharger ;
- les fumeurs peuvent conserver leur tabac mais doivent restituer leur briquet et leur cigarette électronique avant le coucher. La zone fumeur est fermée de 20h00 à 7h00. Lors de la visite de nuit, les soignants ont précisé aux contrôleurs qu'ils pouvaient autoriser une cigarette avant le coucher s'ils estimaient que cela pouvait permettre d'apaiser le patient, mais de manière exceptionnelle.

#### Recommandation 15

Les restrictions de la vie quotidienne doivent être individualisées selon l'état clinique du patient et un règlement intérieur de l'unité précisant les modalités du séjour doit être formalisé et remis au patient.

### 5.1.3. Les relations avec l'extérieur

Sur les dix patients présents le dernier jour de la visite des contrôleurs, neuf pouvaient conserver leur téléphone. Pour les patients n'en possédant pas, les soignants mettent à disposition le téléphone de leur bureau ou un combiné portable permettant au patient de communiquer confidentiellement lors de l'appel.

L'envoi et la réception de courriers sont possibles mais cela n'est pas utilisé par les patients.

Les visites sont autorisées de 13h30 à 19h00.

Les patients en SL peuvent rencontrer les visiteurs en dehors du service et notamment dans le jardin devant les bâtiments.

Pour les patients en SSC, les visites ont lieu soit dans le vaste salon situé à l'entrée du service soit dans la salle commune servant de salle à manger.

Il n'y a pas de restriction sur le nombre de visiteurs mais les mineurs de moins de quinze ans<sup>14</sup> ne sont pas autorisés.



*Le salon de visite*

La presse quotidienne régionale est mise à disposition dans la salle commune. Il n'existe aucun wifi patient dans l'unité, ni de poste informatique permettant une connexion à Internet. A ce sujet, les patients ont indiqué aux contrôleurs que leur téléphone portable était suffisant.

L'anonymat d'un patient pendant son hospitalisation est possible. En ce cas, le secrétariat accueillant les appels téléphoniques, comme les soignants, sont avertis par la présence d'une mention spécifique sur le dossier du patient.

Si des patients souhaitent rencontrer un aumônier de leur culte religieux, les soignants contactent le standard du CH, qui dispose d'une liste et des numéros de téléphone des aumôniers de la région susceptibles de se déplacer dans l'unité. Les demandes en ce sens sont extrêmement rares.

## **5.2. LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS NE FAIT L'OBJET D'AUCUNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE**

Si des cas de rapports sexuels entre patients ont pu être rapportés par les soignants, la question est avant tout traitée sous l'angle sécuritaire sans réflexion d'équipe sur le sujet. Les patients ne peuvent pas se rejoindre dans les chambres mêmes s'ils souhaitent partager un moment d'intimité. Les soignants veillent avant tout à ce que des rapports sexuels n'aient pas lieu durant le temps de l'hospitalisation afin d'empêcher tout acte sexuel non consenti.

### **Recommandation 16**

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

*La directrice générale du CH annonce en janvier 2024 par le biais de ses observations au rapport provisoire que « ce point fera l'objet d'une discussion dans le cadre de la relance du comité d'éthique de l'établissement et sur sollicitation de l'auxiliaire de puériculture ayant la formation DIU15 en santé sexuelle présente au sein de l'établissement ».*

<sup>14</sup> Seize ans, selon le livret d'accueil intitulé « règlement intérieur » élaboré postérieurement à la visite et communiqué aux contrôleurs par le biais des observations au rapport provisoire (cf. § 3.3).

<sup>15</sup> DIU : diplôme interuniversitaire.

## 6. LES SOINS

### 6.1. LA PENURIE DE PSYCHIATRES OBERE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

La volonté du service a été longtemps d'associer un patient à un psychiatre référent. La situation actuelle ne le permet plus (cf. § 2.2). Toutefois, les psychiatres partagent une vision commune du soin porté au patient, ce qui tempère la multiplicité des intervenants.

La permanence des soins est assurée avec une visibilité restreinte : le planning des astreintes du mois d'octobre n'est pas complet au jour de la visite.

Les infirmiers affectés dans l'unité permettent de garantir la présence et la disponibilité des soignants de jour comme de nuit, y compris pour accompagner des sorties.

Une psychologue est présente dans les locaux et peut recevoir des patients hospitalisés.

