



**Centre hospitalier spécialisé  
Albert Bousquet**

**Nouméa**

(Nouvelle-Calédonie)

*du 18 au 20 octobre 2011*

Contrôleurs :

- Cédric de Torcy, chef de mission ;
- Bernard Bolze ;
- Anne Galinier ;
- Thierry Landais.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite inopinée du centre hospitalier spécialisé Albert Bousquet de Nouméa (Nouvelle-Calédonie) du mercredi 19 au vendredi 21 octobre 2011.

## **1 CONDITIONS GENERALES DE LA VISITE**

Les contrôleurs sont arrivés au centre hospitalier spécialisé (CHS) le mercredi 19 octobre 2011 à 8h et ils ont quitté les lieux le vendredi 21 octobre à 17h. Ils ont été accueillis par le directeur de l'hôpital.

Ils ont visité essentiellement les unités recevant des personnes soignées sous contrainte ainsi que les chambres d'isolement des autres unités. Ils ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitent et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des personnels de santé exerçant sur le site.

Une réunion de présentation a eu lieu dès le début de la visite en présence du directeur du directeur des ressources humaines, de la responsable du bureau des affaires financières, du directeur des soins, du médecin chef de service de l'unité d'admission sous contrainte, de trois cadres de santé dont celui de l'unité d'admission sous contrainte, de la gérante des tutelles, de l'assistante sociale, du président de la commission médicale d'établissement (CME) et de la responsable qualité.

L'affichette annonçant la visite des contrôleurs a été immédiatement diffusée dans les services de soins et les lieux collectifs.

L'ensemble des documents demandés a été mis à la disposition des contrôleurs.

Une salle de réunion a été laissée à leur disposition pour toute la durée de la visite.

Le directeur de cabinet du haut-commissaire a été informé de cette visite dès le mercredi 19 octobre.

Une réunion de restitution a eu lieu en fin de visite avec le directeur de l'établissement.

Cette mission a fait l'objet d'un projet de rapport qui a été soumis au directeur de l'établissement le 30 janvier 2012. Celui-ci a fait connaître ses observations par un courrier en date du 7 mars 2012. Elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport de visite.

## **2 PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT**

Le CHS Albert Bousquet est situé sur la presqu'île de Nouville, qui fut une île jusqu'en 1972. L'île de Nou a été longtemps un lieu de relégation et d'emprisonnement.

L'implantation d'une université et de lieux touristiques en a, depuis, modifié la représentation.

Il dispose de 208 lits. Il comporte quatre unités de psychiatrie générale et trois unités de gérontologie clinique.

Les conditions d'hospitalisation se sont améliorées tout au long de l'histoire de cet établissement, ancien hôpital du bagne en 1868, puis hospice en 1952. Il est devenu centre hospitalier spécialisé en 1978, avant d'acquérir son autonomie dans le cadre d'un établissement public en 1990. Il a été certifié par la Haute Autorité de Santé (V2007) en mai 2011.

L'agglomération de Nouméa rassemble les deux tiers de la population de Nouvelle-Calédonie ; près de 80 % des moyens psychiatriques sont concentrés sur le site.

Les soins psychiatriques en Nouvelle-Calédonie sont définis par le « décret n° 2011-898 du 28 juillet 2011 relatif aux dispositions d'application en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ».

Le directeur de l'hôpital est nommé par le président du gouvernement de Nouvelle-Calédonie. Selon les termes de la loi du 5 juillet 2011, il rend compte au président du tribunal de première instance et au haut commissaire de la République.

## 2.1 La psychiatrie en Nouvelle-Calédonie

Si la Nouvelle-Calédonie a en charge le système de santé des trois provinces – Sud, Nord et Iles Loyauté –, le système judiciaire et pénal relève de la compétence de l'Etat. Toutefois, les personnes de statut particulier relèvent d'une juridiction coutumière.

L'essentiel de la prise en charge de la santé mentale en Nouvelle Calédonie est assurée par le CHS. Le secteur privé de psychiatrie, composé de moins de dix médecins libéraux, ne dispose pas de lits d'hospitalisation et pratique une psychiatrie ambulatoire.

La psychiatrie générale est composée d'unités intra et extrahospitalière :

### - pour la psychiatrie générale :

- 110 lits plus un lit d'urgence, répartis en quatre unités d'hospitalisation : unité d'admission ouverte, unité de long séjour psychiatrique pour malades vieillissants, unité de postcure et de réhabilitation psycho-sociale et unité d'admission sous contrainte ;

cette dernière unité est constituée de deux entités :

- « l'unité fermée » qui accueille les personnes – hommes et femmes – bénéficiant de soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT), de soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI) ou de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPE) ainsi que des personnes admises en soins libres et des femmes détenues;
- « l'unité sécurisée » qui prend en charge uniquement des hommes : d'une part les personnes détenues du centre pénitentiaire en application de l'article D.398 du code de procédure pénale, d'autre part les personnes placées à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale ordonnée par l'autorité judiciaire ou décidée

par le représentant de l'Etat (« HO judiciaire »), en application des dispositions de l'article L.3213-7 du code de la santé publique et du décret n° 2011-898 du 28 juillet 2011 relatif aux dispositions d'application en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 ;

- un centre médico-psychologique (CMP) en centre ville ;
- un hôpital de jour en centre ville ;
- un secteur d'urgence psychiatrique au centre hospitalier territorial Gaston Bourret ;
- une antenne médico-psychologique à Poindimié (province Nord) ;
- une antenne médico-psychologique à Koumac (province Nord) ;
- une antenne médico-psychologique à Lifou (province des Iles Loyauté) ;
- pour le **secteur de pédopsychiatrie**, qui ne comporte pas de lit d'hospitalisation :
  - un CMP en ville ;
  - un centre d'accueil et de traitement à temps partiel (CATTP) et un hôpital de jour à l'anse Vata. :
  - un centre d'accueil et de soins pour adolescent (CASADI).

## 2.2 Présentation du centre hospitalier spécialisé

Le CHS Albert Bousquet occupe un vaste domaine en bord de mer ; plusieurs de ses bâtiments – dont trois sont en cours de réfection – sont ceux là même qui constituaient l'hôpital à son origine.

Perpendiculaires à la mer et disposés en peigne sur un seul niveau, ces locaux sont bordés de galeries de circulation abritées du soleil ou des intempéries et sur lesquelles les chambres donnent de plain-pied. Des espaces verts sont aménagés entre les bâtiments ; des fleurs et des arbres exceptionnels agrémentent les pourtours et confèrent à l'ensemble une harmonie particulière.

Si l'entrée est commune, le centre de gérontologie clinique est géographiquement distinct et séparé de l'hôpital psychiatrique par un mur ancien.

La direction générale et une partie des bâtiments administratifs occupent un bâtiment neuf d'un seul niveau encadrant un jardin, situé sur le périmètre contigu aux unités d'hospitalisation.

Le bureau des admissions et des affaires financières, une salle de réunion, la logistique – cuisine, salles à manger et self service, lingerie, magasin hôtelier, salon de coiffure, et services techniques –, la pharmacie à usage interne et le cabinet dentaire sont disposés dans d'anciennes unités d'hospitalisation rénovées ou d'anciennes dépendances de l'hôpital.

Une cafétéria, où se côtoient patients, personnels et parfois familles, est située au bout du parc.

Un dernier ensemble de bâtiments contemporains, ouvert en 2010 et situé à hauteur de la direction générale, héberge l'unité d'admission libre, le service de médecine physique et de réadaptation et les deux unités d'admission sous contrainte.

Selon le rapport d'activité 2010 : « Outre le manque de lits qui se traduit par des impossibilités d'accueil et des séjours trop brefs pour permettre des stabilisations durables, se pose le problème de la prise en charge des adolescents. Aucune unité et aucun lit n'a été prévu. Or, il y a de un à sept mineurs accueillis en psychiatrie. Leurs conditions d'hospitalisation sont des plus précaires ».

Éléments fournis aux contrôleurs	Unité d'admission libre	Unité fermée	Unité sécurisée	Unité post-cure et de réhabilitation psychosociale	Unité de long séjour psychiatrique
Lits	20	21	10	40	20
Chambres d'isolement	0	1	1	2	1
Chambres sécurisées	0	2		0	0
Nombre de patients (Hommes/Femmes)	18 (2/16)	20 (13/7)	10	33 (22/11)	19 (12/7)
Patients en chambre d'isolement	0	1	1	1	2 <sup>1</sup>
HO	0	4	5 D.398 **	2 hommes	0
HDT	0	8	5 HO judiciaires	0	0
Sortie d'essai HO	0	0	/	1	0
Sortie d'essai HDT	0	0		0	0
Plus longue hospitalisation en HL	6 mois	8mois		32 ans	*
Plus longue hospitalisation en HSC	0	2 mois	10 ans	3 ans HO	*
Patient le plus âgé	70 ans	48 ans	67 ans	71 ans	80 ans
Patient le plus jeune	16 ans	20 ans	20 ans	20 ans	17 ans
Chambres à 1 lit	8	17	10	8	3
Chambres à 2 lits	6	2	0	16	8
Douches	1 x chambre	20	1 x chambre	10	4
WC	1 x chambre	22	1 x chambre	6 en ch seule 4 en ch double 1 bloc de 10 WC	1 x chambre 2 communs
Salles de bain avec baignoire	1	0	0	1	0

\* : information non fournie

\*\* : Cf. § 4.2.2 *infra*

<sup>1</sup> Au moment de la visite des contrôleurs, un patient mineur occupait en permanence une chambre d'isolement ; un autre patient était placé à l'isolement dans sa propre chambre

### 2.3 Les personnels

<b>PERSONNEL ADMINISTRATIF</b>	<b>TOTAL 2010</b>	<b>EVOLUTION 2011</b>	<b>TOTAL 2011</b>
Directeur	1		1
Directeur adjoint	2		2
Directeur des soins infirmiers	1		1
Chef de bureau	6		6
Adjoint des cadres	2		2
archiviste		+ 0,5	0,5
Secrétaire administratif	10	+ 1	11
Secrétaire médicale	13,5		13,5
vaguemestre	1		1
standardiste	3,75		3,75
<b>TOTAL</b>	<b>40,25</b>	<b>+ 1,5</b>	<b>41,75</b>

<b>PERSONNEL SOIGNANT OU EDUCATIF</b>	<b>TOTAL 2010</b>	<b>EVOLUTION 2011</b>	<b>TOTAL 2011</b>
psychologue	18	- 2,1	16,4
Assistante sociale	6		6
Cadre supérieur de santé	1		1
Cadre de santé	15	+ 1	16
Infirmier DE	127	+ 9	136
Aide-soignant	79	+ 3	82
orthophoniste	3,5	+ 1	4,5
diététicienne	0,75		0,75
kinésithérapeute	3		3
ergothérapeute	3		3
psychomotricien	9	- 1	8
Educateur spécialisé	6	- 1	5
Educateur technique spécialisé	1		1
Moniteur éducateur	1	+ 1	2
Ouvrier d'ergothérapie	3		3
Agent des services hospitaliers	30,5	+ 4	34,5
<b>TOTAL</b>	<b>306,75</b>	<b>+ 15,4</b>	<b>322,15</b>

<b>PERSONNEL TECHNIQUE</b>	TOTAL 2010	EVOLUTION 2011	TOTAL 2011
Adjoint technique	1		1
Chef d'atelier	1		1
Ouvrier d'entretien	4		4
Chef de cuisine	1		1
Second de cuisine	0	+ 1	1
cuisinier	6	- 1	5
Aide cuisinier	7,5		7,5
Chauffeur ambulancier	1		1
Chauffeur magasinier	0	+ 0,5	0,5
Technicien informaticien	1		1
lingère	2,5	+ 0,25	2,75
<b>TOTAL</b>	25	+ 0,75	25,75

<b>PERSONNEL MEDICAL</b>	TOTAL 2010	EVOLUTION 2011	TOTAL 2011
Praticien hospitalier chef de service	3		3
Praticien hospitalier	16	+ 1	17
Médecin généraliste	0,6	- 0,6	0
Assistant spécialiste	0		0
Assistant généraliste	1		1
interne	1		1
<b>TOTAL</b>	21,60	+ 0,40	22

<b>PERSONNEL MEDICO TECHNIQUE</b>	TOTAL 2010	EVOLUTION 2011	TOTAL 2011
pharmacien	1		1
Assistant spécialiste	0		0
préparateur	2		2
<b>TOTAL</b>	3		3

<b>TOTAL GENERAL</b>	396	+ 18,65	414,65
----------------------	-----	---------	--------

La direction du service des soins infirmiers est assurée par un cadre supérieur de santé pour l'ensemble de l'établissement et par un cadre pour une ou deux unités de soins. Trois cadres de nuit assurent la présence d'un cadre chaque nuit.

## 2.4 Les données financières

Les dépenses constatées se sont élevées à 3 768 405 904 Francs CFP en 2010 (soit 31 579 241 euros) ainsi réparties :

- dépenses de personnel : 79,42 % ;
- dépenses à caractère médical et médico-social : 4,28 % ;
- dépenses à caractère hôtelier et général : 11,34 % ;
- amortissements, provisions et charges financières : 4,96 %.

