



Rapport de visite :

1^{er} au 12 octobre 2018 – 1^{ère} visite

Centre hospitalier Andrée

Rosemon de Cayenne

(Guyane)

SYNTHESE

Quatre contrôleurs du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) ont effectué une visite du pôle de psychiatrie et du service des urgences du centre hospitalier Andrée Rosemon (CHAR) de Cayenne (Guyane) du 5 au 12 octobre 2018.

En vue du recueil de leurs observations, un projet de recommandations et un rapport provisoire ont été adressés le 24 décembre 2018 à la directrice du CHAR, au président et au procureur de la République du tribunal de grande instance de Cayenne, au directeur général (DG) de l'ARS de Guyane. Le projet de recommandations avait pour but d'appeler l'attention sur des conditions de prise en charge qui permettent de considérer que les conditions de vie de certaines personnes hospitalisées sont gravement attentatoires à leurs droits fondamentaux, et sont susceptibles de constituer un traitement inhumain ou dégradant au sens de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme. Le rapport reprend l'ensemble des observations relevées.

Par courrier du 30 janvier 2019, la directrice du CHAR a fait parvenir ses observations sur le rapport provisoire mais n'en a pas formulé sur le projet de recommandations. Par courriel du 2 février 2019, le président du TGI de Cayenne a fait savoir qu'il n'avait pas d'observations à formuler. Par courriel du 12 février 2019, la directrice générale de l'ARS de Guyane a fait parvenir ses observations sur le rapport provisoire mais n'en a pas formulé sur le projet de recommandations. L'ensemble des observations est intégré dans le rapport de visite joint.

Le département de la Guyane est divisé en trois secteurs de psychiatrie adulte et en deux secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (un secteur et un intersecteur). Deux des secteurs de psychiatrie adulte et l'intersecteur de pédopsychiatrie sont rattachés au CHAR qui assure également les soins sans consentement (SSC) pour l'ensemble du département. La Guyane comporte trois centres hospitaliers dont deux ont des capacités d'hospitalisation complète en psychiatrie : le CHAR de Cayenne, qui est le principal et le plus ancien, le centre hospitalier de l'Ouest guyanais Franck Joly, le CHOG, à Saint-Laurent-du-Maroni ; le centre hospitalier de Kourou ne dispose pas de capacité d'hospitalisation. En octobre 2018, aucun praticien libéral psychiatre n'exerçait sur le territoire, aucune clinique n'accueillait de patients en psychiatrie.

Le CHAR emploie 2 500 personnes. Il dispose de 742 lits et places dont 114 de psychiatrie. Il offre des prestations de soins sur le site principal de la Madeleine à Cayenne, et dans deux centres médico-psychologiques (CMP) pour la psychiatrie adulte à Cayenne et trois CMP pour la pédopsychiatrie, deux à Cayenne et un à Kourou, ce dernier ne disposant pas de soignants permanents. Les CMP déploient périodiquement des équipes dans dix-huit centres délocalisés de soins et de prévention (CDPS).

En intra hospitalier, le site de la Madeleine comporte une unité d'hospitalisation à temps complet de pédopsychiatrie de dix lits, Acajou, rénovée en 2015, et cinq unités d'hospitalisation à temps complet de psychiatrie pour adultes : Wapa, Comou, Wassai (quatorze lits chacune), Amourette-Moutouchi (vingt-huit lits), Amarante (quatorze lits d'addictologie), l'unité d'hospitalisation de jour Wacapou, l'unité d'ergothérapie et de sport Simarouba, et l'unité Parcouri regroupant des bureaux (ceux de médecins, des assistantes sociales, secrétariats, de l'administration du pôle). Toutes les unités sont fermées et admettent des patients en soins sans consentement.

Le délai d'attente pour un rendez-vous en CMP est de trois mois ; cela occasionne parfois un recours à l'hospitalisation par défaut dans les unités de court séjour.

Le parcours du patient se heurte en Guyane à l'insuffisance de structures adaptées pour des patients disposant de peu d'autonomie ou qui présentent des troubles du comportement relativement importants. La Guyane ne dispose pas d'appartement thérapeutique, de foyer d'accueil médicalisé (FAM), de centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), ni de maison d'accueil spécialisée (MAS) disposant de lits réservés. Les quatre établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du département, les deux établissements et services d'aide par le travail (ESAT), le foyer d'accueil de jour expriment les plus grandes réticences pour accueillir des personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Concernant les SSC, les patients passent tous par les urgences sauf ceux qui sont examinés par le médecin urgentiste du SMUR qui peut ainsi procéder à une admission directe. Les mineurs sont également examinés aux urgences et aux urgences psychiatriques avant d'être hospitalisés en pédopsychiatrie.

Les unités de psychiatrie sont parfois saturées et les éventuelles sur occupations conduisent à des maintiens de patients dans des chambres d'isolement (CI).

Les points essentiels ressortant de ce contrôle ont fait l'objet de recommandations adressées à la ministre chargée de la santé. Ce sont les points suivants :

- Des pratiques illégales et abusives d'isolement dont des décisions « si besoin », l'absence d'évaluation de ces pratiques professionnelles, de registre de l'isolement et de la contention.
- Des pratiques forcées de traitements par injections, dont les prescriptions « si besoin », l'absence de recherche de consentement du patient et son caractère impératif au regard de la clinique.
- Un accès insuffisant aux soins somatiques, dont le suivi des patients en chambre d'isolement.
- Une continuité des soins et une présence médicale insuffisante au sein de chaque unité.
- La présence insuffisante dans l'établissement de médecins spécialisés en psychiatrie de plein exercice.
- L'absence de projets de soins individualisés.
- Des activités thérapeutiques insuffisantes.
- L'absence d'un projet de service, d'une culture médicale partagée entre tous les soignants construite autour de réunions cliniques régulières.

Les points importants qui n'apparaissent pas dans les recommandations mais qui méritent une attention particulière sont les suivants :

- La dotation annuelle de financement (DAF) de la psychiatrie doit trouver son plein emploi en psychiatrie, en particulier pour financer du personnel qualifié et en nombre suffisant, pour maintenir le mobilier et l'immobilier à un niveau décent.
- La liberté des patients doit être la règle et l'interdiction l'exception, dûment individualisée et motivée cliniquement. Ceci s'applique pour la liberté de circulation, la possibilité de conserver quelque chose dans un placard, de téléphoner, de recevoir du courrier ou d'en écrire, de fumer, de se réunir dans un lieu convivial...

- L'information des patients en SSC sur leurs droits spécifiques doit être assurée par du personnel formé, selon le principe que la connaissance des droits participe aux soins. La création d'un livret d'accueil spécifique à la psychiatrie en fait partie, comme la médiatisation par des interprètes quand cela est nécessaire. La présence d'associations représentant les proches et les patients doit être recherchée.
- Les règles de droit doivent être appliquées par ceux qui en ont la charge, que ce soit l'administration du CHAR pour les décisions de SSC, par le TGI pour la mention des voies de recours sur les décisions, par la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) lors de ces contrôles.

Dans leurs observations, la directrice du CHAR et la directrice générale de l'ARS de Guyane ne contestent aucune des recommandations formulées dans l'un ou l'autre des deux documents qui leur ont été transmis.

La directrice du CHAR en prend acte en écrivant notamment « *afin de tenir compte des remarques formulées à l'occasion de la visite de certification en avril 2018, complétée par le rapport de la Mission évaluation de la santé mentale en Guyane, le pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Cayenne a initié une réorganisation du parcours du patient sur les unités d'hospitalisation, avec une distinction entre les unités ouvertes et celles fermées. Ce nouveau fonctionnement sera totalement effectif à partir du mois de février. D'importants travaux de réhabilitation vont accompagner les nouvelles modalités de fonctionnement des services* ».

La directrice générale de l'ARS Guyane en prend acte en écrivant notamment « *sans attendre, j'ai demandé aux deux centres hospitaliers de Guyane dotés d'une offre de soins psychiatriques de renforcer rapidement le respect des droits et de la dignité des patients, bien que ces sujets, et les investissements nécessaires ne fassent l'objet d'aucune trace dans les COPERMO récemment signés. Ce sujet figurera en bonne place dans les CPOM que je suis en train de négocier avec eux. De même, j'ai demandé que le projet médical du Groupement hospitalier de territoire, dont je viens d'arrêter la création, intègre pleinement une dimension psychiatrie – santé mentale. Ce projet me sera soumis dans les toutes prochaines semaines* ».

Le Contrôle général s'interroge sur la capacité de l'établissement à mettre en œuvre des modifications profondes sans délai, dans un contexte de pénurie médicale et d'habitudes solidement ancrées. La recommandation publiée au *Journal officiel* vise les points sur lesquels des mesures urgentes et concrètes doivent être apportées.

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

- 1. BONNE PRATIQUE 36**
Le juge se déplace dans les unités, y compris en chambre d'isolement, lorsque les patients déclarés auditionnables par le médecin ne sont pas conduits à l'audience.
- 2. BONNE PRATIQUE 64**
L'établissement permet aux familles de prendre un repas avec un patient au sein du service.
- 3. BONNE PRATIQUE 66**
Les urgences psychiatriques proposent des consultations ambulatoires pour les patients sortants pour lesquels le délai de rendez-vous dans un CMP ne permet pas une continuité des soins.

RECOMMANDATIONS

- 1. RECOMMANDATION 19**
L'ARS de la Guyane doit organiser la filière de soins psychiatriques sur le département en permettant la prise en charge des patients dans des structures sanitaires, sociales et médico-sociales adaptées.
- 2. RECOMMANDATION 21**
L'établissement doit s'attacher les services de médecins spécialisés en psychiatrie, après examen par le conseil de l'ordre de la validité des diplômes étrangers.
- 3. RECOMMANDATION 23**
L'utilisation de la DAF doit faire l'objet d'une comptabilité analytique, notamment sur les charges indirectes, et servir à la qualité des soins de la psychiatrie, en rémunération du personnel et en entretien des bâtiments.
- 4. RECOMMANDATION 26**
Les durées de moyenne de séjour (DMS) dans les unités d'hospitalisation du pôle de psychiatrie doivent être établies.
- 5. RECOMMANDATION 26**
L'accès aux soins tels que ceux délivrés en UHSA et en UMD doit être assuré en Guyane afin d'éviter une délocalisation portant atteinte au maintien des liens familiaux.
Les patients détenus doivent être pris en charge comme tous les autres patients, les mesures de contrainte étant adaptées à leur état clinique.
- 6. RECOMMANDATION 27**
Il convient de réaliser des supports d'information écrits sur les droits, tel qu'exigé par l'article L3211-3 du code de la santé publique, dans les langues les plus fréquemment parlées par les patients de l'établissement. Ces documents doivent être remis aux patients dès que leur état le permet, être affichés dans les unités ainsi que dans les halls d'entrée, à destination des familles.

7. RECOMMANDATION 28

Les patients doivent être informés de la teneur des certificats médicaux et invités à exprimer leurs observations.
Toutes les décisions relatives à l'hospitalisation doivent être notifiées dès que l'état du patient le permet et être remises en copie.

8. RECOMMANDATION 29

Le règlement intérieur de l'établissement doit être consultable dans les unités dans une version imprimée.
Le pôle de psychiatrie doit élaborer un livret d'accueil spécifique, remis systématiquement à l'arrivée ou dès que l'état du patient le permet.
Les unités doivent afficher leurs règles de vie, actualisées.
Dans ce département cosmopolite, tous les documents doivent être traduits dans les langues les plus fréquentes.
Il doit être fait appel à des interprètes pour les formalités administratives et, principalement, pour les consultations médicales.

9. RECOMMANDATION 29

Les patients hospitalisés dans les unités doivent être informés de la procédure de dépôt de plainte et de réclamation.

10. RECOMMANDATION 30

Les associations représentant les patients hospitalisés en psychiatrie ou leurs familles et leurs proches doivent être davantage associées à la commission des usagers et être présentes aux côtés des patients et du personnel du pôle de psychiatrie.

11. RECOMMANDATION 31

Le rôle de la personne de confiance doit être explicité aux patients.
La personne de confiance doit être contactée et informée du souhait du patient ; elle doit signifier son accord et être invitée à participer au processus d'information sur les soins prodigués.

12. RECOMMANDATION 31

Les patients hospitalisés doivent pouvoir exercer leur droit de vote. Des notes d'information indiquant les modalités à suivre doivent être élaborées et diffusées dans les unités préalablement aux élections.

13. RECOMMANDATION 32

Le CHAR doit procéder à la désignation d'aumôniers des cultes les plus représentés en Guyane, à l'ouverture d'une salle polyculturelle dédiée, à la diffusion de l'information afférente auprès des patients. L'accès au culte ne doit pas passer par l'intermédiaire du médiateur, comme cela est mentionné dans le livret d'accueil.

14. RECOMMANDATION 33

Lors de l'entretien d'accueil, les soignants doivent s'enquérir auprès des patients des personnes envers lesquelles ils souhaitent conserver leur hospitalisation confidentielle.

15. RECOMMANDATION 36

Une copie des convocations doit être remise aux patients, accompagnée d'explications. Les patients doivent être informés du droit de choisir leur avocat.

Le barreau doit organiser une permanence d'avocat adaptée au volume du contentieux de sorte que les patients soient systématiquement assistés ou représentés.

Les ordonnances du JLD doivent comporter les voies de recours et une copie doit être remise aux patients.

Comme pour l'ensemble des décisions, elles doivent être notifiées aux patients dans une langue qu'ils comprennent.

16. RECOMMANDATION 36

La CDSP doit procéder à une visite approfondie des unités de psychiatrie, notamment des chambres où sont pratiquées l'isolement, et sa venue, affichée, doit permettre aux patients de solliciter un entretien avec un de ses membres.

17. RECOMMANDATION 38

Les décisions d'hospitalisation relevant du directeur doivent être prises dès que le ou les certificats médicaux d'admission caractérisent la nécessité d'une hospitalisation sans consentement.

18. RECOMMANDATION 38

Le collège des professionnels de santé doit constituer une réelle instance de réflexion et recevoir les patients.

19. RECOMMANDATION 40

Une signalétique claire doit permettre un accès facilité aux unités psychiatriques au sein de l'hôpital.

20. RECOMMANDATION 42

L'organisation du secteur de psychiatrie adulte doit être réétudiée en vue de permettre une hospitalisation dans des unités ouvertes pour la grande majorité des patients. La liberté d'aller et venir des patients en soins sans consentement ne doit être limitée que dans la stricte mesure où leur état clinique le nécessite.

21. RECOMMANDATION 43

Le projet de création d'un lieu de convivialité de type cafétéria doit être réactivé. L'autonomie des patients dans leur accès aux activités thérapeutiques doit être privilégiée.

22. RECOMMANDATION 43

Les mineurs hospitalisés doivent pouvoir accéder quotidiennement à l'air libre. L'absence d'un moniteur sportif ne doit pas entraîner l'arrêt des activités extérieures, dès lors que des adultes peuvent assurer l'accompagnement.

23. RECOMMANDATION 44

Les restrictions d'accès au tabac doivent s'accompagner d'une prise en charge adaptée et de la prescription de substituts nicotiques pour ne pas entraîner de sevrage brutal. Ces limitations doivent être individualisées et l'autonomie privilégiée.

24. RECOMMANDATION 45

La remise d'une clé de confort de sa chambre à chaque patient doit être favorisée et les limitations d'accès justifiées par l'état clinique.

25. RECOMMANDATION 46

Le système de mise en température des repas doit être rendu fiable.
Il conviendrait de revenir à une plus grande souplesse concernant l'apport de nourriture de l'extérieur, notamment pour les fêtes et les anniversaires, au sein de l'unité pédopsychiatrique.
Des ateliers cuisine pourraient utilement être mis en place.

26. RECOMMANDATION 47

Le droit d'émettre ou de recevoir des courriers est un droit qui, conformément à l'article L.3211-3 du code de la santé publique, ne doit faire l'objet d'aucune restriction. La liberté de correspondance des patients implique qu'elle puisse être assurée sans contrôle ni ouverture des enveloppes par le personnel. Des boîtes aux lettres doivent être installées dans les unités et relevées par le seul vagemestre de l'hôpital.

27. RECOMMANDATION 49

Le retrait systématique des téléphones portables doit être proscrit. Des installations téléphoniques permettant d'assurer la confidentialité des conversations vis-à-vis des autres patients et du personnel doivent être aménagées au sein des unités et être accessibles tout au long de la journée. Les interdictions ou limitations d'accès au téléphone doivent être individualisée et dûment motivées, en fonction de l'état clinique des patients.
Enfin, un accès à Internet doit être aménagé afin de permettre aux patients dont l'état clinique le permet de consulter leur messagerie, de se former ou de s'informer et d'initier des démarches pour préparer leur levée d'hospitalisation.

28. RECOMMANDATION 51

Le port du pyjama du seul fait d'être placé en chambre d'isolement ne peut être systématique. Ce port obligatoire doit faire l'objet d'une décision du médecin, régulièrement renouvelée, basée sur des considérations individuelles et cliniques.

29. RECOMMANDATION 55

Les chambres des unités de psychiatrie adulte doivent être rénovées et le mobilier doit être installé lorsqu'il est manquant et renouvelé lorsqu'il se dégrade.

30. RECOMMANDATION 56

Des « kits hygiène » complets doivent être remis aux patients n'en disposant pas à leur arrivée et pour les plus démunis. Des sous-vêtements et des claquettes doivent être acquis et remis aux patients qui en seraient dépourvus. Enfin, les vêtements en stock dans les vestiaires doivent être proposés en lieu et place des pyjamas jetables.

31. RECOMMANDATION 56

Chaque patient doit disposer de vêtements et de chaussures personnels, rangés dans une armoire attribuée à titre personnel à laquelle il doit avoir un accès individuel.

32. RECOMMANDATION 58

Une procédure doit être mise en place pour les patients hospitalisés en psychiatrie afin de simplifier et de sécuriser la gestion de leur argent.

33. RECOMMANDATION 59

Les patients doivent pouvoir disposer de casiers ou d'un placard fermant à clé au sein de leur chambre pour entreposer leurs effets et biens personnels.

34. RECOMMANDATION 59

Avec l'accord de leurs parents, les patients mineurs doivent pouvoir conserver de l'argent de poche pour en faire usage lors des sorties, en vue de favoriser leur autonomie.
De manière générale, les restrictions aux droits et libertés des mineurs doivent être individualisées et adaptées à leur état clinique, leur âge, leur maturité et la durée de leur séjour.

35. RECOMMANDATION 60

Dans l'ensemble des unités, les équipes doivent engager une réflexion sur la sexualité des patients.

36. RECOMMANDATION 64

Le consentement du patient doit être recherché dans tous les actes de soins et cette recherche doit être tracée dans le dossier médical du patient. Les traitements forcés par injections ne peuvent être prescrits « si besoin » et le médecin doit physiquement rechercher le consentement du patient avant l'injection et vérifier le caractère impératif de celle-ci au regard de la clinique.

37. RECOMMANDATION 64

La continuité des soins doit être garantie aux patients et la présence médicale organisée au sein de chaque service, y compris dans les modalités de remplacement et de permanence des soins.

38. RECOMMANDATION 65

Concernant les mineurs, la place des familles et plus généralement le maintien des liens familiaux doivent faire l'objet d'une réflexion institutionnelle pour en assurer le meilleur respect.

39. RECOMMANDATION 65

Les modalités de distribution des médicaments doivent respecter la confidentialité des soins et permettre un échange sur le traitement, avec une recherche systématique du consentement.

40. RECOMMANDATION 66

Le comité local d'éthique du CHAR doit rester indépendant des organes décisionnels dans l'élaboration de ces avis et conseils. Il doit être impliqué dans l'élaboration du projet médical de pôle de psychiatrie et s'intéresser aux thématiques du droit des patients et des pratiques d'isolement et de contention.

41. RECOMMANDATION 66

L'accès aux soins somatiques pour les patients de psychiatrie doit être permis sans délai, y compris pour le suivi somatique des patients mis en chambre d'isolement.

42. RECOMMANDATION 67

Le conseil de l'ordre de Guyane doit se prononcer sur l'inscription des médecins à diplôme étranger dans la discipline sollicitée au regard des formations spécifiques acquises.

43. RECOMMANDATION 67

Dans le service de pédopsychiatrie, l'utilisation de matériel de sport comme une table de ping-pong ou un ballon ne doit pas être conditionnée à la présence d'un moniteur de sport.

44. RECOMMANDATION 68

L'établissement doit attribuer un budget et financer les formations des soignants pour permettre le développement d'activités au sein des unités.

45. RECOMMANDATION 69

Les activités thérapeutiques doivent pleinement intégrer le projet de soin individualisé des patients quel que soit le statut de leur hospitalisation.

46. RECOMMANDATION 71

Les dix chambres d'isolement pour adultes sont indignes et ne permettent pas en l'état l'hébergement d'un patient dans des conditions de dignité et de sécurité normales.
Les deux chambres destinées aux mineurs doivent permettre l'appel du patient ; des chambres d'apaisement devraient les remplacer.

47. RECOMMANDATION 74

Les pratiques illégales et abusives d'isolement doivent cesser immédiatement. Des formations sur la gestion de la violence, l'isolement et la contention doivent être mises en place sans délai, tant pour les infirmiers que pour les médecins, des évaluations des pratiques professionnelles sont à mettre en place et un réel travail de recherche de solutions alternatives à l'isolement devra s'engager.

48. RECOMMANDATION 75

Si les chambres actuelles sont indignes et doivent être rénovées, la construction de chambres d'isolement supplémentaires doit être justifiée par un projet médical qui en précise le besoin.

49. RECOMMANDATION 76

Des directives doivent être données au pôle de psychiatrie pour que les événements mettant en cause la dignité des patients, comme leur sécurité et leur santé tels les rendez-vous manqués, soient signalés via le logiciel de signalement des événements indésirables.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	5
SOMMAIRE	11
RAPPORT	13
1. LE CENTRE HOSPITALIER ANDREE ROSEMON (CHAR) DE CAYENNE	15
1.1 Le CHAR de Cayenne est le seul établissement habilité dans le département pour l'admission de patients en soins sans consentement.....	15
1.2 L'organisation de l'établissement répond à une vision principalement hospitalo-centrée de la psychiatrie	16
1.3 L'effectif médical n'est pas adapté aux missions de la psychiatrie	20
1.4 Une partie importante de la dotation annuelle de financement (DAF) de la psychiatrie finance les charges générales et structurelles du CHAR	23
2. L'ACCES DES PATIENTS A LA CONNAISSANCE DE LEURS DROITS	25
2.1 Les patients hospitalisés sont majoritairement en soins libres.....	25
2.2 L'information des patients sur leur statut et leurs droits est lacunaire	26
2.3 Les patients ne reçoivent pas systématiquement une copie des décisions d'hospitalisation et leurs observations n'apparaissent pas sur les certificats médicaux	27
2.4 L'information générale du patient est inégale au sein des unités et uniquement disponible en langue française	28
2.5 Les patients ont une mauvaise connaissance des procédures de dépôt de plainte et de réclamation	29
2.6 Les associations représentant les familles ou les usagers sont inconnues dans les unités.....	30
2.7 La désignation d'une personne de confiance est proposée mais sa mission n'est pas comprise	31
2.8 L'accès au droit de vote n'est pas assuré.....	31
2.9 L'accès au culte n'est pas garanti.....	32
2.10 Les patients nécessitant une protection juridique sont identifiés et les procédures initiées par les assistantes sociales	32
2.11 La confidentialité de l'hospitalisation est respectée au niveau central, mais compromise au sein des unités.....	33
3. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEUR CONTROLE INSTITUTIONNEL	34
3.1 Les audiences du JLD se tiennent dans un bureau non équipé mais proche des unités d'hospitalisation	34
3.2 La commission départementale des soins psychiatriques est constituée mais exerce un contrôle minimal du seul établissement habilité du département	36

3.3	La consultation des registres révèle des pratiques illégales et attentatoires aux libertés individuelles	37
3.4	Le collège des professionnels de santé émet un avis formel qui ne reflète pas un examen pluri professionnel approfondi	38
3.5	Les autorités tenues de visiter l'établissement accomplissent leurs obligations, hormis le maire de la commune	38
3.6	Les sorties de courte durée et programmes de soins sont mis en œuvre pour préparer la levée de la mesure	38
4.	LES RESTRICTIONS AUX LIBERTÉS INDIVIDUELLES.....	40
4.1	Toutes les unités sont fermées et peu de patients disposent de la liberté d'en sortir	40
4.2	Les contraintes imposées aux patients dans leur vie quotidienne sont nombreuses, peu formalisées et non individualisées.....	43
4.3	Les patients ne disposent pas librement des moyens de communiquer avec leurs proches.....	47
4.4	Le pyjama est souvent revêtu par les patients	50
5.	LES CONDITIONS DE VIE DES PATIENTS	52
5.1	Les chambres sont dégradées.....	52
5.2	L'hygiène personnelle est lacunaire à l'admission et pour les patients démunis ou sans visites.....	56
5.3	Les biens du patient ne bénéficient pas d'une protection suffisante	57
5.4	La vie sexuelle des patients est parfois tolérée mais ne fait l'objet d'aucune réflexion commune	59
6.	L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES	61
6.1	La prise en charge initiale est majoritairement réalisée aux urgences du centre hospitalier	61
6.2	L'hôpital déploie des prises en charges psychiatriques déficientes	62
6.3	Les patients n'ont pas accès aux soins somatiques	66
6.4	Les activités thérapeutiques ne sont que faiblement prescrites et développées.	67
7.	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	70
7.1	Les locaux d'isolement sont indignes	70
7.2	Les pratiques d'isolement sont massives, abusives et en dehors de tout cadre réglementaire.....	72
7.3	Le logiciel de signalisation des incidents est sous-utilisé.....	75
8.	CONCLUSION.....	77

Rapport

Contrôleurs :

- Vianney SEVAISTRE, chef de mission ;
- Benoîte BEAURY ;
- Luc CHOUCHKAÏEFF ;
- Cécile LEGRAND.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), quatre contrôleurs ont effectué un contrôle du pôle de psychiatrie et des urgences psychiatriques du centre hospitalier Andrée Rosemon (CHAR) de Cayenne (Guyane) du 5 au 12 octobre 2018.