Les soins de psychomotricité sont accessibles le jeudi toutes les semaines, sur prescription médicale ou à l'initiative du patient. La psychomotricienne propose de la relaxation, des massages, du *packing* et d'autres médiations. Elle va se former à la méthode *Snoezelen*™.

Un art-thérapeute propose deux matinées par semaine des activités de peinture, modelage, etc.



La salle d'art-thérapie



La salle d'ergothérapie

En revanche, des ressources telles que la « salle de ping-pong » (équipée aussi d'un billard, d'un baby-foot, curling et fléchettes) sont rarement exploitées. Les contrôleurs ont constaté le peu de dynamisme des infirmiers pour utiliser cette salle, comme les activités ludiques à disposition (jeux de société), alors que les temps en collectivité sont longs et imposés (cf. § 5.1).



La « salle de ping-pong »

#### Recommandation 17

Des activités thérapeutiques doivent être proposées quotidiennement aux patients.

*La directrice générale du CH réitère ses observations déjà mentionnées au § 5.1.1 : « Une psychomotricienne est présente tous les jeudis pour les activités [...]. Une art-thérapeute est présente tous les mardis [...]. La salle de ping-pong est proposée quotidiennement aux patients. Des activités jeux de société, jeux de carte sont proposées quotidiennement et l'association LE VENT, composée d'infirmiers bénévoles, veille à la fourniture du matériel. Enfin, le CATTP de Péronne reçoit tous les jours, sur prescription médicale, des patients du centre Henri Ey pour des activités de resocialisation, renarcissisation ... ».*

#### 6.2. L'ADHESION AUX SOINS EST RECHERCHEE MAIS PAS TOUJOURS FORMALISEE

Les soins sont individualisés et les traitements mis en œuvre ne sont pas destinés à cacher les troubles du patient : les personnalités s'expriment. La prise en charge médicale est réactive. La mesure de SSC est levée dès que possible, la durée moyenne de séjour est courte (cf. § 3.2) et plus d'un tiers des mesures de SSC sont levées avant le passage devant le JLD.

Le service se démarque par sa volonté d'intégrer le patient dans la ville, d'évaluer son autonomie, d'inverser la relation soignants/soignés en favorisant l'expression d'une demande de soins. Le projet est bâti autour du patient avec une volonté d'impliquer la famille pour permettre un retour rapide dans la communauté.

Toutefois, la désignation de la personne de confiance n'est pas formalisée bien qu'une identité soit recueillie lors de l'admission. Son rôle n'est pas travaillé au sein de l'équipe médicale et elle n'est pas associée aux soins en tant que telle.

#### Recommandation 18

La personne de confiance désignée doit systématiquement être contactée afin d'obtenir son assentiment à cette désignation, confirmée par écrit. Elle doit être ensuite associée aux soins, en fonction des souhaits du patient.

*Dans ses observations au rapport provisoire, la directrice déléguée du CH indique : « Le service de psychiatrie utilisera, dès 2024, la fiche de désignation de la personne de confiance disponible dans le système documentaire du CH et utilisée par les services cliniques ».*

Par ailleurs, des traitements tant *per os* qu'en injection sont prescrits en « si besoin ». Le CGLPL rappelle que l'administration d'un traitement n'est pas possible sans avoir préalablement recherché le consentement du patient. Seul le médecin est habilité à venir examiner le patient physiquement, rechercher son consentement et décider en fonction de la clinique alors obtenue, si l'administration non consentie d'un traitement est toujours nécessaire et de dernier recours. L'infirmier ne peut donc pas exécuter seul ce genre de traitement « si besoin ».

#### Recommandation 19

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

*Dans ses observations au rapport provisoire, la directrice générale du CH annonce : « La formalisation des prescriptions est modifiée : il n'existe plus de prescription « si besoin ». Pour chaque prescription, le médecin prescripteur rédigera les conditions précises dans lesquelles l'administration peut être réalisée par l'infirmier en charge du patient ».*

La volonté d'apaiser le patient se manifeste par la connaissance approfondie des situations et des patients. Les patients savent pouvoir se tourner vers les soignants pour exprimer une tension naissante. Toutefois, l'équipe ne met pas en œuvre de plan de prévention des crises ou de directives anticipées incitatives en psychiatrie.

#### Recommandation 20

L'utilisation des directives anticipées est de nature à améliorer la prise en charge des patients et renforcer l'alliance thérapeutique.

