



**Rapport de visite  
Etablissement public de santé  
mentale de Dury  
Hôpital Philippe Pinel  
(Somme)**

**12-14 novembre 2008**

## **Contrôleurs**

Olivier Obrecht, chef de mission  
Jean-François Berthier  
Martine Clément  
Jacques Gombert

En application de la loi du 30 octobre 2007 instituant le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite de l'établissement public de santé mentale Philippe Pinel (EPSM), sis à Amiens (Somme) du 12 au 14 novembre 2008. Le chef d'établissement avait été informé le mercredi 5 novembre.

### **1 - Les conditions de la visite**

Les quatre contrôleurs sont arrivés à l'hôpital le mercredi 12 novembre à 10h00, et repartis le vendredi 14 novembre à 14h00.

L'ensemble des documents demandés a été mis à la disposition de l'équipe. Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec des patients et des familles qu'avec des personnels exerçant sur le site, ainsi qu'avec les personnes suivantes, extérieures à l'établissement :

- la présidente de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP),
- des représentants des associations de malades intervenant au sein de l'établissement.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec les autorités suivantes :

- le directeur de cabinet du préfet de la région Picardie,
- le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de Picardie,
- la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) de la Somme,
- le président du tribunal de grande instance (TGI) d'Amiens,
- le procureur de la République près le TGI d'Amiens.

Une réunion initiale s'est tenue avec le directeur de l'EPSM accompagné d'un adjoint, du président de la commission médicale d'établissement (CME) et d'un cadre supérieur de la direction des soins; elle a été suivie d'une présentation de la mission à une quinzaine de membres de l'encadrement administratif, médical et soignant de l'établissement. A l'issue de la visite, l'équipe de contrôleurs a fait part de ses principaux constats au directeur, accompagné des mêmes membres de l'établissement que lors de l'arrivée.

L'équipe a pu visiter la totalité des locaux recevant des malades hospitalisés sous contrainte, y compris l'unité de pédopsychiatrie accueillant les adolescents.

Les contrôleurs ont noté que l'information concernant leur visite avait été bien relayée au sein de l'ensemble des services de l'hôpital, tant en direction des personnels que des patients. Suite à cela, une dizaine de patients hospitalisés et plusieurs familles ont demandé à rencontrer les contrôleurs.

Le rapport de constat a été adressé le 27 novembre 2008 au directeur de l'établissement, qui a fait connaître ses observations en retour le 19 décembre.

Le présent rapport de visite a intégré celles-ci.

## **2 - Présentation générale de l'établissement**

Le centre hospitalier Philippe Pinel est implanté depuis la fin du 19<sup>ème</sup> siècle à Dury (Somme), à quelques kilomètres du centre ville d'Amiens, sur un vaste domaine de 34 hectares. Il est desservi par les transports en commun de l'agglomération amiénoise, une ligne de bus le reliant au centre ville.

Une importante humanisation des locaux démarrée en 2003 est aujourd'hui achevée. L'ensemble des services est rénové, avec généralisation des chambres à un et deux lits, comportant toutes un cabinet de toilette avec douche et WC.

L'hôpital prend en charge quatre secteurs de psychiatrie adulte et deux intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile du département de la Somme. Il est doté d'une capacité sanitaire à temps complet de 265 lits de psychiatrie adulte, dont une unité de 20 lits implantée au CHU d'Amiens, et de 12 lits de psychiatrie pour adolescents. Les malades hospitalisés sous contrainte le sont tous sur le site de Dury.

De plus, le service médico-psychologique régional (SMPR) de Picardie, implanté au sein de la maison d'arrêt d'Amiens, est rattaché à l'EPSM Philippe Pinel. L'établissement a précisé à la suite de la visite qu'une unité d'accueil de jour de sept places, rattachée au SMPR, a été ouverte le 15 décembre au sein de la maison d'arrêt, conformément à ce qui avait été prévu.

Une unité d'accueil et d'orientation dotée de quatre lits est individualisée, à proximité du service des admissions, ouverte 24 heures sur 24.

En 2007, 141 patients ont été hospitalisés sous le régime de l'hospitalisation d'office (HO) et 597 sous celui de l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT). Pour les trois premiers trimestres de 2008, ce sont 149 malades en HO et 489 en HDT, sur un total de 2287 admissions ; il est ainsi noté une augmentation nette des HO, essentiellement due à la progression des hospitalisations de détenus. Aucun mineur n'a été admis en HO en 2007 ou 2008.

Une unité de médecine polyvalente, coordonnée par deux praticiens hospitaliers, prend en charge les patients du centre hospitalier qui nécessitent des soins somatiques, tant en interne qu'en externe. En interne, les activités suivantes sont réalisées, avec un plateau technique adapté : soins dentaires, kinésithérapie, podologie, ophtalmologie et gynécologie. Les autres examens sont réalisés dans les différents établissements de santé d'Amiens en fonction des besoins. En 2007, ce sont 1174 consultations et actes externes qui ont été ainsi programmés.

L'établissement est par ailleurs siège d'une maison d'accueil spécialisée (MAS) de 30 places.

## **3 - Constats**

Au cours de sa mission, l'équipe de contrôleurs s'est essentiellement intéressée au cas des personnes hospitalisées sous contrainte, excepté son passage à l'unité d'hospitalisation complète pour adolescents; à ce titre, elle a fait les constats suivants.