## 2.5 L'activité

En 2010, les hospitalisations sous contrainte ont représenté 41,2 % des entrées, soit 216 hommes et 80 femmes ; 25 % ont été hospitalisés d'office (HO) et 75 % à la demande d'un tiers (HDT). Huit d'entre eux étaient des mineurs et quinze patients détenus relevaient de l'art. D.398 du code de procédure pénale.

Le bilan d'activité 2010 de l'établissement indique : « Le recours privilégié aux hospitalisations sous contrainte en Nouvelle-Calédonie s'explique certainement par des raisons pratiques : il est plus facile et plus sûr de faire une HDT ou une HO pour faire admettre un patient quand le nombre de lits disponibles est limité, que la distance est grande et que les médecins sur place ne sont pas formés ou pas intéressés par les pathologies psychiatriques ».

Il arrive que des adolescents soient admis au CHS sur placement du juge des enfants dans le cadre d'une mesure d'assistance éducative en milieu ouvert (AEMO).

## 3 HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ET EXERCICE DES DROITS

### 3.1 L'arrivée des patients

Les patients admis en soins psychiatrique sans consentement, que ce soit à la demande d'un tiers, en cas de péril imminent ou sur décision d'un représentant de l'Etat, sont admis dans l' « unité fermée » qui comporte vingt lits plus un lit d'isolement ; c'est une unité mixte.

#### 3.1.1 L'admission directe

Les admissions directes peuvent se faire dans l'unité en provenance des centres médico-psychologiques (CMP) de la province Nord, de la province des Iles Loyauté ou du CMP de Nouméa. Elles se font toujours avec l'accord de l'équipe de psychiatrie du CHS.

Les patients sont pris en charge soit au départ de leur domicile, soit en hospitalisation générale à Poindimié ou Koumac, par une ambulance avec un chauffeur et un brancardier.

Pour le transport, le patient est le plus souvent sédaté selon une prescription effectuée par le psychiatre du CMP ; il sera également contenu physiquement pendant le transport, soit par une camisole, soit par un matelas coquille. De manière exceptionnelle, le transport peut être effectué par le SAMU.

Pour les personnes en provenance de la province des Iles Loyauté, le transport se fait en avion.



### 3.1.2 L'admission en provenance d'un autre établissement de santé

Le 26 juillet 2007, une convention a été signée entre le CHS Albert Bousquet et le centre hospitalier territorial Gaston Bourret (CHT), mettant à disposition, les heures et jours ouvrés, une antenne d'urgence psychiatrique composée d'un psychiatre et un infirmier. Cette équipe est positionnée dans l'unité d'accueil et d'urgence du CHT. En dehors des heures ouvrées, le CHS met à disposition une astreinte de sécurité de médecin psychiatre.

L'admission au CHS, décidée par le psychiatre de l'antenne, est organisée sous la responsabilité, soit du psychiatre de l'unité d'accueil du CHS, soit du médecin urgentiste du CHT. L'organisation du transfert du patient jusqu'au centre hospitalier spécialisé incombe au CHT.

En cas de besoin, le médecin du CHT rédige et fait rédiger les certificats médicaux nécessaires aux soins sous contraintes.

## 3.2 Les modalités d'admission

Le tableau suivant indique le nombre de patients été admis directement dans l'unité fermée et dans l'unité sécurisée en 2008, 2009 et 2010.

	2008	2009	2010
Unité fermée	358	353	360
Unité sécurisée	17	17	17
Total	375	370	377

### 3.2.1 Les formalités administratives

Le bâtiment neuf du CHS accueillant l'unité fermée et l'unité sécurisée a été ouvert en 2010. L'entrée, commune aux deux unités donne sur un hall d'une surface de 42 m<sup>2</sup> où s'ouvrent les portes d'accès aux unités. Elles sont fermées à clé et tout visiteur se signale par une sonnette.

L'arrivée dans chacune des unités se fait par le « salon visiteur », où un infirmier vient accueillir le patient. Dans le cas où le patient ne présente aucun signe d'agitation, un entretien infirmier sera effectué ; dans le cas contraire, le patient sera conduit dans sa chambre afin de pouvoir s'y apaiser.

L'entretien d'accueil se fait dans le bureau des infirmiers, afin de pouvoir remplir le dossier médical informatisé. Cette salle est extrêmement passante, conduisant à la salle de soins, à la salle de préparation des médicaments, aux différents bureaux médicaux et du cadre de santé, ainsi qu'à la buanderie. La confidentialité de l'entretien ne peut en aucun cas être respectée.

Le médecin généraliste de l'établissement sera prévenu de l'arrivée d'un entrant et effectuera le jour même un examen somatique complet, s'il est présent sur l'établissement. En l'absence de celui-ci ou en dehors des heures d'ouverture, il sera fait appel à *SOS Médecins*.

L'infirmier de coordination entrera en contact téléphonique avec le CMP qui prend en charge ce patient afin de préciser les motifs de l'hospitalisation et les traitements antérieurs.

### **3.2.2 La période initiale de soins et d'observation**

La période initiale de soins et d'observation se déroule dans l'unité où a été admis le patient. Il n'existe pas d'unité spécifique d'admission où les patients séjourneraient durant la période de soixante-douze heures prévue par la loi du 5 juillet 2011. Toutes les hospitalisations sans consentement ont lieu dans l'unité d'admission sous contrainte.

A l'unité fermée, après l'entretien d'accueil, un inventaire des effets personnels des patients est fait par un aide-soignant. Cet inventaire est contradictoire ; il est noté dans le dossier infirmier informatisé qui fait partie du dossier de soins informatisé (DSI). Les effets personnels sont rangés nominativement dans la buanderie, les objets de valeurs ainsi que le téléphone portable sont placés au coffre de l'établissement.

La période initiale de soins est une période d'observation, la personne hospitalisée n'étant pas autorisée alors à rentrer en contact téléphonique avec sa famille.

### **3.2.3 Les informations données aux malades**

Lors d'une première hospitalisation, le fonctionnement de l'hôpital et de l'unité est expliqué oralement par l'infirmier qui effectue l'entretien d'accueil.

Dans l'unité fermée, la charte du patient hospitalisé est affichée dans la salle de jour de l'unité.

Les droits des patients sont énoncés par le psychiatre qui effectue l'entretien avec le patient et rédige le certificat de la 72<sup>ème</sup> heure.

#### **3.2.3.1 Le livret d'accueil**

Aucun livret d'accueil n'est remis au patient.

Le livret d'accueil qui a été remis aux contrôleurs ne contient aucune mention spécifique sur les possibilités de recours du patient à la mesure de contrainte, ni les adresses utiles à cet effet.

#### **3.2.3.2 Les informations sur les voies de recours**

Il a été précisé aux contrôleurs que les modalités de recours à la décision d'hospitalisation sous contrainte étaient données lors de l'entretien d'accueil de l'infirmier ; aucune adresse utile n'est affichée ni mise à la disposition des patients dans l'unité fermée.

La partie intitulée « Droits et devoirs » du livret d'accueil contient, dans la rubrique des « informations pratiques », deux dispositions relatives aux voies de recours. La première, concernant les personnes hospitalisées sans leur consentement, présente le droit de faire appel en adressant une requête au directeur de l'établissement. « Ce dernier se chargera de la transmettre aux autorités judiciaires et administratives compétentes. » La seconde, commune à l'ensemble des patients, indique la possibilité donnée aux personnes hospitalisées et aux proches d'adresser une réclamation directement ou par l'intermédiaire d'un médecin ou d'un avocat auprès du directeur de l'établissement « concernant la qualité des prises en charge ou tout autre domaine relatif à son séjour ».

S'agissant des voies de recours administratives ou judiciaires contre les décisions notamment d'hospitalisation qui ont pu être prises, les patients ne reçoivent aucune autre information.

Il n'est fait nulle part référence à la compétence du juge des libertés et de la détention, du procureur de la République ou de la commission des hospitalisations psychiatriques en Nouvelle-Calédonie – qui tient lieu sur le territoire de commission départementale des soins psychiatriques (cf. *infra* § 3.10) – ni à la possibilité de saisir directement ces instances.

Lors de l'admission d'un patient à laquelle les contrôleurs ont assisté, les informations sur les voies de recours n'ont pas été fournies. Le patient n'était cependant pas en état psychique d'assimiler ces informations. Il est probable qu'un moment plus opportun aura été choisi par l'équipe soignante pour délivrer cette information.

### 3.2.3.3 Les informations concernant la loi du 5 juillet 2011

La loi du 5 juillet 2011 est applicable en Nouvelle Calédonie par le « décret n° 2011-898 du 28 juillet 2011 relatif aux dispositions d'application en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ».

#### 3.2.3.3.1 L'information au personnel

Une affiche dans le bureau infirmier de l'unité fermée, non signée non datée, précise :  
« Soins médicaux sous contraintes, certificats médicaux à faire :

- dans les 24 heures : J0+1 ;
- dans les 72 heures : J0+3 ;
- dans les 8 jours : J0+7 ;
- tous les mois à partir du J0. »

Une deuxième affiche donne différents renseignements sur la loi du 5 juillet 2011 ; datée du 5 août 2011 et signée du cadre de santé, elle précise les trois modes d'hospitalisation sous contrainte :

- « les soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT), nécessitant un tiers et deux certificats médicaux ;
- les soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI), nécessitant un seul certificat médical ;
- les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPE) en Nouvelle-Calédonie, le haussaire<sup>2</sup>, et en cas d'urgence le maire et le commissaire de police ».

Sont ensuite développés les différentes étapes administratives et judiciaires auxquelles sont soumises les personnes hospitalisées sous contrainte et le rôle des infirmiers. A cet effet, une nouvelle fiche de poste pour un infirmier détaché au suivi administratif des patients a été établie ; cet infirmier effectue des horaires de travail spécifiques : 8h45-15h45.

#### 3.2.3.3.2 L'information donnée au patient

Aucune information n'est présente à destination du patient.

Le livret d'accueil n'a pas été revu depuis l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011. Les informations relatives à cette réforme législative ne figurent pas non plus sur un autre support écrit, s'agissant notamment de la possibilité de demander une mainlevée de la mesure d'hospitalisation.

---

<sup>2</sup> Haut-Commissaire de la République en Nouvelle-Calédonie.

La question du contrôle de droit exercé par le juge des libertés et de la détention (JLD) sur les soins sans consentement est abordée auprès d'un patient par le médecin à l'occasion de la visite réalisée dans le cadre du certificat médical du 8<sup>ème</sup> jour ; elle l'est aussi par le personnel soignant référent, à l'appui de la procédure de saisine instruite quelques jours avant l'audience. S'agissant d'un patient appelé à comparaître à l'audience du 19 octobre 2011 à laquelle les contrôleurs étaient présents, le patient avait été informé le 13 octobre, soit six jours avant sa comparution.

Il a été indiqué aux contrôleurs que le personnel soignant référent expliquait, lors d'un entretien avec le patient, les enjeux de l'audience en insistant sur le rôle protecteur du juge.

Le document de saisine, à retourner au greffe du JLD, indique le nom de l'avocat choisi ou la demande de désignation d'un avocat d'office, en précisant, selon les informations recueillies, « la possibilité d'avoir un avocat gratuit ». Il a été indiqué aux contrôleurs que l'aide juridictionnelle ne s'appliquerait pas dans ce cas en Nouvelle-Calédonie mais le barreau se serait engagé à mettre gratuitement à disposition un avocat. Depuis l'entrée en vigueur de la loi, deux patients ont demandé l'assistance d'un avocat commis d'office : si dans le premier cas (audience du 3 octobre 2011), un avocat était effectivement présent, dans le second (audience du 19 octobre 2011) en revanche, concernant le patient déjà cité, les contrôleurs ont constaté l'absence de l'avocat.

Le patient et, le cas échéant, le tiers à l'origine de la demande de soins reçoivent un avis d'audience. Sur les deux comparutions à l'audience du 19 octobre 2011 concernant deux admissions à la demande d'un tiers, une seule famille – le père et la sœur d'une patiente venus spécialement du Nord de la Nouvelle-Calédonie soit un voyage de huit heures – a assisté à l'audience, assise à ses côtés. Il a été indiqué que la démarche de se rendre à l'audience était plus facile pour les proches en raison du fait qu'elle se déroulait à l'hôpital plutôt qu'au tribunal.

#### **3.2.3.4 Le recueil des observations des patients**

L'article L. 3211-3 du code de la santé publique prévoit qu'avant chaque décision prononçant le maintien des soins sans consentement ou définissant la forme de la prise en charge, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état.

Il apparaît qu'aucun dispositif spécifique n'a été mis en place pour recueillir les observations des patients. Mais ce dispositif ne pourrait exister que si, en amont, l'information des patients sur les conditions de leur admission en soins psychiatriques était complète.