La distribution des médicaments a lieu à l'entrée de la salle de soin du rez-de-chaussée. Les patients sont invités à se présenter deux par deux devant le chariot, deux soignants distribuent les traitements pendant que les autres patients attendent dans le couloir.

#### Recommandation 21

Les modalités de distribution des médicaments doivent garantir la confidentialité des traitements et permettre l'éducation thérapeutique du patient.

*La directrice générale du CH indique en janvier 2024 dans le cadre de la procédure contradictoire : « Les modalités d'administration des médicaments ont été modifiées : l'administration est réalisée, patient par patient en salle de soins permettant un entretien individualisé avec ce dernier afin de lui transmettre les informations liées à son traitement et répondre à ses interrogations éventuelles ».*

### 6.3. LES SOINS SOMATIQUES SONT EXTERNALISES

Il n'y a plus de somaticien intervenant dans l'unité Henri Ey depuis mars 2023. Un bilan somatique est réalisé à l'arrivée (cf. § 3.1). Les consultations somatiques sont assurées par le service des urgences du CH qui mobilise une équipe du SMUR en cas d'urgence vitale. Tant la proximité du

site des urgences que la présence d'un IDE de liaison au CH facilite la qualité de la prise en charge somatique des patients malgré l'absence de somaticien dans l'unité.

Les prélèvements biologiques sont réalisés dans l'unité et sont transmis aux CH de Péronne ou de Saint-Quentin.

Les délais des consultations spécialisées n'appellent pas d'observation, de même que, en l'état des constats, l'ensemble du dispositif d'accès aux soins somatiques.

#### 6.4. LA PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE EST RAPIDEMENT MISE EN ŒUVRE

La préparation à la sortie est abordée dès la stabilisation de l'état clinique du patient. Les projets de sortie sont travaillés en équipe pluridisciplinaire et en lien étroit avec l'extra-hospitalier, le CH disposant des structures ambulatoires utiles (cf. § 2.1). Il y a une forte imbrication de l'intra et de l'extra-hospitalier si bien que les patients bénéficient d'une continuité des soins et d'un accompagnement après la levée des soins sans consentement.

Les psychiatres ne font pas de permissions de sortie systématiques avant la levée de l'hospitalisation laquelle intervient rapidement (cf. § 3.2). Des programmes de soins (PDS) peuvent être mis en œuvre mais le service privilégie le soin ambulatoire et l'adhésion du patient aux soins.

Le préfet demande systématiquement un second avis pour les demandes de levée d'hospitalisation des patients en SDRE et des permissions accompagnées puis non accompagnées doivent d'abord être réalisées.

L'assistante de service social assiste aux transmissions des infirmiers pour recueillir de l'information sur les patients entrants et transmettre aux soignants les éléments dont elle dispose pour commencer rapidement le travail d'orientation sociale.

Le secteur compte 11 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dont 3 au sein du CH. A la demande des EHPAD, les infirmiers se déplacent, ce qui permet de rassurer les établissements sur la prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques. Les résidents des EHPAD ont aussi accès aux activités du CATTP.

Un projet d'équipe mobile est actuellement à l'étude afin d'améliorer la prise en charge ambulatoire des patients (cf. § 2.1).

Le secteur souffre de l'absence de places dans les établissements ou services d'aide par le travail (ESAT). De même l'absence de foyer d'accueil oblige les équipes à se tourner vers la Belgique. Un patient a ainsi été orienté sur un foyer belge en 2023.

Par ailleurs il est fait état de la difficulté de mobiliser les mandataires judiciaires associatifs.

Enfin, une initiative locale de maisons associatives permet d'héberger 21 personnes souffrant de troubles psychiatriques. Elles bénéficient de loyers modérés et de l'assistance d'une aide-ménagère (cf. § 2.1).

## 7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

### 7.1. LES CHAMBRES D'ISOLEMENT SONT INSUFFISAMMENT EQUIPEES

L'établissement comprend deux chambres d'isolement (CI) situées au premier étage. On y accède après un sas. Elles sont uniquement équipées d'un lit en mousse monobloc Cumbria™. Un pouf est stocké dans le sas et peut être donné au patient pour manger. Au jour de la visite une CI avait été détruite par un patient et l'autre CI venait d'être refaite. Les sangles de contention sont rangées dans une armoire du sas.