### **3.1 - Informations données aux malades et exercice des droits**

Selon le statut du malade, l'accueil est réalisé soit au niveau de l'UAO, soit directement au sein de l'unité du secteur de rattachement :

- les malades admis en hospitalisation d'office (HO) sont directement orientés vers l'unité d'entrée de leur secteur géographique. De manière générale, ils sont hospitalisés dans les chambres d'isolement à leur arrivée ;
- les malades admis en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) passent d'abord par l'UAO pour une première consultation et l'ouverture de leurs dossiers médical et administratif, avant d'être dirigés le jour même vers l'unité d'entrée de leur secteur ;
- les malades en hospitalisation libre sont en général d'abord admis dans les lits de l'UAO lors de leur arrivée, pour une durée courte n'excédant pas cinq jours en théorie.

Ce fonctionnement de principe peut être remis en cause par une suroccupation des services conduisant à admettre les patients dans un lit libre situé dans un autre secteur que celui dont ils dépendent. Il arrive même que des malades soient dirigés vers d'autres établissements hospitaliers, faute de place (Abbeville, Saint Quentin, Prémont, Péronne).

En cas d'agitation, le patient est immédiatement orienté dans son secteur d'accueil. Il peut être alors fait usage de moyens de contention pendant le transport. Il n'existe pas de protocole spécifique dans ce cas mais l'événement est noté dans le dossier du malade à son arrivée en chambre d'isolement.

Après une attente dans une salle d'accueil servant aussi de passage en direction du service administratif des admissions et de la régie, tout malade, hors HO, est d'abord reçu en entretien par un infirmier de l'UAO. Ce dernier recueille entre autres les données administratives, informe le patient de ses droits et lui propose de désigner une personne de confiance, chargée, selon le code de la santé publique<sup>1</sup>, d'aider le malade à prendre des décisions voire à les prendre à sa place lorsqu'il n'est pas en état de le faire ; dans ce cas, un formulaire ad hoc est rempli et laissé dans le dossier médical. Il n'est pas apparu lors des entretiens que cette désignation fût communément pratiquée ni que cette notion de personne de confiance fût toujours intégrée par les équipes soignantes, en particulier au sein des services.

Le malade est ensuite reçu par un psychiatre qui, lors de la consultation, lui explique également son mode de placement.

En cas d'admission en HDT, l'établissement demande que le tiers demandeur soit présent dans toute la mesure du possible. Plusieurs familles rencontrées ont fait part aux contrôleurs de leur malaise vis-à-vis de l'HDT, tiraillées entre la perception de la nécessité de soins et un sentiment de culpabilité d'être à l'origine de « l'internement » de leur proche, voire leur crainte de sa réaction *a posteriori*.

Le patient en hospitalisation sous contrainte est invité, par l'équipe soignante de son unité d'hospitalisation, à signer un document présentant l'ensemble des voies de recours qui lui sont ouvertes à l'encontre de la décision d'hospitalisation. La première partie du document, rédigée en termes juridiques, est habituellement laissée dans le dossier médical ; elle n'est pas accompagnée d'une notice explicative remise au malade. La seconde partie, portant la signature

---

<sup>1</sup> Article L.1111-6

du patient ou à défaut l'identité des personnels ayant fait l'information, est retournée au service des admissions.

En 2007, deux malades ont saisi le juge des libertés et de la détention en vue de l'obtention de la mainlevée de leur HO ou de leur HDT. Ils ont été sept de janvier à octobre 2008. Dans tous les cas, il s'est ensuivi des ordonnances de rejet des requêtes.

Dans aucun service, les contrôleurs n'ont constaté l'affichage du tableau de l'Ordre des avocats.

Différentes chartes – de la personne hospitalisée, de l'utilisateur en santé mentale, de l'enfant hospitalisé et de la personne âgée dépendante - sont affichées dans les services, accessibles aux malades et au public. A noter cependant qu'au niveau de l'UAO ces chartes sont placardées dans un couloir dans lequel les malades ne stationnent pas et où le public n'est pas admis. Il a été indiqué aux contrôleurs que l'affichage en salle d'attente était fréquemment arraché et que ceci expliquait cette localisation peu propice à la lecture.

L'établissement a précisé que cet affichage était réalisé ainsi dans l'attente de l'installation de vitrines dans la salle d'attente.

Le livret d'accueil de l'établissement est en principe remis au malade à son arrivée dans son unité d'hospitalisation. Les patients qui sont d'abord hospitalisés à l'UAO y reçoivent ce document. Selon les personnels et les malades rencontrés, ce livret ne semble pas remis systématiquement dans l'ensemble des unités. Il est par ailleurs en cours d'actualisation.

Les registres de la loi sont tenus par le service en charge des admissions aux heures et jours ouvrables. En période de garde - nuit, week-end et jours fériés - c'est le personnel du standard de l'hôpital qui s'assure de la complétude du dossier administratif réglementaire avant l'admission du malade.

Les registres sont visés par les autorités suivantes :

- CDHP deux fois par an ; en 2008, visa retrouvé en date du 29 mai et venue annoncée pour le 27 novembre ;
- Procureur de la République ; aucun visa retrouvé en 2008. Une visite d'un substitut d'ici la fin de l'année a été annoncée à l'établissement pendant la présence des contrôleurs. L'hôpital a précisé que cette visite avait eu lieu le 16 décembre.

Aucun autre visa réglementaire n'y apparaît depuis 2006.

Les dossiers du service des admissions comportent l'ensemble des documents requis pour le suivi administratif des malades placés sous le régime de la loi de 1990. Les contrôleurs ont constaté que les recours éventuels faits par les malades auprès du juge des libertés et de la détention sont mentionnés dans ces dossiers mais que les ordonnances résultantes du juge n'y figurent pas toujours. Celles-ci sont en principe transmises par la DDASS.