Les patients hospitalisés ne recevant aucun livret d'accueil, ne disposent pas du questionnaire de satisfaction qu'il contient.

### **3.3 La levée des mesures de contrainte**

La loi du 5 juillet 2011 a prévu un contrôle systématique des mesures d'hospitalisation complète sans consentement par le JLD. Conformément aux exigences fixées par le Conseil constitutionnel, le contrôle est exercé de droit par le JLD, d'une part, avant l'expiration du quinzième jour de l'hospitalisation complète puis à l'issue de chaque période de six mois

continus<sup>3</sup>, d'autre part, en cas de refus opposé par le représentant de l'Etat à une proposition de levée d'une mesure de soins formée par un psychiatre participant à la prise en charge du patient<sup>4</sup>.

Un décret du 28 juillet 2011<sup>5</sup> est intervenu pour l'application de la loi sur le territoire de la Nouvelle-Calédonie à compter du 10 août 2011.

Les contrôleurs ont examiné comment la loi, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> août 2011, avait été appliquée au CHS Albert Bousquet de Nouméa.

### 3.3.1 La mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011

Le 1<sup>er</sup> août 2011, le directeur de l'établissement a réuni le chef du bureau des affaires générales, le secrétariat médical de psychiatrie adulte et le secrétariat de direction pour organiser la procédure de saisine du juge des libertés et de la détention dans le cadre du contrôle de droit des hospitalisations complètes sans consentement.

Le même jour, le directeur a publié une note d'information de trois pages, intitulée : « le nouveau cadre des soins psychiatriques ». Cette note, diffusée dans tous les services de l'hôpital, met en évidence les « trois objectifs du législateur, d'une part, une meilleure prise en charge des patients, d'autre part, assurer leur sécurité et celle des tiers enfin, garantir aux patients faisant l'objet de soins psychiatriques le respect de leurs libertés publiques. »

Le directeur a publié le 23 août 2011 une seconde note de sept pages, ayant le même objet, décrivant précisément les procédures à suivre et les documents-soutiens dans tous les cas de figure.

Au niveau des unités d'admission sous contrainte, le cadre de santé a pris l'initiative de rédiger une fiche à l'attention des personnels soignants, datée du 5 août 2011 et affichée dans tous les services, rappelant les différents modes d'hospitalisations sous contrainte et le rôle des personnels infirmiers, notamment dans la planification des rendez-vous et dans l'alerte des psychiatres en vue de l'élaboration des certificats médicaux périodiques.

Le secrétariat médical de psychiatrie générale a été renforcé d'un 0,5 ETP en raison de la charge accrue de travail. Le secrétariat de direction quant à lui, va être également renforcé d'un 0,5 ETP pour ce même motif.

Il a été indiqué aux contrôleurs que la commission « Droits des patients » créée en 2007 devait travailler sur la loi du 5 juillet 2011, à l'initiative de la responsable qualité du CHS, dans le cadre du nouveau projet d'établissement.

Préalablement à l'entrée en vigueur de la loi, le président du tribunal de première instance (TPI) de Nouméa, également juge des libertés et de la détention, avait organisé une réunion préparatoire avec le procureur de la République, le greffe du tribunal, un représentant du haut-commissariat – direction de la réglementation et de l'administration générale (DIRAG) – et le directeur du CHS.

<sup>3</sup> Article L. 3211-12-1 du code de la santé publique

<sup>4</sup> Article L. 3213-5 du code de la santé publique

<sup>5</sup> Décret n° 2011-898 du 28 juillet 2011 relatif aux dispositions d'application en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie françaises de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Au terme de cette réflexion, il a été décidé que les **audiences du JLD** se tiendraient à l'hôpital et non au siège du tribunal en raison des contraintes liées au déplacement des patients et à leur état de santé et ce, malgré « le caractère chronophage » de la mesure pour le magistrat et le greffier. De même, le recours à la visioconférence a été écarté, ce moyen apparaissant « inapproprié à l'état des patients et à l'objectif de protection poursuivi ».

Une audience a été spécialement fixée chaque mercredi matin à partir de 14h30. Elle se tient dans la salle des délibérations de l'hôpital, à la porte de laquelle est affiché un écriteau sur lequel est inscrit : « Annexe du tribunal de première instance de Nouméa ». Les patients y sont amenés individuellement et sont accompagnés durant l'audience par un personnel soignant, voire deux. Le personnel, indifféremment infirmier ou aide-soignant, homme ou femme, est en priorité le référent du patient ? si celui-ci est de service.

Lors de l'audience du 19 octobre, un seul aide-soignant de l'unité fermée, non référent d'aucun des deux patients concernés, assurait cet accompagnement.

Bien que n'ayant fait l'objet d'aucun aménagement particulier, la salle des délibérations est apparue compatible avec l'exigence de la loi – « assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats et permettre au juge de statuer publiquement »<sup>6</sup>. Le caractère public de l'audience est assuré par la situation de la salle – au sein du bâtiment administratif et à proximité de l'entrée de l'hôpital – et sa configuration : la salle confortable et spacieuse est équipée de larges baies vitrées donnant sur un patio arboré et fleuri. Les contrôleurs ont constaté que la porte de la salle restait ouverte durant le déroulement de l'audience.

Par exception, les audiences concernant les patients-détenus se déroulent au sein de l'unité sécurisée ; de même, le juge des libertés et de la détention se déplace dans l'unité lorsque lui est signalé l'état d'agitation d'un patient ou sa difficulté à se rendre jusque dans la salle d'audience, comme ont pu le constater les contrôleurs le 19 octobre 2011. L'écriteau marquant la présence du tribunal est également apposé sur la porte d'entrée de la salle.

La bonne coordination entre les services de l'hôpital et du tribunal a été soulignée de part et d'autre.

### 3.3.2 Le contrôle du juge des libertés et de la détention

Les fonctions de juge des libertés et de la détention sont assurées par le président du tribunal lui-même ou par les deux juges d'instruction de la juridiction. Depuis le 1<sup>er</sup> août 2011, le président a présidé une audience et les juges d'instruction ont présidé les autres par alternance.

Au moment de la présence des contrôleurs, onze audiences juridictionnelles se sont tenues à l'hôpital depuis l'entrée en vigueur de la loi ; elles ont concerné trente-deux patients. La première audience a vu la comparution de six personnes et les autres, entre un et quatre dossiers. La première audience, le 10 août 2011, a été consacrée aux patients admis entre le 23 et le 31 juillet 2011 au titre des mesures transitoires. Les audiences suivantes ont été effectuées dans le cadre du contrôle de plein droit exercé dans le délai de quinze jours.

Le JLD adresse systématiquement des avis d'audience aux patients, au directeur de l'hôpital, au haut-commissaire de la République et au procureur de la République. Concernant les audiences antérieures à celle du 19 octobre 2011, le directeur de l'établissement, le

<sup>6</sup> Article L. 3211-12-2 du code de la santé publique

président de la CME, le chef de service de psychiatrie générale, le directeur des soins infirmiers ont alternativement participé à l'audience et ont été invités à présenter des observations. Un membre de la DIRAG a été systématiquement présent comme représentant du haut-commissariat.

Les contrôleurs ont assisté à l'audience du 19 octobre 2011. Elle a concerné deux patients. Lors de cette audience, comme pour les précédentes, le parquet n'était pas présent et avait transmis au tribunal des réquisitions écrites. Aucun membre de la DIRAG n'était non plus présent à cette audience qui portait sur deux admissions à la demande d'un tiers.

A part les contrôleurs, il n'y avait aucun public dans la salle comme à toutes les audiences précédentes, ainsi qu'il a été rapporté.

Le juge et le greffier avaient revêtu leur robe d'audience.

Comme il a été dit, le premier débat s'est tenu dans la salle des délibérations sans avocat malgré la demande du patient ; le juge des libertés et de la détention s'est déplacé dans l'unité fermée pour le second. Le premier patient a comparu aux côtés du personnel l'accompagnant, en face et à 5 m environ du JLD et de son greffier également installés autour de la grande table de la salle des délibérations.

Pour la seconde patiente, l'audience a eu lieu, en présence de deux membres de sa famille, dans la salle de vie commune de l'unité dans laquelle deux séries de tables avaient été disposées en vis-à-vis. Le personnel soignant dispose du dossier médical du patient pendant l'audience afin de répondre à d'éventuelles questions du juge.

Dans les deux cas, le juge a insisté sur le sens du contrôle exercé et a veillé à ce que les patients ne vivent pas l'audience comme une instance pénale (« Je ne suis pas le juge qui vous condamne »). En effet, il peut arriver que des patients aient eu à connaître les JLD comme magistrats instructeurs dans le cadre d'affaires pénales les impliquant. Le juge rencontré par les contrôleurs a indiqué qu'il était tenu compte de cet état de fait dans l'organisation des audiences afin d'éviter, autant que faire se peut, cette situation.

Les circonstances du placement sont précisément évoquées, le juge s'assurant de la bonne compréhension par le patient (« Savez vous pourquoi on est là ? »). Des questions lui sont posées sur l'évolution de son état de santé, le contenu du certificat médical, sa vie à l'hôpital... Lors de la seconde audience à laquelle des membres de la famille de la patiente étaient présents, la parole leur a été donnée.

Chaque audience a duré vingt minutes.

Les décisions – de maintien dans les deux cas – ont été rendues sans délibéré. Les décisions ainsi que les voies de recours ont été exprimées de manière intelligible sur un ton bienveillant et avec un souci pédagogique marqué (« Vous comprenez ma décision ? »). Le juge a également indiqué à trois reprises qu'il était disponible pour un entretien individuel si nécessaire.

Le greffier s'est déplacé ensuite auprès du patient pour lire avec lui et expliciter les termes de l'ordonnance, le juge lui indiquant que la notification ne valait pas approbation de sa part. Au terme de l'audience, après une ultime vérification par le juge de sa bonne compréhension, le patient de la première audience s'est retiré en le remerciant.

Pour trente-et-un patients, le JLD a ordonné un maintien de la nécessité de la mesure. Une mainlevée de la mesure a été décidée dans le dernier cas avec la motivation suivante : « Attendu qu'à l'audience du 28 septembre 2011, Mme (...) n'a pas tenu de

propos délirants ni manifesté de troubles de comportement ; qu'il apparaît que son hospitalisation à la demande d'un tiers depuis le 30 août 2011 puis par décision du Haut-commissaire en date du 16 septembre 2011 a permis de contenir son état délirant mégalomane ; il y a lieu d'ordonner la mainlevée de la mesure dans un délai de 24 heures à compter de la notification de la présente ordonnance ».

Le JLD n'a pas recouru à la procédure de demande d'expertise, prévue à l'article L. 3211-13° du code de la santé publique, ayant pour effet de prolonger le délai d'une durée maximale de quatorze jours supplémentaires. Il a été signalé la difficulté en Nouvelle-Calédonie de recourir à ce dispositif dans la mesure où il n'existe que deux psychiatres experts sur le territoire.

Aucun recours n'a encore été formé à l'encontre des ordonnances rendues.

Aucune mainlevée n'a été prononcée par le JLD en raison de défaut de saisine ou de saisine tardive du centre hospitalier.

Au moment de la visite des contrôleurs, le JLD n'avait encore jamais été saisi dans le cadre des autres contrôles de plein droit prévus par la loi : en cas de désaccord entre le psychiatre et le préfet (article L. 3213-5 du code de la santé publique) ou de modification de la forme de prise en charge du patient en procédant à son hospitalisation complète (article L. 3211-12-1 I 2° du code de la santé publique).

De même, il n'avait pas eu encore à statuer dans des cas où devaient être pris en compte les antécédents médicaux du patient (déclaration d'irresponsabilité pénale, séjour en unité pour malades difficiles) pour lesquelles le II de l'article L. 3211-12 du code de la santé publique prévoit « un régime procédural "renforcé" pour les catégories de malades dont l'état est présumé dangereux »<sup>7</sup>. Selon les informations recueillies, la connaissance de tels antécédents résulte, uniquement pour le psychiatre, des éléments disponibles dans le dossier du patient qu'il prend en charge, l'établissement hospitalier n'effectuant pas de demande d'extrait de casier judiciaire (B1).

Prévu à l'article L. 3211-9 du code de la santé publique, le **collège** des professionnels de santé devant intervenir dans ce cadre a été réuni à deux reprises. Le directeur désigne en fonction de chaque patient les membres du collège. Le président de la CME ou le chef de service de psychiatrie générale constitue le premier membre, le cadre de santé de l'unité d'admission sous contrainte, le second et un psychiatre exerçant en extrahospitalier, le troisième.

Afin d'éviter les dépassements de délai, le secrétariat médical de psychiatrie générale a mis en place un tableau de suivi indiquant pour chaque patient admis en soins sans consentement : le mode d'hospitalisation, la date d'hospitalisation, l'arrêté de la DIRAG, l'unité d'hospitalisation, l'origine (pour des détenus venant du Camp Est), la date limite de saisine du JLD, la date de saisine du JLD, les certificats établis par deux psychiatres ou par le collège des professionnels de santé, la date limite du certificat, la saisine du JLD à six mois et l'échéancier des saisines du JLD jusqu'à la fin de l'année 2011.