Cette mission constituait la première visite de cet établissement.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le vendredi 5 octobre à 8h30. Ils l'ont quitté le vendredi 12 octobre à 12h. Cette visite était annoncée.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par la directrice adjointe à la directrice générale, directrice référente pour la psychiatrie, et par la cheffe de pôle de psychiatrie. Il a été procédé à une présentation de la mission devant vingt-sept auditeurs.

Des contacts ont été établis avec l'agence régionale de santé (ARS) de la Guyane, la préfecture de la Guyane, le président du tribunal de grande instance de Cayenne, le juge des libertés et de la détention, le procureur de la République près ce tribunal, la maire de Cayenne et un avocat.

Un entretien a été organisé avec la présidente du conseil de surveillance du CHAR.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site ont été avisées de la présence des contrôleurs par la direction générale du CHAR.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un ordinateur permettant d'avoir un accès limité au site Intranet. La plupart des documents demandés par l'équipe ont été mis à leur disposition et regroupés dans un dossier électronique.

Des affichettes signalant la visite de contrôleurs ont été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site.

Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi 12 octobre en présence de quinze personnes.

En vue de recueillir leurs observations, le rapport provisoire et le projet de recommandations ont été adressés par courriers en date du 24 décembre 2018 à la directrice centre hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne, au directeur général de l'agence régionale de santé de Guyane, ainsi qu'au président et au procureur de la République du tribunal de grande instance de Cayenne.

Par courrier du 30 janvier 2019, la directrice du CHAR a fait parvenir ses observations sur le rapport provisoire mais n'en a pas formulé sur le projet de recommandations. Par mél du 2 février 2019, le président du TGI de Cayenne a fait savoir qu'il n'avait pas d'observations à formuler. Par mél du 12 février 2019, la directrice générale de l'ARS de Guyane a fait parvenir ses observations

sur le rapport provisoire mais n'en a pas formulé sur le projet de recommandations. L'ensemble des observations est intégré dans le présent rapport.

1. LE CENTRE HOSPITALIER ANDREE ROSEMON (CHAR) DE CAYENNE

1.1 LE CHAR DE CAYENNE EST LE SEUL ETABLISSEMENT HABILITE DANS LE DEPARTEMENT POUR L'ADMISSION DE PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

Le territoire Guyanais s'étend sur une superficie de 83 534 km², soit environ 15 % de la surface de la France métropolitaine. La population est estimée par l'INSEE à 281 000 habitants au 1^{er} janvier 2018, soit environ 0,4 % de la France métropolitaine, 85 % de la population est concentrée sur le littoral (300 km). Les autorités locales estiment que la Guyane accueille entre 380 000 et 400 000 habitants dont une grande partie d'étrangers en situation irrégulière.

Le découpage en secteurs a été établi en 1996 lorsque le territoire comptait 195 000 habitants et quatre-vingt-quatre lits en psychiatrie. La sectorisation est inchangée et comporte trois secteurs adulte.

- Les secteurs 98G01 et 98G02 sont rattachés au CHAR. Ils s'étendent de la frontière brésilienne à l'Est jusqu'au lieu-dit Trou Poissons entre Sinnamary et Iracoubo à l'Ouest.
- Le secteur 98G03 est rattaché au centre hospitalier de l'Ouest guyanais (CHOG) et va de Trou Poissons à l'Est jusqu'à la frontière surinamienne à l'Ouest.

Le territoire comporte deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, l'intersecteurs 98G01 et 98G02 est rattaché au CHAR, le secteur 98G03 est rattaché au CHOG avec différentes activités de psychiatrie infanto-juvénile assurées au CHAR.

Le département compte trois centres hospitaliers dont deux ont des capacités d'hospitalisation complète en psychiatrie : le CHAR de Cayenne, qui est le principal et le plus ancien, le centre hospitalier de l'Ouest guyanais Franck Joly, le CHOG, à Saint-Laurent-du-Maroni, et le centre hospitalier de Kourou. Il n'existe pas de groupement hospitalier de territoire (GHT).

Le CHAR compte un pôle de psychiatrie avec en hospitalisation adulte 84 lits d'hospitalisation temps complet et 10 lits d'hospitalisation temps incomplet ou hospitalisation de jour (HDJ) et en pédopsychiatrie 10 lits d'hospitalisation temps complet et 10 lits d'hospitalisation temps incomplet (HDJ). C'est le seul centre hospitalier du territoire hospitalisant les patients en soins sans consentement. Le CHOG compte en psychiatrie adulte 16 lits d'hospitalisation temps complet et 10 lits d'hospitalisation temps incomplet (HDJ) et en pédopsychiatrie aucun lit d'hospitalisation temps complet et 15 lits d'hospitalisation temps incomplet (HDJ) ; ces quarante et un lits sont prévus pour des patients en soins libres ; avant l'été 2018, le CHOG ne comptait que seize lits. Le centre hospitalier de Kourou n'a aucun lit ni place en psychiatrie.

La psychiatrie du CHAR a été implantée sur le site de la Madeleine en 1977, elle a bénéficié de nouveaux bâtiments pour les unités d'hospitalisation temps complet de psychiatrie adulte en 2002 qui sont toujours utilisés. L'unité d'hospitalisation temps complet de pédopsychiatrie a été créée en 2015 et est implantée dans les bâtiments des services de MCO¹ du site de la Madeleine.

En octobre 2018, aucun praticien libéral psychiatre n'exerçait sur le territoire, aucune clinique n'accueillait de patients en psychiatrie.

Le rapport annuel d'activité de 2015 de l'agence régionale de santé (ARS) de Guyane dresse le constat suivant : « au 1^{er} janvier 2014, les taux d'équipement en établissements et services médico-sociaux pour la Guyane restent bas en comparaison de la métropole ». La situation est

¹ MCO : médecine chirurgie obstétrique.

inchangée depuis cette date. En outre le CHAR fait l'objet d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) sur la période 2018 – 2022.

1.2 L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT REpond A UNE VISION PRINCIPALEMENT HOSPITALO-CENTREE DE LA PSYCHIATRIE

1.2.1 L'organisation générale

En 2017², le CHAR emploie 2 500 personnes. Il dispose de 742 lits, berceaux, places et postes dont 513 de MCO, 114 de psychiatrie, 100 de gériatrie et 15 de SSR³. Le CHAR est un établissement multi sites. Il offre des prestations de soins sur le site principal de la Madeleine à Cayenne et dans dix-huit centres délocalisés de soins et de prévention (CDPS) ainsi que dans trois centres médico-psychologiques (CMP).

Le CHAR est organisé en pôles :

- les pôles de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) médecine 1 et 2, chirurgie, femme-enfants, soins continus ;
- les autres pôles : psychiatrie, centres délocalisés de prévention et de soins, médico-technique, SSR gériatrie, gestion transversale.

Le CHAR assure *via* un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) la formation d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE), d'aides-soignants (AS) et d'auxiliaires de puériculture (AP). La capacité maximale annuelle de formation est de quatre-vingts IDE, vingt AS et vingt AP.

1.2.2 La politique Intra/extra hospitalière en psychiatrie

L'organisation de la psychiatrie est la suivante :

- En intra hospitalier, sur le site de la Madeleine du CHAR :
 - en pédopsychiatrie, l'unité d'hospitalisation Acajou de dix lits ;
 - en psychiatrie adulte les unités d'hospitalisation temps complet Wapa, Comou, Wassai, Amourette-Moutouchi, Amarante, l'unité d'hospitalisation de jour Wacapou, l'unité d'ergothérapie et de sport Simarouba et l'unité Parcouri qui regroupe les bureaux (consultation, assistantes sociales, secrétariats, administration du pôle).
- En extra hospitalier :
 - en psychiatrie adulte les deux centres médico-psychologiques (CMP) regroupés sur le site de Novaparc de Cayenne, ouverts du lundi au vendredi de 8h à 15h ; les CDPS de Kourou, de Saint-Georges de l'Oyapock, de Sinnamary, de Macouria, de-Trois-Sauts et de Camopi sans qu'il y ait de permanence soignante mais des activités programmées (la fréquence des présences médicales et soignantes allant d'une fois par semaine à une fois par trimestre) ; le centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) à Cayenne ;
 - en pédopsychiatrie, trois CMP : à Cayenne, le centre de santé mentale Infanto-juvénile (CSMI) pour les jeunes enfants « La Passerelle » situé sur le site de Novaparc, ouvert du lundi au jeudi de 8h à 17h et le vendredi de 8h à 14h ; le CMP ado pour les adolescents

² Rapport d'activité 2017 du Centre hospitalier de Cayenne.

³ SSR : soins de suite et réadaptation.

situé dans le quartier de Zéphyr, ouvert du lundi au jeudi de 8h à 16h et le vendredi de 8h à 13h ; à Kourou le CMP « L'Envol » ouvert du lundi au jeudi de 8h à 17h, qui ne bénéficie pas de permanence soignante. Les équipes des CMP interviennent par ailleurs lors de consultations dites délocalisées dans les communes de Sinnamary, Cacao, Régina, Saint-Georges de l'Oyapock, Canopi, Trois-Sauts sans qu'il y ait alors de permanence soignante alors, mais des activités de soins programmées.

L'emploi du temps des médecins psychiatres des unités est partagé entre l'intra et l'extra hospitalier.

L'unité fonctionnelle de psychiatrie intra carcérale (UFPI) du centre pénitentiaire de Rémire-Montjoly fait de l'activité ambulatoire. Un seul médecin psychiatre sur les deux prévus y donne des consultations.

Un conseil intercommunal en santé mentale (CISM) a été créé le 13 juillet 2018 au siège de la communauté d'agglomération de communes du centre littoral⁴ (CACL), dont le siège est à Cayenne. Le contrat comprend trois axes : l'information sur la santé mentale, l'hébergement et le partage de connaissance entre partenaires.

Le rapport d'activité 2017 dresse le constat qu'en psychiatrie, le nombre de séjours en hospitalisation complète est stable tant chez les adultes qu'en pédopsychiatrie. L'activité ambulatoire augmente de 15 % (+ 221 venues) chez les adultes alors que celle des enfants diminue de 22 % (-320 venues).

1.2.3 Les unités d'hospitalisation et leurs spécificités

Les unités d'hospitalisation à temps complet, toutes fermées, sont implantées sur le site de la Madeleine. Les durées moyennes de séjour (DMS) apparaissant ci-dessous sont celles communiquées par le CHAR qui n'a pas pu fournir de chiffres postérieurs à cette date. Les unités ont les spécificités suivantes :

L'unité Moutouchi-Amourette (moyen et long séjour) est une unité double comptant un total de vingt-huit lits. Elle accueille des patients chroniques, en soins libres (SL) et en soins sans consentement (SSC), de tout âge nécessitant une hospitalisation prolongée faute de structures alternatives sur le territoire. Cette unité réunit les anciennes unités Moutouchi et Amourette qui se distinguent car Moutouchi reçoit des hommes et Amourette est mixte. La circulation entre les deux anciennes unités est possible en journée pour les patients.

Cette unité double possède officiellement une chambre d'isolement (CI) dans laquelle sont accueillis, outre ses patients, ceux provenant des unités Wapa, Comou et Wassai lorsqu'elles manquent de place en CI. Par ailleurs deux des chambres sont de fait des CI en raison de leur configuration (cf. *infra* § 7.1). Au total, l'unité Moutouchi-Amourette compte trois CI.

L'unité Wapa (soins sans consentement) comporte quatorze lits. Elle accueille en priorité les patients en SSC. Deux des chambres individuelles sont dites « *carcérales* » ; ce sont de fait des CI, destinées à héberger des personnes détenues. En outre l'unité compte officiellement trois CI.

Cette « *unité accueille également des mineurs y compris de moins de 17 ans lorsque leurs troubles nécessitent une surveillance étroite ou que le risque de fugue et de suicide est majeur*⁵ ».

⁴ La CACL regroupe les communes de Cayenne, Macouria, Matoury, Montsinéry-Tonnegrande, Remire-Montjoly et Roura.

⁵ *Ibid.*

Au total, de fait, l'unité Wapa comporte cinq CI dans lesquelles les mineurs peuvent être placés. Les unités Comou et Wassai (court séjour des secteur 98G01 pour la première et 98G02 pour la seconde) comptent chacune quatorze lits. En outre elles comportent au total deux CI. Ces unités ont les locaux communs qui les séparent.

Ces unités accueillent en SL ou en SSC des hommes, des femmes, majeurs ou mineurs de 16 à 18 ans.

L'unité Acajou (pédopsychiatrie) a été ouverte en janvier 2015. Elle comporte dix lits répartis dans cinq chambres doubles. En outre l'unité Acajou comporte deux chambres dénommées d'apaisement mais qui constituent en réalité des CI.

L'unité Amarante (addictologie) comporte quatorze lits. C'est la seule unité à ne pas comporter de CI. Elle reçoit parfois des patients en SSC. Un jardin clos est accessible de jour. Les contrôleurs se sont limités à en faire une visite rapide et à aborder la problématique de sa fermeture avec les soignants.

1.2.4 Le dispositif ambulatoire et le parcours de soins en psychiatrie

Le parcours du patient se heurte en Guyane à l'insuffisance de structures adaptées pour des patients disposant de peu d'autonomie ou qui présentent des troubles du comportement relativement importants. Le délai d'attente pour un rendez-vous en CMP est de trois mois. Cela occasionne un recours à l'hospitalisation par défaut dans les unités de court séjour.

La Guyane ne dispose pas d'appartement thérapeutique, de foyer d'accueil médicalisé (FAM), de centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), ni de maison d'accueil spécialisée (MAS) disposant de lits réservés.

Les quatre établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du département (un à Saint-Laurent-du-Maroni, trois à Cayenne dont un au sein du CHAR), les deux établissements et services d'aide par le travail (ESAT) (à Macouria et à Cayenne) et le foyer d'accueil de jour (à Rémire-Montjoly) expriment les plus grandes réticences pour accueillir des personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Aucune convention n'a été signée entre le CHAR et les structures existantes afin de disposer de places et de s'engager à reprendre des personnes une fois leur état stabilisé.

Dans son courrier en date du 30 janvier 2019, la directrice sur CHAR écrit « *le pôle de psychiatrie est engagé dans une quarantaine de conventions auprès de partenaires médico-sociaux et sociaux. En particulier le pôle de psychiatrie dispose d'une convention avec l'ESAT Matiti (où les soignants du CMP se rendent de manière mensuelle pour une réunion interinstitutionnelle et un psychiatre du pôle assure deux demi-journées d'activité d'intérêt général) ainsi qu'avec la MAS de Kourou (où un psychiatre assurait encore il y a peu, avant son départ, deux demi-journées d'activité d'intérêt général)* ».

Néanmoins, l'immense majorité des patients du service Moutouchi-Amourette est en SL et relève de structures médico-sociales. Ainsi un jeune adulte « autiste » y est durablement hospitalisé, faute de possibilité de prise en charge en établissement médico-social.

Certains patients adultes sont orientés en familles d'accueil, rémunérées de l'ordre de 1 500 euros par mois, pris en charge par la collectivité territoriale de Guyane pour les patients démunis. S'agissant de la pédopsychiatrie certains enfants peuvent difficilement être orientés vers des lieux de vie collectifs, voire en sont exclus et sont admis plus longuement que nécessaire faute de structure d'aval adaptée. Le pôle a recruté il y a quatre ans cinq familles pour des accueils

individuels, avec un suivi à domicile par une infirmière, une éducatrice et un psychologue exerçant au sein du service d'accueil familial thérapeutique (AFT). Certaines familles n'ont pas donné satisfaction. Depuis un an il n'y a plus de famille d'accueil et le personnel de l'AFT ignore si le pôle entend poursuivre ce mode d'accueil ou mettre en œuvre un autre projet.

Au moment de la visite, quelques patients passaient le week-end en famille ou à leur domicile en préparation de la levée de l'hospitalisation.

Vingt-cinq patients étaient en programme de soins. Les modalités du soin comportent le plus souvent des consultations mensuelles au CMP, des traitements par injection retard, parfois des prises de traitement à domicile remis quotidiennement par une infirmière libérale. Les certificats médicaux proposant un programme de soins consultés par les contrôleurs ne portaient pas mention de ce qu'ils avaient été précédés d'un entretien au cours duquel le psychiatre avait recueilli l'avis et les observations du patient, mais seulement de ce que celui-ci avait été informé que le non-respect du programme était susceptible d'entraîner une ré-hospitalisation complète. L'offre de soins ambulatoire est pauvre, surtout dans les territoires excentrés, de sorte que les patients, stabilisés dans leur traitement à l'issue de quelques semaines d'hospitalisation, rechutent fréquemment faute de consultations et d'activités thérapeutiques suffisamment soutenues.

Par ailleurs, pour les patients ne pouvant vivre seuls, le peu de structures médico-sociales et le recours à des familles d'accueil, avec suivi à domicile, ne suffit pas à répondre à tous les besoins. Il en va de même pour les mineurs présentant des troubles du comportement trop importants pour demeurer en famille ou en foyer de l'aide sociale à l'enfance. Pour ces derniers, il arrivait fréquemment, jusqu'en 2017, que l'hôpital accueille durant plusieurs semaines, voire mois, des mineurs en recherche d'un placement à caractère éducatif. Le médecin actuel de l'unité Acajou refuse désormais ces profils d'enfants, ce qui a conduit à une baisse importante de l'activité du service. Ces placements longs, et non justifiés par la nécessité de soins, conduisaient à une déscolarisation.

Recommandation

L'ARS de la Guyane doit organiser la filière de soins psychiatriques sur le département en permettant la prise en charge des patients dans des structures sanitaires, sociales et médico-sociales adaptées.

Dans son courrier de février 2019, la directrice générale de l'ARS Guyane écrit « *le projet régional de santé récemment publié prévoit de constituer des parcours en santé mentale et je veillerai à ce que des progrès soient rapidement sensibles en la matière. J'ai lancé en janvier les travaux d'élaboration d'une politique de santé mentale territoriale et ai demandé aux équipes de l'ARS de se mobiliser pleinement sur le sujet. Il s'agira de développer l'offre de soin et médico-sociale, renforcer la formation, soutenir la coordination des acteurs afin d'assurer l'accès à des soins de qualité, de manière graduée et pertinente* ».

1.2.5 Les objectifs du projet d'établissement 2015-2019

Le projet d'établissement 2015-2019 évoque la constitution d'une équipe mobile de dépistage à déployer sur toute la Guyane. Cependant les points suivants du projet n'avaient pas fait l'objet d'une mise en place en octobre 2018 :

- à Kourou, la création d'un CMP adulte, pour ne pas limiter la présence médicale et infirmière à une seule journée par semaine ;
- l'obligation légale de soins somatiques pour les patients hospitalisés en psychiatrie ;
- le respect des libertés individuelles, la séparation des patients en soins libres (SL) de ceux en soins sans consentement, la transformation de l'unité Amarante (addictologie) en unité ouverte pour héberger des patients en SL ;
- le recrutement de cinq familles d'accueil pour des patients adultes ; l'ouverture d'appartements thérapeutiques (sept à huit chambres) à proximité du CHAR ; la recherche de l'ouverture d'un FAM ; la création de CATTP dans les trois CMP ;

1.2.6 Le rapport de certification de 2018 de la Haute autorité de santé (HAS)

Le rapport de certification de la Haute autorité de santé (HAS) de septembre 2018 met en évidence dans le champ de la psychiatrie les points suivants également constatés par les contrôleurs :

- le mauvais état des chambres, comportant du matériel vétuste ; l'absence de lieu de convivialité ou d'espace de détente pour les familles et les patients ;
- des chambres d'isolement ne respectant pas la dignité des patients (absence de lumière du jour, WC à la turque) ;
- des patients en soins libres hospitalisés dans deux des unités fermées ; les règlements intérieurs interdisant le téléphone portable ;
- des placements en chambre médicale ne faisant pas l'objet d'une « prescription médicale » écrite conforme, réévaluée à périodicité définie ; le renouvellement à 12h ni à 24 n'étant pas réévalué ni actualisé ;
- la prise en charge somatique des patients n'étant effective qu'au passage par le service des urgences.

L'absence de projet de pôle en psychiatrie fait l'objet d'un développement dans le § 6.2.1 *infra*.

1.3 L'EFFECTIF MEDICAL N'EST PAS ADAPTE AUX MISSIONS DE LA PSYCHIATRIE

1.3.1 Le personnel médical

Le pôle de psychiatrie ne compte aucun médecin généraliste.

Pour la psychiatrie adulte, l'objectif annoncé est que le pôle dispose de quatorze médecins psychiatres seniors dont un en poste au centre ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRAVS). La situation au 1^{er} septembre 2018 est de 10,4 médecins seniors :

- six praticiens hospitaliers pour 5,4 ETP, avec un médecin en prolongation d'activité, un autre prévu pour partir en novembre 2018 ;
- cinq praticiens contractuels étrangers pour 5 ETP, dont les contrats arrivent à échéance en 2019 et 2020.

A ces médecins s'ajoutent quatre assistants généralistes à diplôme étranger.

Pour la pédopsychiatrie, l'objectif annoncé est de six médecins psychiatres seniors. La situation de la pédopsychiatrie au 1^{er} septembre 2018 est de cinq seniors :

- un praticien hospitalier pour 1 ETP ;

- trois praticiens contractuels, étrangers, pour 3 ETP, dont les contrats arrivent à échéance en 2019 et 2020 ;
- une assistante/attachée pour 1 ETP, dont le contrat s’achève en octobre 2018.

Début octobre 2018, au moment de la visite des contrôleurs, sur les dix-sept médecins exerçant au sein du pôle de psychiatrie, cinq médecins sont praticiens hospitaliers diplômés de psychiatrie, trois sont d’anciens médecins généralistes requalifiés en praticiens hospitaliers de psychiatrie, trois médecins titulaires de diplômes étrangers ont été requalifiés en psychiatres par le conseil de l’ordre, et six autres médecins titulaires de diplômes étrangers sont inscrits ordinalement comme spécialistes en médecine générale. Ces six derniers n’ont ainsi pas la plénitude d’exercice en psychiatrie dans la mesure où ils ne peuvent décider de soins sans consentement ni de mises en isolement.

Recommandation

L’établissement doit s’attacher les services de médecins spécialisés en psychiatrie, après examen par le conseil de l’ordre de la validité des diplômes étrangers.

1.3.2 Le personnel non médical

Le CHAR a fait le choix de recruter prioritairement des infirmiers mais qu’exercent également au sein des unités quelques aides-soignants.