Certains malades bénéficient de mesures de protection définies par le code civil, demandées par les médecins de l'établissement. En 2007, le service des tutelles a ainsi instruit 97 demandes de protection légale, dont 14 tutelles et 26 curatelles, ainsi que 57 déclarations de sauvegarde de justice au procureur. Ce service gère aussi directement les mesures de protection pour une

centaine de patients en permanence (104 en 2007, 95 à ce jour en 2008). Plus de 40% des patients font au total l'objet de telles mesures : 902 patients du 1<sup>er</sup> janvier au 15 novembre 2008, sur 2287 admissions dans l'établissement.

Selon les informations recueillies, l'accès direct à son dossier médical par le patient est organisé selon les dispositions en vigueur. Toute demande est matérialisée par un formulaire type, pour ayants droit et malades, adressé à la direction de l'établissement, qui s'assure auprès des praticiens responsables du caractère directement communicable ou non des pièces du dossier. Dans l'affirmative, une fois retirés les éléments issus ou concernant des tiers, conformément à la loi, le dossier est transmis au patient selon ses souhaits, consultation sur place ou envoi de copies.

Aucun malade n'ayant à ce jour refusé la modalité de communication proposée, le recours à l'avis de la CDHP n'a jamais été nécessaire, selon l'établissement.

Le courrier des malades est totalement libre et non contrôlé à l'arrivée comme au départ.

Chaque unité d'hospitalisation est dotée d'un téléphone fixe à la disposition des malades. Il s'agit d'un poste disposé dans un lieu de passage. Les malades y ont accès selon des modalités différentes en fonction des services, ou bien en vertu de plages horaires prédéfinies ou bien à la demande. Les communications sont gratuites pour les malades et leur durée en règle générale non limitée. Les numéros sont composés par les soignants avant d'être basculés sur le poste fixe.

Le règlement intérieur de l'établissement ne prévoit pas l'interdiction pour les malades de se servir de leur téléphone portable durant le séjour. Leur utilisation est néanmoins soumise à l'autorisation du médecin responsable de la prise en charge. Il a été précisé aux contrôleurs que les téléphones portables ayant une fonctionnalité d'appareil photographique étaient retirés systématiquement dans le cadre du respect du droit à l'image. Dans les autres cas, ceux-ci sont remis aux malades, à leur demande, le temps nécessaire à la communication.

Chaque unité dispose d'un panneau d'affichage. C'est là que sont notamment annoncées les dates des visites des autorités. Ainsi celle de la CDHP prévue le 27 novembre 2008 était-elle affichée lors du contrôle.

Une permanence de la caisse de sécurité sociale est assurée tous les jeudis après-midi dans les bureaux du service d'admission. Elle devrait être restreinte prochainement à un jeudi après-midi tous les quinze jours par décision de l'assurance maladie.

### **3.2 Conditions matérielles d'hospitalisation**

Tous les services d'adultes comprennent plusieurs unités d'hospitalisation : une unité d'entrée, destinée aux malades en séjour de courte durée (quelques jours à quelques mois) et des unités dites de moyenne et longue évolution, dans lesquelles sont hébergés des patients chroniques pour lesquels un projet de sortie en direction de structures relais est soit plus long à mettre en œuvre, soit très compliqué à envisager, du fait de l'ancienneté et/ou de la gravité de la maladie.

Le pôle de pédopsychiatrie ne dispose pour sa part que d'une unité d'hospitalisation hébergeant *de facto* des jeunes avec des durées de séjour très variables.

Les unités d'entrée sont ouvertes, les autres fermées, y compris l'unité pour enfants.

Après rénovation, toutes les unités sont parfaitement fonctionnelles et présentent la même configuration à quelques variantes près, notamment pour la psycho-gériatrie et le secteur des mineurs. Les enquêtes de satisfaction réalisées auprès des malades au moyen des questionnaires de sortie systématiques retrouvent, s'agissant des conditions d'hébergement, un taux très élevé d'appréciations favorables (de 85 à 93%).

A l'exception du pôle de pédopsychiatrie qui n'en comporte qu'une seule, toutes les unités sont dotées de deux chambres d'isolement, d'une chambre « septique », dite « d'observation », et de vingt lits. Toutes les chambres sont individuelles, hormis deux chambres doubles. Dans certaines unités certaines chambres doubles sont parfois triplées, faute de lits disponibles.

L'organisation architecturale des locaux est structurée avec deux ailes autour d'un point central, l'une comportant les chambres d'hospitalisation, l'autre, les locaux de soins, de consultation, des bureaux administratifs ainsi que les deux chambres d'isolement. L'espace central quant à lui regroupe une grande salle de séjour à usage de réfectoire et de salle de télévision ainsi que le bureau des soignants, dit de gestion du service. L'ensemble des locaux d'hospitalisation est adapté aux personnes à mobilité réduite.

Chaque unité est conçue autour du bureau des soignants dont les parois vitrées permettent de visualiser les couloirs qui mènent aux chambres ainsi que l'accès au bâtiment et la salle de séjour.

Chaque unité comporte également une petite salle permettant diverses activités culturelles, artistiques ou simplement ludiques et un salon d'accueil pour les visiteurs.

Les pavillons dits de moyenne et longue évolution disposent chacun d'un patio et d'une cour fermée délimitée par une clôture en grillage.

L'ensemble de ces lieux donne une impression de luminosité et de propreté.