<sup>7</sup> Cf. la circulaire du garde des sceaux, ministre de la justice et des libertés, CIV/03/11 en date du 21 juillet 2011.



### 3.3.3 La sortie des soins

Depuis l'entrée en vigueur de la loi, aucune requête n'a été formée auprès du juge des libertés et de la détention dans le but d'obtenir une mainlevée d'une mesure.

Le JLD ne s'est pas non plus saisi d'office à cette fin.

La commission des hospitalisations psychiatriques en Nouvelle-Calédonie n'a pas formulé de demande de levée de mesures de contrainte.

Enfin, les nouvelles dispositions de l'article L. 3212-9 du code de la santé publique – donnant compétence au directeur du CH, en cas de péril imminent, de ne pas faire droit à la demande de levée émanant du tiers – n'ont pas eu à s'appliquer.

Concernant les patients admis sur décision du représentant de l'Etat, il n'a pas été fait état de difficulté particulière émanant des services du haut-commissariat, la DIRAG, qui retarderait la sortie.

### 3.3.4 Les sorties accompagnées d'une durée inférieure à douze heures

La loi du 5 juillet 2011<sup>8</sup> prévoit que les patients faisant l'objet d'une hospitalisation complète sans consentement peuvent bénéficier de sorties de courte durée (moins de douze heures) pour motif thérapeutique ou des démarches extérieures. L'accompagnement est assuré par le personnel hospitalier, un membre de la famille ou la personne de confiance.

Selon les informations recueillies, ces sorties sont proposées par un psychiatre et autorisées par le directeur. Concernant une personne en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, le haut-commissariat est informée quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie accompagnée ; le haut-commissariat ne s'est pas jusqu'alors opposé à une proposition de sortie.

Il n'est cependant pas possible, sans consulter le dossier médical, de connaître le nombre de sorties de moins de douze heures accordées et d'avoir des données précises sur les motifs des sorties et sur les accompagnants (personnel, famille, personne de confiance).

Les personnels ont surtout fait valoir la difficulté à mettre en œuvre des sorties de plus de douze heures pour certains patients, compte tenu de la lourdeur de la procédure et de la disparition de la notion de sortie d'essai depuis la loi du 5 juillet 2011. Aussi, une réflexion était en cours au moment du contrôle, s'agissant de certains patients admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, afin de modifier leur programme de soins pour 2011 et de transformer leur hospitalisation complète en soins ambulatoires sous contrainte, nouvelle modalité de prise en charge créée par la loi, avec des séquences périodiques d'hospitalisation.

## 3.4 Les registres de la loi

Jusqu'au mois de mai 2011, un registre unique était tenu, concernant l'ensemble des personnes hospitalisées sous contrainte. Depuis, deux registres ont été ouverts : un pour les soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'Etat et les soins psychiatriques sans consentement en cas de péril imminent, l'autre pour les soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers.

---

<sup>8</sup> Article L. 3211-11-1 du code de la santé publique

Le dernier contrôle d'un magistrat apparaissant sur les registres au moment de la visite des contrôleurs datait du 23 mars 2011. Le vice-procureur de la République y notait avoir « constaté de trop nombreuses irrégularités. Les mentions sont incomplètes. Ce constat fait suite à mes trois derniers contrôles qui n'ont pas été suivis d'effet ».

#### **3.4.1 Le registre de soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers**

Il s'agit d'un simple cahier à petits carreaux sans rubriques pré-imprimées ; c'était également le cas pour le registre commun mis en place avant mai 2011.

Chaque admission occupe une page, avec les mentions suivantes : état-civil de la personne (nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse), nom et lien de parenté de la personne ayant demandé l'hospitalisation, références des arrêtés et des certificats médicaux d'admission, puis historique de l'hospitalisation avec en particulier les références des certificats médicaux de 24 heures, de 72 heures, de huit jours, etc.

A la lecture de ce cahier, qui a été ouvert le 20 mai 2011 et qui, au moment de la visite, comportait 135 admissions, les contrôleurs ont constaté trois sortes de contraventions à la loi sur les soins psychiatriques, totalisant plus de 44 % des cas :

- une personne a été admise sur établissement de deux certificats médicaux réalisés par deux médecins du CHS ;
- trente-deux admissions – soit près de 24 % – se référaient à un seul certificat médical ; il a été expliqué aux contrôleurs que l'absence d'un deuxième certificat était due à l'interdiction par la loi de faire établir un certificat d'admission et un certificat des 24 heures par le même médecin ;
- pourtant, dans vingt-sept autres cas – soit 20 % – le certificat d'admission et celui établi dans les 24 heures étaient établis par le même médecin.

Les arrêtés et certificats ne sont pas collés dans le cahier, mais rangés dans des classeurs.

Certains patients mineurs ont été admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ; cette pratique, non prévue par la loi, « est destinée à permettre de laisser des traces ».

#### **3.4.2 Le registre des soins psychiatriques sans consentement sur décision d'un représentant de l'Etat**

Il s'agit d'un document spécifique que l'on retrouve dans tous les hôpitaux psychiatriques. Il comporte des rubriques permettant de mentionner l'état-civil de la personne hospitalisée et le type d'hospitalisation. Chaque patient occupe quatre pages du registre sur lesquelles il est prévu de coller chronologiquement tous les arrêtés et certificats concernant son admission et son maintien en hospitalisation sans consentement.

A l'examen du registre, qui a été ouvert le 10 mai 2011 et qui, au moment de la visite, comportait quarante-cinq admissions, les contrôleurs ont constaté qu'aucun arrêté ni certificat ne s'y trouvait, ce qui était déjà le cas dans le registre commun qui existait précédemment. Le registre ne comporte que les références de ces documents, qui sont répertoriés dans des classeurs.

Un grand nombre d'admissions ne font référence à aucun certificat médical. Il a été expliqué aux contrôleurs que les premiers enregistrements concernaient des personnes admises au CHS depuis plusieurs années ce qui rendait difficile la recherche des certificats.

Parmi les dernières hospitalisations, huit datant de moins de six mois ne comportaient pas de référence de certificat médical d'admission, dont cinq concernaient des personnes détenues.

Il a été déclaré aux contrôleurs que les certificats initiaux étaient dans le classeur, agrafés avec les certificats de 24 heures ; les contrôleurs ont constaté que les certificats non référencés dans le registre n'étaient pas répertoriés dans le classeur.

### 3.5 L'information sur la visite des autorités

Le procureur de la République se rend en visite au CHS tous les six mois.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les visites d'autorités étaient signalées oralement aux patients, la veille au moment du repas, et que ceux-ci demandaient très rarement des entretiens à cette occasion.

### 3.6 La protection juridique des majeurs

Le service de protection et gestion des biens du CHS assure la gestion de quatre-vingt-cinq mesures décidées par le juge des tutelles (sauvegardes de justice, curatelles et tutelles) et applicables aux personnes qui, en raison de leur altération mentale ou corporelle, ont besoin d'être représentées de manière continue dans les actes de la vie civile. Lors du contrôle, trente-huit personnes hospitalisées étaient concernées, les autres mesures s'adressant à des personnes suivies en extrahospitalier.

Deux mandataires extérieurs sont également en charge de cette mission de protection : l'association de gestion de tutelle de Nouvelle-Calédonie (170 mesures) et l'association de prévention de l'enfance et de la jeunesse (80 mesures).

Dans l'établissement, le service est composé d'un seul agent, préposé gestionnaire de tutelle par délégation du directeur du CHS, nommé es qualité lorsque les patients n'ont ni famille ni proche aptes à gérer leurs intérêts. La gestionnaire n'est pas titulaire du certificat national de compétence de mandataire judiciaire à la protection des majeurs. Bien que la disposition de la loi du 5 mars 2007 ne soit pas applicable sur ce point en Nouvelle-Calédonie, il a été indiqué que le processus de certification du gestionnaire était en cours.

Son bureau est ouvert au public du lundi au vendredi de 8h à 16h30. Les patients ont un libre accès au service, les contrôleurs y ayant constaté une présence soutenue des patients. Néanmoins, faute de secrétariat et de remplaçant, l'activité du service est suspendue en cas d'absence de la gestionnaire qui, de ce fait, est contrainte à prendre ses congés par courtes périodes (au maximum, trois semaines par an en métropole).

Le service perçoit les recettes et règle les dépenses courantes. Il établit des budgets, des dossiers de demande de retraite, d'allocations aux adultes handicapés (AAH), d'aides sociales et judiciaires, de demande de logement. Au titre de l'année 2010, le service a établi pour les patients soixante-douze déclarations d'impôts. Pour préparer l'éventualité d'un décès et de manière à éviter toute difficulté ultérieure, le service propose la souscription à un contrat obsèques après avoir reçu par écrit, le cas échéant, les volontés de la famille ; le dossier est ensuite transmis au juge des tutelles.

Lorsqu'un patient dispose d'un compte en banque, celui-ci est conservé ; sinon, un compte est ouvert auprès de l'*Office de la poste et des télécommunications (OPT)*, équivalent en Nouvelle-Calédonie de *La Poste* et *La Banque postale* pour certains patients, avec accord du juge des tutelles, ou à la trésorerie des centres hospitaliers de Nouméa sur un compte

spécifique, appelé « compte des hébergés ». Dans ce cas, chaque hébergé possède un sous compte à son nom.

Un relevé individuel du compte et des opérations réalisées est remis chaque mois à son titulaire et aussi souvent que le patient le demande. Il a été indiqué que certains patients préféraient venir au bureau pour consulter leur compte et refusaient de conserver un exemplaire par souci de confidentialité à l'égard d'autrui.

La préoccupation de la gestionnaire est, autant que faire se peut et en fonction des capacités des patients, « de les aider à gérer et non de gérer à leur place ». Ceci passe par des entretiens réguliers avec les patients et un travail en partenariat avec les équipes soignantes – participation aux réunions de service au sein du CHS et liaison avec les CMP.

La gestionnaire est aussi régulièrement sollicitée par les unités lors de préparation de sortie en raison du fait qu'elle dispose d'une régie d'avance permettant aux patients de sortir avec une somme d'argent en liquide.

### **3.7 La désignation d'une personne de confiance**

Depuis 2009, une procédure pour la désignation de la personne de confiance est mise en place au CHS sur le serveur de l'hôpital; une note de service du directeur de l'hôpital de mai 2010 rappelle l'importance de cette démarche.

Pour autant, dans l'unité d'admission sous contrainte, la désignation de la personne de confiance n'est jamais demandée au patient.

### **3.8 L'accès au dossier médical**

L'accès au dossier médical par les patients est possible selon une procédure écrite qui est indiquée dans le livret d'accueil « accès au dossier médical ».

Il a été précisé aux contrôleurs que « les demandes étaient très rares ».

### **3.9 L'accès à l'exercice d'un culte**

Le livret d'accueil indique : « Vous pouvez faire appel au ministre du culte de votre choix. L'aumônier des hôpitaux est présent tous les lundis après-midi à 14h à la chapelle du centre. Un pasteur visite aussi le centre de façon régulière ».

Au moment de la visite des contrôleurs, un aumônier de 85 ans vient dire la messe tous les lundis à 16h : le dernier lundi du mois au sein de l'unité de gériatrie réservée aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, les autres lundis dans une salle désaffectée qui, de ce fait, a pris le nom de « chapelle ».

Il n'est pas habilité à entrer dans l'unité d'admission sous contrainte.

Selon les informations recueillies, un pasteur protestant venait régulièrement ; « il ne vient plus depuis plusieurs mois ».

### **3.10 La commission des hospitalisations psychiatriques en Nouvelle-Calédonie**

De création récente, la commission des hospitalisations psychiatriques en Nouvelle-Calédonie tient lieu de commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), qui est prévue à l'article L. 3222-5 du code de la santé publique.

La commission est présidée par un conseiller à la cour d'appel de Nouméa ; elle est également composée de deux psychiatres, exerçant l'un en libéral et l'autre au sein du CHS,

d'un médecin urgentiste en poste au centre hospitalier territorial, du médecin inspecteur de la direction des affaires sanitaires et sociales du territoire (DASSNC) et du président de l'union des amis et familles de malades et handicapés mentaux.

La commission s'est réunie à trois reprises en 2011 – les 8 avril, 13 mai et 19 août –, la réunion suivante étant programmée le 18 novembre 2011. Un compte-rendu est rédigé au terme de chaque réunion.

La réunion du 8 avril 2011 s'est tenue au CHS ; elle a notamment donné lieu à une visite de l'unité d'hospitalisation sous contrainte accompagnée du directeur et du médecin chef de service. Le compte-rendu indique que les membres de la commission ont eu des entretiens avec les patients et que le registre des admissions a été parcouru. Une observation a été faite relativement à « une admission récente en HDT [hospitalisation à la demande d'un tiers] non conforme d'une mineure de 15 ans, pour laquelle la prise en charge par les services de protection de l'enfance est arrivée à ses limites. » La commission commente : « Un manque de coordination entre les services de l'ASE [aide sociale à l'enfance] et du CHS semble être à l'origine de cette situation. »

Les deux réunions suivantes ont eu lieu dans les locaux du haut-commissariat.