Aucun bouton d'appel n'est installé dans les CI.



*Sas distribuant les chambres d'isolement et la salle d'eau*

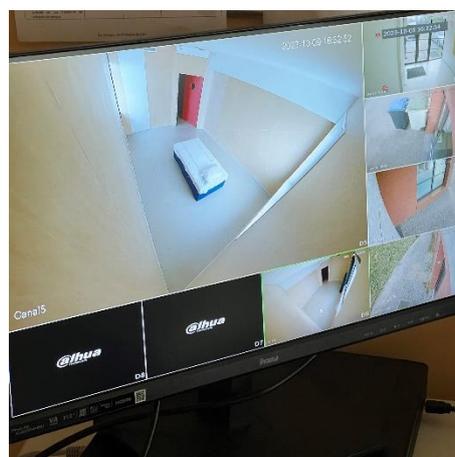


*Chambre d'isolement*



*Salle d'eau*

Les deux chambres sont équipées d'une caméra de vidéosurveillance reliée aux postes infirmiers.



*Report de la vidéosurveillance des CI*

### Recommandation 22

La présence d'une caméra de vidéosurveillance dans les chambres d'isolement constitue une atteinte à l'intimité du patient. Elle doit être retirée.

*Dans ses observations au rapport provisoire, la directrice générale du CH commence par rappeler les termes de la recommandation du CGLPL contenue dans l'ouvrage L'intimité au risque de la privation de liberté<sup>16</sup> et indique : « afin de garantir une surveillance, permettant d'éviter des passages à l'acte des patients mis en isolement, il est prévu de modifier l'utilisation du système de vidéosurveillance présent dans les chambres d'isolement. Celles-ci ne seront plus actives en permanence mais seront vérifiées de manière périodique conformément à un protocole spécifique formalisé au 1er semestre 2024 ». Elle précise que « le report des caméras n'est pas dans un local libre d'accès aux autres patients ou visiteurs mais uniquement aux professionnels de santé ».*

Les CI sont lumineuses et correctement entretenues. La fenêtre ne s'ouvre pas et seule une climatisation permet le renouvellement de l'air. L'horloge est située dans le sas sur un meuble de rangement et est difficilement visible de la chambre à travers le hublot ; il manque par ailleurs la date.

La salle d'eau se trouve entre les deux CI dans le sas. Les patients isolés n'y accèdent qu'accompagnés des soignants. Les patients sont invités à uriner dans un pistolet laissé à leur disposition, ce qu'ils refusent majoritairement de faire. En l'absence de possibilité de fumer, il arrive que les soignants fassent fumer les patients dans la salle d'eau alors même qu'elle ne dispose d'aucune aération naturelle.

### Recommandation 23

Les chambres d'isolement doivent toutes être équipées d'un dispositif d'appel accessible pendant les phases de contention, d'une horloge analogique facilement visible, d'une salle d'eau librement accessible et d'une aération naturelle.

*La directrice générale du CH indique dans ses observations au rapport provisoire : « Un devis en cours pour la mise en place d'un dispositif d'appel malade sans fil dans les deux CI. Deux horloges analogiques seront mises en place dès le premier trimestre 2024 ». Elle ajoute qu'« une étude technique doit être menée pour la réalisation de sanitaires individualisés ».*

Un projet d'aménagement de deux espaces d'apaisement a été présenté à l'ARS et validé. Un espace d'apaisement doit être créé dans le salon de visite au rez-de-chaussée et un espace *Snoezelen*<sup>TM</sup> sera aménagé au sous-sol pour être investi par la psychomotricienne après formation (cf. § 2.2).

<sup>16</sup> « Le respect de l'intimité interdit de recourir à des mesures de surveillance permanentes, notamment à l'usage constant de la vidéosurveillance dans les cellules, chambres et locaux sanitaires. Dans tous les cas, il ne peut pas être recouru à des dispositifs d'écoute. » (CGLPL, L'intimité au risque de la privation de liberté, Paris, Dalloz, 2022, recommandation n°4).

## 7.2. LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION NE SONT PAS ANALYSEES

### 7.2.1. Les pratiques d'isolement et de contention

Au premier jour du contrôle, aucune mesure d'isolement ou de contention n'était en cours.