Les chambres ordinaires sont meublées à l'identique : un lit, un placard individuel, une table, une chaise, une table de nuit. Le placard ferme à clé ; selon l'état du malade, soit il reste ouvert, soit l'ouverture en est demandée aux soignants. Chaque chambre possède sa salle de bains avec douche, WC et lavabo. Certaines sont équipées de barres de sécurité et de soutien pour les personnes âgées ou handicapées. Par ailleurs, chaque unité dispose d'une salle de bain dotée d'une baignoire spécialement conçue pour les personnes handicapées.

Les fenêtres des chambres sont fermées à clé et pourvues de glaces « sécurité ». Elles sont ouvertes pendant l'entretien quotidien des locaux. Aucune n'est équipée de téléviseur.

Seules les chambres des unités d'entrée sont dotées d'un dispositif d'appel qui déclenche une lumière rouge au dessus des portes ainsi qu'une alerte au poste infirmier. Selon les témoignages recueillis, le fonctionnement de cette dernière serait aléatoire.

Dans les autres unités, il n'existe aucune possibilité pour les malades d'appeler à partir de leur chambre, y compris en isolement.

Les chambres d'observation se caractérisent par la présence d'un sas d'entrée pourvu d'un lavabo. La porte de la chambre proprement dite est percée d'un oculus. Elles sont réservées aux malades infectés, mais rarement utilisées dans ce cadre.

Ces chambres constituent un régime intermédiaire entre les chambres normales et les chambres d'isolement. Les malades en fin de vie y sont également placés.

Les chambres d'isolement ne sont meublées que d'un lit scellé. Le couchage est dépourvu d'oreiller. Le sol et les murs sont carrelés. Sur l'un des murs, une horloge indique également la date, mais en anglais. Chaque chambre est dotée d'un accès direct à une salle d'eau avec douche, qui est ouverte ou fermée à clé selon prescription médicale. Lavabo et WC y sont moulés en un seul bloc en inox.

Elles sont climatisées et bénéficient d'une installation radiophonique commandée depuis le bureau des infirmiers.

A l'exception des chambres localisées en gériatrie, toutes les fenêtres des chambres d'isolement sont pourvues de barreaux. L'établissement a précisé en réponse que cet équipement faisait suite à des recommandations des autorités de police, de la maison d'arrêt ou de la préfecture, afin qu'il prenne les mesures de nature à éviter les « évasions » des détenus hospitalisés, et que par ailleurs il était prévu d'équiper de barreaux les chambres de psycho-gériatrie également.

Un sas commun donne accès aux deux chambres d'isolement de chaque unité. A partir de ce sas il est également possible au personnel d'accéder aux deux salles d'eau et de voir ce qui s'y passe.

Il a été indiqué aux contrôleurs que faute de place, il pouvait arriver que les chambres d'isolement soient utilisées comme chambres banalisées ; des malades, ainsi que leur famille, ayant connu cette situation, s'en sont plaints, l'équipement de la chambre restant alors identique, un simple lit sans aucun mobilier, avec l'impossibilité dénoncée d'obtenir un oreiller par exemple, et la fermeture à clé de la chambre, en particulier la nuit, pour des raisons tenant à la position à l'écart de ces chambres par rapport au reste de l'hébergement.

### **Unité d'hospitalisation complète pour adolescents**

L'unité comprend douze lits et une chambre d'isolement, située dans l'enceinte d'un pavillon fermé.

Les dix mineurs et les deux majeurs qui y séjournaient au moment de la visite ne peuvent se déplacer à l'extérieur qu'accompagnés par les soignants.

D'autres mineurs, en particulier des 16-18 ans, sont hospitalisés dans les unités d'hospitalisation des autres secteurs, faute de lits en nombre suffisant dans cette unité. S'il est indiqué par les soignants rencontrés qu'il existe une interaction dans la prise en charge



médicale entre le médecin de l'unité des adolescents et ceux des autres unités d'accueil, les adolescents hospitalisés sur les autres secteurs ne sont pas intégrés dans le planning des activités de l'unité spécifique. Ainsi par exemple, ils ne bénéficient pas d'accompagnement à l'hôpital de jour ou à l'institut médico-pédagogique.

Les mineurs font rarement l'objet d'hospitalisations d'office. Les soignants rencontrés n'en avaient pas souvenance sur les trois dernières années. Il existe en revanche des placements judiciaires avec obligation de soins.

La demande d'hospitalisation est formulée par les parents ou les personnes titulaires de l'autorité parentale. Le consentement du mineur n'est pas recueilli mais il a été dit aux contrôleurs qu'il était présent lors de l'entretien entre le médecin et ses parents au moment de la demande d'hospitalisation. Il est ainsi mis en situation d'exprimer sa volonté et son degré d'adhésion aux soins.

Il a été fait état, par la CDHP et la présidence du TGI d'Amiens, d'hospitalisations prolongées plusieurs mois, voire années, pour certains adolescents, alors que leur état de santé ne nécessitait plus un placement en milieu psychiatrique, faute de trouver une place dans une structure d'accueil d'aval adaptée (famille d'accueil, foyer, IME,...).

La chambre d'isolement est utilisée en l'absence de lieux dédiés à la mise à l'écart temporaire du mineur pour sa protection contre lui-même ou les autres. La contention est utilisée en cas de crise aiguë. Une fiche par jour d'isolement ou de contention est jointe au dossier médical. Il n'existe, comme dans les autres services, aucun registre des mises à l'isolement ou de la contention, même si depuis 2008 le passage administratif en chambre d'isolement est repéré dans les statistiques d'activité de l'établissement.