Lors de la réunion du 13 mai 2011, la commission a pu disposer pour la première fois de données relatives à l'activité du CHS concernant les hospitalisations d'office et à la demande d'un tiers : nombre de personnes hospitalisées au premier jour du mois, d'entrées et de sorties par mois et d'hospitalisations d'une durée supérieure à trois mois. La question du règlement intérieur du fonctionnement de la commission a été abordée lors de cette réunion.

La réunion du 19 août 2011 a permis d'évoquer la loi du 5 juillet 2011, un document de synthèse ayant été remis aux membres de la commission par les services du haut-commissariat. Le projet de règlement intérieur a été validé par la commission.

La réunion du 18 novembre 2011 devait se tenir au CHS, une visite des locaux étant prévue. Il n'apparaît pas qu'une information soit préalablement diffusée en direction des patients pour les aviser de la visite et de la possibilité de s'entretenir avec un des membres de la commission.

### **3.11 La communication avec l'extérieur**

#### **3.11.1 Les visites**

Les visites aux personnes admises dans l'unité fermée sont possibles tous les jours de 14h à 18h. Celles des personnes admises dans l'unité sécurisée sont soumises à autorisation après rendez-vous avec l'équipe médicale.

Le trajet en voiture depuis le centre de Nouméa dure une vingtaine de minutes. Un service de transport en commun assure la desserte tous les quarts d'heure en semaine et toutes les trente minutes le weekend. Il débute à 5h pour se terminer vers 19h. L'arrêt du CHS est équipé d'un abribus et d'une cabine téléphonique.

Les visites concernant les personnes détenues - admises dans le cadre des dispositions de l'article D.398 du code de procédure pénale - sont soumises aux conditions de l'établissement pénitentiaire : le Camp Est envoie par télécopie les autorisations de visite et les jours afférents. Sur les cinq personnes relevant de ce régime au moment du passage des contrôleurs, une seule a été visitée durant les huit derniers jours.

Les personnels jugent les familles « peu présentes » – 90 % des patients sont mélanésiens, souvent éloignées géographiquement – et que « leurs demandes, voire leurs revendications, sont inexistantes ».

### **3.11.2 Le téléphone**

Les personnes hospitalisées sur décision du représentant de l'Etat ont le droit d'émettre un appel téléphonique hebdomadaire de cinq minutes dont le coût est pris en charge par l'hôpital. En cas d'urgence et de nécessité, le personnel peut appeler la famille.

Les personnes détenues ont le droit de recevoir des appels téléphoniques sur autorisation médicale. Mais l'accès au téléphone à leur initiative n'est pas possible.

En l'absence de cabine téléphonique dans les unités, les appels se font depuis le bureau des infirmiers, sans confidentialité possible.

Les personnes des deux unités qui sont autorisées à quitter ponctuellement le service peuvent utiliser deux cabines à cartes, installées dans le parc.

### **3.11.3 Le courrier**

Selon les déclarations faites aux contrôleurs, « les personnes hospitalisées sous contrainte reçoivent très rarement du courrier ».

Tout courrier reçu ou envoyé par une personne détenue passe par le vagemestre du Camp Est. Il est rapporté que certains patients détenus écrivent beaucoup. Les personnes détenues se plaignent que les revues apportées par les familles lors de visites doivent transiter par le Camp Est.

### **3.11.4 L'informatique et l'accès à l'internet**

Aucun équipement en informatique ni accès à Internet n'est mis à la disposition des patients de l'unité d'admission sous contrainte.

## **3.12 La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge**

Il n'existe pas de commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC). Selon la direction, « son existence n'est pas obligatoire en Nouvelle-Calédonie ». Aucun document corroborant cette affirmation n'a été porté à la connaissance des contrôleurs.

Interrogé ultérieurement sur ce point, le directeur a déclaré : « La santé est de compétence de la Nouvelle-Calédonie de par la loi organique. Ainsi tout le dispositif réglementaire touchant les hôpitaux en métropole n'est pas applicable à nos centres hospitaliers. Pour la CRUQPC, il faudrait soit que le congrès de la Nouvelle-Calédonie l'adopte par une délibération, ce qui est lourd, soit une décision du chef d'établissement, ce que je compte faire ».

Le livret d'accueil indique : « Toute personne hospitalisée ainsi que ses proches peuvent adresser une réclamation directement ou par l'intermédiaire d'un médecin ou d'un avocat auprès du directeur de l'établissement concernant la qualité des prises en charge ou tout autre domaine relatif à son séjour » (suivi de l'adresse du CHS). « Après avoir pris connaissance de vos doléances, une enquête sera menée auprès des services concernés et vous serez informé des suites données ».

La direction de l'établissement détient un registre des plaintes. Au moment de la visite des contrôleurs, depuis le 15 mai 2007, huit plaintes avaient été déposées et transmises au procureur de la République, dont aucune n'émanait de l'unité d'admission sous contrainte.

Les patients sont informés de la présence d'un « représentant des usagers » au sein du conseil d'administration de l'établissement. Cette fonction a été assurée entre 2009 et 2011 par un ancien directeur d'hôpital qui s'est impliqué dans les procédures de certification ; il n'a jamais été saisi par un patient. Au moment de la visite des contrôleurs, le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie venait de lui nommer un successeur.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'une commission de travail sur les droits des patients était en projet.

### 3.13 L'UAFAM-NC

L'union des amis et familles de malades psychiques de Nouvelle-Calédonie (UAFAM-NC) a été créée en 1998. Affiliée de 1996 à 1998 à l'UNAFAM, sa référente métropolitaine, les spécificités de la législation du territoire d'outre-mer la contraignent à se constituer en association territoriale en novembre 1998. Elle est, depuis, simple adhérente de l'UNAFAM. Sa vocation est de représenter les malades et handicapés mentaux et leurs familles et de défendre leurs intérêts matériels et moraux. Elle compte une soixantaine d'adhérents et une salariée.

L'UAFAM-NC est membre des instances consultatives auprès des pouvoirs publics et participe aux réflexions menées pour la politique de santé mentale du territoire. Elle est notamment représentée à la commission des hospitalisations psychiatriques (CHP, cf. § 3.10).

Son conseil d'administration comprend dix personnes.

On doit à l'UAFAM-NC la création d'une maison familiale, « Les Niaoulis », à Rivière Salée, ouverte en août 2003, qui héberge à l'année cinq pensionnaires.

L'UAFAM-NC souligne le reproche des psychiatres se plaignant de travailler dans l'urgence, de « devoir jongler avec les places de lits quand il en manque », ce qui leur interdit d'aller au terme d'un protocole de soins : « on fait sortir des patients le vendredi en perspective des entrées du weekend ». L'association a aussi entendu la plainte de certaines familles relative aux refus d'admission ou, au contraire, à des « remises en liberté » un peu rapides.

L'UAFAM-NC est peu présente dans l'hôpital qui l'autorise à deux visites dans l'année. La dernière a eu lieu en avril 2011, la suivante devait avoir lieu en novembre 2011. Ainsi, les colis de Noël préparés par l'association sont laissés au personnel qui les distribue. L'UAFAM-NC est invitée chaque année à Noël, par l'unité de post-cure et de réhabilitation psychosociale et vient accompagnée de ses résidents (des anciens patients de l'établissement pour la plupart) pour une journée festive dans le service ainsi qu'à l'occasion de chaque kermesse de l'établissement.

Le premier numéro de « Un regard autre », le magazine de l'UAFAM-NC, gratuit, est paru en 2011. Fort bien documenté, il est tiré à 1 200 exemplaires en quadrichromie sur papier couché. Il comporte, sur une cinquantaine de pages, des rubriques liées à l'actualité, la vie de l'association, des témoignages, des dossiers (accueil et accompagnement, hospitalisation...) et des notes de lecture sur des publications d'ouvrages récents.

## 4 LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION

### 4.1 Eléments communs à tous les pôles

#### 4.1.1 Le règlement Intérieur

Le règlement intérieur en vigueur relève d'une délibération du conseil d'administration en date du 8 décembre 2006. Remis à jour le 15 décembre de la même année, il ne dit naturellement rien de la loi du 5 juillet 2011.

Il est tenu à disposition des patients et de leurs familles à la direction générale.

#### 4.1.2 La restauration

Les personnes hébergées dans l'unité d'admission sous contrainte n'ont accès ni au *self service* de l'hôpital ni à ses salles à manger. Certaines ont cependant accès à la cafétéria.

Les repas sont servis à 7h45, 11h30 et 17h30. Ils arrivent dans les unités dans des caisses isothermes, sous forme de plats. Ils sont pris en commun et servis à l'assiette, depuis l'office donnant sur chacune des salles à manger.

Le menu est affiché ; il comprend une entrée, un plat et un dessert. Les repas ont paru satisfaire les résidents à l'exclusion de certains mets : « ils n'aiment pas trop les légumes, qui partent à la poubelle », commente un agent.

Dans l'après midi, il est servi une collation (thé et biscuits), appréciée de tous.

Les personnes placées en chambre d'isolement prennent le plus souvent leurs repas en chambre. Dans la perspective de la levée d'isolement, elles peuvent être amenées à prendre leurs repas en commun.

#### 4.1.3 La blanchisserie

Le linge hôtelier (literie, serviette...) est fourni et entretenu par l'établissement.

Chaque patient dispose de ses effets personnels et nul n'est tenu au port d'un vêtement particulier, pyjama ou vêtement hospitalier, sauf en chambre d'isolement. Un minimum des effets de chacun est laissé en chambre ; le reste est disposé sur des étagères, au nom des patients, dans un local annexe, accessible sur demande.

Il est proposé quotidiennement le lavage du linge sale, qui peut donner lieu à une activité thérapeutique.

#### 4.1.4 Les activités communes

Très peu d'activités sont offertes aux patients au motif, selon un membre du personnel, que « ça pourrait générer l'envie de rester ».

Il est proposé quelques bandes dessinées, parfois un journal est laissé par un soignant.

Le personnel soignant invite aux jeux de cartes et autres jeux de société, parfois au dessin ou à la peinture sur tissu.

Un moniteur de sport encadre des activités sportives dans la cour comme le volley-ball, le football ou le basket-ball.

Les patients hospitalisés sous contrainte bénéficient de sorties collectives accompagnées et se rendent, sur autorisation médicale, au cinéma ou en pique-nique.



D'autres bénéficient quotidiennement de sorties dans le parc de l'hôpital, quand leur état de santé le permet. Ils se rendent alors à la cafétéria, se prélassent sur les pelouses ou vont à la rencontre d'autres patients.

La cafétéria, gérée par l'association *L'Airain*, est présidée par une infirmière du CHS. Son fonctionnement est assuré depuis six années par une salariée présente de 10h15 à 15h30. Elle y sert une cinquantaine de collations par jour, de type quiches, salades et desserts. Les patients y achètent et consomment essentiellement des boissons ou des friandises. Ils proviennent de toutes les unités, y compris fermées.

Un agrandissement des locaux de la cafétéria est programmé ce qui permettra une offre d'activités élargie à l'informatique et à des animations.

L'association gère des appartements associatifs à l'attention de cinq patients et finance, par l'organisation d'une kermesse annuelle, de menues dépenses pour les patients : paires de claquettes, photos d'identité, ballons, animations cinéma...

#### **4.1.5 Les soins somatiques**

##### **4.1.5.1 L'activité de médecine générale**

Un médecin généraliste à temps plein est présent au CHS. Actuellement en congé de maternité, il a été remplacé par un praticien contractuel à temps partiel. L'organisation de ce remplacement, alors qu'habituellement les congés de maternité ne sont pas remplacés et compte tenu de la pénurie médicale sur le territoire, montre l'implication de la direction de l'hôpital ainsi que celle des affaires médicales.

Le médecin effectue tous les jours le tour de tous les services de psychiatrie du CHS. Dans chaque service un cahier spécifique identifié « médecin généraliste » permet la transmission des difficultés rencontrées depuis la veille.

Le médecin examine dans la journée toutes les personnes entrant au CHS ; un bilan biologique et un électrocardiogramme sont systématiquement effectués. Les résultats de l'examen clinique sont consignés dans le dossier médical informatisé du patient. Seul le certificat médical des 24 premières heures sera mis au dossier médical papier.

Les radiographies, quand elles sont nécessaires, sont effectuées au CHT. Les clichés sont transmis au CHS le jour même, le compte rendu du radiologue étant transmis dans un second temps.

Le médecin généraliste a précisé ne rencontrer aucune difficulté pour la prescription de molécules particulières ni de limitation dans les dépenses pharmaceutiques.