Un logigramme détaillant la procédure d'isolement et de contention est à disposition des soignants. Lorsqu'une mesure d'isolement est prise par le psychiatre, un signalement à l'équipe de sécurité est effectué. Le patient est mis systématiquement en pyjama lors de son placement en CI sans individualisation de la mesure, ce qui devra être corrigé. Il prend son repas dans la chambre. Un accès à des livres, aux journaux ou à la radio est possible sur autorisation du psychiatre mais dans la pratique cet accès est rarement envisagé.

Une fiche de surveillance est remplie par les soignants et le psychiatre se déplace pour les renouvellements de la mesure à 12 heures et pour voir physiquement les patients. Il effectue par ailleurs l'avis aux proches prévu par la loi au-delà de 48 heures d'isolement. Les feuilles de surveillance sont transmises au JLD en cas de saisine. La sortie de la chambre d'isolement est souvent réalisée sur un mode séquentiel (goûter, repas) avant la sortie définitive.

### 7.2.2. La politique menée et l'analyse du registre

Le service de psychiatrie a formalisé une « *politique de service en matière d'isolement et de contention* ». Le document rappelle qu'une telle mesure est prise en dernier recours une fois que « *tout a été tenté pour l'éviter* ». Cette politique est en phase avec la pratique psychiatrique constatée, à savoir que l'enfermement est limité à la gestion de la crise.

Le bureau des entrées a développé un registre permettant de recenser les mesures d'isolement et de contention. En l'absence de DPI utilisé par la psychiatrie, ce registre résulte de l'introduction de données personnelles dans un tableau Excel. Il n'intègre pas toutes les mentions visées à l'article L.3222-5-1 du CSP.

#### Recommandation 24

Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, le registre doit mentionner le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, un identifiant du patient concerné ainsi que son âge, son mode d'hospitalisation, la date et l'heure de début de la mesure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée.

De plus, selon les éléments recueillis, ce registre n'est assorti d'aucune mesure de nature à en protéger le contenu, ce qui doit faire l'objet d'une plus grande attention de l'établissement.

*Dans ses observations au rapport provisoire, la directrice générale du CH indique en janvier 2024 : « Ce tableau de traçabilité est bien disponible et reprend tous les éléments réglementaires indiqués ci-dessus. Une fiche de traitement est en cours de formalisation auprès de notre délégué à la protection des données (DPO) ».*

*Le directeur général de l'ARS des Hauts-de-France souligne : « la CDSP 80 vérifie le registre à chacune de ses visites. Ce point est inscrit à l'ordre du jour décidé par le secrétariat de la CDSP<sup>17</sup>. Aucune irrégularité n'a été portée à notre connaissance suite à une de ces visites ».*

<sup>17</sup> Assuré par l'ARS.

Une analyse annuelle des chiffres d'isolement est réalisée mais ne répertorie pas les chiffres relatifs à la contention. Aucun patient en SL ne fait l'objet de mesures d'isolement et de contention depuis 2020. S'agissant des SSC, 26 % des patients en SDT ont été placés à l'isolement en 2022, 55 % des patients hospitalisés en PI et 41 % de ceux hospitalisés en SDRE.

Si ces chiffres peuvent apparaître élevés, ils sont à nuancer du fait du peu d'admissions en SSC prononcées, au profit d'une hospitalisation libre. Le nombre de placement à l'isolement est en constante diminution depuis plusieurs années et concerne 9,36 % des patients de la file active en 2022, ce qui est inférieur à la moyenne nationale qui s'élève à environ 15 %.

La durée moyenne d'isolement est faible : 6 patients ont été isolés plus de 48 heures en 2022 sur un total de 22 patients isolés. S'agissant de la contention la pratique est marginale : le registre fait état de deux mesures de contentions de 6 heures en 2022 sur 2 patients différents.

Les chiffres relatifs à l'isolement et à la contention ne font pas l'objet d'une analyse entre les soignants ni de retour d'expérience, même dans le cas extrême d'un patient violent récemment isolé plusieurs jours et ayant détruit les deux CI.

#### Recommandation 25

Une analyse des mesures d'isolement et contention et des pratiques doit être régulièrement effectuée par les soignants pour poursuivre la réduction du recours à ces mesures et améliorer la prise en charge des patients.