Le mineur peut s'opposer à la consultation de son dossier médical par ses parents, conformément aux dispositions de l'article L.1111-5 du code de la santé publique.

### **3.3 Vie collective et vie sociale**

Il n'existe pas d'harmonisation entre tous les secteurs des règles de vie collective applicables. Celles-ci dépendent des projets de service de chacun des secteurs et des variantes existent dans la gestion de la vie quotidienne. Certains patients rencontrés ont exprimé leur incompréhension devant ce fait, en particulier lorsque, faute de place, ils sont amenés à être transférés en cours d'hospitalisation d'une unité à une autre.

En général, l'espace commun de chaque unité sert de lieu de regroupement des patients et de salle de restauration ainsi que de salon de télévision. Une autre petite pièce attenante, destinée à des activités ludiques, peut également servir de lieu de lecture ou de salle de télévision annexe. Seul l'usage de poste de radio ou de chaînes hi-fi est possible dans les chambres.

Selon les secteurs, les patients doivent quitter systématiquement leur chambre le matin, pour une période allant de deux heures à quatre heures afin de permettre l'entretien par les agents des services hospitaliers (ASH).

L'accès aux chambres est ainsi interdit pendant une partie de la matinée et parfois de l'après-midi. Certains patients se sont plaints auprès des contrôleurs d'être ainsi contraints de vivre ensemble dans les lieux de séjour collectifs, sans activité particulière.

L'entretien du linge incombe aux familles mais peut-être pris en charge par l'établissement dans le cas de malades isolés.

Les retraits d'argent se font à la régie. Leur bien-fondé est discuté au préalable avec l'équipe médicale.

Les familles peuvent venir visiter les malades au sein des unités d'hospitalisation, quel que soit le régime d'hospitalisation (libre ou sous contrainte). Lorsqu'elles sont autorisées par le médecin, les visites se font dans le salon d'accueil dédié de chaque unité ou dans le parc, de 13h30 à 18h30. Elles sont interdites dans les chambres. Dans les faits, les plages horaires peuvent être assouplies.

Pour les personnes seules, des visites peuvent être organisées par l'aumônerie.

En revanche, il semble que les visites à des patients placés en chambre d'isolement soient interdites, même si de exceptions à cette règle ont pu être relevées.

Les malades hospitalisés sous contrainte peuvent sortir dans le parc, accompagnés ou non par un personnel soignant. Ces sorties doivent avoir préalablement reçu l'aval des médecins.

Les patients qui ont la possibilité de sortir de leur unité peuvent se rendre à la « boutique », structure située à proximité de la chapelle et de la bibliothèque.

Cette boutique vend des objets de première nécessité ainsi que de nombreuses friandises. Elle fait fonction de cafétéria car on peut s'y procurer et consommer des boissons chaudes et froides. Le journal local (*le Courrier Picard*) est consultable sur place ainsi que des vieux magazines. Aucun journal n'est en vente.

Un distributeur de préservatifs masculins et un téléphone à carte sont implantés à l'entrée de cette boutique.

Des permissions plus ou moins longues sont accordées aux malades sur avis médical. Par ce biais, ils peuvent rejoindre d'autres structures de soins (hôpitaux de jour) ou séjourner dans leurs familles. Ces sorties sont préalablement validées par la direction de l'établissement, ou par le préfet s'il s'agit d'une HO.

Certains patients portent leurs effets personnels, d'autres doivent rester en pyjama, fourni par l'établissement, jusqu'à l'autorisation du médecin de pouvoir s'habiller avec leurs propres vêtements. Les malades en HO et HDT portent en principe un pyjama au début de leur hospitalisation.

L'interdiction de fumer s'applique dans l'ensemble des locaux. Les malades ont toutefois la possibilité de sortir à l'extérieur pour fumer. Il n'existe pas d'abri en cas d'intempérie. La situation des malades en isolement est spécifique (cf. § 3.5).

Les horaires de fermeture des portes des unités d'entrée sont variables, de manière générale à la tombée de la nuit. Quelle que soit l'heure, un aménagement d'ouverture est consenti jusqu'à 22h30 pour les patients fumeurs.

Lorsqu'un couple est hospitalisé, il a été indiqué aux contrôleurs que son regroupement au sein d'une même unité n'était pas favorisé. La vie intime n'est pas prise en compte.

Dans l'hypothèse où un couple se forme dans une unité, les malades sont séparés.

L'établissement dans sa réponse indique que la décision de séparation des couples est d'ordre médical et que le rapprochement ou non des conjoints dépend du contexte de l'hospitalisation. Néanmoins, il demeure difficile selon lui de prendre en compte la vie intime dans un établissement hospitalier. Par ailleurs la séparation d'un couple qui se forme ne serait pas systématique, avant tout guidée par le respect des personnes et de leur intégrité physique.

L'application des règles régissant la vie collective apparaît trop stricte à de nombreux patients entendus.

Lorsqu'un patient allègue de violences commises à son endroit par un autre malade, ou en cas de constatation de tels faits, les différents protagonistes sont immédiatement vus par un cadre infirmier et par un médecin du service et un rappel à la règle de vie commune est fait. Au besoin, les malades sont changés de chambre. Exceptionnellement, une plainte est déposée par la victime.

### **3.4 Projet thérapeutique**

Il existe un médecin référent par malade. Tous les services ont déclaré organiser des réunions de synthèse périodique par malade, selon une fréquence variant d'hebdomadaire à mensuelle.