##### **4.1.5.2 Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)**

Le CLIN se réunit tous les trois mois. Un compte rendu approuvé lors de la séance suivante est disponible sur le serveur intranet de l'hôpital.

Les contrôleurs ont pris connaissance du rapport d'activité 2010 du CLIN.

##### **4.1.5.3 La prise en charge de la douleur**

Un médecin du CHT intervient par convention deux demi-journées par semaine pour des consultations « douleur » au CHS.

##### **4.1.5.4 Le tabac**

La charte « hôpital sans tabac » est respectée au CHS.

Les patients remettent leur tabac au personnel soignant qui leur donne les cigarettes à la demande, parfois à la journée ou à la demi-journée, comme ont pu le vérifier les contrôleurs ; ils vont fumer dans la cour qui est en libre accès dans la journée.

Pour des raisons de sécurité, les patients ne disposent pas de briquet.

Les personnes détenues passent commande du tabac le lundi à la cantine du Camp Est. La réception a lieu le mardi ou le mercredi.

Les substituts nicotiniques ne sont pas fournis par l'hôpital.

## 4.2 L'unité d'admission sous contrainte

L'unité d'admission sous contraintes regroupe les anciens pavillons 5 et 6.

Cette unité a ouvert en août 2010.

Les cours sont entourées de hauts murs, surmontés de herses anti-évasion et de rouleaux de *concertina*. L'impression ressentie en approchant ces bâtiments est carcérale.

L'unité d'admission sous contrainte regroupe deux unités fonctionnelles : l'unité fermée et l'unité sécurisée.

**L'unité fermée** (dite encore « unité 5 ») accueille les personnes bénéficiant de soins psychiatriques à la demande d'un tiers, de soins psychiatriques en cas de péril imminent ou de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

**L'unité sécurisée** (dite encore « unité 6 ») reçoit les personnes détenues relevant des dispositions de l'article D 398 du code de procédure pénale et celles déclarées irresponsables sur le plan pénal. Cette unité figure sur le plan remis aux contrôleurs sous l'appellation initiale d'unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA), le directeur précise cependant que « cette unité, même si elle remplit les missions d'une unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA), n'en a pas officiellement l'appellation ».

Deux chambres étaient en travaux au moment du passage des contrôleurs. L'équipe affirme manquer de lits d'admission sous contrainte : « on met souvent des matelas par terre et on utilise les chambres d'isolement comme des chambres normales ».

L'effectif du personnel comprend :

- deux psychiatres, dont le chef de service de psychiatrie générale, intervenant dans l'unité. Un psychiatre est en permanence présent dans l'unité. Le service ne comporte pas d'interne ;
- un médecin généraliste présent tous les jours ;
- un cadre de santé ;
- vingt-deux infirmiers diplômés d'Etat (IDE) ;
- douze aides-soignants (AS) ;
- cinq agents des services hospitaliers (ASH) ;
- un kinésithérapeute, intervenant en tant que de besoin ;
- une assistante sociale, présente pour l'ensemble des services de l'intra-hospitalier, ce qui la rend peu disponible pour l'unité sécurisée, où elle intervient à la demande ;
- un animateur sportif, présent pour les deux unités neuf demi-journées par semaine ;
- un animateur culturel, présent également pour les deux unités durant sept demi-journées ; il encadre notamment des sorties (cinéma) ;
- un secrétaire administratif.

#### 4.2.1 L'unité fermée

Cette unité est une unité d'accueil, la durée moyenne de séjour est de quatorze jours.

Toutes les femmes détenues sous le régime de l'article D.398 du code de procédure pénale sont admises dans cette unité ; les hommes détenus sont admis dans l'unité sécurisée.

##### 4.2.1.1 Les locaux

Les locaux sont neufs, cette structure ayant ouvert en 2010. L'unité fermée comporte deux ailes d'hébergement, A et B, qui donnent toutes les deux sur des locaux de vie commune.

Le public entre dans le bâtiment par un hall central qui est commun aux deux unités fonctionnelles. Le personnel entre par une porte qui est utilisée pour les livraisons. Cette porte dessert un couloir sur lequel donnent :

- à droite, sur le côté droit du couloir,
  - un local de nettoyage avec vidoir de 7,5 m<sup>2</sup> ;
  - le bureau du cadre de santé de 13 m<sup>2</sup>, équipé de deux chaises, un bureau avec fauteuil, une armoire de rangement et un poste informatique, un téléphone sans fil ;
  - deux bureaux d'entretien de 10 m<sup>2</sup> chacun, équipés d'un bureau avec fauteuil, deux chaises, un poste informatique, un meuble de rangement et un téléphone.  
Tous ces bureaux sont éclairés par des fenêtres barreaudées qui donnent sur l'extérieur ;
- à droite, sur le côté gauche du couloir :
  - la salle de soins de 11 m<sup>2</sup>, équipée d'une paillasse humide avec des meubles de rangement sous la paillasse et en hauteur, un chariot à médicaments, un micro-ordinateur portable sur un pupitre à roulettes relié à intranet, sur lequel les infirmières consultent le dossier patient informatisé, un lavabo, un réfrigérateur.  
Un poste téléphonique – comme ont pu le constater les contrôleurs – est utilisé par les patients pour contacter leur famille ou recevoir des appels. Aucune confidentialité n'est possible dans ce lieu de soins lors des entretiens téléphonique des patients ;
  - le local à pharmacie, de 7,9 m<sup>2</sup>, qui donne dans la salle de soins; il est obscur ; il est équipé d'une armoire à pharmacie métallique, qui est ouverte lors de la visite des contrôleurs, une table d'examen et un appareil à électrocardiogramme sur un chariot à roulettes, un lave-mains ; cette salle est utilisée par le médecin généraliste lors de ses consultations et paraît extrêmement encombrée ;
  - l'office alimentaire de 20 m<sup>2</sup>, dont un des côtés communique par une banque avec la salle d'activité des patients. Il est équipé d'un évier, un lave-vaisselle, un four électrique, une plaque de cuisson électrique, un four à micro-ondes, une cafetière électrique pour collectivités, de nombreux meubles de rangements formant un plan de travail avec retour et d'autres suspendus. Il est également équipé de deux réfrigérateurs, une table et six

chaises. Cette salle est utilisée quotidiennement pour la préparation des repas, ainsi que pour les ateliers thérapeutiques de cuisine. En dehors des ces horaires, elle est fermée par un rideau métallique du côté de la salle d'activité des patients ;

- le salon d'accueil, de 30 m<sup>2</sup>, équipé de canapés et fauteuils en simili cuir, usagés, une table et quatre chaises, des panneaux d'affichages sur lesquels sont fixées différentes notes d'information sur la vie de l'hôpital. Cette salle est utilisée lors des visites de familles. Il n'existe pas de système de séparation qui permettrait un minimum d'intimité lors de la visite de plusieurs familles concomitamment, comme ont pu le constater les contrôleurs ;
- à gauche, un petit couloir dessert la buanderie thérapeutique, d'une surface de 6 m<sup>2</sup>, équipée d'un lave-linge, un sèche-linge et des étagères où sont déposés les effets des patients, un local pour le linge propre et un local pour le linge sale de l'unité, d'une surface de 10,5 m<sup>2</sup>.

Cette zone, sur le plan architectural, paraît avoir été conçue comme une zone de circulation réservée aux soignants et où les patients n'auraient pas accès librement. En fait le fonctionnement quotidien du service est tel que les contrôleurs ont pu constater la présence constante de patients dans ces locaux.

La zone de vie communique :

- d'un côté, avec les deux cours : une est plus spécifiquement réservée au sport ; l'autre est équipée, sous une toile protectrice de la pluie et du soleil, d'une table et de bancs où les patients et les soignants jouaient à des jeux de société lors de la visite des contrôleurs ;
- de l'autre côté, avec la zone dite de gestion, d'une surface de 23,30 m<sup>2</sup>, donnant dans la zone de vie par une cloison en demi-cercle, dont la partie supérieure est vitrée. Derrière celle-ci se trouve le bureau infirmier, équipé d'un poste informatique, un téléphone, deux meubles bas de rangement, une planification murale ne pouvant pas se fermer, des panneaux d'affichage, quatre extincteurs (un fixé au mur, trois posés à même le sol). Ce bureau est le plus souvent occupé par l'infirmier de coordination qui d'un seul regard peut visualiser toute la zone de vie des patients.

La zone de vie comprend :

- un salon de télévision, de 8 m<sup>2</sup>, dont la cloison donnant sur la zone de vie est entièrement vitrée permettant ainsi la surveillance depuis la zone de gestion. Il est équipé de sièges en plastique en nombre inférieur au nombre de patients hospitalisés, d'un téléviseur à écran plat fixé au mur ;
- une salle d'activité de jour, d'une surface de 120 m<sup>2</sup>, subdivisée en une salle de jeux, meublée d'une table et de chaises, et une salle de restaurant vitrée sur deux côtés, équipée de cinq tables à quatre places et de chaises en nombre suffisant. Les repas – petit déjeuner, déjeuner, goûter, dîner – sont pris en collectivité. Sur les murs sont affichées des peintures réalisées par les patients lors d'ateliers thérapeutiques ;

- une grande salle de 50 m<sup>2</sup> qui n'est absolument pas utilisée « en raison de difficultés pour le personnel soignant d'y assurer la sécurité des patients ».

Deux ailes d'hébergement donnent sur la zone de vie de jour des patients :

- l'aile A accueillant les femmes, comprend :
  - quatre chambres individuelles, d'une surface de 16 m<sup>2</sup>, dont une pouvant accueillir une personne à mobilité réduite ;
  - deux chambres doubles ;
  - une chambre d'isolement ; celle-ci étant occupée, les contrôleurs n'ont pas pu la visiter. Elle comporte un sas de soins équipé d'un lavabo avec un miroir, une table et deux chaises.

Toutes les chambres sont équipées d'une salle de douche à bouton presseur et à l'italienne, avec un lavabo et wc sans abattant ; il n'y a pas de miroir.

Elles sont meublées uniquement d'un lit métallique fixé au sol contre un mur qui sert de tête de lit. Quatre étagères de 0,50 m sur 0,80 m et une table en maçonnerie complètent l'ameublement. Il n'y a pas de chaise.

Les deux fenêtres qui éclairent chaque chambre ne s'ouvrent pas et l'aération est assurée par une climatisation. Des traces de moisissures sont déjà visibles autour de certaines grilles de climatisation.

Certaines fenêtres donnent sur la cour où circulent des hommes ; elles ont été recouvertes de film opacifiant afin de respecter l'intimité des patientes.

Toutes les chambres sont équipées de détecteur de fumée.

Elles sont éclairées par une applique murale située en face du lit ; le bouton de commande électrique est placé à l'intérieur des chambres.

- L'aile B accueillant les hommes, comporte :
  - treize chambres individuelles, dont deux pouvant accueillir des personnes à mobilité réduite et deux pouvant être utilisées comme des chambres d'isolement ; ces dernières disposent d'un sas.  
Les chambres sont équipées à l'identique de celles du secteur des femmes.
  - une salle de télévision d'une surface de 10 m<sup>2</sup>, équipée d'un téléviseur à écran plat fixé au mur.

L'ensemble de ces deux structures d'hébergement ne comporte aucun élément de décoration et donne une impression de froideur et d'austérité. La sonorisation des couloirs permet la diffusion en permanence d'une chaîne de radio musicale locale.

La circulation en dehors de la zone de vie des patients est contrôlée par les portes qui sont fermées à clé. Tous les intervenants disposent d'un trousseau de clés et d'une alarme individuelle pour travailleur isolé. L'accès aux chambres dans la journée est libre, sauf en cas de prescription médicale contraire.

#### **4.2.1.2 Les soins**

##### **4.2.1.2.1 Les soins infirmiers**

Les soins sont programmés sur une planification murale.

Lors de la visite des contrôleurs, sept patients étaient en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, quatre en soins psychiatrique sur décision du représentant de l'Etat, neuf en soins libres.

Le nom du psychiatre et de l'infirmier référent du patient est précisé sur la planification, ainsi que les « isolement si besoin » et « isolement et contention si besoins » (cf. § 6 *infra*).

#### **4.2.1.2.2 Les soins psychiatriques**

Les deux psychiatres de l'unité sont présents à tour de rôle le matin et l'après midi dans l'unité. Les contrôleurs ont pu prendre connaissance de leur planning. Un psychiatre est d'astreinte pour l'hôpital ; les contrôleurs ont pu consulter le tableau de garde de 7h30 à 17h30 et de 17h30 à 7h30 du mois d'octobre 2011.

Deux psychologues interviennent une fois par semaine dans le cadre d'un bilan psychologique et une fois par semaine pour la prise en charge des patients. Ce temps de présence ne leur permet pas de recevoir l'ensemble des patients.

#### **4.2.1.2.3 Les ateliers thérapeutiques**

L'absence d'ergothérapeute – poste vacant depuis plusieurs mois – et de musicothérapeute réduit l'offre de soins.