L’effectif quotidien est celui dit de sécurité ou de grève.

Les équipes de jour de soignants sont composées en moyenne pour quatorze lits :

- en semaine le matin de deux à trois soignants (IDE et AS) pour quatorze lits ou de quatre à cinq pour vingt-huit lits, selon les disponibilités ;
- en week-end, le matin et l’après-midi de deux pour quatorze lits et de deux ou trois soignants pour vingt-huit lits selon les disponibilités.

Les équipes de personnel soignant se succèdent dans les unités selon le rythme suivant :

- le matin de 7h à 14h36.; l’après-midi de 14h à 21h36 ;
- la nuit de 21h15 à 7h15. Les équipes de nuit sont fidélisées. Hors l’équipe d’Acajou (pédopsychiatrie) qui suit un rythme spécifique, les autres équipes regroupent un total de vingt-trois agents : vingt IDE et trois AS, répartis en deux équipes (une équipe de douze et une équipe de onze). Le nombre d’agents présents chaque nuit ne doit pas descendre en-dessous de neuf, cependant en 2018 à trois reprises seulement sept agents étaient présents ; aucune fiche de déclaration d’événements indésirables n’a été établie – cf. *infra* § 7.3.

Les soignants ont également la mission d’accompagner les patients lorsqu’ils se rendent aux urgences ou en MCO pour des consultations somatiques (deux soignants pour un patient en SSC et un ou deux soignants pour un patient en soins libres). Ces déplacements sont assurés en véhicule et sont annulés lorsque le véhicule ne vient pas ou lorsqu’il n’y a pas d’accompagnants disponibles – cf. *infra* § 7.3.

L’absentéisme du personnel non médical du pôle de psychiatrie est l’un des plus faibles du CHAR.

En cas d’absence inopinée d’un soignant, il est fait appel aux soignants disponibles apparaissant sur une liste de personnes désirant faire des heures supplémentaires et appartenant au pôle de psychiatrie ou à défaut au pôle « femme-enfant » du CHAR. Lorsque les absences sont prévues et annoncées, il est fait appel à des contractuels pour des durées déterminées (CDD), les durées

pouvant s'échelonner sur une semaine à un an. Il n'est jamais fait appel à des intérimaires. L'unité Acajou gère ses remplacements de façon autonome ; lors de la visite des contrôleurs, une IDE était remplacée par une AMP (aide médico-psychologique).

Les équipes de nuit rencontrent le médecin de l'unité quand celui-ci est de service aux urgences et qu'il prononce une admission. En moyenne, les soignants de nuit rencontrent le médecin de l'unité de l'ordre d'une fois par trimestre. Ils voient parfois le cadre de nuit, quand il y a une admission. Ils rencontrent rarement le cadre de leur unité : à l'occasion de réunions décidées par le cadre, quand elles sont programmées, et lors des transmissions du matin si le cadre y assiste. Les équipes de nuit sont stables. Le nombre de personnes demandant à en être est important. Les agents demandent à la rejoindre après 5 à 10 ans de service de jour et la quittent pour partir à la retraite.

Le temps de psychologue est officiellement de l'ordre de 0,5 ETP par unité. Les psychologues interviennent en intra et en extra hospitalier. Les contrôleurs ont constaté que la présence était moindre. Lors de la visite des contrôleurs, dans l'unité Comou, le psychologue était présent de l'ordre de deux demi-journées par semaine. D'autres unités n'avaient pas de psychologue, un psychologue était attendu en novembre pour l'unité Wassai.

Dans son courrier en date du 30 janvier 2019, la directrice sur CHAR écrit « le temps de psychologues est officiellement de 0 ETP sur les unités d'hospitalisation, tant dans le service de psychiatrie adulte que de pédopsychiatrie. Les psychologues interviennent néanmoins à hauteur de 0,20 ETP dans chaque unité d'hospitalisation temps complet, en prenant sur leur temps d'affectation initial en extra hospitalier ».

Les activités thérapeutiques de la psychiatrie adultes – cf. § 6.4 *infra* – s'appuient sur un animateur sportif et deux ergothérapeutes. Une éducatrice spécialisée consacre son temps à Moutouchi-Amourette dont les patients ne bénéficient pas des équipements de l'unité Simarouba.

En pédopsychiatrie, l'éducateur sportif affecté à mi-temps dans l'unité était en arrêt de travail pour maladie depuis le début du mois d'octobre 2018. Un éducateur spécialisé est présent du lundi au vendredi. Une psychologue partage son activité avec l'accueil familial thérapeutique et l'équipe mobile. Une enseignante intervient deux demi-journées par semaine.

Le pôle de psychiatrie dispose de huit assistantes sociales.

Quatre partagent leur temps entre l'intra et l'extra hospitalier pour les unités d'hospitalisation de psychiatrie adulte ; elles disposent d'un unique bureau équipé d'un seul ordinateur. Trois autres travaillent en pédopsychiatrie ; l'une est en charge de l'unité Acajou. Une dernière consacre son activité à l'UFPI.

1.3.3 Les formations

Les nouveaux arrivants ont l'obligation de suivre des formations. Dans les unités, le tutorat n'est pas organisé.

Les contrôleurs ont examiné les formations suivies sur trois thèmes depuis 2015 :

- les activités thérapeutiques : sept soignants en 2015, un en 2016, deux en 2017 ont suivi une session de 42 heures portant sur dispenser l'éducation thérapeutique. Une formation est proposée en 2018 à destination d'éducateurs. Douze places ont été proposées en 2018 pour des IDE exerçant depuis plus de 4 ans ; cette formation ne sera pas reconduite faute de crédits. Ce point est développé dans le § 7.2 *infra* ;

- la gestion et la prévention de la violence : la première formation de cette nature – Omega – a été délivrée en 2017 pour l'ensemble du CHAR ; dix soignants du pôle de psychiatrie l'ont suivie. Cette formation est proposée en 2018 à trente agents ;
- le droit spécifique des patients en soins sans consentement : aucun soignant n'a suivi cette formation en 2015 et 2016, sept soignants ont suivi cette formation de trois jours en 2017, sept autres en 2018.

Dans son courrier en date du 30 janvier 2019, la directrice sur CHAR écrit « le programme de formation continue sur l'établissement est fourni et beaucoup plus d'agents que précisés dans le rapport ont eu accès à des formations sur des thématiques diverses. La formation sur les activités thérapeutiques et celles sur les droits spécifiques des patients en soins sous contrainte rencontrent un vif succès, et devront être renouvelées courant 2019 compte tenu de la demande des agents ».

1.4 UNE PARTIE IMPORTANTE DE LA DOTATION ANNUELLE DE FINANCEMENT (DAF) DE LA PSYCHIATRIE FINANCE LES CHARGES GENERALES ET STRUCTURELLES DU CHAR

La dotation annuelle de financement (DAF) pour la psychiatrie a diminué de 0,4 % entre 2015 et 2017. En 2017 elle est fixée à 21 M d'euros (M€) répartis en 19,65 M€ pour la psychiatrie adulte et 1,38 M€ pour la pédopsychiatrie.

Concernant les dépenses, les contrôleurs se sont interrogés sur le fait que 39 % du budget de la psychiatrie de l'année 2017 étaient consacrés aux charges indirectes du CHAR ; ce pourcentage était de 18 % en 2015⁶.

La comparaison des budgets 2015 et 2017 fait apparaître que si le titre 1 de la psychiatrie "charges de personnel" (13,941 M€ en 2015 et 15,367 M€ en 2017) a augmenté, le titre 2 "charges à caractère médical" est resté presque stable (0,3 M€ en 2015 et 0,2 M€ en 2017).

La comparaison des charges indirectes entre le MCO et la psychiatrie pour l'année 2017 donne les informations suivantes :

- les charges de "logistique médicale" de MCO s'élèvent à 2,5 M€ et celles de la psychiatrie à 0,006 M€ ;
- les charges de "médico-technique" de MCO s'élèvent à 31,9 M€ et celles de la psychiatrie à 0,4 M€ ;
- les charges de 'logistique générale' de MCO s'élèvent à 39 M€ et celles de la psychiatrie à 7,1 M€ ;
- les charges de "structure" de MCO s'élèvent à 10,1 M€ et celles de la psychiatrie à 1,8 M.

Cette analyse fait apparaître que la répartition des charges de "logistique générale" et de "structure" semblent proportionnelles aux "charges de personnel".

Recommandation

L'utilisation de la DAF doit faire l'objet d'une comptabilité analytique, notamment sur les charges indirectes, et servir à la qualité des soins de la psychiatrie, en rémunération du personnel et en entretien des bâtiments.

⁶ Dossier de demande de renouvellement d'autorisation d'activités de psychiatrie adressé à l'ARS en 2015.

Dans son courrier en date du 30 janvier 2019, la directrice sur CHAR écrit « je prévois de contrôler prochainement l'utilisation des crédits attribués dans la DAF dans le cadre d'un audit financier et d'accompagner l'établissement dans l'amélioration de l'allocation des ressources dans le cadre de la mise en œuvre des contrats de pôle ».

2. L'ACCES DES PATIENTS A LA CONNAISSANCE DE LEURS DROITS

2.1 LES PATIENTS HOSPITALISES SONT MAJORITAIREMENT EN SOINS LIBRES

Lors de la visite la situation des unités était la suivante :

- Moutouchi-Amourette : vingt-huit patients, deux en SSC (un en SDDE⁷ et un en SDRE⁸) et vingt-six en SL ;
- Wapa : quatorze patients, treize en SSC (neuf en SDDE et quatre en SDRE) et un en SL ;
- Comou : onze patients, six en SSC et cinq en SL ;
- Wassai : treize patients, neuf en SSC (SDDE) et quatre en SL ;
- Acajou : quatre patients en SL. En moyenne une fois par an, cette unité hospitalise un mineur en SSC (décision du préfet ou ordonnance de placement provisoire).

L'unité Wapa est en sur occupation car les quatorze lits sont occupés alors que cinq des lits sont ceux des CI (deux dans les « *chambres carcérales* » ou « *chambres sécurisées* » destinées aux personnes détenues et trois dans les CI officielles).

Le rapport d'activité du CHAR 2017 fait état d'un taux d'occupation de 86 % des quatre-vingt-quatorze lits d'hospitalisation complète du pôle psychiatrie : 88 % chez les adultes et 66 % en pédopsychiatrie, celui de l'année 2016 d'un taux de 81 % pour l'ensemble du pôle avec 60 % en pédopsychiatrie.

Le rapport annuel 2017 de la commission départementale des soins psychiatriques fait état de 85 mesures de soins sans consentement (SSC) en cours lors de la rédaction du rapport pour 323 ouvertes dans l'année avec la répartition suivante :

- SDDE : 75 dont 46 de plus d'un an. 142 SDTU⁹ ouvertes dans l'année, 129 en PI¹⁰ et SDT¹¹ ;
- SDRE : 10 en cours dont 8 de plus d'un an. 42 ouvertes dans l'année dont 18 concernant des personnes détenues.

Les contrôleurs n'ont pas eu communication des durées moyennes de séjour (DMS), des durées moyennes d'hospitalisation (DMH) ni des pyramides des âges des patients hospitalisés en psychiatrie pour les dernières années.

Les rapports d'activité 2016 et 2017 du CHAR donnent les DMS des services de MCO mais ne font apparaître aucun élément pour la psychiatrie.

Le dossier de demande de renouvellement d'autorisation d'activités de psychiatrie adressé à l'ARS en 2015 fait apparaître les informations suivantes pour la période 2010 à 2014 :

- unité Moutouchi-Amourette : entre 2010 et 2014, la DMS communiquée est de « 30 jours par mois » ;
- unité Wapa : entre 2011 et 2014, la file active a varié entre 172 et 251, la DMS entre 10,72 et 14,47 jours ;

⁷ SDDE : soins sur décision du directeur d'établissement.

⁸ SDRE : soins sur décision du représentant de l'Etat.

⁹ SDTU : soins à la demande d'un tiers en urgence.

¹⁰ PI : péril imminent.

¹¹ SDT : soins à la demande d'un tiers.

- unité Comou et Wassai : entre 2010 et 2013, la file active annuelle a oscillé entre 569 et 614, la DMS entre 12,02 et 13,98 jours, le taux d'occupation entre 68,4 et 87,4 % ;
- unité Amarante : la file active mensuelle a été de l'ordre de la dizaine de patients, la DMS a varié entre 10 et 20 jours, le taux d'occupation entre 30 et 90 % selon les mois.

Dans son courrier en date du 30 janvier 2019, la directrice sur CHAR écrit « le département information médicale (DIM) nous signale toujours ne pas être en capacité de nous renseigner de manière précise sur nos activités 2017 et 2018, ceci résultant du manque de fiabilité des données récupérables en l'état sur le PMSI. En effet, les données extraites ne sont actuellement que très partiellement exploitables, souvent erronées, compte tenu du défaut des interfaces entre les logiciels CIMASE et HEXTAN, générant des pertes de saisies, de codages et donc d'activités. De plus l'activité du service de pédopsychiatrie est de manière globale très sous-estimée du fait d'un déploiement très tardif et non encore total à ce jour de l'outil informatique au sein de ses unités de soins. Ces deux points rappellent le peu d'exhaustivité des chiffres d'activité disponibles pour les années 2017 et 2018 ».

Recommandation

Les durées de moyenne de séjour (DMS) dans les unités d'hospitalisation du pôle de psychiatrie doivent être établies.

Il n'existe pas en Guyane, comme en Martinique et en Guadeloupe, d'unité pour malades difficiles (UMD) ni d'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA). Les patients relevant d'une UMD sont hospitalisés en métropole. L'un d'entre eux est revenu en Guyane après 17 ans en UMD. Les patients détenus relevant d'une UHSA sont hospitalisés en métropole. Le respect des liens familiaux de ces patients ne peut pas être assuré lorsqu'ils sont soignés en métropole.

Recommandation

L'accès aux soins tels que ceux délivrés en UHSA et en UMD doit être assuré en Guyane afin d'éviter une délocalisation portant atteinte au maintien des liens familiaux.

Les patients détenus doivent être pris en charge comme tous les autres patients, les mesures de contrainte étant adaptées à leur état clinique.

2.2 L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEUR STATUT ET LEURS DROITS EST LACUNAIRE

Les équipes soignantes disposent de deux documents d'information, l'un pour les patients hospitalisés en SL et l'autre pour ceux hospitalisés en SDDE. Aucun n'existe pour les hospitalisations en SDRE. Ils sont rédigés uniquement en français et soumis à la signature du patient lors de l'entretien d'accueil, assortis d'explications très variables. Ces documents sont ensuite classés au dossier, ils ne sont pas affichés, de sorte qu'ils constituent plus une formalité administrative qu'un réel support d'information pour les patients.

Celui destiné aux patients en SL fait référence à la charte de la personne hospitalisée (insérée au livret d'accueil), aux règles de fonctionnement du services (affichées) et à la signature d'un projet de soin individualisé. Cependant les contrôleurs n'ont pas trouvé trace dans les dossiers consultés d'un tel projet de soins, lequel devrait d'ailleurs concerner tous les patients et non seulement

ceux en SL. Les infirmiers ont indiqué que, sans doute réalisé dans le logiciel Cimaise, il n'était pas imprimé et donc pas signé par le patient.

Celui destiné aux patients en SDDE, intitulé « *droits de la personne faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sous contrainte* », n'est ni complet ni à jour des dispositions législatives et réglementaires en vigueur :

- le terme « *sans consentement* », utilisé par la loi, serait préférable à celui de « *sous contrainte* » ;
- il est mentionné la possibilité de « *voies de recours ouvertes auprès du JLD* », mais sans préciser que ce recours est ouvert à tout moment, au patient mais aussi à ses proches¹², ni les coordonnées du tribunal. Le contrôle de plein droit du juge des libertés et de la détention (JLD) mentionne le quinzième jour au lieu du douzième ;
- le droit de communiquer avec le représentant de l'Etat, le président et le procureur de la République du tribunal de grande instance, le maire, la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et le CGLPL est mentionné mais sans aucune coordonnée de ces autorités ;
- il est mentionné la possibilité de consulter le règlement intérieur de l'établissement mais celui-ci n'est pas disponible dans les bureaux de soins.

Les contrôleurs ont assisté à deux entretiens d'accueil de patients en SL qui ne comprenaient pas ou peu le français. La note d'information a été soumise à leur signature sans explications. En l'état, les patients quel que soit leur statut ne reçoivent pas une information suffisante sur leurs droits.

Recommandation

Il convient de réaliser des supports d'information écrits sur les droits, tel qu'exigé par l'article L3211-3 du code de la santé publique, dans les langues les plus fréquemment parlées par les patients de l'établissement. Ces documents doivent être remis aux patients dès que leur état le permet, être affichés dans les unités ainsi que dans les halls d'entrée, à destination des familles.

2.3 LES PATIENTS NE REÇOIVENT PAS SYSTEMATIQUEMENT UNE COPIE DES DECISIONS D'HOSPITALISATION ET LEURS OBSERVATIONS N'APPARAISSENT PAS SUR LES CERTIFICATS MEDICAUX

Les certificats médicaux proposant le maintien ou la modification de la prise en charge ne comportent jamais d'observations des patients, tel que prévu par l'article L. 3211-3 alinéa 2 du code de la santé publique (CSP). Certains comportent une mention type indiquant que « *le patient a été informé et mis à même de formuler ses observations* ». Ces certificats semblent correspondre aux week-ends, durant lesquels les décisions sont éditées depuis des modèles établis dans le traitement de texte *Word* alors qu'en semaine les décisions sont préparées avec le logiciel Cimaise, dont la trame est différente.

Les décisions d'admission et de maintien sont notifiées par une secrétaire au sein des unités, dans un bureau de soins et en présence d'un infirmier. Il peut toutefois arriver, notamment le week-end, que les soignants les notifient seuls. Les décisions comportent mention des recours

¹² Article L3211-12 I du code de la santé publique.

ainsi que les coordonnées du tribunal et de la CDSP. Cependant, contrairement à la mention : « *la décision ...donnera lieu à la remise d'un exemplaire* », une copie n'est remise que sur demande, de sorte que les patients ne sont pas en capacité de relire les décisions et d'exercer, le cas échéant, les droits y afférents. Les secrétaires indiquent expliquer aux patients le sens de ces décisions et déclarent qu'il arriverait que certains souhaitent écrire au JLD. Dans cette hypothèse, il serait mis à leur disposition papier, enveloppe, crayon et le courrier serait affranchi et posté par le CHAR. Cependant les JLD ne sont, de mémoire, jamais saisis d'un recours à l'initiative du patient. Lorsque l'état du patient ne permet pas de lui notifier une décision, elle ne lui est pas présentée ultérieurement et les patients étrangers ne reçoivent aucune traduction écrite ou orale (cf. *supra*).

Recommandation

Les patients doivent être informés de la teneur des certificats médicaux et invités à exprimer leurs observations.

Toutes les décisions relatives à l'hospitalisation doivent être notifiées dès que l'état du patient le permet et être remises en copie.

2.4 L'INFORMATION GENERALE DU PATIENT EST INEGALE AU SEIN DES UNITES ET UNIQUEMENT DISPONIBLE EN LANGUE FRANÇAISE

2.4.1 Le règlement intérieur

L'établissement dispose d'un règlement intérieur, mis à jour en juillet 2017. Six pages sont consacrées aux soins psychiatriques sans consentement (pages 52 à 58) ; elles mentionnent, notamment, le droit à l'information de ces patients. Les unités ne disposent pas d'une version imprimée du règlement. Certains agents indiquent qu'il est consultable sur ordinateur et pourrait, sur demande, être imprimé tandis que d'autres en ignorent l'existence.

2.4.1 Le livret d'accueil

L'établissement dispose d'un livret d'accueil rédigé en quatre langues : français, anglais, portugais et créole du Surinam. Les infirmiers indiquent le remettre au patient au cours de l'entretien d'accueil. Outre que sa remise n'est pas tracée, ce livret ne comporte aucune disposition propre aux soins psychiatriques.

L'unité d'hospitalisation de pédopsychiatrie Acajou dispose d'un livret d'information rédigé en français, mis à jour en mai 2015, remis aux patients et aux titulaires de l'autorité parentale. Il stipule que le service est destiné à l'accueil des adolescents de 12 à 16 ans révolus et précise les règles principales de fonctionnement.

Les contrôleurs ont constaté que les patients ne connaissaient pas le livret d'accueil qui ne contient en tout état de cause pas d'informations spécifiques utiles aux patients hospitalisés sans leur consentement.

2.4.2 Les règles de fonctionnement des unités

L'unité Comou-Wassaï dispose de « *règles de fonctionnement* », affichées en format A4. Ce document porte essentiellement mention des objets interdits, des heures de visites, d'accès au réfrigérateur et à la « *valisère* » ainsi que de la possibilité, pour les patients en SL, de sortir de

l'unité après demande auprès des soignants. Il comporte une rubrique « *signature du patient* » mais est en réalité uniquement affiché et en une seule langue, le français. Quelques autres informations sont affichées sur des supports distincts : la charte du patient en quatre langues, les heures d'accès au téléphone (de 15h à 18h), le planning d'activités (obsolète), le planning journalier des infirmiers, les tarifs d'une journée d'hospitalisation, l'interdiction de conserver des briquets.

De la même manière, l'unité Moutouchi-Amourette comporte un règlement affiché, uniquement en français et sans date de mise à jour, tandis qu'aucune information n'est disponible dans l'unité Wapa.

Le livret d'information de l'unité d'hospitalisation pour adolescents présente les règles de fonctionnement du service, marquées par de nombreux interdits, notamment visites, contacts téléphoniques et accès au jardin uniquement sur prescription médicale.

Recommandation

Le règlement intérieur de l'établissement doit être consultable dans les unités dans une version imprimée.

Le pôle de psychiatrie doit élaborer un livret d'accueil spécifique, remis systématiquement à l'arrivée ou dès que l'état du patient le permet.

Les unités doivent afficher leurs règles de vie, actualisées.

Dans ce département cosmopolite, tous les documents doivent être traduits dans les langues les plus fréquentes.

Il doit être fait appel à des interprètes pour les formalités administratives et, principalement, pour les consultations médicales.

2.5 LES PATIENTS ONT UNE MAUVAISE CONNAISSANCE DES PROCEDURES DE DEPOT DE PLAINTE ET DE RECLAMATION

Une page du livret d'accueil intitulée *En cas de réclamation* évoque la procédure de dépôt de plainte et de réclamation en donnant l'adresse de la direction générale du CHAR et en indiquant qu'une fiche est accessible au bureau des entrées ou sur le site Internet.

Les patients hospitalisés en psychiatrie n'ont donc pas connaissance de la procédure, lorsque le livret d'accueil ne leur est pas remis, n'ayant pas Internet et ne pouvant circuler hors de leur unité. Cependant, des lettres de réclamations individuelles ou le plus souvent collectives parviennent parfois à la direction – cf. *infra* § 4.3.1. Les synthèses et les suites données sont présentées en commission des usagers (CDU) de façon globale. Dans les cas graves, en particulier dans le cas de relations sexuelles non consenties, lorsque le patient demande à déposer plainte, il est fait appel aux forces de l'ordre.

Recommandation

Les patients hospitalisés dans les unités doivent être informés de la procédure de dépôt de plainte et de réclamation.

2.6 LES ASSOCIATIONS REPRESENTANT LES FAMILLES OU LES USAGERS SONT INCONNUES DANS LES UNITES

La page du livret d'accueil intitulée *En cas de réclamation* évoque le traitement des réclamations, l'existence de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC). L'existence des médiateurs médecin et non médecin est citée.

La commission des usagers (CDU) a succédé à la CRUQPC en décembre 2016 avec l'adoption de son règlement intérieur. La CDU s'est réunie régulièrement entre 2016 et 2018.

Elle comportait en 2016 trois représentants des usagers dont un membre de l'association départementale de parents et d'amis des personnes handicapées (ADAPEI) de Guyane et un membre de la ligue régionale de lutte contre le cancer.

La liste des membres de la CDU a été actualisée en juin 2018. Elle comporte un représentant des usagers titulaire, membre de l'ADAPEI, et un membre suppléant, membre de la ligue régionale de lutte contre le cancer. La CDU n'est cependant pas complète, car manquent deux représentants des usagers, un titulaire et un suppléant.