Les patients admis en HDT et en HO le sont a priori dans l'unité d'entrée de leur secteur, sauf lorsqu'un isolement est nécessaire et que les deux chambres sont déjà occupées. Un taux d'occupation instantané souvent proche de 100% génère ainsi de fréquents transferts de patients entre unités, ainsi que des hospitalisations en dehors des secteurs de rattachement des malades.

En cas de problèmes somatiques, il est fait appel aux médecins de l'unité de médecine polyvalente, qui se déplacent dans les services. Il n'y a pas de défibrillateur à poste fixe dans les unités. En cas de nécessité, des consultations ou des hospitalisations sont organisées au CHU d'Amiens, au besoin en urgence avec recours au SAMU.

Il existe une garde médicale sur place dans l'établissement.

De nombreuses activités sont organisées à l'extérieur (équithérapie, courses au centre commercial proche, cinéma, ...). Elles sont accessibles aux malades hospitalisés sous contrainte, dans la mesure où du personnel soignant peut être mobilisé pour l'accompagnement. Il y a en règle générale un accompagnant par malade pour les patients en HO lors des sorties.

Certains malades hospitalisés sous contrainte bénéficient de sorties d'essai ; 32 malades au total dont 15 en HO au moment de la visite. Certaines de ces sorties durent depuis plusieurs années<sup>2</sup>, faute, semble-t-il, de modalité juridique adaptée permettant une obligation de suivi

---

<sup>2</sup> Une remontée à 2002, deux à 2003 et trois à 2005.

ambulatoire. Les services y recourent toutefois de façon très différente, un service avait 14 malades en sortie d'essai, un autre seulement deux. Une évaluation des pratiques professionnelles a été mise en place en 2008, centrée sur l'évaluation des risques lors des sorties d'essai.

Les services disposent d'assistantes sociales qui préparent les sorties des malades, en lien avec les structures extérieures, sanitaires ou sociales, selon les cas. Le recours à un assistant social est facilité par leur présence sur le secteur. Des demandes, concernant notamment le versement de l'allocation adulte handicapé (AAH) ou le paiement d'un loyer pendant l'hospitalisation, sont souvent examinées dans ce cadre.

Les femmes en âge de procréer font l'objet d'une poursuite de leur moyen de contraception habituel au cours de leur hospitalisation. Pour les malades jeunes hospitalisées au long cours, l'utilisation d'une contraception retard sous forme injectable est la pratique la plus courante. Il n'a pas été rapporté à la mission de cas où une réflexion visant à une stérilisation avait été mise en œuvre.

Il a été fait part de la situation de personnes hospitalisées à la demande d'un tiers en cas de démence sénile, en général avec agitation. Après une thérapie de quelques jours, leur état de santé s'améliore suffisamment pour que le médecin déclare la levée de l'HDT. Il arrive alors que personne ne soit disposé à prendre le malade en charge, ni la famille, ni un autre établissement peu enclin à accueillir des malades en provenance de l'EPSM.

### **3.5 Recours à l'isolement et à la contention**

Toutes les unités disposent de chambres d'isolement ; au total l'établissement en a 23 (dont une en pédopsychiatrie). Il existe également au niveau d'une unité de longue évolution huit chambres aménagées avec oculus pouvant être fermées la nuit sur prescription médicale, en raison des troubles présentés par les patients.

Les équipes soignantes ont recours à l'isolement et à la contention sur prescription médicale. Depuis 2008, le système informatique de l'établissement permet de suivre tous les placements en chambre d'isolement au niveau des services. Au cours des trois premiers trimestres de 2008, ce sont 357 malades qui y ont été admis.

Des protocoles de mise en œuvre de ces mesures sont en place au niveau de l'établissement. Ils prévoient des fiches individuelles de suivi médical et infirmier, conservées dans les dossiers médicaux.

Il n'existe toutefois aucun recueil d'information spécifique, en dehors du nombre des admissions, permettant d'avoir une évaluation d'ensemble qualitative des mesures d'isolement et de contention à l'échelle de l'établissement.

Le malade placé à l'isolement ne sort de sa chambre à aucun moment de la journée; il n'a en particulier pas accès à un espace extérieur à l'air libre. Il a été déclaré que la fenêtre de la chambre (munie de barreaux) n'était pas ouverte lorsqu'un malade y est hébergé.

Si son état le permet, il a la libre disposition de la salle d'eau ; si ce n'est pas le cas, un seau hygiénique est placé dans la chambre. Il faut noter que la sortie de l'isolement peut être progressive, avec des périodes de vie en commun réintroduites peu à peu pour certains malades.

Les malades ne peuvent pas fumer dans la chambre d'isolement ; ils sont donc sevrés de fait puisqu'ils ne sortent pas. Une prescription de produits de substitution nicotinique est toutefois possible, fournie par la pharmacie de l'établissement. Dans certaines unités, il a été indiqué aux contrôleurs que le malade peut être autorisé à fumer quelques cigarettes dans la chambre, dans ce cas sous le contrôle des soignants et en ouvrant la fenêtre.

Il a été déclaré aux contrôleurs que les mesures de contention sont appliquées uniquement au niveau des chambres d'isolement. Le protocole quotidien de suivi de l'isolement en fait mention dans ce cas.

Les malades placés à l'isolement disposent d'un système d'appel au niveau des unités d'entrée, mais pas dans les unités de moyenne ou longue évolution. Ils n'ont alors pas d'autre possibilité que de crier ou de frapper la porte pour être entendus. Lorsqu'il existe, le dispositif d'appel est mural ; il s'ensuit que le malade couché ne peut l'atteindre. A fortiori, le malade attaché ne dispose plus que de sa voix pour appeler en cas de difficulté. Les chambres d'isolement étant à l'écart des autres chambres et séparées par plusieurs portes des bureaux des infirmières, les contrôleurs ont constaté la difficulté à se signaler, une fois la porte refermée.