*La directrice générale du CH réitère son annonce de la formalisation d'« une fiche d'analyse des mesures d'isolement et de contention », rappelle « comme indiqué » que « le taux d'isolement des patients au centre Henri Ey est en dessous de la moyenne nationale » et escompte que « la mise en place d'une chambre d'apaisement et d'un espace Snoezelen™ permettra encore de diminuer ce taux ».*

## 8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 8.1. LE REGISTRE DE LA LOI EST INCOMPLET, SANS OBSERVATION DE LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES

Les deux registres de la loi, l'un pour les SDDE et l'autre pour les SDRE, sont tenus au bureau des admissions sur le site principal du CH. Ils sont à jour des dernières admissions. Une partie des mentions est manuscrite : identité du patient, identité du tiers, levée éventuelle de la mesure. Une autre partie est constituée de pièces de la procédure photocopiées en réduction.

Le livre consacré aux SDDE comporte la totalité des certificats médicaux établis au cours de la procédure ainsi que la convocation notifiée au patient de l'audience devant le JLD et l'avis médical motivé établi en vue de l'audience. Des éléments visés à l'article L.3212-11 du CSP sont manquants :

- la date de l'information relative à la décision d'admission et, le cas échéant, aux décisions ultérieures ainsi que la date de notification des droits et voies de recours du patient ;
- la mention de la décision de protection judiciaire ;
- la date et le dispositif des décisions rendues par le JLD ;
- les décisions de levée des mesures.

S'agissant du livre relatif aux SDRE, les mentions relatives à la protection judiciaire et aux décisions judiciaires sont manquantes.

En l'état, aucun des registres de la loi ne permet le contrôle effectif de l'ensemble de la procédure.

Lesdits registres ont été visés par un substitut du procureur de la République d'Amiens en avril 2023 et un médecin, membre de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) en juillet de la même année. Le seul autre visa est celui du juge des libertés et de la détention (JLD), sur le registre des SDRE, en 2020. Aucune de ces autorités n'a émis d'observations sur la tenue du registre. Les comptes-rendus de visite de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) n'ont pas été communiqués aux contrôleurs mais il leur a été rapporté que la CDSP avait observé, lors de sa dernière visite en juillet 2023, la prévalence des procédures de SPDTU.

#### Recommandation 26

Le registre de la loi doit être tenu conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique.

*La directrice générale indique dans ses observations au rapport provisoire que « ce point est effectif depuis janvier 2024 ».*

*Le directeur général de l'ARS des Hauts-de-France indique que « l'année 2022 a été marquée par la reprise d'activité de la CDSP lors du dernier trimestre après deux années impactées par la crise sanitaire. Les visites d'établissement de santé ont repris début 2023, avec la vérification des registres. Ce point est également inscrit à l'ordre du jour. Il sera rappelé à la CDSP d'inscrire sur le registre de la Loi qu'il a bien été vérifié lors de la visite ».*

## 8.2. AUCUNE SOLLICITATION DES USAGERS DE LA PSYCHIATRIE QUANT A LEURS DROITS N'EST INSTITUTIONNALISEE

Un protocole référencé CHP-DIN-032 applicable depuis avril 2022 énonce l'engagement du CH dans la politique des droits du patient. Pour autant, les affichages promouvant l'expression des usagers et l'information sur leurs droits sont rares dans les locaux de l'unité Henri Ey (cf. § 3.3).

Le processus de plainte et réclamation est centralisé par le secrétariat de direction, dont les coordonnées mail et téléphonique sont mentionnées dans le livret d'accueil, lequel n'est pas toujours distribué (cf. § 3.3).

La commission des usagers (CDU) se réunit. Aucun des représentants des usagers n'est spécialisé en psychiatrie depuis que le membre de l'UNAFAM<sup>18</sup> n'est plus disponible pour y participer. Les sujets abordés concernent rarement la psychiatrie, qui, selon ce qui a été indiqué aux contrôleurs, crée peu de difficultés de communication entre les soignants et les patients.

Les questionnaires de satisfaction, à remplir à la sortie, existent, joints au livret d'accueil, mais ne concernent pas la psychiatrie, qui ne fait pas partie des services de séjour à cocher. Ils seraient inadaptés, sans qu'aucune adaptation ne soit en cours.

La prise en charge est décrite comme plaçant le patient au cœur des dispositifs (« On a décidé d'inverser la relation soignant-soigné ») mais l'alliance thérapeutique est recherchée sans garantie des droits (cf. § 6.2).