Les activités proposées sont :

- la cafétéria où certain patients peuvent venir consommer ou acheter des friandises seuls ou accompagnés et où d'autres patients travaillent (service en salle) dans le cadre de leur projet de soins ;
- le pique-nique, pour trois ou quatre patients, une fois par semaine dans le parc de l'hôpital ;
- le cinéma une fois par semaine pour deux patients au centre ville.

En outre, une convention est établie entre le CHS et « l'association des ateliers thérapeutiques » depuis décembre 2002. Cette association composée de membres du personnel de l'établissement et plus particulièrement, de l'unité fonctionnelle ateliers thérapeutiques, concourt au fonctionnement de cette unité fonctionnelle, par le biais d'un financement de l'établissement d'opérations telles que le transport des patients accueillis et d'une partie des frais de fonctionnement de l'association.

#### **4.2.1.2.4 Les ateliers occupationnels**

Les ateliers occupationnels sont mixtes dans la mesure du possible.

Un animateur sportif et un animateur socioculturel interviennent chacun quatre demi-journées par semaine.

#### **4.2.1.2.5 Les réunions**

Une réunion de synthèse sur l'état médical des patients, commune à l'unité fermée et à l'unité sécurisée, se tient une fois par semaine. Y participent : les deux psychiatres de l'unité, un psychologue, sept infirmiers (équipes de matin et d'après-midi), un infirmier du CMP du centre ville, les aides soignants et le cadre de santé.

Une réunion des soignants commune à l'unité fermée et à l'unité sécurisée se tient une fois par semaine.

### **4.2.2 L'unité sécurisée**

L'unité sécurisée constitue la deuxième unité d'hospitalisation sans consentement du CHS.

Exclusivement réservée aux hommes, elle a une double vocation :

- accueillir les personnes détenues du centre pénitentiaire lorsque leur état de santé mentale est incompatible avec un maintien en détention. Ces personnes relèvent de l'article D.398 du code de procédure pénale et sont admises sur décision du représentant de l'Etat ;
- prendre en charge les personnes à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale ordonnée par l'autorité judiciaire ou décidée par le représentant de l'Etat (« HO judiciaire »), en application des dispositions de l'article L.3213-7 du code de la santé publique.

Les femmes répondant à ces critères sont prises en charge dans l'unité fermée.

Le projet d'établissement 2012-2016 indique : « Les psychoses chroniques et notamment les psychoses schizophréniques (essentiellement les formes paranoïdes) constituent les deux tiers des admissions (...). Les paranoïas sont plus rares (environ 5 %). »

L'usage de la sismothérapie a été abandonné depuis 1999.

En 2010, la durée moyenne de séjour dans l'unité sécurisée a été de 105,4 jours ; elle était de 112,7 jours en 2009 et 183,5 jours en 2008. L'unité sécurisée connaît peu de mouvements ; ceux-ci concernent surtout les patients relevant de l'article D.398 du code de procédure pénale.

Le taux d'occupation a été de 101 % en 2010 ; il était de 92,63 % en 2009 et 90,27 % en 2008.

L'unité dispose de dix chambres individuelles et une chambre d'isolement.

Le jour de la visite des contrôleurs, le 19 octobre 2011, la situation était la suivante :

- dix patients étaient hospitalisés :
  - o cinq patients étaient hospitalisés en vertu de l'article D.398 du code de procédure pénale : deux depuis août 2011 (deux mois), deux depuis septembre 2011 (un mois) et un depuis le 4 octobre 2011 qui se trouvait en chambre d'isolement ;
  - o cinq patients étaient hospitalisés en vertu de l'article L.3213-7 du code de la santé publique : un depuis plus de dix années (septembre 2001), un depuis avril 2009, un depuis avril 2010, un depuis septembre 2010, le dernier ayant été admis depuis quatre mois (juin 2011) ;
- la plus longue hospitalisation portait sur un patient hospitalisé depuis septembre 2001 ;
- le patient le plus âgé avait 67 ans, le plus jeune, 20 ans.

#### 4.2.2.1 Les locaux communs

L'unité sécurisée occupe la moitié du bâtiment (la partie droite) réservé aux unités d'admission sous contrainte.

Le bâtiment comporte un espace central autour duquel sont distribués l'ensemble des pièces de vie de l'unité, une cour extérieure, des chambres séparées par un couloir central et des locaux de service.

L'ensemble est encore neuf et maintenu en bon état.

Selon les informations recueillies, les personnels soignants et d'encadrement n'ont pas été associés au projet architectural dans lequel « une conception carcérale a pris le dessus et le mode vie océanien est totalement absent ».

Les personnels regrettent également son défaut de fonctionnalité à multiples égards : « la "légèreté" des matériaux n'a pas résisté à certaines situations de crise, ainsi les fenêtres en verre d'origine ont dû être rapidement remplacées ; beaucoup d'espaces dans l'unité comportent des angles morts qui compliquent la surveillance ; les dalles mobiles des sous-plafonds de l'unité constituent des cachettes commodes difficilement contrôlables... »

L'accès à l'unité s'effectue par un hall d'une surface de 42 m<sup>2</sup> faisant sas commun avec l'unité fermée. Toutes les portes du hall sont fermées en permanence. Deux sonnettes à l'extérieur permettent d'appeler à l'intérieur de chacune des unités.

L'entrée s'effectue soit par un couloir central de circulation commun aux deux unités, soit par le salon d'accueil pour les visites, soit par un couloir desservant les locaux de service. On pénètre ensuite dans l'unité par une porte qui reste toujours fermée.

Les locaux comprennent :

- le salon de visite, d'une superficie de 37 m<sup>2</sup>, où les patients rencontrent leurs familles et leurs proches. Les familles accèdent directement au salon depuis le sas sans pénétrer dans l'unité. La pièce est aveugle et ne dispose d'aucune fenêtre donnant sur l'extérieur. Les murs sont décorés avec des dessins placés autour d'un panneau d'affichage. Le salon contient dix chaises, trois fauteuils, une table haute et une table basse. Au sein du salon, sur la droite, un cabinet de toilettes est équipé d'une cuvette de wc pour personne à mobilité réduite et d'un lavabo ;
- la salle d'activité, d'une superficie de 63,8 m<sup>2</sup>, qui constitue le lieu central de l'unité et la zone de passage obligé pour toute circulation intérieure. Cet espace dessert l'ensemble des locaux de l'unité, notamment les hébergements, la cour et le salon de télévision. Les repas sont pris dans cette salle qui est équipée de trois tables rondes et neuf chaises. Un vélo d'appartement, une fontaine à eau et une horloge murale se trouvent dans la pièce dont les murs sont tapissés de photographies et de dessins. Il a été indiqué que le baby-foot de la salle avait été détruit peu avant le contrôle ;
- la cour, de forme trapézoïdale et d'une superficie de 350 m<sup>2</sup>, est ouverte aux patients de 7h à 18h30 sous le regard constant du personnel soignant. On y accède depuis la salle d'activités à partir d'une terrasse couverte équipée de tables et chaises en plastique et une table de ping-pong. Un mur plein d'une hauteur de 6 m sépare la cour de celle de l'unité fermée. La cour est surplombée par une colline depuis laquelle, selon les témoignages recueillis, des projections de cannabis seraient fréquentes. A la suite de fugues, le pourtour de la cour a été équipé de dispositifs anti-escalade, appelés « herses anti-évasion », sur toute la hauteur des bâtiments et des rouleaux de *concertina* ont été posés dans les angles et au-dessus de la terrasse. Lors de la visite, deux ballons s'y trouvaient coincés. La cour dispose



également de deux auvents en toile offrant de l'ombre, un panneau de basket-ball et un étendoir à linge. Au pied des façades des chambres et du mur extérieur, les patients entretiennent quelques cultures de plantes et de fleurs (des arrosoirs sont à leur disposition) sous la surveillance du personnel qui veille à la hauteur des plantations et à ce que cela ne constitue pas des caches pour des produits illicites. Certains patients ont déploré le manque d'arbres sur la cour et l'absence de perspective visuelle autre que le flanc de la colline, regrettant la vue sur la mer qu'offraient les anciens locaux ;

- le salon de télévision, d'une superficie de 16,5 m<sup>2</sup>, équipé de trois fauteuils, deux chaises et un buffet sur lequel est posé un téléviseur à télécommande ;
- l'office alimentaire, d'une superficie de 20,2 m<sup>2</sup>, complètement aménagé ;
- le bureau des infirmiers, d'une superficie de 30,3 m<sup>2</sup>, où sont notamment installés les alarmes incendie, le réglage des climatisations, la vidéosurveillance du couloir des chambres – hors service lors du contrôle –, les émetteurs-récepteurs du personnel doté de dispositifs d'alarme, les commandes des volets des chambres.

Une planification murale indique pour chaque patient son mode de placement (« HO judiciaire » ou « D.398 »), les autorisations médicales de visites et de sorties ainsi que le suivi des injections de neuroleptique d'action prolongée (concernant huit patients). Ainsi au moment du contrôle étaient notés :

- quatre patients en « HO judiciaire » autorisés à aller au cinéma et à sortir en pique-nique ;
  - le téléphone, interdit pour les « D.398 » ;
  - cinq livraisons de cantine prévues pour le lundi suivant ;
  - un patient signalé pour un risque de fugue ;
  - un autre faisant l'objet d'une consigne de « fouille » après visite ;
  - les autres indications portaient sur la programmation des tests urinaires de recherche de THC <sup>9</sup>(cf. *infra* § 4.2.2.5), les échéances des certificats et les audiences prévues devant le juge des libertés et de la détention ;
- la salle de soins, d'une superficie de 18,7 m<sup>2</sup>, peu adaptée à la présence de plusieurs personnes, avec la pharmacie attenante – d'une superficie de 11,2 m<sup>2</sup> – dans laquelle s'effectuait au moment du contrôle une séance de kinésithérapie. Les personnels ont déploré que, du fait de la disposition entre les deux pièces, un patient puisse se retrouver momentanément sans surveillance directe ;
  - une salle dite d'activités, vide au moment du contrôle, à traverser pour rejoindre le bureau du cadre de santé, d'une superficie de 13,4 m<sup>2</sup> ;
  - des sanitaires publics, disposés à l'entrée de l'aile d'hébergement. Ils comportent deux cabinets avec des cuvettes de wc à l'anglaise – les deux sont dotés de papier hygiénique – et un lavabo à deux bacs surmonté d'un grand miroir. Du produit de

---

<sup>9</sup> THC : tetrahydrocannabinol

lavage des mains et le nécessaire pour se raser – sauf les rasoirs qui sont conservés par le personnel – sont à disposition ;

- les locaux de service, comprenant une buanderie de 6,2 m<sup>2</sup> où sont rangés les éléments de couchage (draps et couvertures) et des produits d'hygiène (savon, brosse à dents, shampoing, gel douche, peigne, dentifrice...), un local de ménage pour les agents de service hospitalier (ASH), de 9,4 m<sup>2</sup>, un local « linge propre », de 13,4 m<sup>2</sup>, servant de bagagerie avec des effets personnels des patients et des vêtements de dépannage déposés par le Secours catholique, la Croix-Rouge ou des membres du personnel, un local linge sale, de 15,5 m<sup>2</sup>, trois petites pièces aménagées en vestiaires pour le personnel dont deux équipées de sanitaires avec chacun deux cabines de douches et deux cabines de wc et un local technique de 10,2 m<sup>2</sup>.

Toute la journée, une musique d'ambiance est diffusée dans l'ensemble des espaces, hormis les chambres. A la remarque portant sur le volume élevé du programme provenant d'une chaîne de radio musicale locale, il a été répondu qu'il en était ainsi à la demande des patients.

#### 4.2.2.2 Les chambres

Un couloir, directement accessible depuis la salle d'activités, distribue les dix chambres. Son extrémité donnant sur l'extérieur s'ouvre sur une « cage à poules » : un espace grillagé en capacité d'accueillir les patients de façon sécurisée, si un incendie se déclarait par exemple.

Les neuf chambres de l'unité sécurisée sont toutes de dimensions identiques – d'une surface de 18,27 m<sup>2</sup> – mais deux figurent en chambre double sur les plans remis aux contrôleurs ; il n'est pas apparu qu'il en était fait un tel usage. Elles ont toutes la particularité de disposer de deux entrées : la porte habituelle donne sur le couloir central tandis qu'une deuxième porte, ouvrant sur un couloir d'intervention perpendiculaire, donne accès au local sanitaire de la chambre. Il en est fait exclusivement usage par les personnels en cas de nécessité ou de blocage de la porte principale. Chaque porte donnant sur le couloir est une porte blindée, à la serrure renforcée par deux verrous, percée d'une ouverture vitrée en son centre de 28 cm de côté, autorisant un contrôle visuel permanent de la pièce ; cette ouverture n'est dotée d'aucun système occultant.

Deux fenêtres non ouvrantes, aux dimensions de 0,78 m de largeur sur 0,98 m de hauteur, font amplement entrer la lumière du jour dans chaque chambre. Un volet extérieur déroulant est exclusivement actionnable par le personnel. Une applique murale, une veilleuse et une lampe située dans le bloc sanitaire pourvoient à l'éclairage.