Le rapport annuel de l'année 2017 de la CDU n'a pas été communiqué aux contrôleurs, étant en cours d'approbation. Celui de 2016 leur a été communiqué. En ce qui concerne le pôle de psychiatrie, *l'axe de travail : bientraitance et droits des patients, suivi spécifique du respect des libertés individuelles en psychiatrie* fait apparaître qu'une procédure de gestion des patients en situation d'auto et d'hétéro-agressivité a été rédigée en 2016 et que le personnel devra suivre une formation à l'utilisation des liens de contention et aux techniques de manutention.

Le représentant de l'ADAPEI participe au conseil de surveillance du CHAR.

Dans les unités, les contrôleurs n'ont vu aucun affichage informant les patients et leurs familles de l'existence de l'ADAPEI ni de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM). Les contrôleurs n'ont pas eu connaissance de réunions d'information tenues par ces deux associations, présentes en Guyane, dans les locaux des unités d'hospitalisation du pôle de psychiatrie, à destination des patients ou de leurs proches.

Les réponses au questionnaire de satisfaction délivré sous forme papier pour la période du 1^{er} janvier au 30 septembre 2018 pour les unités Comou, Wassai et Wapa ont été communiquées à la CDU. Même si le nombre de réponses est faible (douze pour les unités Comou et Wassai, six pour Wapa) – il était également faible pour des services de MCO (les interrogations étant faites par mél) –, elles font globalement ressortir les points suivants :

- l'accueil aux urgences, les explications données sur l'état de santé, la prise en compte de la douleur, la qualité globale des soins sont correctes ;
- les explications données sur les effets indésirables des médicaments ne sont pas suffisantes ;
- la qualité des chambres, leur état de propreté sont insuffisants ;
- la qualité des repas est insuffisante.

Recommandation

Les associations représentant les patients hospitalisés en psychiatrie ou leurs familles et leurs proches doivent être davantage associées à la commission des usagers et être présentes aux côtés des patients et du personnel du pôle de psychiatrie.

2.7 LA DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE EST PROPOSEE MAIS SA MISSION N'EST PAS COMPRISE

L'information sur la mission de la personne de confiance varie selon les unités. Dans une unité, une affichette est apposée. Dans l'ensemble des unités, il y a confusion entre la personne de confiance et la personne à prévenir en cas d'incident. La question est en général posée aux patients lorsqu'ils entrent dans une unité, car le logiciel Cimaise la prévoit. Des soignants précisent qu'« *il s'agit d'une personne à contacter si le patient n'est plus en mesure de s'exprimer ou d'un membre de sa famille pour aider le patient dans sa démarche de soins* ». Toutefois, cette désignation n'est pas signée par le patient, la rubrique étant renseignée directement sur l'ordinateur. La personne désignée n'est pas contactée, son rôle ne lui est pas expliqué et elle n'est pas invitée à accepter ni à signer sa désignation. Dans les faits, dans des unités, les proches sont reçus par le médecin et associés au projet de soins, dans la mesure où la sortie du patient est étroitement liée à la possibilité de soutien des proches, mais la notion spécifique de personne de confiance n'est pas mise en œuvre.

Recommandation

Le rôle de la personne de confiance doit être explicité aux patients.

La personne de confiance doit être contactée et informée du souhait du patient ; elle doit signifier son accord et être invitée à participer au processus d'information sur les soins prodigués.

2.8 L'ACCES AU DROIT DE VOTE N'EST PAS ASSURE

L'accès au droit de vote des patients ne fait pas l'objet d'une réflexion au sein de l'hôpital. Rien n'a jamais été organisé ni n'est prévu pour les prochaines élections. L'exercice de ce droit est laissé à l'appréciation du patient en liaison avec sa famille.

La diffusion d'un retro planning pour chaque scrutin devrait permettre de déterminer les patients disposant de leur droit de vote – certains patients sous tutelle étant privés de ce droit en application de l'article L. 5 du code électoral –, de connaître leur éventuelle inscription à un bureau de vote, de faire établir en temps utiles des procurations ou d'accorder des autorisations de sortie.

Dans son courrier en date du 30 janvier 2019, la directrice sur CHAR écrit « sans avoir fait l'objet d'une réflexion sur le fond au sein des services, l'exercice du droit de vote est considéré, prévu et organisé. Chaque patient ayant souhaité voter a pu ainsi se rendre à son bureau de vote pour les scrutins des élections présidentielles et législatives de 2017 ».

Recommandation

Les patients hospitalisés doivent pouvoir exercer leur droit de vote. Des notes d'information indiquant les modalités à suivre doivent être élaborées et diffusées dans les unités préalablement aux élections.

2.9 L'ACCES AU CULTE N'EST PAS GARANTI

Le livret d'accueil du CHAR mentionne, dans un court paragraphe, le droit reconnu aux patients de « *pouvoir recevoir la visite d'un représentant du culte de leur choix, en adressant une demande au médiateur* ». Aucune information n'est néanmoins donnée pour permettre aux patients de contacter téléphoniquement ou par courrier des aumôniers ou des ministres de différents cultes. Un aumônier catholique est salarié du CHAR mais le personnel soignant ignore son existence. Dans les faits, il se rend régulièrement à l'EHPAD mais n'est intervenu qu'à trois reprises en quatre ans au sein des secteurs psychiatriques, à l'initiative des familles et dans le cadre de visites.

Il peut ainsi arriver que des ministres de différents cultes (notamment des représentants d'églises protestantes) se rendent au sein des unités à la demande des familles pour visiter un patient sans que les soignants n'identifient clairement leur activité.

Si les soignants sont plutôt réticents à la venue des ministres de culte, les patients sont néanmoins interrogés à l'admission sur le suivi éventuel d'un régime personnel particulier et des repas sans porc sont distribués.

A l'unité Wapa, les bibles dont disposeraient les patients à leur arrivée sont retirées et les demandes émanant de patients souffrants de délires mystiques sont écartées. Des permissions de sortie peuvent néanmoins parfois être accordées pour les patients souhaitant se rendre à une célébration de leur culte.

Il n'y a pas d'office organisé au sein de l'hôpital, qui ne dispose d'aucune salle dédiée, qu'elle soit polyculturelle ou dévolue à une aumônerie.

Aussi, en l'absence de salle polyculturelle, en l'absence d'accès à l'information sur les coordonnées des représentants des cultes les plus pratiqués, en l'absence de nomination d'aumôniers agréés par le CHAR, autres que l'aumônier catholique, la liberté d'exercice du culte n'est pas garantie.

Recommandation

Le CHAR doit procéder à la désignation d'aumôniers des cultes les plus représentés en Guyane, à l'ouverture d'une salle polyculturelle dédiée, à la diffusion de l'information afférente auprès des patients. L'accès au culte ne doit pas passer par l'intermédiaire du médiateur, comme cela est mentionné dans le livret d'accueil.

2.10 LES PATIENTS NECESSITANT UNE PROTECTION JURIDIQUE SONT IDENTIFIES ET LES PROCEDURES INITIEES PAR LES ASSISTANTES SOCIALES

Le CHAR ne comporte pas de service de mandataire judiciaire – le code de l'action sociale et des familles le rendant obligatoire quand le seuil de quatre-vingts places en hébergement permanent est franchi (articles L. 472-5 et D. 472-13). L'EHPAD du CHAR dispose de soixante-dix lits.

Au sein de l'unité Moutouchi-Amourette, tous les patients bénéficient d'une protection juridique.

Dans les autres unités, les assistances sociales initient des mesures de protection lorsque cela apparaît nécessaire. En moyenne, vingt mesures sont prises annuellement. Le délai moyen de réponse est de 8 à 12 mois, selon le service social, ce qui entraîne la réinitialisation du dossier à l'échéance de 6 mois.

Si une expertise est nécessaire, la secrétaire fixe un rendez-vous avec un des médecins agréés qui se rend dans l'unité ; le coût de l'expertise – de l'ordre de 160 euros – est pris en charge par la famille.

Les mesures juridiques sont assurées par un membre de la famille ou par l'association tutélaire de Guyane (ATG), unique structure compétente en Guyane. Chaque tuteur suit soixante à quatre-vingts dossiers. Les contrôleurs n'ont pas reçu de réclamations concernant des délais prohibitifs pour le paiement de factures par les tuteurs.

Les tuteurs n'assistent qu'exceptionnellement aux audiences du JLD car le greffe ne leur adresse pas de convocation. Ils sont présents quand ils sont informés par le CHAR – leurs coordonnées sont enregistrées dans le logiciel Cimaise.

2.11 LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION EST RESPECTEE AU NIVEAU CENTRAL, MAIS COMPROMISE AU SEIN DES UNITES

Au bureau des admissions de l'hôpital, la confidentialité est strictement respectée quant au secteur d'hospitalisation de la personne. De même, les bulletins d'hospitalisation ne mentionnent pas le service au sein duquel la personne a séjourné.

Cependant, lors de l'entretien d'accueil, il n'est pas demandé au patient s'il souhaite conserver son hospitalisation confidentielle auprès de certaines personnes. Seule l'expression spontanée de ce souhait par le patient sera prise en compte, le cas échéant. *A contrario*, il a été observé la demande insistante d'un soignant pour obtenir le contact téléphonique d'un proche avec lequel la patiente concernée semblait pourtant en conflit en vue de procéder, dans le cas d'espèce, à une hospitalisation en soins sans consentement à la demande d'un tiers.

Recommandation

Lors de l'entretien d'accueil, les soignants doivent s'enquérir auprès des patients des personnes envers lesquelles ils souhaitent conserver leur hospitalisation confidentielle.

3. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEUR CONTROLE INSTITUTIONNEL

3.1 LES AUDIENCES DU JLD SE TIENNENT DANS UN BUREAU NON EQUIPE MAIS PROCHE DES UNITES D'HOSPITALISATION

3.1.1 La préparation de l'audience

Un avis médical, nommé « *avis simple* », est rédigé au cinquième jour d'hospitalisation en vue de la saisine du JLD. Cet avis comporte deux questions auxquelles le médecin répond par « *oui* » ou « *non* » : nécessité d'un interprète et possibilité d'être présenté au JLD. Sur ce dernier point, outre le fait que cette appréciation apparaît trop éloignée de la date d'audience pour tenir compte de l'évolution de l'état du patient (avis émis au cinquième jour pour une audience tenue jusqu'au douzième), cette simple mention ne satisfait pas aux obligations définies par l'article R. 3211-12 du CSP¹³.

Les secrétaires font signer aux patients, au sein des unités, les convocations pour l'audience. Comme pour tous les documents, elles n'en remettent une copie que sur demande. Elles indiquent informer les patients qu'ils seront assistés d'un avocat commis d'office, sans penser à leur demander s'ils souhaitent contacter un avocat de leur choix. La magistrate, en fonction depuis le mois de septembre 2018, estime que les patients semblent peu informés du rôle du juge, qu'elle s'efforce de leur expliquer en termes les plus compréhensibles possible.

Le barreau assure une permanence de deux avocats pour l'activité pénale et de deux avocats pour le contrôle des hospitalisations et l'assurances des personnes étrangères en rétention administrative. Il arrive que les avocats n'assistent pas les patients, accaparés par le contentieux du droit aux étrangers ; tel fut notamment le cas le 4 octobre 2018. Le greffe communique le dossier par voie dématérialisée la veille de l'audience à l'avocat. Faute d'information communiquée sur une éventuelle mesure de protection, les tuteurs et curateurs ne sont jamais avisés de l'audience, sauf s'ils ont la qualité de tiers. Des interprètes sont requis sans difficulté en tant que de besoin.

3.1.2 La tenue de l'audience

Les audiences ont lieu les lundis et jeudis à 10h, dans un espace dédié constitué de deux bureaux, situé dans la partie administrative du bâtiment de psychiatrie et correctement signalisé. Une porte donne accès depuis le couloir à une pièce équipée d'une table et d'une chaise, qui sert aux entretiens avec les avocats et dessert une seconde pièce, meublée d'un bureau et de sept chaises où se tiennent les audiences. Ce local n'est équipé d'aucun matériel informatique.

Les patients sont accompagnés par deux soignants au maximum. Les contrôleurs ont assisté à l'audience du 11 octobre, à laquelle six patients étaient convoqués mais deux seulement ont été conduits devant le magistrat. Le premier était revêtu d'un pyjama d'hôpital, la seconde a attendu debout dans le couloir, avec l'infirmier, pendant que le premier était reçu par l'avocat puis le magistrat. Il eut été préférable d'installer la patiente dans la salle d'attente des consultations, équipée de chaises et distante de cinq mètres seulement. Pour chacun, le temps d'entretien avec

¹³ Art. R3211-12 du CSP 5° b : est communiqué au JLD, le cas échant « L'avis d'un psychiatre ne participant pas à la prise en charge de la personne qui fait l'objet de soins, indiquant les motifs médicaux qui feraient obstacle à son audition ».

l'avocat a été extrêmement bref (une minute) et l'audience devant le juge a duré de l'ordre de 10 minutes. Les professionnels de justice étaient en civil, le personnel soignant est resté à l'extérieur. Le magistrat a expliqué son rôle, indiqué la qualité du tiers – le cas échéant – et donné lecture d'une partie des certificats médicaux. Les deux patients ont paru comprendre le sens de cette audience et ont pu exprimer leur positionnement et souhait quant à leur hospitalisation. Faute d'ordinateur et d'imprimante, le greffier donne à lire ses notes manuscrites d'audience ou les lit au patient, invité à les signer.

Les quatre autres patients n'ont pas été conduits en salle d'audience pour divers motifs : l'une était atteinte de la gale (la magistrate a demandé un certificat médical à l'appui à lui transmettre dans la journée), l'un (SDDE) présentait un risque de fugue, deux autres (un SDDE et un SDRE) étaient placés en chambre d'isolement. Les professionnels de justice se sont déplacés dans les unités pour rencontrer les trois derniers. Pour le premier, l'audience s'est tenue, en présence d'un infirmier, dans un bureau médical. Ce patient, présenté comme « *fugueur* », était très ralenti dans sa gestuelle et son expression mais a pu néanmoins exprimer clairement son souhait de voir mettre fin à son hospitalisation. Le second a été entendu dans sa chambre d'isolement, les infirmiers ayant refusé de l'en sortir sans autorisation du médecin, absent de l'unité. L'avocate s'est entretenue seule une minute avec lui puis le JLD et le greffier l'ont rejointe. Le contrôleur a assisté à l'audience depuis le sas grillagé tandis que quatre infirmiers restaient devant la porte, dans le couloir. Le patient était calme, a compris le sens de la présence du juge et s'est exprimé clairement. On peut s'interroger sur la nécessité d'interdire à ce patient de participer à son audience dans la salle dédiée ou, à tout le moins, dans un bureau de l'unité. Le dernier patient paraissait confus et le juge a décidé de ne pas tenir l'audience en sa présence.

Les ordonnances sont rédigées au tribunal et adressées au secrétariat médical le lendemain. Elles sont notifiées dans les mêmes conditions que toutes les autres décisions. Les décisions du JLD ne comportent pas les voies de recours. Il n'est pas surprenant, dans ces conditions, que la cour d'appel ne soit jamais saisie, sauf régulièrement par une patiente en programme de soins. La magistrate et la greffière, toutes deux en fonction depuis peu de temps, ont indiqué avoir utilisé les trames disponibles sans avoir remarqué cette omission qu'elles se sont engagées à corriger.



Bureau dans lequel se tiennent les audiences du JLD

3.1.3 Analyse des décisions

Selon les chiffres communiqués par l'établissement, pour 333 patients hospitalisés sans leur consentement en 2017, 246 ont été rencontrés par le JLD qui a levé 10 mesures et ordonné une expertise. Le motif de levée résulte souvent d'une saisine tardive. Il n'y a eu aucun appel.

Bonne pratique

Le juge se déplace dans les unités, y compris en chambre d'isolement, lorsque les patients déclarés auditionnables par le médecin ne sont pas conduits à l'audience.

Recommandation

Une copie des convocations doit être remise aux patients, accompagnée d'explications. Les patients doivent être informés du droit de choisir leur avocat.

Le barreau doit organiser une permanence d'avocat adaptée au volume du contentieux de sorte que les patients soient systématiquement assistés ou représentés.

Les ordonnances du JLD doivent comporter les voies de recours et une copie doit être remise aux patients.

Comme pour l'ensemble des décisions, elles doivent être notifiées aux patients dans une langue qu'ils comprennent.

3.2 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES EST CONSTITUEE MAIS EXERCE UN CONTROLE MINIMAL DU SEUL ETABLISSEMENT HABILITE DU DEPARTEMENT

La CDSP est régulièrement constituée. Elle comporte deux médecins psychiatres hospitaliers, dont un exerce au CHAR, et deux associations agréées de familles ou de personnes malades. Elle est présidée par un représentant de l'UNAFAM.

Elle s'est réunie cinq fois en 2017, cependant une réunion a été consacrée à son installation et une a été annulée faute de quorum. Sur les trois réunions effectives, deux ont été consacrées, au siège, à l'étude de quelques dossiers et l'une s'est tenue au CHAR, le 6 décembre 2017 à 10h, avec à l'issue une visite de l'ensemble de l'établissement de midi à 13h30.

Il n'est pas fait mention d'un affichage de cette visite dans les unités et seule une patiente, détenue, a été rencontrée sur initiative d'un des membres de la commission. Le compte rendu de cette visite mentionne uniquement : « *absence de registre d'isolement et de contention, des soucis de maintenance technique dans l'ensemble des pavillons* ». La commission n'a formulé aucune observation sur l'état, notamment, des chambres où sont pratiquées l'isolement.

Recommandation

La CDSP doit procéder à une visite approfondie des unités de psychiatrie, notamment des chambres où sont pratiquées l'isolement, et sa venue, affichée, doit permettre aux patients de solliciter un entretien avec un de ses membres.

Dans son courrier en date du 30 janvier 2019, la directrice sur CHAR écrit « j'encouragerai, via le secrétariat de la CDSP l'organisation de visites dans les unités de psychiatrie afin que les usagers s'expriment et que les équipes bénéficient d'un retour sur leurs pratiques ».

3.3 LA CONSULTATION DES REGISTRES REVELE DES PRATIQUES ILLEGALES ET ATTENTATOIRES AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

Trois secrétaires gèrent toutes les formalités requises pour les patients en soins sans consentement, dont la tenue des registres de la loi. Les informations prévues à l'article L. 3212-11 du CSP sont renseignées, hormis celle relative à une éventuelle mesure de protection. Les secrétaires indiquent n'être pas destinataires de cette information, qui n'est donc transmise ni à l'ARS ni au greffe du JLD, pourtant tenu de convoquer le tuteur ou curateur¹⁴. Les certificats médicaux sont, dans l'ensemble, circonstanciés.

La consultation des registres permet de constater plusieurs irrégularités.

- Pour les patients hospitalisés en péril imminent (PI), tous les certificats émanent parfois de médecins exerçant dans le même établissement¹⁵. Le JLD, compte tenu du contexte contraint de l'offre de soins en Guyane, considère que cette irrégularité de procédure, lorsqu'elle est soulevée, ne cause pas grief au patient. Par ailleurs il n'est mentionné dans le registre aucune démarche de recherche et d'information de la famille¹⁶.
- Lorsque les certificats médicaux des 24 et 72 heures doivent émaner de médecins différents (PI ou SDTU), le peu de disponibilité des psychiatres et le statut de certains d'entre eux, non habilités à émettre ces certificats, ne paraît pas toujours permettre un réel examen du patient par les praticiens signataires.
- Les décisions d'admission du directeur n'interviennent qu'après le certificat de maintien des 24 h, en violation des dispositions de l'article L. 3211-2-2 du CSP. En consultant les dix-sept mesures les plus récentes, les contrôleurs ont constaté que deux personnes avaient été hospitalisées sans leur consentement et sans aucune décision d'admission durant 24 h pour l'une et 48 h pour l'autre, le certificat dit des 24 h n'ayant pas confirmé la nécessité de l'hospitalisation. Cette situation, semble-t-il mise en œuvre pour le confort des administrateurs de garde, constitue une atteinte grave aux libertés individuelles, susceptible d'engager la responsabilité pénale du directeur, en application des art. L. 3215-1 à L. 3215-4 du CSP, et d'ouvrir un recours en indemnisation aux personnes victimes d'un internement irrégulier. Six membres de la direction ont une délégation de signature et assurent une garde hebdomadaire ; cependant, en semaine, la directrice du pôle signe les mesures lorsqu'elle est présente.
- Les décisions signées par la direction après le certificat des 72 h sont à tort nommées « décision relative à la prolongation » et non « au maintien »¹⁷ de l'hospitalisation.

¹⁴ Art. L. 3213-1 et R. 3211-13 2° du CSP.

¹⁵ Art. L. 3212-1 du CSP.

¹⁶ Art. L. 3212-1 II 2° du CSP.

¹⁷ Art L. 3212-14 du CSP.

Recommandation

Les décisions d'hospitalisation relevant du directeur doivent être prises dès que le ou les certificats médicaux d'admission caractérisent la nécessité d'une hospitalisation sans consentement.

3.4 LE COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE EMET UN AVIS FORMEL QUI NE REFLETE PAS UN EXAMEN PLURI PROFESSIONNEL APPROFONDI

Le collège de soignants, obligatoire notamment pour les hospitalisations de plus d'un an, fait l'objet d'une convocation du directeur dans les délais prescrits. En 2017, cinq collèges ont été convoqués. Le professionnel non médecin est le plus souvent le cadre de l'unité, parfois un infirmier. Au vu des témoignages recueillis, il ne semble pas que cette instance soit toujours l'occasion d'un échange approfondi sur la situation du patient, ni même que ce dernier soit reçu et entendu par le collège. Les avis consultés par les contrôleurs ne portent en tout état de cause pas mention de ses observations. Il a été indiqué aux contrôleurs que, bien souvent, l'avis est rédigé par le médecin traitant et signé par un de ses confrères et un cadre. L'avis ainsi émis serait notifié au patient par une secrétaire.

Recommandation

Le collège des professionnels de santé doit constituer une réelle instance de réflexion et recevoir les patients.

3.5 LES AUTORITES TENUES DE VISITER L'ETABLISSEMENT ACCOMPLISSENT LEURS OBLIGATIONS, HORMIS LE MAIRE DE LA COMMUNE

Les autorités tenues de visiter l'établissement paraissent exercer leur contrôle, quoique les contrôleurs n'aient pas trouvé mention de leur visite dans les derniers registres¹⁸. Les secrétaires ont indiqué, de mémoire, avoir reçu la visite d'un substitut du procureur en début d'année 2018. Le procureur a adressé aux contrôleurs un rapport de visite daté du 13 décembre 2016, invitant à renforcer la sécurité dans l'établissement au vu notamment de l'accueil de patients détenus. Le directeur de cabinet du préfet a indiqué que le préfet s'est déplacé dans l'établissement en décembre 2017. Il n'a pas été évoqué de visite d'un représentant du TGI mais les JLD se déplacent dans les unités dans le cadre de leur mission de contrôle des hospitalisations (cf. *supra* § 3.1.2).

3.6 LES SORTIES DE COURTE DUREE ET PROGRAMMES DE SOINS SONT MIS EN ŒUVRE POUR PREPARER LA LEVEE DE LA MESURE

Le préfet ne s'oppose pas aux propositions de sorties, aménagement ou levée de la mesure et sollicite rarement un deuxième avis médical. Pour les permissions de sortie des patients en SDRE, l'ARS rédige à l'attention de l'autorité préfectorale une note qui comporte un historique de la mesure, collée dans le registre. Conformément à la loi, l'absence de réponse formelle dans les

¹⁸ Art 3222-4 du CSP : *Les établissements sont visités sans publicité préalable au moins une fois par an par le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, par le président du tribunal de grande instance ou son délégué, par le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement et par le maire de la commune ou son représentant.*

deux jours vaut accord. Les sorties accompagnées de moins de 12 heures sont conditionnées à la présence de personnel en nombre suffisant le jour où elles sont programmées. Les assistantes sociales et infirmières accompagnent les patients dans leurs démarches extérieures, dans la perspective notamment d'un placement en établissement médico-social ou en famille d'accueil.

4. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

4.1 TOUTES LES UNITES SONT FERMEES ET PEU DE PATIENTS DISPOSENT DE LA LIBERTE D'EN SORTIR

4.1.1 L'organisation architecturale

Le bâtiment administratif comprenant également les bureaux de consultations extérieures, l'hôpital de jour et l'unité Simarouba pour les activités thérapeutiques, situé en amont des unités de psychiatrie, ne dispose pas d'accueil ni de signalétique claire quant à la localisation des différentes unités. Si un panneau indique bien la présence des secteurs psychiatriques à l'entrée du pôle, celui-ci, situé derrière l'EHPAD et à l'opposé du bureau des entrées et des services de MCO, ne bénéficie pas d'un fléchage depuis l'entrée principale. Aucun contrôle des entrées et des sorties n'est mutualisé, ce dernier s'effectuant par le biais des interphones directement aux entrées des trois unités (Moutouchi-Amourette, Comou-Wassai et Wapa-Amarante).

Recommandation

Une signalétique claire doit permettre un accès facilité aux unités psychiatriques au sein de l'hôpital.

L'unité Acajou est située au sein des services de MCO. Son patio central, équipé d'un filet, donne vue sur les patients hospitalisés en chirurgie. Les fenêtres du réfectoire et de la salle de réunion, donnant sur un couloir de l'hôpital général, ont été occultées par l'apposition de papiers. Un panneau fléché à l'entrée des services de MCO signale la présence de l'unité. Un interphone sécurise l'accès à un sas où sont situés les bureaux du secrétariat et des AFT ainsi que l'entrée de l'unité.



A gauche, patio intérieur de l'unité Acajou donnant vue sur un couloir à l'étage, à droite, vue des fenêtres obscurcies depuis le couloir de l'hôpital

4.1.2 Les unités

Aucune unité ne permet la libre circulation à l'extérieur, hors accès aux cours qui leur sont attenantes. Les patients, même en soins libres, doivent solliciter une autorisation pour sortir de leur unité.

Ainsi, lors de la visite, à l'unité Wapa, aucun patient n'était autorisé à sortir, sinon dans la cour de l'unité. Deux patients étaient pourtant en soins libres.

Les règles de fonctionnement des unités mentionnent le principe suivant, sous l'item « *liberté d'aller et venir* » : « *tout usager en soins libres peut sortir du service s'il le désire. Pour cela il doit se rapprocher de l'équipe soignante pour l'ouverture des portes. En effet, certains usagers étant en soins sous contrainte, les portes restent fermées pour leur sécurité* ».

Dans les faits, à l'unité Comou, sur cinq patients en soins libres, quatre pouvaient théoriquement sortir non accompagnés, sous réserve de leur état, du motif et de la durée de la sortie, appréciés par le personnel soignant, les conduisant à limiter drastiquement les sorties non accompagnées. Tous les patients ont cependant accès au jardin, bien aménagé, ouvert du petit déjeuner à la pause cigarette d'après dîner.

A l'unité Wassai, le « *jardin* » était interdit d'accès. Par crainte des fugues, cet espace extérieur et pourtant clos mais jugé insuffisamment sécurisé par le personnel demeure le plus souvent fermé à clé, comme c'était le cas lors de la visite.



Le « *jardin* » de l'unité Wassai, fermé à clé

Les patients en soins libres doivent obtenir l'autorisation du médecin pour sortir de l'unité. Sur les treize patients présents au sein de cette unité lors de la visite, quatre étaient en soins libres mais aucun n'était autorisé à sortir seul. Ces sorties dépendent ainsi de la disponibilité des équipes, qui sont le plus souvent en nombre insuffisant pour assurer ces accompagnements. La charge pèse dès lors le plus souvent sur les familles qui achètent cigarettes et autres produits qu'ils rapportent à leurs proches lors des visites.

Aux unités Moutouchi-Amourette, les patients en soins libres sont autorisés à sortir entre 10h et 11h, sous réserve de l'accord des soignants. Les deux unités communiquant entre elles pendant la journée, les patients peuvent utiliser indifféremment les « *jardins* » de chacune d'entre elles. Dans celui d'Amourette, les patients bénéficient de l'ombre d'un arbre et peuvent utiliser un

banc. Dans celui de Moutouchi, le banc et la poubelle sont cassés et inutilisables. Si antérieurement, des plantes étaient entretenues dans le cadre d'activités thérapeutiques, ce n'était pas le cas lors de la visite des contrôleurs.



Le jardin de Moutouchi



Le jardin d'Amourette

Recommandation

L'organisation du secteur de psychiatrie adulte doit être réétudiée en vue de permettre une hospitalisation dans des unités ouvertes pour la grande majorité des patients. La liberté d'aller et venir des patients en soins sans consentement ne doit être limitée que dans la stricte mesure où leur état clinique le nécessite.

L'unité Acajou est également fermée. Un espace extérieur équipé d'un petit carbet reste fermé à clé et les patients n'y accèdent que sur autorisation médicale et encadrés par les soignants.



Carbet équipant le jardin de l'unité Acajou

4.1.3 La sortie des unités

Il n'existe pas de cafétéria pour la psychiatrie ni aucun autre lieu de convivialité. La cafétéria de l'hôpital, située près du bureau des entrées, est très éloignée du secteur et les patients ne s'y rendent jamais. La création d'une cafétéria animée par des patients de l'hôpital de jour et positionnée au rez-de-chaussée du bâtiment administratif avait été un temps envisagée mais n'a jamais abouti faute de financements. Aucun distributeur de boissons et de friandises n'est installé au sein de l'ensemble immobilier regroupant les unités de psychiatrie adulte.

Lorsque des patients sont autorisés à circuler en dehors de leur unité, ils se rendent auprès d'un commerce de proximité situé près de l'entrée principale de l'hôpital afin d'acquérir des cigarettes ou d'autres biens de consommation courante. Ils peuvent également être accompagnés jusqu'à *la Poste* pour retirer de l'argent.

Du fait de la fermeture des unités, l'accès à l'unité Simarouba qui dispense les activités thérapeutiques et sportives ne se fait qu'accompagné du moniteur de sport ou de l'ergothérapeute, qui vont directement chercher les patients concernés au sein des unités.

Recommandation

Le projet de création d'un lieu de convivialité de type cafétéria doit être réactivé. L'autonomie des patients dans leur accès aux activités thérapeutiques doit être privilégiée.

A l'unité Acajou, en l'absence de l'éducateur sportif, aucune activité extérieure (randonnée, piscine, etc.) n'était plus organisée. Les sorties, même dans le jardin, ne se font que sur prescription médicale et toute sortie de l'unité se fait accompagnée.

Recommandation

Les mineurs hospitalisés doivent pouvoir accéder quotidiennement à l'air libre. L'absence d'un moniteur sportif ne doit pas entraîner l'arrêt des activités extérieures, dès lors que des adultes peuvent assurer l'accompagnement.

4.2 LES CONTRAINTES IMPOSEES AUX PATIENTS DANS LEUR VIE QUOTIDIENNE SONT NOMBREUSES, PEU FORMALISEES ET NON INDIVIDUALISEES

4.2.1 L'accès au tabac

Dans l'ensemble des unités, l'accès au tabac est restreint. Si un libre accès aux « *jardins* » sur de larges plages horaires (excepté à l'unité Wassai où, la cour extérieure étant fermée, les patients sont autorisés à fumer à l'entrée de l'unité, dans un renforcement où sont placés quelques fauteuils) permet aux patients de fumer à l'air libre, les cigarettes et les briquets sont le plus souvent confiés aux soignants qui les délivrent selon les règles qu'ils définissent.



Coin fumeur à l'entrée de l'unité Wassai

Ainsi, au sein de l'unité Wassai, les patients sont autorisés à conserver leurs cigarettes en journée, comme le précise une note d'information qui rappelle l'interdiction des briquets dans

le service et le fait que « *les paquets de cigarettes sont récupérés par les infirmiers à 20 heures* ». Les patients sollicitent donc les soignants pour obtenir du feu et pouvoir fumer en journée. Les pratiques sont néanmoins différentes selon les soignants : certains ne limitent pas l'usage des cigarettes, d'autres n'autorisent qu'un nombre limité de cigarettes en journée, d'autres enfin retirent les paquets à certains patients et ne leur remettent du feu et des cigarettes qu'à certains moments de la journée, afin d'éviter le racket de ces patients considérés comme vulnérables aux sollicitations.

A l'unité Comou, les cigarettes sont rangées dans le casier du patient. Les infirmiers ne remettent les paquets que durant quinze à trente minutes après chaque repas et un infirmier accompagne les patients fumeurs à l'extérieur pour allumer leurs cigarettes.

A l'unité Wapa, les patients ne sont autorisés à fumer que quatre fois par jour à raison d'une cigarette à chaque pause. Cigarettes et briquets sont conservés dans les casiers des patients.

Au sein des unités Moutouchi-Amourette, les règles de fonctionnement mentionnent que les patients sont autorisés à fumer dans le patio. Dans les faits, ils sont invités à fumer dehors en journée, et cette autorisation ne prend effet que le soir.

Les patients fumeurs n'ont cependant accès qu'à trois cigarettes par jour : le matin entre le petit-déjeuner et la collation, puis entre le déjeuner et le goûter et le soir après le dîner. Le briquet reste entre les mains d'un soignant.

A Moutouchi-Amourette, les cigarettes sont achetées une fois par mois par l'animatrice avec l'argent remis par les tuteurs. Elles sont distribuées indépendamment des montants investis pour chaque patient.

Au sein des autres unités, si le patient est autorisé à sortir, il peut acheter lui-même du tabac dans un commerce de proximité. La plupart du temps, les patients sollicitent leurs proches afin qu'ils en rapportent. Dans des cas plus rares, les soignants se chargent d'acheter les cigarettes des patients qui disposent d'argent.

Les mineurs hospitalisés à l'unité Acajou ne sont pas autorisés à fumer.

Recommandation

Les restrictions d'accès au tabac doivent s'accompagner d'une prise en charge adaptée et de la prescription de substituts nicotiques pour ne pas entraîner de sevrage brutal. Ces limitations doivent être individualisées et l'autonomie privilégiée.

4.2.2 L'accès aux chambres

Dans l'ensemble des unités, les chambres ne sont, en général, jamais fermées, de jour comme de nuit, sauf en cas de prescription médicale. Les patients sont simplement invités à se rendre dans le patio pendant le ménage.

A Moutouchi-Amourette, la présence d'une patiente urinant sur les lits des chambres ouvertes et d'un patient autiste détériorant les équipements ont conduit à la fermeture des chambres en journée. Cependant, les soignants ouvrent les chambres à la demande ou confient la clé aux patients qui sont en capacité de la gérer.

Cet accès est essentiel car il n'y a pas de toilettes communes au sein des unités. Les patients vont dans leur chambre pour s'allonger sur leur lit et accéder à leur sanitaire.

A Acajou, les mineurs ne peuvent pas accéder librement à leur chambre de 10h à 12h et de 15h à 17h, dans le but de les inciter à participer aux activités communes. Après le déjeuner et jusqu'à 15h, ils ont, au contraire, l'obligation de demeurer dans leur chambre pour un temps calme.

Recommandation

La remise d'une clé de confort de sa chambre à chaque patient doit être favorisée et les limitations d'accès justifiées par l'état clinique.

4.2.1 Les horaires

Dans l'ensemble des unités pour adultes, les patients ont l'obligation de rester en chambre entre 22h30 et 6h. La toilette et le rangement de la chambre sont imposés entre 7h30 et 8h, avant le petit déjeuner qui est servi de 8h à 8h30.

A Acajou, l'heure du coucher est fixée à 22h30 en semaine et 23h le week-end.

4.2.2 La restauration

Les repas sont pris collectivement au sein des unités « *dans un souci de convivialité et socialisation* » précisent les règles de fonctionnement, sur les tables et les chaises disposées dans la salle commune, servant également aux éventuelles activités en journée.

Dans la plupart des unités, le choix des places à table est libre. Si les patients sont fortement incités à se réunir pour manger, ils peuvent de manière exceptionnelle être autorisés à prendre leur repas dans leur chambre, en emportant leur plateau. Les soignants, qui ne mangent pas avec eux, demeurent néanmoins présents pour les surveiller, le temps du repas.

A Moutouchi-Amourette, les places à table sont choisies par les soignants, pour éviter d'éventuels conflits et les patients ne sont pas autorisés à manger dans leur chambre où le défaut de mobilier rendrait cette éventualité impossible.

Enfin, les personnes placées en chambre d'isolement sont parfois autorisées à sortir pour prendre leur repas avec les autres patients. Cependant, la plupart du temps, le repas leur est servi en chambre et le contenu du plateau est posé à même le matelas, ces chambres n'étant pas équipées de table ni de chaise.

A Acajou, les repas sont pris collectivement dans le réfectoire et les soignants mangent avec les mineurs. Les tables sont réunies ou séparées suivant l'ambiance entre les jeunes ; les soignants sont toujours positionnés face à la porte d'entrée du réfectoire. Une participation collective aux tâches liées aux repas fait l'objet d'un planning affiché dans le réfectoire. Les mineurs effectuent à tour de rôle les tâches suivantes : débarrasser et essuyer la table, faire et essuyer la vaisselle, balayer et nettoyer le sol avec la serpillère.

Les petits déjeuners sont majoritairement servis de 8h à 8h30, les déjeuners de 12h à 13h, une collation est proposée à 16h et le dîner est pris entre 18 et 19h. Les repas sont préparés à la cuisine centrale puis livrés dans chaque unité. Dans les unités Moutouchi-Amourette, une collation est également proposée entre 10h et 10h30.

Les petits déjeuners et les collations sont stockés dans une armoire de l'office. Un bon hebdomadaire est renseigné par l'ASH en vue de commander les produits auprès du magasin d'alimentation de l'hôpital. Les formulaires listent les produits suivants : lait, chocolat, sucre, café, confiture, thé, fromage et beurre et des cases vides sont laissées pour d'éventuelles autres demandes (tels que des gâteaux pour les collations).

Pour les repas chauds, les ASH réceptionnent les chariots repas par unité qui leur sont apportés à l'arrière des bâtiments, depuis une porte donnant directement accès à l'office.

Ils vérifient le nombre de plateaux et connectent le chariot à la borne qui permet le réchauffement des plats situés d'un côté du plateau et la conservation au frais des entrées et des desserts. L'étanchéité des deux parties du plateau n'est cependant pas optimale et les repas sont souvent servis tièdes, desserts et entrées compris. Certaines bornes sont par ailleurs défectueuses et s'arrêtent avant la fin programmée du réchauffement des plats, qui dure normalement 45 minutes.

Chaque plateau comprend le nom du patient concerné inscrit sur un papier. Ainsi, les régimes diabétiques ou sans sel sont délivrés nominativement.

Lors de la visite, le menu du mardi midi était annoncé comme étant composé d'un pâté en barquette, d'une fricassée de veau avec pommes vapeur, d'une crème dessert au caramel, d'un fruit et d'un morceau de pain de 50 grammes. La veille, le repas de midi comprenait des côtes de porc avec haricots blancs, une salade de betteraves, un yaourt et une pomme.

Depuis deux à trois mois, les menus ne sont plus communiqués à l'avance. Ils ne sont donc plus affichés sur les portes de l'office.

Auparavant équipée de cuisinières, les salles de réunion qui servent parfois à des activités communes entre unités, ne contiennent plus qu'un minifour ou un four à micro-ondes, le remplacement des cuisinières n'ayant pas été autorisé au motif que les activités cuisine pourraient entraîner des risques sanitaires. Dans les faits, les soignants organisent parfois des activités de préparation de gâteaux.

Enfin, les patients peuvent entreposer de la nourriture, apportée par leurs visiteurs ou achetée lors de leurs sorties, dans un réfrigérateur commun situé dans le bureau des soignants. Les horaires d'accès sont fixés par le règlement de vie de l'unité et correspondent en plages plus élargies aux horaires des repas.

A l'unité Acajou, toute nourriture venant de l'extérieur est interdite. Le petit déjeuner est servi à 9h et une collation est proposée l'après-midi. Les soignants partageant les repas avec les mineurs ont souligné le manque de qualité gustative des repas servis. Un office alimentaire sert à stocker les petits déjeuners, les fruits et les collations ainsi que les bouteilles d'eau, nominatives, auxquelles les patients n'accèdent que sur demande.

Si les familles n'ont pas le droit d'apporter de la nourriture aux enfants, les soignants sont soumis à la même interdiction pour les biscuits ou les bonbons, même dans des circonstances exceptionnelles telles que les fêtes de fin d'année ou la célébration d'un anniversaire, lesquels ne sont donc plus fêtés. Si un mineur revient de permission avec un paquet de gâteaux, celui-ci sera partagé entre tous. Cette restriction totale découlerait d'antécédents de vols et de conflits, et perdure depuis deux ans. Aucun atelier thérapeutique de cuisine n'est par ailleurs organisé.

Recommandation

Le système de mise en température des repas doit être rendu fiable.

Il conviendrait de revenir à une plus grande souplesse concernant l'apport de nourriture de l'extérieur, notamment pour les fêtes et les anniversaires, au sein de l'unité pédopsychiatrique.

Des ateliers cuisine pourraient utilement être mis en place.

4.3 LES PATIENTS NE DISPOSENT PAS LIBREMENT DES MOYENS DE COMMUNIQUER AVEC LEURS PROCHES

4.3.1 Le courrier

Les courriers arrivés transitent par les services du vagemestre de l'hôpital et ne posent pas de difficultés. Ils sont remis par les infirmiers aux patients concernés.

S'agissant des courriers « départ », des informations parfois contradictoires ont été données aux contrôleurs. Les patients peuvent en règle générale se voir remettre du papier et des enveloppes s'ils le sollicitent, et le courrier est affranchi et posté par l'entremise du secrétariat et du vagemestre de l'hôpital. S'il s'agit de lettres pour régler des formalités administratives ou écrire à un proche, le patient est aidé et la lettre postée. Dans les autres cas et, selon les propos recueillis auprès des équipes médicales, « *dans un souci de protection* », les envois peuvent être filtrés.

Il a notamment été indiqué que dans certaines unités, les courriers des patients, plutôt rares, étaient remis au cadre de santé, même ceux à destination d'un tribunal, d'un avocat ou encore de la direction de l'hôpital et étaient le plus souvent versés au dossier du patient, notamment lorsqu'ils paraissaient délirants ou qu'ils émettaient un avis négatif sur la prise en charge médicale. Ainsi, certains courriers de mécontentement ne seraient jamais postés – cf. *supra* § 2.5.

Aucune information sur les autorités, qui peuvent être saisies par les patients notamment s'ils souhaitent contester leur admission en soins psychiatriques contraints, ne figure au sein des unités, que ce soit par le biais d'une note d'information, d'un livret d'accueil ou au sein des règles de fonctionnement (cf. *supra* § 2.2 à 2.6).

A l'unité Acajou, le règlement intérieur précise qu'« *il est possible de recevoir ou d'envoyer du courrier, sauf contre-indication médicale ou judiciaire. Les frais d'envoi du courrier sont à la charge de la famille du patient* ».

Recommandation

Le droit d'émettre ou de recevoir des courriers est un droit qui, conformément à l'article L.3211-3 du code de la santé publique, ne doit faire l'objet d'aucune restriction. La liberté de correspondance des patients implique qu'elle puisse être assurée sans contrôle ni ouverture des enveloppes par le personnel. Des boîtes aux lettres doivent être installées dans les unités et relevées par le seul vagemestre de l'hôpital.

4.3.2 L'accès au téléphone

Les téléphones portables font l'objet d'un retrait systématique lors de l'admission, que la personne soit en soins libres ou en soins sans consentement. Ils sont remisés dans les casiers des patients. La possibilité d'appeler est limitée dans l'ensemble des unités à certains créneaux horaires et s'effectue depuis le poste du bureau infirmier, sous surveillance. Certains patients peuvent utiliser leur téléphone portable dans les mêmes conditions horaires et de contrôle.

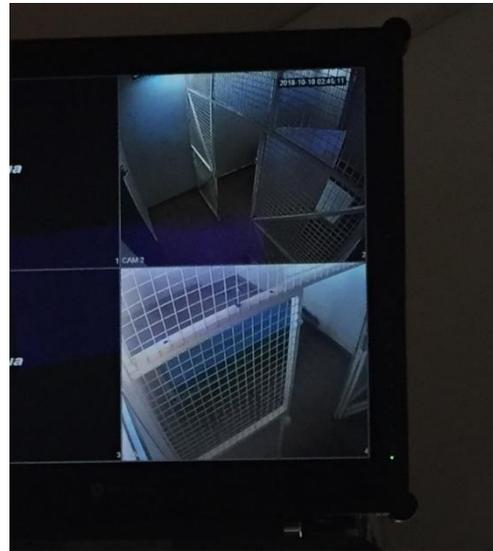
Que ce soit avec leur téléphone personnel ou, le plus souvent, celui du service, les patients ne peuvent passer que deux appels par jour, entre 15h et 18h dans les unités Comou et Wassai et entre 16h et 18h à l'unité Wapa. Une note d'information affichée dans l'unité Wassai indique ainsi que « *l'utilisation du téléphone portable prévoit deux appels par jour de 15 heures à 18*

heures, en présence des soignants dans le bureau du personnel pendant 15 minutes maximum. Le téléphone doit être restitué à l'admission et après chaque utilisation ».

L'absence de confidentialité des appels est justifiée par les soignants par le risque de conflit avec les proches et par la nécessité de prendre le relais si la discussion s'envenime. Un patient a cependant relevé être gêné de laisser un message téléphonique à sa petite amie en présence des soignants.

Dès 15h, les patients sont nombreux à patienter devant la porte du bureau des infirmiers pour accéder au téléphone.

A l'unité Comou, certains patients peuvent « s'isoler », porte ouverte, dans le bureau du médecin attendant au bureau des infirmiers, lorsqu'il est inoccupé. Or, ce bureau comprend le moniteur retransmettant les images des caméras de vidéosurveillance des chambres d'isolement des deux unités ne préservant pas l'intimité des patients (celle de l'unité Wassai donne vue sur le lit, les toilettes à la turque et la douche).



Moniteur dans le bureau du médecin de Comou réceptionnant les images des caméras des CI de Comou (image du haut) et Wassai (image du bas)

Aux unités Moutouchi-Amourette, cet accès est encore plus limité puisque les patients ne peuvent téléphoner que le mercredi, toute la journée, en utilisant l'appareil du bureau des infirmiers et en leur présence. L'utilisation du téléphone un autre jour est possible mais demeure exceptionnelle. Lors de la visite, un patient disposant de la permission de sortir de l'unité tous les jours était autorisé à conserver son téléphone portable avec lui car il achetait régulièrement un nouveau téléphone dès qu'il n'avait plus accès à son appareil.

A l'unité Acajou, les mineurs ne peuvent pas conserver leur téléphone. Seuls les appels à la famille sont autorisés, sur décision médicale et après une période de coupure de 48h après leur hospitalisation. Les appels sont passés depuis un poste de service dans le bureau d'entretien, sous la surveillance d'un soignant qui demeure dans la pièce ou à l'extérieur, porte ouverte. L'enfant a l'obligation de s'exprimer en français. Les appels s'effectuent à partir de 15h, durent entre 20 à 30 minutes maximum et sont limités à deux ou trois par semaine, selon l'avis médical. Les parents peuvent communiquer des informations aux soignants en appelant sur le téléphone de service, dont le numéro leur est donné à l'entrée. Les mineurs ont regretté ne pas pouvoir joindre d'autres personnes que leurs parents.

Enfin, aucune unité ne dispose d'un accès Internet pour les patients.

Recommandation

Le retrait systématique des téléphones portables doit être proscrit. Des installations téléphoniques permettant d'assurer la confidentialité des conversations vis-à-vis des autres patients et du personnel doivent être aménagées au sein des unités et être accessibles tout au long de la journée.

Les interdictions ou limitations d'accès au téléphone doivent être individualisée et dûment motivées, en fonction de l'état clinique des patients.

Enfin, un accès à Internet doit être aménagé afin de permettre aux patients dont l'état clinique le permet de consulter leur messagerie, de se former ou de s'informer et d'initier des démarches pour préparer leur levée d'hospitalisation.