La HAS relève en 2022 : « Les représentants des usagers sont peu connus, l'affichage précise qu'ils peuvent être contactés via le secrétariat de direction. [...] Le livret d'accueil mentionnant ces informations est remis mais sans explication particulière de la part des soignants. A l'exception de la psychiatrie où l'élaboration du questionnaire n'est pas aboutie, la satisfaction du patient est recherchée [...] En revanche, peu de patients savent comment formuler une réclamation ou déclarer un événement indésirable grave et il n'y a pas de démarche de recueil de l'expérience ni de l'expertise patient. Le patient est respecté. De l'avis de tous les patients rencontrés, la bienveillance, le respect de la dignité et de l'intimité sont des valeurs partagées par l'ensemble des secteurs de soins ».

## 8.3. LE CONTROLE JURIDICTIONNEL S'EXERCE A DISTANCE

Le juge des libertés et de la détention (JLD) exerce ses fonctions au tribunal judiciaire (TJ) d'Amiens depuis quatre ans. Il tient ses audiences les mardi et vendredi au CHS Philippe Pinel, à Amiens, à une soixantaine de kilomètres de Péronne. La part de son activité juridictionnelle consacrée aux patients de Péronne n'est pas quantifiable dans les statistiques judiciaires. Selon les données du CH, 20 patients ont été convoqués en 2022 et 26 en 2023 jusqu'à la date de la visite. Aucun ne l'était entre le 2 et le 13 octobre 2023.

Dans la tradition de son prédécesseur, il fait rédiger par les médecins un certificat de compatibilité ou d'incompatibilité avec l'audience. Parallèlement, les soignants demandent au patient s'il souhaite être présenté au magistrat ; selon eux, beaucoup refuseraient en raison de la mauvaise réputation du CHS, où certains ont été hospitalisés en SSC avant 2008. En 2022, 7 patients ont été conduits à Amiens (35 % des patients convoqués) et 5 en 2023 (19 %). Cette proportion de patients non présentés attire peu l'attention du magistrat, qui s'interroge toutefois

---

<sup>18</sup> UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

sur l'opportunité de tenir à l'avenir une audience à Péronne en application de l'article L.3211-12-2 du code de la santé publique.

### Recommandation 27

La présentation du patient en soins sans consentement au juge des libertés et de la détention est la règle. A défaut d'une modification du lieu de l'audience du juge des libertés et de la détention – seule de nature à améliorer *in fine* les conditions de présentation des patients au juge –, l'équipe soignante doit tout mettre en œuvre pour permettre cette présentation.

*La directrice générale du CH rappelle dans ses observations au rapport provisoire que, à défaut du rapprochement du lieu de l'audience, « une présentation [...] est systématiquement proposée au patient » et qu'« un document permet de formaliser l'accord ou le refus du patient à [y] assister [...], rempli systématiquement et transmis au JLD ».*

*Quant au directeur général de l'ARS des Hauts-de-France, il ajoute que, « pour les patients pris en charge en SDRE, il n'est pas constaté de non-présentation à l'audience, en dehors de situations exceptionnelles pour lesquelles le psychiatre rédige un certificat d'incompatibilité de l'état de santé avec la présentation à l'audience, certificat confirmé par un second psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient, conformément à la réglementation en vigueur ».*

La motivation des certificats et avis médicaux aurait gagné en qualité ces derniers temps. L'avis motivé est rédigé à une date de plus en plus proche du jour d'audience. Des avocats soulèvent parfois un moyen tiré de l'absence de notification des droits du patient en SSC tels qu'énumérés à l'article 3211-3 du CSP, sans que ce moyen soit retenu.

Les ordonnances sont rendues sur le siège, sauf exceptions, mais cela concerne peu les patients de Péronne, qui ne viennent pas. Les décisions de mainlevée sont rares : aucune en 2022, 1 en 2023. L'établissement est prévenu à l'avance lorsque le cas survient.

Le contentieux relatif à l'isolement et à la contention est encore plus rare : il y aurait eu « *moins de trois saisines* » en provenance du CH de Péronne<sup>19</sup>. Aucune ne s'est accompagnée d'une demande d'assistance par un avocat ou d'audition par le juge. Elles ont donné lieu à la mainlevée des mesures en raison d'irrégularités dans l'horodatage des décisions médicales.

---

<sup>19</sup> Le registre d'isolement et de contention rapporte deux mesures dont la durée a été supérieure à 72 heures.

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