Des malades ayant séjourné en isolement, y compris avec contention, ont fait part aux contrôleurs de ces difficultés. Il a ainsi été signalé que faute d'être entendu, un malade en contention pouvait se voir contraint d'uriner, voire de déféquer, dans son lit.

### **3.6 Hospitalisation des détenus**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'EPSM a reçu 46 malades en HO provenant de la maison d'arrêt d'Amiens. Ce nombre est en augmentation : 29 malades en 2006 et 26 en 2007.

Toutes les personnes détenues sont systématiquement placées en chambre d'isolement, et ce pendant toute la durée de leur hospitalisation.

Il s'agit d'une décision administrative sans aucun lien avec une indication thérapeutique. Interrogée sur ce point, la direction de l'établissement a fait savoir aux contrôleurs qu'il s'agissait d'une demande préfectorale pour éviter les évasions, qu'elle s'estimait contrainte d'appliquer. Les contrôleurs ont demandé communication des instructions reçues à cet égard. Après recherche, la direction de l'hôpital a fourni, postérieurement à la visite, le compte-rendu d'une réunion qui s'est tenue en 2004 sous l'égide du préfet, demandant le placement des détenus en chambre sécurisée ainsi qu'une note récente du 19 décembre 2008 rappelant à l'établissement sa responsabilité s'agissant de la prévention de l'évasion des détenus en HO.

Le jour de la visite un détenu quadragénaire, prévenu dans une affaire criminelle, était placé en chambre d'isolement dans le secteur psycho gériatrique depuis 184 jours, sans pouvoir sortir de cette pièce dont le mobilier se résume à un lit scellé. Ses seules distractions sont la distribution des repas et la remise de quelques livres de la bibliothèque. Le détenu n'a cependant pas

formulé de plainte concernant sa situation et le personnel soignant a déclaré que son état mental nécessitait le placement dans une chambre d'isolement en raison de tendances suicidaires.

Un second détenu était hospitalisé depuis plusieurs semaines, supportant visiblement mal cet isolement forcé, sans aucune possibilité de sortir à l'air libre ni d'avoir d'activité et sans nécessité médicale au jour de la visite. Son maintien en chambre d'isolement ne tenait plus qu'à son statut de détenu.

Il a été constaté qu'aucun aménagement supplémentaire de la chambre n'était réalisé dans ce cas, avec en particulier l'absence de chaise, de chevet, d'oreiller ou de tout autre élément de mobilier de nature à rendre la chambre d'isolement plus proche d'une chambre « normale » de séjour.

L'établissement a initié en juillet 2008 une évaluation des pratiques professionnelles sur la thématique de la prise en charge des détenus, dans le cadre de la certification des établissements de santé.

### **3.7 Conditions de vie au travail**

Le personnel rencontré s'est déclaré globalement satisfait des conditions de travail s'agissant du choix du service et des horaires de travail. Il a en revanche été rapporté une insatisfaction en termes d'effectifs, qui limite en particulier les possibilités d'activités régulières au sein des unités et les sorties accompagnées des malades.

L'établissement a peu de postes non médicaux vacants, avec un turnover global voisin de 9% en 2007. Il existe en revanche une mobilité interne significative, 143 agents ayant changé d'affectation en 2007, sur un total de 868 ETP. L'ancienneté moyenne des soignants dans leur poste varie de 6 à 9 ans selon les catégories. L'absentéisme global est de 9.4% et limité à 6.8% pour maladie hors maternité.

S'agissant des médecins, un taux de vacance de poste important de 24% est relevé, avec un effectif théorique de 73.25 ETP et un effectif réel au 31 décembre 2007 de 55.6 ETP. L'un des secteurs ne dispose que d'un seul praticien titulaire.

Les équipes de nuit sont constituées d'agents qui travaillent également en journée, à quelques exceptions près. Cette organisation est récente et imposée par la direction des soins. Les agents rencontrés en reconnaissent l'intérêt sur le plan professionnel, les conduisant à être beaucoup mieux intégrés aux projets des équipes.

Une formation spécifique intitulée « droits du malade et mise en œuvre au quotidien dans les unités de soins » est proposée annuellement à 120 à 140 agents.

Une formation intitulée « le soignant face à l'agitation et à la violence en service de psychiatrie » est également proposée, notamment à tous les nouveaux agents recrutés.

En cas de malade difficile, agité ou violent, les personnels infirmiers des unités ont un dispositif d'alarme portable, dont l'activation déclenche la venue d'une équipe d'infirmiers en renfort, à partir d'autres unités.

Deux plaintes ont été déposées en 2008, au jour de la visite, pour faits de violence envers le personnel, suite à une agression physique ; une seule en 2007. Deux signalements au Procureur ont également été faits en 2008, sans dépôt de plainte. Aucune plainte ou réclamation de patient pour fait de violence de la part du personnel n'a été retrouvée en 2008.