4.3.3 La gestion des visites

Dans les unités Comou et Wassai, les visites sont autorisées entre 14h30 et 18h30 en semaine et de 11h à 18h les week-ends et jours fériés. Les affiches sur les portes d'accès des unités indiquent également que les visites en chambre sont interdites et que les enfants de moins de 17 ans ne sont pas autorisés dans l'unité (sauf autorisation médicale). A Comou, un petit salon pour les visites (fauteuils et table en bois ont été financés par une opération « Pièces jaunes ») est installé dans un renforcement à l'entrée. Bien que sans cloison, son isolement de la pièce commune permet de conserver une certaine intimité. A Wassai, ce même espace sert de coin fumeur en l'absence d'accès à la cour et n'a pas été aménagé avec du mobilier récent. Les visites se déroulent le plus souvent sur un banc dans la salle commune où l'intimité n'est pas préservée. Dans le sas d'entrée commun à ces deux unités, un petit salon a également été installé, lequel ne semble pas investi, les patients n'ayant, pour la plupart, pas le droit de sortir de l'unité.



Le salon installé dans le sas d'entrée des unités Comou et Wassai est meublé.

A l'unité Wapa, les visites ont lieu de 16h à 18h avec un créneau supplémentaire de 10h à 11h30 les week-ends. Les patients peuvent recevoir jusqu'à trois personnes au maximum. Les visites se déroulent dans un espace dédié à l'écart à l'entrée de l'unité.

Dans les unités Moutouchi-Amourette, les horaires des visites sont de 13h à 18h en semaine et de 11h à 18h les week-ends et jours fériés. L'affichage apposé sur les portes d'accès à l'unité précise que ces visites ont lieu « *dans l'espace dédié à cet effet* ». Si ces espaces existent bien dans chaque unité, ils sont cependant dénués de tout meuble. Chaque hall dispose de quelques sièges mais en nombre insuffisant et ne permettant pas la préservation de l'intimité. Les enfants de moins de 13 ans ne sont pas autorisés à entrer dans l'unité.

L'information aux visiteurs du pôle de psychiatrie apposée au rez-de-chaussée du bâtiment administratif présente des horaires de visites erronés. Il y est précisé que les visites ont lieu tous les jours de 13h à 19h aux unités Comou-Wassai, de 16h à 18h et de 10h à 11h30 le week-end à l'unité Wapa et tous les jours de 11h à 12h et de 16h à 17h aux unités Moutouchi-Amourette.

Dans l'ensemble de ces unités, les visiteurs bénéficient d'une certaine souplesse horaire. Au cours de leur venue, les familles peuvent remettre des biens à leurs proches tels que des vêtements (qu'ils sont incités à laver), des produits alimentaires (voire des repas confectionnés à domicile) ou encore du tabac.

Enfin, si les restrictions de visites sont très rares et découlent le plus souvent du souhait exprimé par le patient, il peut arriver que les patients ne soient pas autorisés à recevoir des visites les premiers jours de leur hospitalisation ou lorsqu'ils séjournent en chambre d'isolement. Néanmoins, médecins, infirmiers et assistantes sociales rencontrent les familles et échangent avec eux dans le cadre de la préparation à la sortie.

A l'unité Acajou, une coupure entre les mineurs et leurs proches est systématiquement imposée à leur arrivée pour une durée de 48h. Les visites sont ensuite autorisées sur décision du médecin. Un salon meublé qui dispose d'une porte leur est dédié. Les visites sont pour la plupart médiatisées, un soignant assistant aux échanges, avec parfois un temps seul laissé à la fin. Elles ont lieu de 16h30 à 18h en semaine et de 15h à 18h les week-ends. Les frères et sœurs mineurs ne sont pas autorisés à entrer mais le patient mineur peut venir les saluer dans le sas d'entrée. Un maximum de deux visiteurs est autorisé et seuls les parents peuvent rendre visite aux patients.

4.4 LE PYJAMA EST SOUVENT REVETU PAR LES PATIENTS

Au sein des unités, le port du pyjama hospitalier bleu n'est pas obligatoire. Pour les patients qui en portent, il a été précisé qu'ils attendent du linge venant du nettoyage – la quantité de vêtements dont ils disposent étant limitée. Les patients sont parfois aussi en pyjama pour limiter le risque de sorties non autorisées et, à Wassai, portés par les « *suicidaires* » pour éviter qu'ils ne se pendent. Il est indiqué également que certains préfèrent ce pyjama aux vêtements issus de dons, sous réserve que ces derniers leur soient proposés, cf. *infra* § 5.2. Le stock de vêtements d'urgence est en effet peu développé et repose sur les affaires laissées par d'anciens patients ou les dons des soignants. Il n'y a pas de convention avec une organisation caritative.

Le port du pyjama est en revanche systématique en chambre d'isolement quel que soit l'état clinique. Un jeune patient, régulièrement autorisé à déambuler dans le service la journée mais régulièrement enfermé dans une chambre d'isolement dans les moments de surveillance moins

facile, ne pouvait ainsi porter, malgré ses demandes récurrentes, un pantalon et un tee-shirt rangés dans un vestiaire métallique ouvert, situé dans le couloir devant les chambres d'isolement.

Recommandation

Le port du pyjama du seul fait d'être placé en chambre d'isolement ne peut être systématique. Ce port obligatoire doit faire l'objet d'une décision du médecin, régulièrement renouvelée, basée sur des considérations individuelles et cliniques.

5. LES CONDITIONS DE VIE DES PATIENTS

5.1 LES CHAMBRES SONT DEGRADEES

Les unités Comou, Wassai, Moutouchi et Amourette ont une capacité d'accueil de quatorze patients, répartis dans quatre chambres doubles et six chambres individuelles. Seule l'unité Wassai, équipée de deux chambres doubles, a une capacité de dix lits. Les surfaces au sol, comprenant les salles d'eau, sont de 15 m² pour les chambres simples et de 22 m² pour les chambres doubles.

Toutes les chambres donnent sur un patio central.



Patio central de l'unité Wassai. Sur les côtés, entrées des chambres. Au fond, chambre d'isolement.

Le patient ne dispose pas d'une capacité de choix. L'affectation en chambre est décidée par les soignants, en fonction des places disponibles. Les chambres doubles sont nécessairement attribuées à des patients du même sexe.

S'il y a mésentente caractérisée (menaces, etc.), un changement peut être opéré à la diligence des soignants. Lorsqu'une personne est en isolement à son arrivée, elle sera le plus souvent affectée en chambre double, l'autre patient y demeurant seul le temps de son placement, excepté à l'unité Wassai où certains patients mis à en isolement ne disposent pas de chambre ordinaire.

Aucun patient ne dispose de la clé de sa chambre, hormis aux unités Moutouchi-Amourette où la fermeture des chambres en journée a impliqué la remise des clés à certains patients, cf. *supra* § 4.2.2.

Aucune chambre n'est équipée d'un poste de télévision lequel est installé dans le patio pour un usage commun. Lors de la visite, les téléviseurs des unités Moutouchi et Wassai étaient hors d'état de fonctionnement depuis plusieurs jours. Les patients peuvent acheter un poste de radio mais ne sont pas autorisés à acquérir un téléviseur ou tout autre appareil informatique. Un poste de radio était en libre accès à l'unité Wassai pour compenser le téléviseur hors d'état de marche lors de la visite.

Plutôt spacieuses et tenues propres, les chambres sont néanmoins vétustes et dépourvues de mobilier homogène (l'ameublement provenant des services de MCO lors de renouvellements de l'équipement des chambres). Elles ne sont pas équipées de bouton d'appel. Aucune des chambres ne comporte de décoration. Les peintures murales sont dégradées, les chambranles parfois abîmés, certains fils électriques apparents.



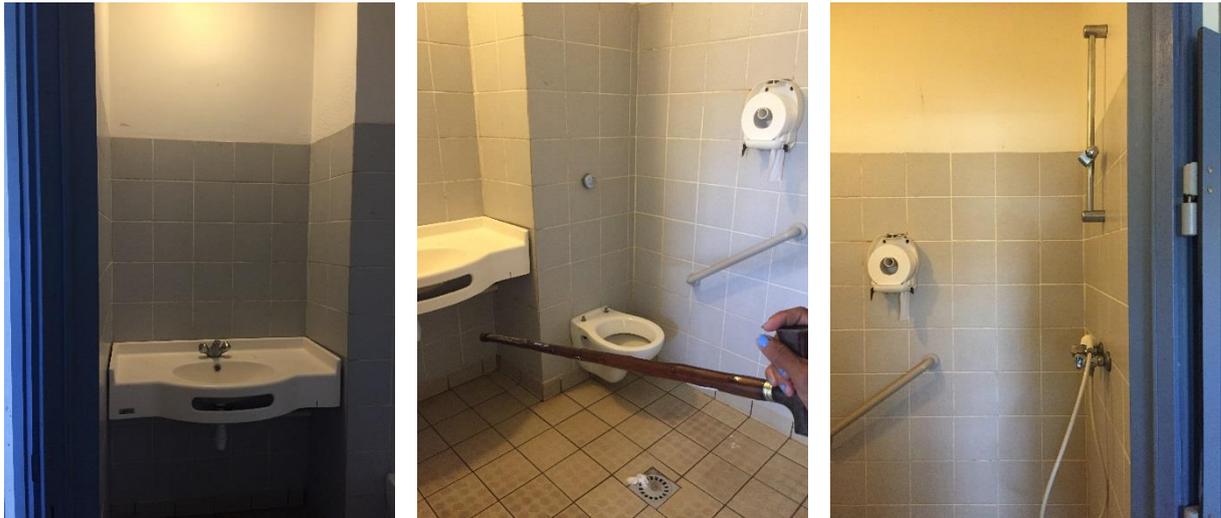
Éléments dégradés en chambre (unité Comou et Wassai)

Certaines chambres ne disposent pas d'armoires ; les tables de chevet ne sont pas toujours en nombre suffisant. Les patients peuvent être amenés à entreposer leurs effets à même le sol. Les armoires ou autres meubles éventuellement présents dans les chambres ne ferment pas à clé et aucun n'est équipé d'un cadenas.



A gauche, chambre double de l'unité Moutouchi-Amourette. A droite, chambre de l'unité Wassai

Chaque chambre est attenante à une salle d'eau avec une douche à l'italienne (dont l'évacuation d'eau est située au centre de la pièce), un WC et un lavabo. Les sanitaires ne sont pas équipés de miroir ni de patère et les abatants des toilettes sont souvent manquants. Certaines portes sont cassées ou font défaut. Des fuites ont été constatées dans certaines salles d'eau, ce qui oblige les occupants à éponger le sol de leur chambre après la douche.



Salle d'eau d'une chambre (unité Wassai)

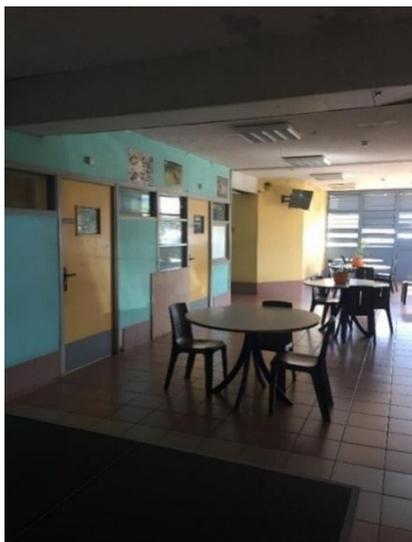
Les fenêtres sont à claire-voie pour faciliter la circulation de l'air. Elles sont protégées par une grille en vue d'empêcher les fugues. Bien qu'originellement présentes, les moustiquaires étaient, dans la plupart des unités, dégradées ou absentes. La lumière électrique provient de liseuses, installées à la tête de chaque lit, sous réserve du bon emplacement du lit. Les chambres et le patio ne sont pas climatisés.

Les patients ont déploré la présence de moustiques, l'absence de chaises ou de meubles pour entreposer leurs effets personnels ainsi que de verrous de confort, entraînant pour certains un sentiment d'insécurité.

A défaut de tables et de chaises dans les chambres, les patients utilisent celles de la salle commune servant aux repas et aux éventuelles activités, seul endroit équipé qui leur soit accessible. La plupart des patios comportent également quelques sièges, des bancs et des tables basses.

Les équipements communs des unités proviennent en majorité de dons (comme les lave-linges, les jeux de société ou encore le minifour des unités Comou-Wassai), à défaut de financement accordé par l'hôpital.

Un projet « Pièces jaunes » a notamment été monté par la cadre de santé des unités Comou-Wassai pour acquérir des tapis de sport, l'équipement de trois petits salons pour les visites, un baby-foot, des ballons ou encore du matériel de tennis de table, lesquels avaient été acquis quelques mois avant la visite.



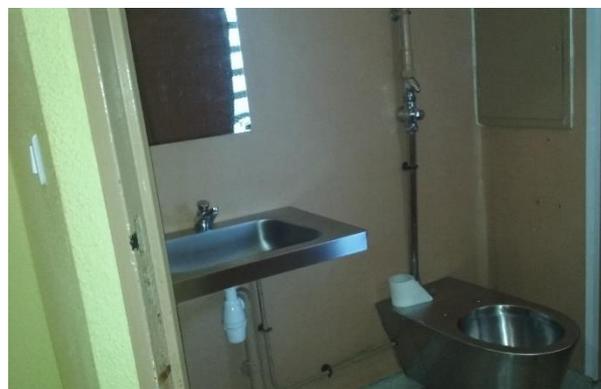
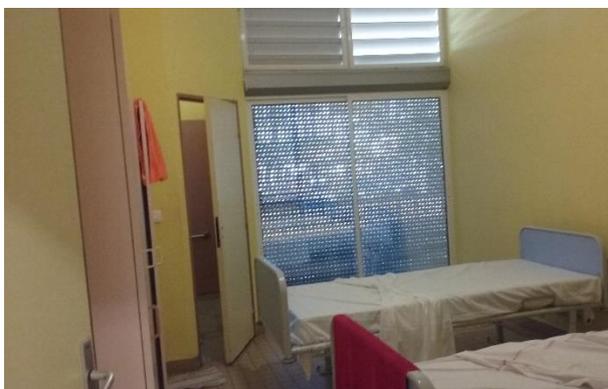
A gauche, coin TV et tables servant aux repas et aux activités en petit groupe. A droite, équipements sportifs et ludiques à disposition des patients (unité Wassai).

Recommandation

Les chambres des unités de psychiatrie adulte doivent être rénovées et le mobilier doit être installé lorsqu'il est manquant et renouvelé lorsqu'il se dégrade.

A l'unité Acajou, la capacité d'accueil est de dix lits répartis en cinq chambres doubles. Le taux d'occupation étant faible, les mineurs sont seuls en chambre sauf s'ils souhaitent être à deux et que l'équipe le valide. Les chambres sont équipées de lits fixes, d'armoires et de tables de chevet individuels, en bon état. Certaines disposent également d'un ventilateur. Les volets demeurent fermés en raison de l'emplacement de l'unité et de la visibilité que des personnes extérieures au service pourraient avoir sur l'intérieur des chambres. Il n'y a pas de verrou de confort mais les mineurs ne sont pas autorisés à se rendre dans la chambre d'autres mineurs.

Trois chambres disposent de sanitaires. Celles qui en sont dépourvues sont principalement affectées aux garçons et font face à des salles d'eau communes. Le mobilier est en inox et les éviers sont surmontés de miroir en métal.



Chambre double et sanitaires (unité Acajou)

5.2 L'HYGIENE PERSONNELLE EST LACUNAIRE A L'ADMISSION ET POUR LES PATIENTS DEMUNIS OU SANS VISITES

Aucun sanitaire n'est accessible aux patients en dehors des chambres.

Il existe une salle de bains médicalisée avec une baignoire dans chaque unité, mais elles ne sont pas utilisées.

Les draps sont changés tous les jours dans la plupart des unités, ou tous les deux ou trois jours, les ruptures de stock de linge propre étant fréquentes, notamment les week-ends cf. *infra* § 7.3. S'agissant de l'hygiène individuelle, les familles apportent le linge et les produits d'hygiène du patient et lavent ses effets personnels. Pour les personnes démunies ou n'ayant pas de visites, du savon et des brosses à dents peuvent être fournis. Cependant, en l'absence de dentifrice, il est demandé aux patients de s'en « prêter ». Il peut également arriver que les soignants en achètent. Aucune serviette n'est fournie par l'hôpital. Des draps sont remis pour en faire office en cas de besoin. Des stocks de vêtements et de chaussures issus de dons sont en général présents dans les vestiaires des unités mais il n'y a pas de sous-vêtements ni de claquettes.

Dans les unités Comou et Wassai, les contrôleurs ont constaté qu'en l'absence de vêtements de rechange, les patients se voyaient remettre des pyjamas jetables, dont les stocks sont renouvelés régulièrement. Aucun patient vêtu d'un pyjama ne le portait pour une raison médicale et ne s'était vu proposer de choisir des vêtements de rechange stockés dans les vestiaires, dans l'attente de la visite d'un proche. Une machine à laver, elle-même issue d'un don, est présente au sein du local ménage de ces unités. Un évier adapté pour laver à la main est également accessible et des étendoirs sont placés dans les patios. Il est néanmoins demandé aux familles d'assurer le nettoyage des effets personnels.

Recommandation

Des « kits hygiène » complets doivent être remis aux patients n'en disposant pas à leur arrivée et pour les plus démunis. Des sous-vêtements et des claquettes doivent être acquis et remis aux patients qui en seraient dépourvus. Enfin, les vêtements en stock dans les vestiaires doivent être proposés en lieu et place des pyjamas jetables.

Dans les unités Moutouchi-Amourette, sur les vingt-huit patients présents, seuls cinq disposaient de vêtements personnels, entreposés dans un casier dans le bureau des infirmiers. Les vingt-trois autres se fournissaient au vestiaire de l'unité.

Au sein de ces deux unités, les vêtements sont changés matin et soir. Ils sont lavés et séchés avec le lave-linge et le sèche-linge de l'unité. La totalité des patients marchaient pieds nus dans l'unité. Une paire de chaussures ne leur était délivrée qu'en cas de sortie.

Recommandation

Chaque patient doit disposer de vêtements et de chaussures personnels, rangés dans une armoire attribuée à titre personnel à laquelle il doit avoir un accès individuel.

S'agissant de l'entretien des locaux, un agent de propreté intervient tous les matins à 6h30 pour laver les sols des unités et un second pour effectuer le nettoyage des bureaux, entre 10h et 10h30, y compris le week-end. Les agents des services hospitaliers (ASH) effectuent le nettoyage

des chambres et des sanitaires tous les matins, après le petit déjeuner. Les chambres d'isolement sont nettoyées autant que de besoin, même quand elles sont occupées.

A l'unité Acajou, l'entretien des chambres est effectué tous les matins et les draps changés tous les deux jours. Les vêtements sont apportés et lavés par la famille. Une armoire vestiaire comprend des habits pour les mineurs démunis. Les affaires de toilette appartenant aux mineurs sont rangées dans une pièce fermée à clé et ils y accèdent seulement lors de la douche ou pour se brosser les dents après les repas. Le local matériel comprend également des stocks de pyjamas médicaux, utilisés si l'enfant ne peut trouver d'habits à sa taille ou en cas de mise en chambre d'isolement. Cette réserve contient également des *boxers* jetables, des gants de toilette, des serviettes hygiéniques, du savon, etc., dont le renouvellement est assuré par des soignants désignés référents.

5.3 LES BIENS DU PATIENT NE BENEFICIENT PAS D'UNE PROTECTION SUFFISANTE

A l'arrivée du patient, un inventaire de ses effets personnels est réalisé sur le logiciel Cimaise. Il n'est jamais imprimé et n'est donc pas visé contradictoirement par l'apposition de la signature du patient, qui ne peut en conserver un exemplaire. Si le patient arrive des urgences, les effets éventuellement remis aux familles accompagnantes ne sont pas enregistrés comme tels. Un patient a ainsi longuement cherché ses documents d'identité et de paiement qui avaient en réalité été remis à sa femme, ce dont il ne sera informé que le lendemain.

Les casiers individuels dans lesquels sont stockés les effets des patients se trouvent dans les bureaux des soignants. Ils ne ferment pas à clé et les patients doivent solliciter les soignants pour y accéder. Sur chaque casier est inscrit le numéro de la chambre du patient.



Casiers individuels

Les objets retirés systématiquement à l'arrivée sont énumérés dans les règles de fonctionnement des services qui indiquent :

« Lors de votre admission, un inventaire des effets personnels est réalisé en votre présence et donne lieu à :

- un retrait des objets dangereux (ciseaux, couteaux, rasoirs, miroirs, briquets...)
- un retrait des médicaments (y compris les compléments alimentaires)
- un retrait des équipements électrique/électroniques (PC, tablette, téléphone...)
- un retrait des objets de valeurs (bijoux, liquidité, CB, chéquier...) qui seront déposés au coffre de l'Hôpital
- un retrait du tabac

Ces objets vous seront restitués par l'équipe soignante lors de votre départ du service ou remis, avec votre accord, à un membre de votre famille en début d'hospitalisation. »

Il n'y a pas de coffre spécialement dédié aux patients du pôle de psychiatrie, contrairement à l'EHPAD qui dispose de sa propre régie. En cas de besoin, des dépôts de valeurs peuvent néanmoins être effectués à la régie du CHAR, située près de l'accueil de l'hôpital. Le patient doit être accompagné d'un soignant et un bulletin d'hospitalisation récupéré au bureau des entrées avant toute opération. La personne hospitalisée se voit remettre un exemplaire de l'inventaire des valeurs déposées, après signature.

Cependant, en raison de la lourdeur de la démarche et de l'éventuelle multiplicité des retraits et dépôts à effectuer selon la durée de l'hospitalisation, le patient est rarement, voire jamais conduit jusqu'à la régie de l'hôpital pour faire des dépôts de valeurs au coffre.

En psychiatrie adulte, à l'exception des unités Moutouchi-Amourette, jusqu'à concurrence de 20 euros (voire 50 euros dans certaines unités), l'argent du patient est conservé dans son casier personnel qui n'est pas fermé à clé, placé dans le bureau des soignants. Au-delà de cette somme, l'argent est conservé par le cadre de santé, dans un classeur rangé dans un tiroir de son bureau fermé à clé.

Dans les unités Comou et Wassai, un formulaire intitulé « *suivi des comptes patients – service Comou-Wassai* » est renseigné. Il comprend les rubriques suivantes :

- nom, prénom, numéro de chambre et date d'entrée de la personne ;
- documents fournis (carte vitale, carte de séjour, attestation SS, carte d'identité, passeport, carte de retrait, autre) ;
- montant déposé à l'entrée ;
- puis les opérations sont consignées dans un tableau constitué de six colonnes : date, débit, crédit, solde, signature patient, signature soignant.

Les formulaires consultés par les contrôleurs, s'ils contenaient bien la signature du soignant, étaient toutes dépourvues de celle du patient et les opérations n'étaient pas toujours détaillées. A titre d'exemple, sur l'une des fiches, un montant de 106 euros déposé à l'entrée de la patiente est consigné. S'en suit un crédit de 50 euros et le solde est établi à 56 euros, d'où il peut être déduit que la somme de 50 euros a été positionnée dans la mauvaise colonne et aurait dû apparaître en débit. Enfin, un nouveau dépôt de 150 euros est effectué, transmis par un infirmier dans une enveloppe où sont inscrits le nom de la patiente, la somme, la date du dépôt, le nom du donneur et la signature de l'IDE. Or, sur la fiche récapitulative apparaît la somme de 156 euros en crédit et le solde n'est pas calculé. Il n'est, par conséquent, pas possible de connaître le montant de l'argent dont dispose la patiente ni si des retraits ont été effectués et à quelles dates.

Les sommes conservées par le cadre de santé peuvent être particulièrement élevées ; ainsi, pour une patiente qui rencontrait des difficultés pour s'acquitter de son loyer, des retraits importants avaient été effectués en vue de procéder aux paiements mensuels. Le système d'enveloppes mis en place ne permettait pas de suivre avec précision les opérations effectuées sur cet argent.

Recommandation

Une procédure doit être mise en place pour les patients hospitalisés en psychiatrie afin de simplifier et de sécuriser la gestion de leur argent.

Dans les unités Moutouchi-Amourette, la plupart des patients reçoivent de l'ordre de 15 à 20 euros par semaine de leur tuteur. Certains ne perçoivent rien et deux patients recevaient respectivement 150 et 200 euros par mois. Ils conservent cet argent sur eux car il n'y a aucun espace de rangement dans les chambres. Seuls cinq patients disposent d'un casier dans un bureau des infirmiers ; ils y entreposent leurs vêtements personnels. Les vingt-trois autres patients n'ont pas de placard ni de casier placé sous le contrôle des soignants.

Enfin, comme il a été vu plus haut, dans les autres unités, les vêtements et autres biens éventuellement conservés par les patients sont déposés dans des sacs à même le sol ou des armoires lorsque les chambres en sont équipées, mais celles-ci ne ferment pas à clé. Les casiers individuels dans le bureau des soignants ne sont eux-mêmes pas sécurisés.

Recommandation

Les patients doivent pouvoir disposer de casiers ou d'un placard fermant à clé au sein de leur chambre pour entreposer leurs effets et biens personnels.

A l'unité Acajou, lors de l'admission, un inventaire des effets personnels est effectué par deux soignants en présence du mineur et de l'adulte accompagnateur. Les enfants n'ont pas le droit d'avoir de l'argent ni d'objets de valeur qui sont remis aux parents s'ils sont présents ou conservés à la régie générale de l'hôpital. Le livret d'information du service indique également que les portables, les tablettes, les jeux vidéo et tous autres matériels multimédias sont interdits.

Aucun argent de poche n'est remis aux mineurs, même lors de sorties extérieures, comme au marché ou dans des magasins.

Les mineurs gardent leurs effets personnels qu'ils peuvent stocker dans l'armoire de leur chambre, à l'exception de leurs produits de toilette qui sont conservés dans un local fermé à clé.

Recommandation

Avec l'accord de leurs parents, les patients mineurs doivent pouvoir conserver de l'argent de poche pour en faire usage lors des sorties, en vue de favoriser leur autonomie.

De manière générale, les restrictions aux droits et libertés des mineurs doivent être individualisées et adaptées à leur état clinique, leur âge, leur maturité et la durée de leur séjour.

5.4 LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS EST PARFOIS TOLEREE MAIS NE FAIT L'OBJET D'AUCUNE REFLEXION COMMUNE

La sexualité des patients n'est pas abordée dans les règles de fonctionnement des unités ni dans aucun autre règlement. Dans l'ensemble des unités, les visites sont interdites en chambre et les patients sont incités à ne pas se rendre dans celle des autres. Néanmoins, en l'absence de clé de confort et de l'insuffisante présence des soignants auprès des patients en journée, la sécurité des patients vulnérables n'est pas garantie.

A l'unité Wapa, l'interdit est la règle et la question n'est pas débattue en équipe, à défaut, notamment, de réunions institutionnelles.

Dans les unités Moutouchi-Amourette, aucune réflexion collective n'a été portée dans le service à l'exception de la mise à distance d'un patient jeune et vulnérable d'un autre patient plus âgé. Aucun préservatif n'est accessible dans l'unité.

Dans l'unité Wassai, à la suite d'incidents notamment avec les proches (des conjoints s'étant plaints de relations entretenues par leur proche hospitalisé avec d'autres patients), cette problématique a fait l'objet d'une réflexion et il n'y a pas d'interdiction de principe. Les soignants sont incités à aborder cette question en entretien individuel s'ils sont témoins de rapprochements entre patients et de leur remettre, à cette occasion, des préservatifs, stockés dans leur bureau.

Le médecin peut être amené à faire des prescriptions en chambre fermée la nuit pour protéger des patients, lesquelles sont systématiques pour les mineurs affectés dans l'unité. Enfin, certains patients peuvent être mis en isolement ou en pyjama pour ce motif.

Cette question est parfois abordée lors des transmissions ou des réunions de synthèse lorsqu'elles sont organisées.

A l'unité Acajou, l'interdit figure dans le règlement qui proscrit également tout « *comportement à connotation sexuelle* ». Seules des informations sur les maladies sexuellement transmissibles (MST) sont délivrées.

Recommandation

Dans l'ensemble des unités, les équipes doivent engager une réflexion sur la sexualité des patients.

6. L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES

6.1 LA PRISE EN CHARGE INITIALE EST MAJORITAIREMENT REALISEE AUX URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER

Le CHAR dispose d'une autorisation d'accueil des urgences et une cellule d'urgences psychiatriques y est présente. Cette cellule est composée d'un psychiatre à temps plein, de sept infirmières et d'un cadre (deux matinées par semaine). Il n'y a pas de secrétariat. La cellule dispose en propre d'un bureau de consultation médicale et d'un bureau de soins infirmiers. Le médecin est arrivé en septembre 2018 et la cellule est restée six mois sans praticien.

L'accès aux soins de psychiatrie s'effectue ainsi très majoritairement *via* un passage aux urgences et le patient bénéficie d'un examen somatique avant d'être confié au psychiatre des urgences.

Les unités de psychiatrie reçoivent aussi directement quelques patients en provenance d'un CMP, ou depuis les urgences d'un des autres centres hospitaliers de Guyane ou encore amenés directement par l'urgentiste du SMUR. Les patients en soins sans consentement passent tous par les urgences sauf ceux qui sont examinés par le médecin urgentiste du SMUR qui peut de ce fait faire une entrée directe. Les mineurs sont également examinés aux urgences et aux urgences psychiatriques avant d'être hospitalisés en pédopsychiatrie.

L'arrivée aux urgences du CHAR est anticipée pour les soins sans consentement par un appel téléphonique des forces de l'ordre. La personne arrive avec les documents nécessaires, faxés auparavant aux urgences psychiatriques.

Le patient qui est admis aux urgences est placé dans un box individuel ou dans une salle commune destinée à recevoir six personnes en brancard. Il n'y a pas de box spécifique dédié à la psychiatrie. Le patient reste au même endroit une fois pris en charge par l'équipe de psychiatrie dans l'attente de son transfert dans une unité. En cas d'agitation dans la salle commune, le box individuel est libéré afin de lui permettre un environnement plus adapté. Il n'y a pas de cellule d'isolement aux urgences. Le patient a accès aux toilettes publiques des urgences. Les patients demeurent au maximum le restant de la nuit aux urgences et en moyenne 4 à 5 heures comprenant le temps nécessaire aux soins somatiques.

Dans son courrier en date du 30 janvier 2019, la directrice sur CHAR écrit « *il nous paraît important de souligner l'inadéquation des locaux dédiés à l'activité psychiatrique réalisée dans le cadre des urgences et en particulier l'absence de box spécifique dédié, qui ne permet pas de proposer un espace d'apaisement pour le patient agité* ».

Les locaux du service des urgences sont propres et entretenus. Le bureau médical du psychiatre permet des entretiens confidentiels et dispose d'un ordinateur. Les infirmiers ont cependant une pièce étroite et unique pour se réunir comme pour réaliser des entretiens infirmiers, avec un seul ordinateur. Les deux salles disposent d'un bouton poussoir d'appel d'urgence.

Le service d'urgences psychiatriques est ouvert de 7h à 21h30 ; une infirmière est présente le matin, une autre l'après-midi et une troisième travaille sur la journée en horaires séparés.

Les infirmières et le médecin psychiatre assurent également la psychiatrie de liaison pour l'ensemble de l'hôpital et une infirmière effectue les missions de l'équipe d'addictologie de liaison. Le week-end, seules les infirmières assurent la psychiatrie de liaison car le médecin n'est présent que du lundi au vendredi.

La nuit et les week-ends, le psychiatre d'astreinte assure la prise en charge psychiatrique aux urgences.

L'équipe des urgences psychiatriques effectue également des consultations post crise après tentative de suicide, à 48 heures du geste ; elle pallie également les difficultés d'accès aux consultations en CMP lors des sorties en réalisant les consultations précoces (cf. *supra* § 1.2.4).

Le médecin des urgences assure également les missions de l'unité médico-judiciaire en qualité de psychiatre et les soins médicaux spécialisés à l'établissement pour personnes âgées dépendantes du CHAR une demi-journée par semaine.

L'activité est tracée sur le logiciel Cimaise mais non les simples consultations qui sont inscrites sur le dossier informatisé des urgences.

Il n'y a pas de mise en isolement aux urgences et très rarement usage de contentions sur brancard pour lesquelles il n'y a pas de registre. Il n'y avait qu'un jeu de contention et il fut découpé (et rendu inopérant) lors de son prêt à un service de chirurgie plusieurs mois avant la visite des contrôleurs. La dernière contention notée sur le cahier journalier date de juin 2018.

Les événements indésirables sont renseignés sur le logiciel « Yes ». Deux infirmières n'ont pas encore leur code permettant son utilisation alors qu'elles sont en poste depuis trois mois. Les protocoles sont à disposition des soignants en version papier et informatique.

Le patient souhaitant fumer est amené à l'extérieur devant les urgences par les soignants. Il n'y a pas d'usage du pyjama. Les patients conservent l'ensemble de leurs affaires, sans inventaire, et leur téléphone au sein de leur box aux urgences. Les visites des familles sont limitées à deux personnes à la fois, sans condition de durée ni d'horaire.

Les entretiens médicaux se font toujours en présence d'un infirmier. Il n'y a pas de notification des droits aux urgences et cette tâche est confiée aux unités d'accueil.

Concernant les mineurs, une équipe de liaison de pédopsychiatrie avec médecin et infirmiers se déplace aux urgences et dans les services de médecine. Les jeunes amérindiens sont amenés au CHAR par hélicoptère depuis leurs lieux de vie, après une tentative de suicide par exemple, sans leur proche et en subissant brutalement un enfermement traumatisant.

Dans son courrier en date du 30 janvier 2019, la directrice sur CHAR écrit « il nous paraît important de souligner les modalités de prise en charge des populations des communes isolées, en particulier lors de situation de crise, actuellement, l'évasan sur le littoral est fréquente bien que traumatisante et inadéquate ».

L'hospitalisation dans les services s'effectue selon la sectorisation. Cependant, certaines unités (Comou par exemple) accueillent des patients en isolement, y compris parfois des mineurs, lorsque toutes les chambres d'isolement de l'unité Wapa sont occupées.

Le libre choix du médecin n'est pas possible car il n'y a souvent qu'un médecin présent dans le service et il n'est pas envisagé le transfert d'un patient auprès d'un médecin d'un autre secteur.

6.2 L'HOPITAL DEPLOIE DES PRISES EN CHARGES PSYCHIATRIQUES DEFICIENTES

6.2.1 Le projet médical et les pratiques psychiatriques

Au moment du contrôle, **aucun projet médical de pôle** ne définit les modalités d'accès aux soins de psychiatrie et de prise en charge nécessaires pour les patients. Il n'y a donc pas non plus de projet de service le déclinant. Les pratiques sont assez diversifiées d'un service à l'autre. Les savoir-faire spécifiques à certains services sont peu partagés, sans travail en collège médical.

Les entretiens médicaux avec les patients ne sont pas partout organisés dans leurs rythmes et leurs lieux. Les entretiens s'effectuent avec les infirmiers dans la plupart des unités, ce qui permet

une bonne continuité des soins mais parfois dans le local infirmier avec trop de personnes présentes (un entretien a été constaté avec la présence de cinq personnes dans la même pièce que le patient). Les traitements sont revus et ajustés principalement sur signalement des infirmiers ou lors des consultations.

Certaines unités (Moutouchi-Amourette et Wassai par exemple) ne permettent pas ou plus l'accès à des **entretiens avec des psychologues**.

Si les infirmiers effectuent à chaque changement de service des transmissions, il n'y a souvent **plus de réunions de synthèse clinique** hebdomadaires permettant une analyse patient par patient de son évolution et la définition ou adaptation collégiale d'un projet de soin individualisé. Seule l'unité Acajou maintient une réunion clinique hebdomadaire car elle ne prend en charge au moment du contrôle que quatre enfants qui peuvent bénéficier d'un entretien chaque jour avec le praticien et les soignants. L'unité Moutouchi-Amourette bénéficie d'une réunion clinique par mois dans chacune des deux unités, mais sans la participation des ergothérapeutes ni de la psychologue. L'unité Amarante a maintenu ses réunions cliniques hebdomadaires.

Il n'y a pas de réunion soignants-soignés ni de groupes de parole sauf dans deux unités. A l'unité Comou, une IDE a relancé la dynamique il y a quelques mois et tente de temps en temps de réunir un groupe de parole commun aux patients des unités Comou et Wassai avec une psychologue. Les patients volontaires sont invités à discuter autour d'un thème : santé, logement, cuisine, religion, chant d'une chanson choisie par chacun.

Une réunion soignants-soignés est également proposée à l'unité Acajou chaque semaine avec toute l'équipe pluri professionnelle, mais le plus souvent sans le médecin, animée par l'éducateur. Le fonctionnement du service est abordé « *qu'est-ce qui vous plaît dans le service et qu'est-ce qui ne vous plaît pas, quelles sont vos relations avec les professionnels et avec le groupe ?* ». Le discours évoque souvent des interdits incompris qui sont alors annoncés comme la règle à respecter sans pouvoir être changée. Au cours d'une de ces réunions à laquelle les contrôleurs ont assisté, les patientes mineures ont exprimé leur satisfaction sur l'accès aux bandes dessinées et la prise en charge par le personnel. En insatisfaction, elles ont signalé l'absence d'accès à l'ordinateur, des lits durs, l'interdiction de recevoir de la nourriture de l'extérieur, les trop rares autorisations d'accès au jardin (une fois en deux semaines).

Aucun soignant ne bénéficie de supervision lorsqu'un événement marquant frappe un professionnel ou une équipe.

Il n'y a pas de réunion institutionnelle régulière abordant les modalités de la prise en charge des patients et débattant autour de nouveaux protocoles de soin.

De fait, les arrivées et départs de nouveaux médecins depuis quelques années **a empêché le développement d'une culture médicale partagée avec les soignants et les infirmiers sont ainsi abandonnés à eux-mêmes**, d'autant que les médecins utilisent de manière fréquente et hors protocole de soins, les prescriptions « *si besoin* » ou « *si agité ou refus* » ou « *si agitation* » ou « *SB* » voire aucune mention (l'IDE n'a pas exécuté la prescription d'injections car il a deviné qu'il manquait la mention « *si besoin* »). On retrouve ainsi des prescriptions d'injections intramusculaires de sédatifs « *si agité ou refus* », des prescriptions de chambre d'isolement « *si besoin* ». Dans une unité, le contrôleur ayant qualité de médecin a constaté, pour quatorze patients présents, neuf prescriptions d'injections intramusculaires de *Loxapac*® et de *Valium*® « *si besoin* » et une prescription de chambre d'isolement « *si besoin* ». Dans une seconde unité pour quatorze patients, sept dossiers de patients comportaient une prescription d'injections d'*Haldol*® et de *Tercian*® « *si agité ou refus* » et quatre comportaient une prescription de mise

en chambre d'isolement « *si besoin* ». Le CGLPL rappelle qu'en vertu des dispositions des articles L1111-4 et R4127-36 du code de la santé publique, le consentement à une injection thérapeutique doit toujours être recherché avant l'injection forcée, qui ne doit intervenir qu'en cas de nécessité absolue. De même le placement en chambre d'isolement « *si besoin* » est proscrit (cf. *infra* § 7.2).

Recommandation

Le consentement du patient doit être recherché dans tous les actes de soins et cette recherche doit être tracée dans le dossier médical du patient. Les traitements forcés par injections ne peuvent être prescrits « si besoin » et le médecin doit physiquement rechercher le consentement du patient avant l'injection et vérifier le caractère impératif de celle-ci au regard de la clinique.

Les pratiques psychiatriques sont hétérogènes et dépendantes des praticiens. Par ailleurs, outre l'absence de vision institutionnelle et de projet médical, l'absence d'un nombre suffisant de médecins comme la part importante de médecins en contrat précaire et sans plénitude d'exercice entravent la prise en charge des patients et limitent l'expression des potentiels thérapeutiques des équipes.

Ces psychiatres, quelles que soient leurs qualités, ne peuvent porter auprès des équipes une parole médicale forte et rassurante. Ces équipes soignantes attendent d'être informées, formées, assurées (de la présence médicale) et donc rassurées. Ce travail dialectique se fait habituellement lors des réunions cliniques qui sont absentes dans les services en pénurie médicale, et par une présence quotidienne des médecins dans les unités.

Or les médecins sont peu présents dans les services. Au sein de l'unité Comou, le psychiatre n'est présent réellement que deux demi-journées par semaine alors que sa présence est rapportée officiellement à sept demi-journées par semaine. A l'unité Wassai, la présence du médecin est également irrégulière et au mieux, sept demi-journées par semaine. A l'unité Wapa, le médecin n'est pas présent tous les jours ; au moment du contrôle, il est parti trois jours réaliser une évacuation sanitaire vers la métropole sans organiser son remplacement dans le service ; les infirmiers ont ainsi appelé le médecin d'un autre service qui ne connaissait pas les patients et n'était pas informé des décisions prises.

Recommandation

La continuité des soins doit être garantie aux patients et la présence médicale organisée au sein de chaque service, y compris dans les modalités de remplacement et de permanence des soins.

Les familles sont bien associées à la prise en charge. Elles sont reçues par le médecin mais aussi les infirmiers, et, le cas échéant, par les assistantes sociales. Certaines unités permettent aux familles de partager un repas et de déposer de la nourriture ; un réfrigérateur est d'ailleurs présent à cet effet dans les services. L'intérêt d'associer la personne de confiance aux soins pour la bonne information et le consentement éclairé du patient, est mal connue (cf. *supra* § 2.7).

Bonne pratique

L'établissement permet aux familles de prendre un repas avec un patient au sein du service.

En revanche en pédopsychiatrie, les contrôleurs ont été informés par le père d'une fille de 12 ans, hospitalisée par sa mère, du fait qu'il n'avait pas autorisé cette hospitalisation alors même qu'il était aussi titulaire de l'autorité parentale. Venu expressément de métropole le quatrième jour d'hospitalisation, il n'a pu voir sa fille qu'en présence d'un soignant, a été reçu par le médecin mais n'a pas été autorisé à consulter le dossier médical de sa fille.

Plus généralement, beaucoup d'interdits ont été constatés vis-à-vis du maintien des relations familiales en pédopsychiatrie, que ce soit à travers les appels téléphoniques et les visites. Un salon permet les rencontres mais elles sont souvent médiatisées. Les jeunes amérindiens vivant dans les terres près du fleuve se trouvent isolés loin de leurs familles.

Recommandation

Concernant les mineurs, la place des familles et plus généralement le maintien des liens familiaux doivent faire l'objet d'une réflexion institutionnelle pour en assurer le meilleur respect.

6.2.1 L'accès aux traitements

Les piluliers sont réalisés par les IDE le matin pour la prise ou parfois pour la journée, avec contrôle des prescriptions. Concernant la distribution des médicaments aux patients, dans certaines unités comme les unités Moutouchi-Amourette et Amarante, les médicaments sont distribués aux patients dans la salle commune, à la vue des autres patients, et sans réel temps d'échange permettant d'évoquer l'intérêt du traitement et le consentement du patient.

Deux unités assurent la distribution individuellement à la porte de la salle de soins (unités Acajou et Wassai).

Les patients sont globalement très peu associés au traitement dans toutes les unités.

Recommandation

Les modalités de distribution des médicaments doivent respecter la confidentialité des soins et permettre un échange sur le traitement, avec une recherche systématique du consentement.

6.2.1 Prolongement des prises en charge

Afin de préparer la sortie des patients, cf. 3.6 *supra*, les médecins organisent, quel que soit le statut des patients, des sorties accompagnées de quelques heures, avec une infirmière ou l'assistante sociale, afin d'effectuer des démarches et également des retours en famille le week-end pour préparer la sortie. Ces permissions longues donnent lieu à un bilan avec les proches au retour.

Seules les urgences psychiatriques proposent des consultations ambulatoires pour les patients sortants pour lesquels le délai de rendez-vous dans un CMP est trop long.

Le dispositif ambulatoire est évoqué dans le § 1.2.4 *supra*.

Bonne pratique

Les urgences psychiatriques proposent des consultations ambulatoires pour les patients sortants pour lesquels le délai de rendez-vous dans un CMP ne permet pas une continuité des soins.

6.2.1 L'éthique

Le comité local d'éthique du CHAR a été mis en place en 2014. Il est composé de sept membres dont quatre sont plus particulièrement actifs. Le départ de nombreux membres a, jusqu'à aujourd'hui, occasionné l'absence de candidats pour en être président ; ce sont donc deux vice-présidentes qui assurent l'ensemble de la fonction.

Ce comité n'est pas autonome en ce sens que ses productions doivent être validées par la direction du CHAR et la commission médicale d'établissement (CME) pour une diffusion auprès des soignants. Il n'y a pas d'espace dédié sur le site Intranet du CHAR.

Son règlement intérieur prévoit vingt-cinq membres qui n'ont jamais été réellement réunis.

Il n'a été que très peu saisi par les soignants, sur quelques thèmes comme la sexualité en établissement pour personnes âgées dépendantes et les soins palliatifs. Il n'a pas encore travaillé sur les questions d'isolement, de contention et de droits des patients mais a récemment produit un premier document sur le consentement du patient.

Le CGLPL encourage cette démarche et recommande que le comité d'éthique apporte son concours à la rédaction des objectifs majeurs que doit se donner le futur projet médical et de soins.

Recommandation

Le comité local d'éthique du CHAR doit rester indépendant des organes décisionnels dans l'élaboration de ces avis et conseils. Il doit être impliqué dans l'élaboration du projet médical de pôle de psychiatrie et s'intéresser aux thématiques du droit des patients et des pratiques d'isolement et de contention.

6.3 LES PATIENTS N'ONT PAS ACCES AUX SOINS SOMATIQUES

En l'absence de généraliste, le poste temps plein dévolu à la psychiatrie étant vacant depuis plus de six mois, les patients n'ont accès aux soins somatiques qu'à l'entrée *via* les urgences ou le service mobile d'urgence et de réanimation, puis lors des transferts aux urgences durant l'hospitalisation en cas de problème soulevé par le psychiatre. Les patients en chambre d'isolement ne sont jamais vus par un somaticien.

Recommandation

L'accès aux soins somatiques pour les patients de psychiatrie doit être permis sans délai, y compris pour le suivi somatique des patients mis en chambre d'isolement.

La situation des soins somatiques est par ailleurs brouillée par le fait que six médecins exerçant la psychiatrie au CHAR sont inscrits en qualité de médecins généralistes par le conseil de l'ordre

des médecins. La médecine générale est une spécialité au même titre que la psychiatrie et ces médecins ne peuvent de fait l'exercer en l'absence de formation spécifique.

Recommandation

Le conseil de l'ordre de Guyane doit se prononcer sur l'inscription des médecins à diplôme étranger dans la discipline sollicitée au regard des formations spécifiques acquises.

Une équipe d'addictologie de liaison constituée d'une infirmière permet un accès aux soins en rapport avec les problématiques d'alcool et de drogues. Elle est rattachée à l'unité des urgences psychiatriques.

L'accès aux autres spécialités se fait directement par demande du psychiatre auprès de ses confrères du CH. Les rendez-vous sont cependant régulièrement repoussés par l'absence de soignants (IDE ou AS) pouvant faire l'accompagnement. Les dermatologues et neurologues se déplacent en psychiatrie. Les patients de psychiatrie n'auraient pas accès aux consultations de gynécologie du CHAR.

6.4 LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES NE SONT QUE FAIBLEMENT PRESCRITES ET DEVELOPPEES

Les patients ont accès à très peu d'activités, qu'elles soient occupationnelles ou thérapeutiques. Les activités occupationnelles proposées dans presque toutes les unités sont le ping-pong (sauf à l'unité Moutouchi-Amourette en l'absence de table, à l'unité Comou où la table est hors service et à l'unité Acajou où son usage est conditionné à la présence d'un moniteur de sport comme pour l'utilisation des ballons), le baby-foot (sauf à l'unité Moutouchi-Amourette), et quelques jeux de société dont le domino, activités irrégulièrement investies par les soignants pour permettre un échange avec les patients. Un poste de télévision est disposé en salle commune, avec la télécommande pour choisir le programme. Son utilisation est limitée en horaire à l'unité Acajou (11h à 12h, 17h à 21h30). La promenade dans les petits jardins n'est pas partout possible en permanence ; son accès ne se fait que sur prescription médicale à l'unité Acajou.

Recommandation

Dans le service de pédopsychiatrie, l'utilisation de matériel de sport comme une table de ping-pong ou un ballon ne doit pas être conditionnée à la présence d'un moniteur de sport.