#### **4 - Documents remis par le chef d'établissement**

- Rapport d'activité 2007 de l'Etablissement
- Rapports d'activité des services médicaux 2007
- Bilan social 2007
- Livret d'accueil remis aux malades
- Rapport de certification 2005
- Plans de prévention et de gestion des risques 2006, 2007 et 2008
- Bilan des fiches d'événements indésirables 2007
- Analyse des questionnaires de sortie des patients hospitalisés en 2005, 2006 et 2007
- Procédures d'évaluation des pratiques professionnelles mises en œuvre (EPP)

Outre les documents ci-dessus, dont les contrôleurs ont pu conserver une copie, l'équipe a consulté les registres de la loi de l'établissement et pu se faire communiquer les données complémentaires utiles à sa mission, en particulier pour l'année en cours.

L'établissement a également transmis postérieurement à la visite un compte-rendu d'une réunion tenue en 2004 sous l'égide du préfet de la Somme, relative à l'accueil des HO, ainsi qu'une note du préfet au directeur de l'EPSM datée du 19 décembre 2008, rappelant à l'établissement sa responsabilité pour « prévenir toute évasion (de détenu) en prenant toutes dispositions utiles conformément à ce qui avait été défini (en) 2004 ».

La DDASS de la Somme a par ailleurs fait parvenir le rapport d'activité 2007 de la CDHP directement au Contrôle général, préalablement à la visite.

## 5 - Conclusions

A l'issue de la visite du centre hospitalier Philippe Pinel de Dury, le Contrôle général des lieux de privation de liberté formule les observations suivantes.

1. Les modalités d'accueil des malades diffèrent selon leur statut (HL, HDT ou HO) ; il s'ensuit une certaine hétérogénéité des pratiques en matière d'information relative aux droits selon les unités ; l'établissement devra veiller à ce que les malades ne passant pas par l'UAO reçoivent le même niveau d'information que ceux qui y séjournent au début de leur hospitalisation ;
2. La recherche d'une personne de confiance éventuellement désignée par le patient ne paraît pas toujours intégrée par les équipes soignantes, au sein des services.
3. L'opportunité de faire expliquer ses droits de recours à un patient uniquement par un soignant peut interroger, d'autant plus que les formulaires utilisés pour la traçabilité de cette notification sont rédigés, de façon logique, en termes juridiques précis, mais ne font l'objet d'aucune notice d'accompagnement directement compréhensible par un public non averti. Par ailleurs, la partie destinée au malade ne lui est en général pas remise, mais laissée dans le dossier médical. Le livret d'accueil de l'établissement reste quant à lui très général et ne mentionne explicitement aucune adresse des autorités citées pour les recours éventuels.
4. La mise à disposition gratuite du téléphone aux malades au sein de toutes les unités est à saluer comme mesure de facilitation des liens extérieurs ; il serait souhaitable toutefois que les règles d'utilisation soient homogènes entre les unités.
5. Les malades hospitalisés dans plusieurs services au cours de leur séjour comprennent parfois difficilement que les règles de vie quotidienne applicables soient différentes selon les lieux.
6. Lorsque des chambres d'isolement sont utilisées, faute de place disponible, comme chambres ordinaires, celles-ci doivent alors être considérées comme telles et notamment ne pas être fermées à clé et avec une possibilité d'aménagement mobilier complémentaire ;
7. Les mesures d'isolement et de contention des malades dans les services paraissent prises conformément aux recommandations de bonnes pratiques en vigueur. Cependant, aucun suivi, autre que quantitatif, n'est réalisé à l'échelle de l'établissement, ni par service. Un tel suivi serait d'autant plus nécessaire que les choix organisationnels faits d'unités ouvertes conduisent inévitablement à un recours quantitativement assez fréquent à l'isolement. Ce sujet ne constitue pas non plus un thème d'évaluation des pratiques professionnelles de l'établissement.
8. Les malades placés en chambre d'isolement, dans toutes les unités autres que les unités d'accueil, ne disposent d'aucune possibilité d'appel (en dehors de leur voix) en cas de difficulté. S'agissant de personnes enfermées, cette situation est potentiellement source d'angoisse pour certains malades ; si les patients sont de plus mis en contention dans ces chambres, cette situation peut même se révéler source de danger ;



9. L'utilisation de la procédure de sortie d'essai est pour certains malades d'une durée sans rapport avec une réelle période de transition à la sortie d'une HO ou d'une HDT. Même si l'absence réglementaire d'obligation de soins ambulatoires, absence qui pourrait donner lieu à une réflexion au niveau national, conduit à utiliser cette procédure à cette fin pour certains malades, il conviendrait que l'établissement mette en place une revue systématique périodique des patients concernés, qui pourrait être utilement couplée à l'action d'évaluation des pratiques professionnelles déjà engagée sur ce thème des sorties d'essai.
10. S'agissant de l'hospitalisation des détenus, le Contrôle général a noté que l'hôpital, par ses choix organisationnels - des services ouverts avec l'utilisation de chambres d'isolement pour les malades les plus difficiles - accueille les détenus hospitalisés en les maintenant enfermés en chambre d'isolement pendant toute la durée de leur hospitalisation. Cette pratique de nature sécuritaire, qui n'est pas toujours justifiée sur le plan médical, répond à une demande du préfet de région qui vise à placer les détenus hospitalisés « en chambre sécurisée ». Elle remet en cause l'égalité de tous les malades face à la nécessité de soins, les malades en HO par ailleurs détenus ne pouvant de fait participer à aucune activité thérapeutique collective pendant toute la durée de leur hospitalisation, ni à l'intérieur de leur service d'hospitalisation, ni a fortiori à l'extérieur, y compris avec un accompagnement de soignant. L'accès aux droits auxquels ils peuvent par ailleurs prétendre en détention, tels que les promenades et la possibilité de téléphoner pour les condamnés, leur est également refusé du fait de ces modalités d'hospitalisation.