Les patients déambulent ainsi la plupart du temps dans le service et l'ennui est la règle. Il n'y a d'ailleurs pas partout de local spécifique dédié aux activités dans les services (unité Moutouchi-Amourette par exemple). Les activités affichées sur le calendrier hebdomadaire n'y sont pour la plupart plus faites depuis un an. A l'unité Comou, un vélo d'appartement et un tapis de course sont présents dans le patio et fonctionnent ; l'activité piscine affichée est annulée depuis quatre mois.



Salle commune d'une unité avec espace télévision (photo de droite)

Les activités thérapeutiques sont accessibles sur prescription du médecin avec un investissement aléatoire des praticiens. Elles ne participent qu'insuffisamment au projet de soins individualisé.

A l'unité Moutouchi-Amourette, deux sorties thérapeutiques ont été organisées en 2018 sous l'impulsion du cadre de santé, une participation de dix patients à une journée portes ouvertes d'activité de pleine nature, et un séjour de cinq jours pour onze patients à Manaa près de Saint-Laurent-du-Maroni. Le cadre de santé prête sur demande des feuilles de papier et des crayons de couleur.

A l'unité Acajou, les quatre adolescents présents s'ennuient alors même que le nombre de soignants présents permettrait le développement d'activités.

Les activités thérapeutiques réalisées par les soignants dans les unités elles-mêmes sont très rares sauf à l'unité Moutouchi-Amourette qui dispose d'un poste d'animatrice et à l'unité Amarante où ces activités intègrent le projet de soins. Dans l'unité Comou, des activités collage, journal, maquillage, projections de films, musiques, pâtisserie ont ponctuellement été organisées. Cependant, pour chacune, ce sont les soignants qui doivent apporter et financer le matériel nécessaire en l'absence de crédits fournis par le centre hospitalier, y compris un four à micro-ondes car la gazinière n'a pas été remplacée. Un cadre d'un service a effectué une opération « Pièce jaunes » pour acheter des tapis de gymnastique, une table de ping-pong (cf. *supra* § 4.3.3). Seul le transport des patients en dehors de l'hôpital ne pose pas de problème car un minibus de l'établissement est fourni.

Recommandation

L'établissement doit attribuer un budget et financer les formations des soignants pour permettre le développement d'activités au sein des unités.

Pour autant, l'établissement dispose d'une unité d'activité thérapeutique « Simarouba » animée par 1,5 ETP d'ergothérapeute et 0,8 ETP de moniteur sportif (il est à 0,2 ETP sur le CMP). Cette unité dispose de vastes locaux : une salle avec quatre bureaux pour les ergothérapeutes, équipée

d'un ordinateur, une salle vannerie avec cinq chaises, une grande salle d'activité donnant sur une autre pour le travail du bois.

Ces locaux permettent de multiples activités comme la poterie, la menuiserie, le collage, la peinture, la vannerie. Cependant, aucun patient de l'unité Wapa ni de l'unité Moutouchi-Amourette n'en bénéficie. Elle est donc uniquement mise à disposition des patients adultes des unités Wassai, Comou, Amarante, et de l'hôpital de jour.

L'activité est réalisée sur prescription médicale et avec souvent un patient à la fois avec le thérapeute, en groupe avec le moniteur de sport. L'ergothérapeute va les chercher dans les unités et les ramène. Il dispose des clefs des unités à cette fin. Les deux ergothérapeutes sont sous l'autorité d'un cadre ergothérapeute du CHAR intégrant les soignants des services de soins de suite et de réadaptation. Les ergothérapeutes participent aux réunions de synthèses cliniques lorsqu'elles existent. Les professionnels inscrivent dans le logiciel Cimaise leurs observations sur le comportement et la clinique du patient pendant les activités.



Salle de sport



Panier réalisé par des patients en activité organisée par une IDE de l'unité Amarante

En 2017, les ergothérapeutes ont pris en charge 126 patients lors de 568 séances individuelles ou collectives. Parmi ces séances, 342 ont été réalisées au profit de patients de l'unité Amarante, 123 au profit des patients des unités Comou et Wassai, 74 pour ceux de l'unité Acajou, 24 pour l'unité Wapa et 5 pour l'unité Moutouchi-Amourette.

Recommandation

Les activités thérapeutiques doivent pleinement intégrer le projet de soin individualisé des patients quel que soit le statut de leur hospitalisation.

7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

7.1 LES LOCAUX D'ISOLEMENT SONT INDIGNES

L'ensemble du pôle de psychiatrie dispose de **douze chambres d'isolement (CI)** : cinq à l'unité Wapa, trois à Moutouchi-Amourette, une à Comou, une à Wassai, deux en pédopsychiatrie. Certaines de ces chambres sont appelées chambres carcérales (les deux chambres réservées aux patients détenus de Wapa), d'isolement, d'apaisement ou encore chambres sécurisées (notamment les deux chambres de Moutouchi-Amourette non répertoriées en tant que CI) ; huit d'entre elles ont une apparence de cage, deux celle d'un cachot.

Au moment du contrôle, sept chambres d'isolement sur les douze étaient occupées, aucune contention n'était en cours ; plusieurs patients pouvaient sortir la journée dans l'unité.

La chambre d'hospitalisation du patient n'est pas toujours conservée lors de l'entrée du patient en CI (sauf à l'unité Wassai) et sa chambre est attribuée à un autre patient en attente de place. En outre, des entrées directes dans les unités s'effectuent en chambre d'isolement même lorsque l'unité n'a plus de chambre normale. L'unité Wapa compte ainsi au moment du contrôle quatorze patients alors même que onze lits au maximum peuvent être occupés.

Leur conception architecturale ne correspond en rien aux normes en vigueur ; il n'y a ainsi aucun bouton d'appel, aucune possibilité d'allumer ou d'éteindre la lumière ; certaines n'ont pas accès à la lumière naturelle et il est presque partout impossible de se repérer dans le temps en l'absence d'horloge ; la plupart n'ont pas de ventilation et parfois des mauvaises odeurs sont constatées. Il n'y a pas d'accès à l'eau. Quelques-unes disposent d'une climatisation mais les patients n'ont alors pas de drap et ont froid.



Chambre d'isolement sans fenêtre utilisée pour les personnes détenues



Chambre d'isolement

Huit CI disposent d'une caméra avec des écrans de visualisation dans le bureau des infirmiers ou du médecin ; l'écran présente un petit carré noir (sauf aux unités Comou et Wassai) à l'endroit

de la douche et des toilettes mais qui ne cache quasiment rien de la nudité du patient. L'écran est par ailleurs visible des patients venant dans la salle des infirmiers pour téléphoner ou depuis la salle d'activité à l'unité Comou. Les lampes restent par ailleurs allumées toute la nuit, afin que les images de la caméra soient exploitables, sauf à l'unité Acajou.

Toutes permettent un accès aux toilettes et à une douche mais sans pouvoir actionner la chasse d'eau ou l'eau et sans lavabo ni papier toilette laissé au patient. La plupart des chambres disposent d'un lit métallique fixé au sol avec matelas mousse plastifié posé dessus et il n'y a jamais d'oreiller et parfois pas de drap.

Le port du pyjama est systématique en chambre d'isolement dans toutes les unités ; les visites sont rarement autorisées. En absence de table et de chaise, le patient doit manger un plateau posé sur ses genoux, assis sur le lit, voire, comme observé dans les unités Comou et Wassai, avec le repas directement posé sur le matelas.

Les chambres d'isolement de pédopsychiatrie ont un aspect moins austère et disposent d'une salle d'eau protégée du regard. Il n'y a cependant pas de bouton d'appel. Cette unité n'est pas équipée de chambres d'apaisement comme cela est préconisé par le CGLP dans son rapport thématique *Les droits des mineurs en établissement de santé mentale*¹⁹.



Chambres d'isolement en aspect de cage

Recommandation

Les dix chambres d'isolement pour adultes sont indignes et ne permettent pas en l'état l'hébergement d'un patient dans des conditions de dignité et de sécurité normales.

Les deux chambres destinées aux mineurs doivent permettre l'appel du patient ; des chambres d'apaisement devraient les remplacer.

¹⁹ Rapport publié le 8 novembre 2017 aux éditions Dalloz, accessible sur le site internet du CGLPL à l'adresse <http://www.cgpl.fr/2017/les-droits-fondamentaux-de-mineurs-en-etablissement-de-sante-mentale/>



L'éclairage électrique



Le lit de la CI d'Amourette



Chambres d'isolement sans fenêtre extérieure

Recommandation

Durant le placement du patient en chambre d'isolement, sa chambre en hospitalisation complète doit être conservée.

La contention n'est pas souvent utilisée selon les soignants ; il n'y a cependant aucune traçabilité de son utilisation. Le matériel est d'aspect propre et neuf, avec souvent un seul jeu complet. Le matériel de contention est constitué de sangles quatre points avec attache type ceinture aux deux bras et deux chevilles.

7.2 LES PRATIQUES D'ISOLEMENT SONT MASSIVES, ABUSIVES ET EN DEHORS DE TOUT CADRE REGLEMENTAIRE

Les mesures d'isolement et de contention ne sont pas encore informatisées et sont manuscrites sur les feuilles de prescription. Seules quelques infirmiers et de rares médecins utilisent le logiciel Cimaise pour ces mesures d'isolement ; l'ergonomie de ce logiciel n'est par ailleurs pas attractive.

Cependant des personnes placées en chambres appelées sécurisées (aspect de cage fermée à clef avec sas) ne sont pas considérées comme placées en chambre d'isolement et il n'y a aucune décision médicale pour ces enfermements.

D'autre part, les feuilles de prescription qui indiquent le placement en chambre d'isolement ne mentionnent jamais l'heure, et il n'y a quasi jamais mention des renouvellements à 12h puis toutes les 24h de la décision. Enfin, certaines décisions de placement en chambre d'isolement sont faites « *si besoin* ».

Seules les unités Moutouchi-Amourette et Acajou ont initié un registre d'utilisation de la CI.

Celui de l'unité Moutouchi-Amourette comporte la date, le nom du patient et sa date de naissance, le jour et l'heure de l'admission en CI, le jour et l'heure de la sortie, le nom de l'unité dont vient le patient. Les observations des soignants sont enregistrées sur un formulaire type (feuille volante) qui est inséré dans le dossier médical du patient. Ces informations sont reprises trimestriellement par la cadre de santé sous la forme d'un tableau « *FICHCOMP Isolement et contention* ». Le total des trois trimestres 2018 indique trente mesures d'isolement soit quatre patients d'Amourette et vingt-six patients admis en provenance d'autres unités, 135 journées d'hospitalisation (135 journées d'isolement), 2 689 heures, avec une moyenne de 4,5 journées ou 90 heures (3,75 jours) d'isolement. L'exhaustivité des indications ne permet pas encore une analyse réellement posée de la pratique. Des erreurs de dates sont retrouvées, le statut de soins libres ou sans consentement n'est pas connu, le fait d'être mineur non plus. Le renouvellement toutes les vingt-quatre heures n'est pas connu, ni les modalités de la surveillance infirmière. Sur ces trente mesures recensées, près d'un tiers (neuf) ont une durée supérieure à six jours, dont une de trente-huit jours.

Par ailleurs, les pratiques soignantes quotidiennes constatées dans tous les services sont, face à un certain état d'agitation, un enfermement dans leurs chambres sans aucune traçabilité dans un quelconque registre. Seul le médecin de l'unité Wassai indique prendre des décisions d'enfermement en chambre pour les mineurs la nuit.

Les soignants n'entrent jamais seuls dans une CI, sauf s'il s'agit des chambres d'isolement considérées comme des chambres de sécurité. En cas d'injection thérapeutique forcée, ils s'y rendent à six pour maintenir la personne.

Au moment du contrôle, la plupart des personnes placées en isolement l'étaient sans que le médecin ait renouvelé la décision à vingt-quatre heures, parfois depuis plus de trois jours ; aucun n'était agité et un patient a pu effectuer une partie de baby-foot alors qu'il est en isolement depuis plusieurs jours, sans aucune manifestation de violence ou d'agressivité.

En 2018, trois mesures de mise en chambre d'isolement ont été recensées dans le service de pédopsychiatrie, en janvier, février et mai, pour toutes les trois moins de vingt-quatre heures. Ce recensement ne tient pas compte des placements en chambres d'isolement en service adulte. En effet, les mineurs nécessitant un isolement sont placés dans une chambre d'isolement d'un service adulte, principalement à l'unité Wapa, et deux soignants de l'équipe de liaison de pédopsychiatrie passent chaque jour voir le patient. Ils font signer au jeune un engagement « *je ne fugerai pas* » pour le réintégrer en service mineur.

Les patients sont ainsi placés de manière abusive en isolement sans regard médical plusieurs jours alors même que leur état clinique ne le justifie plus. Au moment du contrôle, la plupart des patients placés en chambre d'isolement ne présentait aucun état d'agitation ou de confusion justifiant l'isolement ; la plupart pouvaient sortir seuls dans l'unité à certains moments.

Des patients en SL sont placés dans des CI – considérées comme telles par le CHAR – ou dans des chambres sans changement de statut. Ceci contrevient aux recommandations de la HAS.

Recommandation

Les pratiques illégales et abusives d'isolement doivent cesser immédiatement. Des formations sur la gestion de la violence, l'isolement et la contention doivent être mises en place sans délai, tant pour les infirmiers que pour les médecins, des évaluations des pratiques professionnelles sont à mettre en place et un réel travail de recherche de solutions alternatives à l'isolement devra s'engager.

Il n'y a aucune traçabilité des mesures d'isolement et de contention au sein des services ni aucune compilation possible à ce jour par le département d'information médicale. Le registre prévu par l'article L3222-5-1 du code de la santé publique n'a pas été mis en œuvre. Certaines unités utilisent une feuille de surveillance de contention et une feuille de prescription de contention physique mais aucune feuille de traçabilité infirmière sauf quelques mentions sur les feuilles de prescription.

La pratique de l'isolement et de la contention n'est pas analysée par les équipes soignantes en collégialité et aucune extraction informatique n'a permis aux contrôleurs d'analyser les décisions prises. Les motifs de placement en isolement sont très souvent revendiqués punitifs, ou pour prévenir une fugue ou encore pour garantir la sécurité des soignants.

La thématique isolement et contention a simplement fait l'objet d'une formation aux droits des patients et isolement pour sept infirmiers par an en 2017 et 2018. En 2018, douze places ont été proposées aux infirmiers pour une formation « expert spécialiste » mais elle ne sera pas reconduite faute de crédits.

Recommandation

Une formation aux pratiques d'isolement, de contention et sur les droits des patients doit être proposée sans délai aux soignants et aux médecins de psychiatrie.

L'ensemble de ces éléments montrent des pratiques d'isolement excessives et illégales même si ces pratiques sont cependant variables selon les unités. Les durées sont longues et ne peuvent correspondre aux seuls moments de crise ou de solutions de dernière extrémité, d'autant que toutes les unités sont fermées.

Ces modalités d'isolement ne respectent pas les dispositions du code de la santé publique, selon lesquelles il ne peut être procédé à l'isolement que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui.

Recommandation

L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants. Cette analyse doit permettre de limiter ces pratiques à ce qui n'a pu être obtenu par d'autres alternatives.

Dans son courrier en date du 30 janvier 2019, la directrice sur CHAR écrit « je veillerai à la mise en place effective du registre d'isolement et contention et à la transmission chaque année du rapport d'activité ».

Les contrôleurs ont pris connaissance du projet de modernisation des CI du pôle. Ce projet vise à porter de douze à dix-neuf le nombre de CI en modernisant certaines CI actuelles, en transformant quatre chambres ordinaires en CI, en laissant en l'état d'autres chambres indignes. Ce projet architectural prévoit ainsi une augmentation du nombre de chambres d'isolement sans aucun projet médical en définissant le besoin et sans analyse de pratique justifiant ce besoin d'isolement accru. Aucun rapport annuel de l'isolement n'a été présenté en CME.

Recommandation

Si les chambres actuelles sont indignes et doivent être rénovées, la construction de chambres d'isolement supplémentaires doit être justifiée par un projet médical qui en précise le besoin.

7.3 LE LOGICIEL DE SIGNALISATION DES INCIDENTS EST SOUS-UTILISÉ

Le module « SIGNAL » du logiciel « Yes » a été mis en service le 1^{er} janvier 2018. Il facilite la déclaration en ligne et l'exploitation des déclarations d'événements indésirables (EI). Les fiches de signalement (FS) d'EI se présentent sous forme de méls qui sont anonymisés lors de leur prise en compte dans le logiciel. Ce logiciel présente la qualité de permettre à l'émetteur d'un EI de connaître en temps réel le suivi de son signalement.

En 2016, le pôle de psychiatrie a émis 101 FSEI, le CHAR 1 816.

En 2017, le pôle de psychiatrie a émis 96 FSEI, le CHAR 1 886. Selon les normes de la HAS, le nombre d'EI déclarés par la psychiatrie est faible alors que celui du CHAR est élevé.

Parmi les 96, un EI a fait l'objet d'une revue de morbidité (RMM). 26 ont fait l'objet d'un suivi ou d'une réponse ; un seul a été analysé par le comité de retour d'expérience (CREX).

Ces FSEI se répartissent en trois catégories : les vigilances²⁰ (2 %), les malveillances (10 %) et les événements (88 %).

Les contrôleurs ont constaté que certains événements étaient parfois ou jamais déclarés comme EI. En absence de signalement, il n'est pas possible de déterminer s'il s'agit d'anomalies structurelles ou accidentelles :

- rendez-vous de patients dans les services de MCO annulés ou reportés faute de disponibilité de soignants pour les accompagner ;
- absences de soignants, remplacés ou non. Les contrôleurs ont constaté une exception : une série de FSEI fait état de l'absence récurrente d'une ASH dans une unité. A titre d'exemple, lors de la visite de nuit du 11 octobre, les contrôleurs ont constaté que dans une unité de vingt-huit lits, un seul soignant était présent sur les quatre requis ; le cadre de nuit a fait rallier un soignant d'une autre unité. Aucune FSEI n'a été rédigée ;
- changements de draps tardifs ou inexistant. Les draps des lits souillés sont changés quotidiennement et ceux non souillés changés tous les deux ou trois jours. Cependant il a été signalé aux contrôleurs que les arrivées des draps propres étaient fréquemment tardives et parfois annulées, en particulier le week-end. Aucune FSEI n'en fait état.

²⁰ Les vigilances se répartissent entre l'identivigilance, la radiovigilance, la réactovigilance, la pharmacovigilance, l'infectiovigilance, la lactovigilance, la biovigilance, la maternovigilance, l'héiovigilance.

- destruction ou usure de matériel (meubles, portes, etc.). Des tables, des chaises, des armoires sont manquantes dans la plupart des chambres, le mobilier de certains salons destinés aux visiteurs a disparu. Les seules FSEI rédigées concernent des équipements ayant trait à la sécurité (portes et verrous cassés, climatisation hors d'état dans une chambre d'isolement conduisant à laisser la porte ouverte pour favoriser les courants d'air, besoin de serpillières pour nettoyer les sols glissants, etc.).

Par ailleurs plusieurs FSEI font état de violences physiques ou verbales de patients et de visiteurs, suivies de mise en isolement.

Il apparaît ainsi que les EI ne sont pas suffisamment déclarés en psychiatrie et ne permettent pas de prendre en compte des anomalies structurelles. Il est possible que la définition des vigilances corresponde aux besoins des services de MCO et non à ceux de la psychiatrie, où les durées moyennes de séjour sont considérables comparées à celles de MCO.

Recommandation

Des directives doivent être données au pôle de psychiatrie pour que les événements mettant en cause la dignité des patients, comme leur sécurité et leur santé tels les rendez-vous manqués, soient signalés via le logiciel de signalement des événements indésirables.

Dans son courrier en date du 30 janvier 2019, la directrice sur CHAR écrit « mes équipes proposeront par ailleurs des outils et un accompagnement à l'établissement afin de l'aider à structurer sa démarche qualité et à mettre en place une procédure de gestion des événements indésirables graves ».

8. CONCLUSION

Lors de la réunion finale, les contrôleurs ont centré leurs observations sur leurs premières constatations – l'enfermement généralisé car les unités sont fermées, des décisions d'isolement massives dans et hors des chambres dites chambres d'isolement (CI), des chambres transformées sans le dire en CI, l'absence de meubles, l'accès restreint au téléphone et sous surveillance, l'absence de cafétéria, la méconnaissance de leurs droits par les patients en soins sans consentement, l'absence d'interprétariat et de traductions pour les patients étrangers – qui ont conduit le CGLPL à envoyer, parallèlement au présent rapport, des recommandations portant sur :

- Des pratiques illégales et abusives d'isolement dont des décisions « si besoin », l'absence d'évaluation de ces pratiques professionnelles, de registre de l'isolement et de la contention.
- Des pratiques forcées de traitements par injections, dont les prescriptions « si besoin », l'absence de recherche de consentement du patient et son caractère impératif au regard de la clinique.
- Un accès insuffisant aux soins somatiques, dont le suivi des patients en chambre d'isolement.
- Une continuité des soins et une présence médicale insuffisante au sein de chaque unité.
- La présence insuffisante dans l'établissement de médecins spécialisés en psychiatrie de plein exercice.
- L'absence de projets de soins individualisés.
- Des activités thérapeutiques insuffisantes.
- L'absence d'un projet de service, d'une culture médicale partagée entre tous les soignants construite autour de réunions cliniques régulières.

Au-delà de ces constats, la visite des contrôleurs a fait émerger d'autres éléments qui méritent attention. En effet, si les dérives dans la prise en charge psychiatrique sont passées dans le bruit de fond et qu'elles ne suscitent plus ni l'étonnement ni l'indignation, les causes en sont sans doute plus profondes, plus générales.

Les associations représentant les patients ou leurs proches sont inconnues dans les unités et donc insuffisamment représentées au sein de la commission des usagers.

Le comité d'éthique du CHAR ne s'est pas saisi depuis plusieurs années de questions spécifiques à la psychiatrie, témoignant ainsi du peu d'importance accordée à ces sujets.

L'orientation et le suivi des patients à la levée de l'hospitalisation se heurte à une insuffisance de structures médico-sociales ou des CMP mobiles. Ainsi, en particulier, les patients chroniques de l'unité Moutouchi-Amourette sont condamnés à y demeurer, limitant *de facto* le nombre de lits en psychiatrie et induisant vraisemblablement des séjours trop courts pour les patients des autres unités.

La gestion financière, dans un contexte difficile bien connu, repose sur une logique comptable et non, pour le pôle de psychiatrie, sur une logique de soins.

Le changement de paradigme, proposé lors de la réunion de restitution, a été perçu comme nécessaire par la cheffe de pôle et par des professionnels ayant exercé dans des services de psychiatrie autres que ceux du CHAR. Si la capacité de changement à moyens constants et à court

terme est apparue possible et indispensable, telles que la suppression des prescriptions « si besoin » ou l'utilisation des CI aux seules situations préconisées par la HAS, d'autres changements, tels que le recrutement de médecins psychiatres de plein exercice ou l'insertion des activités thérapeutiques dans les projets de soins, l'élaboration d'un projet de pôle de psychiatrie nécessitent l'implication et l'engagement d'autres acteurs que les seuls membres du personnel du pôle de psychiatrie du CHAR de Cayenne.

Dans son courrier en date du 30 janvier 2019, la directrice sur CHAR écrit « afin de tenir compte des remarques formulées à l'occasion de la visite de certification en avril 2018, complétée par le rapport de la Mission évaluation de la santé mentale en Guyane, le pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Cayenne a initié une réorganisation du parcours du patient sur les unités d'hospitalisation, avec une distinction entre les unités ouvertes et celles fermées. Ce nouveau fonctionnement sera totalement effectif à partir du mois de février. D'importants travaux de réhabilitation vont accompagner les nouvelles modalités de fonctionnement des services ».

Dans son courrier de février 2019, la directrice générale de l'ARS Guyane écrit « sans attendre, j'ai demandé aux deux centres hospitaliers de Guyane dotés d'une offre de soins psychiatriques de renforcer rapidement le respect des droits et de la dignité des patients, bien que ces sujets, et les investissements nécessaires ne fassent l'objet d'aucune trace dans les COPERMO récemment signés. Ce sujet figurera en bonne place dans les CPOM que je suis en train de négocier avec eux. De même, j'ai demandé que le projet médical du Groupement hospitalier de territoire, dont je viens d'arrêter la création, intègre pleinement une dimension psychiatrie – santé mentale. Ce projet me sera soumis dans les toutes prochaines semaines ».