L'aération des pièces est assurée par un dispositif de climatisation. Tout mobilier est absent à l'exception d'un lit métallique fixé au sol. Les étagères, sans porte, sont maçonnées dans les cloisons de la pièce, ainsi que la table.

Le bloc sanitaire occupe un angle de la chambre. On y accède par une ouverture sans porte ; il comporte un lavabo surmonté d'un miroir incassable mais déformant, des wc sans abattant, et une douche. Un cabinet de toilette, situé au début du couloir d'accès aux chambres, dispose d'un lavabo et d'un véritable miroir. Il est accessible aux patients pour se raser. Les rasoirs sont distribués le matin et récupérés après le petit déjeuner.

Chaque chambre est équipée d'un détecteur de fumée.

#### 4.2.2.3 La chambre d'isolement

La chambre d'isolement a les mêmes dimensions que les autres chambres.

Son aménagement est moindre : elle ne comporte ni étagère intégrée dans le mur, ni plateau à usage de table.

Le bloc sanitaire est équipé d'une cuvette WC en inox et d'une douche. Un lavabo est situé dans le sas qui précède la chambre.

Au moment du passage des contrôleurs, elle était occupée par un patient-détenu arrivé le jour même.

#### **4.2.2.4 Le personnel**

Aucun psychologue n'intervient dans l'unité sécurisée.

Il n'existe à l'unité sécurisée ni réunion de synthèse (faute de disponibilité du chef de service, selon les informations recueillies), ni supervision d'équipe. Un mercredi sur deux, le cadre de santé anime une réunion avec les personnels en poste à l'unité sécurisée et rédige un compte rendu.

Le projet d'établissement 2012-2016 indique : « En lien avec la direction des ressources humaines et la direction du service des soins infirmiers lors des mutations et recrutements, le cadre de santé veille à garder une certaine représentation culturelle dans les effectifs. Mais, si cela est possible pour le groupe des AS et ASH, cela est beaucoup plus délicat pour le groupe professionnel IDE où une surreprésentation de personnel d'origine métropolitaine est constatée. »

#### **4.2.2.5 Le fonctionnement**

L'unité sécurisée ne reçoit pas de patient si son admission devait avoir pour conséquence d'ajouter un matelas supplémentaire dans une chambre individuelle. En revanche, la chambre d'isolement peut être temporairement utilisée comme une chambre normale, la porte du sas donnant dans le couloir restant alors ouverte.

Le patient placé en chambre d'isolement ne réintègre pas automatiquement sa chambre d'origine.

Le CHS a élaboré un protocole médical, signé par le chef de service et le cadre de santé, en vertu duquel les patients sont soumis périodiquement à des analyses d'urine afin de contrôler leur consommation éventuelle de cannabis. Les contrôles sont réalisés de manière systématique au retour de permissions de sortie et de manière aléatoire en cas de suspicion du personnel soignant. En cas de contrôle positif, la sanction porte sur le régime de sortie : si le taux de THC est inférieur à 25, les sorties restent autorisées ; entre 25 et 100, elles sont suspendues pour une semaine ; au dessus de 100, elles le sont pour un mois.

Les personnels ont fait état de difficultés avec les services de police lors de réintégration de patients après une fugue. Selon les témoignages recueillis, il arrive que la police refuse d'accompagner les personnes jusqu'en chambre et les remette, démenottées, au personnel hospitalier à l'extérieur de l'unité d'admission sous contrainte, ces derniers étant ainsi mis d'emblée en difficulté en cas d'agitation.

En revanche, les retours des patients au centre pénitentiaire de Nouméa se dérouleraient sans difficulté, la remise s'effectuant au niveau du salon de visite. Il existe un protocole passé avec l'administration pénitentiaire (convention du 5 mai 2008, avenant du 25 mars 2009) ; l'équivalent n'existe pas avec la police nationale.

## 5 L'OCCUPATION DES UNITES D'HOSPITALISATION

Le taux d'occupation de l'unité d'admission sous contrainte du CHS dépasse rarement 100 % et il est exceptionnellement nécessaire de rajouter des matelas par terre comme cela peut se voir en métropole.

Il a été cependant été rapporté aux contrôleurs que certaines sorties d'hospitalisation pouvaient se faire prématurément afin de permettre l'accueil d'un arrivant.

2010	Nombre de patients admis	Journées d'hospitalisation théorique pour une occupation à 100%	Journées d'hospitalisation effectives	Taux d'occupation	Durée moyenne de séjour
Unité fermée 20 lits/(21lits) <sup>10</sup>	360	7300 (7665)	7062	96,7% (92,13 %)	16,4 j
Unité sécurisée	17	3650	3689	101,06%	105,4 j

## 6 LE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

### 6.1 Les chambres d'isolement

Il existe cinq chambres d'isolement dans l'établissement :

- deux dans l'unité d'admission sous contrainte ;
- deux dans l'unité de postcure et réhabilitation psycho-sociale ;
- une dans l'unité de long séjour psychiatrique.

Au moment de la venue des contrôleurs, cette dernière, comparable aux deux chambres de l'unité de postcure et réhabilitation psycho-sociale décrites ci-dessous, était occupée en permanence par un patient mineur. Il a été indiqué aux contrôleurs que les patients de l'unité de long séjour psychiatrique étaient, en cas de besoin, isolés dans leurs propres chambres. L'unité d'admission libre n'est pas dotée de chambre d'isolement.

#### 6.1.1 L'unité d'admission sous contrainte

Les deux chambres ont déjà été décrites dans le chapitre traitant de cette unité ;

#### 6.1.2 L'unité de postcure et réhabilitation psycho-sociale

Cette unité comporte deux chambres d'isolement identiques.

D'une dimension de 3 m sur 3 m, soit 9 m<sup>2</sup>, chaque chambre est meublée d'un lit fixé au sol. Un wc à la turque est installé dans un coin de la pièce ; la chasse d'eau se commande depuis l'extérieur de la chambre. La porte blindée comporte une vitre épaisse de 20 cm sur 15 cm ; la lumière extérieure arrive également au travers de douze pavés de verre situés en hauteur sur le mur. L'éclairage électrique est assuré par un plafonnier. Un climatiseur et un détecteur de fumée sont installés au plafond. Les commandes électriques de l'éclairage et du

<sup>10</sup> Le 21<sup>ème</sup> lit est un lit d'urgence

climatiseur sont situées à l'extérieur de la pièce. Sur le mur du fond, un carreau de 30 cm de côté donne dans la salle de soins ; un rideau y est installé du côté de la salle de soins.

Au moment de la visite des contrôleurs, les chambres étaient vides. Elles sont régulièrement occupées par quatre « habitués », pour des durées de deux à six heures, parfois pour toute la nuit. Le placement dans ces chambres est signalé dans le dossier médical du patient ; il n'existe pas de registre indiquant l'historique des placements en chambre d'isolement. Selon les informations données aux contrôleurs, le placement en chambre d'isolement ne peut se faire qu'après décision expresse du médecin, à l'exception d'un patient « déambulateur » dont la fiche de soins comporte la mention « isolement si nécessaire ».

### 6.1.3 Le protocole

Les contrôleurs ont pris connaissance de la procédure d'isolement<sup>11</sup> qui définit notamment les procédures en urgence et de nuit. Les recommandations de validation de l'isolement et de surveillance infirmière apparaissent dans le dossier de soins informatisé.

## 6.2 Le recours à la contention

La procédure de mise sous contention physique n'a pas été rédigée. Les règles de prescription et de surveillance ne sont pas définies et restent floues dans l'esprit des soignants interrogés à ce propos par les contrôleurs.

Le recours à la contention est précisé sur la planification murale, que celle-ci soit permanente ou si besoin. Cependant, aucune traçabilité ni procédure n'existant pour les recours à la contention physique, il a été impossible aux contrôleurs de prendre connaissance de la fréquence de son usage.

Lors de la visite des contrôleurs, une seule personne de l'unité fermée avait la prescription de contention si besoin ; elle est sortie de l'hôpital le lendemain.

Dans l'unité de postcure et réhabilitation psycho-sociale, il a été indiqué aux contrôleurs que la contention physique était une pratique exceptionnelle, de l'ordre d'une fois par an.

## 7 LES CONDITIONS DE VIE AU TRAVAIL

Une astreinte est organisée de façon à pouvoir contacter à tout moment un psychiatre. En principe il existe une astreinte de jour – de 7h30 à 17h30 – et une astreinte de nuit – de 17h30 à 7h30 – ; en pratique, le même médecin assure 24 heures d'astreinte : celle de jour puis celle de nuit.

L'équipe paramédicale (IDE, AS, ASH) de l'unité d'admission sous contrainte est constituée à 48 % d'agents masculins. Les trente-neuf agents sont astreints à se rendre indifféremment dans l'une ou l'autre unité – fermée et sécurisée – selon les instructions du cadre de santé afin que tous connaissent tous les patients et l'ensemble des procédures des deux unités. Cependant, compte tenu du fait que le cadre de santé est le plus souvent présent dans l'unité fermée, quelques personnels infirmiers (« deux ou trois ») exercent prioritairement à l'unité sécurisée afin de maintenir une continuité dans la gestion de l'unité.

<sup>11</sup> Ref : PSYG/PRS/008 daté du 30 octobre 2006

Le cadre de santé organise le service de manière à ce qu'en journée soient présents au moins un personnel infirmier et un personnel masculin dans chaque service. La nuit, au moins deux agents masculins sont de service entre les deux unités. Il n'existe aucune distinction entre les aides-soignants et les ASH dans les affectations.

Les heures de travail sont 6h45-14h30 pour l'équipe de matin et 11h15-19h pour l'équipe d'après-midi, un infirmier de coordination effectuant un temps de présence de 8h45 à 15h45. L'équipe de nuit travaille de 18h30 à 7h sous l'autorité d'un cadre de nuit pour l'ensemble du CHS. Les samedis, dimanches et jours fériés, une seule équipe de jour intervient de 6h45 à 18h45. Les mêmes personnels assurent par roulement les services de jour et de nuit.

La particularité du planning infirmier de ces unités repose sur le chevauchement des équipes pendant une durée de trois heures et quinze minutes entre 11h15 et 14h30. Cette organisation retrouve ses origines dans la tradition historique de l'époque où l'hôpital était un hospice, où les moyens de transport sur la presqu'île de Nouville étaient extrêmement rares et où, faute de douche en chambre, les agents étaient sollicités pour faire passer tous les patients les uns après les autres dans les douches du service.

Le planning des soins s'est adapté et ceux-ci sont donnés pendant les heures où l'équipe est la plus étoffée. Il a été indiqué que la majorité des personnels était attachée à ces horaires et ne souhaitait pas voir cette organisation modifiée. Les contrôleurs ont néanmoins rencontré des agents qui leur ont fait valoir que la conséquence pour eux était « qu'ils devaient travailler quasiment tous les jours de la semaine, ce qui n'est pas le cas lorsque le service est organisé en journées continues ».

L'avantage de ce système est de permettre de disposer de ressources pour encadrer des sorties régulières avec les patients avec la limite cependant, concernant les démarches administratives, que tous les services sont généralement fermés en Nouvelle-Calédonie entre 12h et 14h. En revanche, selon les informations recueillies, il présente l'inconvénient de générer un absentéisme chronique parmi les personnels qui savent que l'encadrement du service est étoffé aux moments charnières de la journée.

En principe, chaque équipe de jour est composée de trois agents dont au moins un homme (quelle que soit sa fonction) et un infirmier dans l'unité sécurisée et quatre agents, dont au moins deux hommes (quelles que soient leurs fonctions), et deux infirmiers dans l'unité fermée. En fonction des arrêts de travail pour maladie, il arrive que le service ne soit assuré que par deux agents ; c'était le cas au moment de la visite des contrôleurs.

Le service de nuit est assuré par une équipe de quatre personnes dont au moins deux hommes : trois dans l'unité fermée et une dans l'unité sécurisée ; toutes les chambres de cette dernière sont verrouillées sur prescription médicale tandis que, dans l'unité fermée, seules quelques chambres le sont sur la demande du patient ou sur prescription médicale.

L'examen des plannings des personnels soignants – infirmiers et aides-soignants – de l'unité d'admission sous contrainte pour les mois de juillet, août et septembre 2011 – soit quatre-vingt-douze jours dont treize week-ends et quatre jours fériés – aboutit aux effectifs présents suivants :

Nombre de personnels soignants présents simultanément à l'unité fermée (en principe <b>au moins quatre</b> )		3	4	5	6	7
En semaine	Nombre de matins	5	34	22	1	0
	Nombre d'après-midi	10	31	20	1	0
Total sur 124 demi-journées		15	65	42	2	0
En week-end	Nombre de matins	3	26	0	0	1
	Nombre d'après-midi	3	26	0	0	1
Total sur 60 demi-journées		6	52	0	0	2

Il apparaît sur ce tableau que le nombre de personnels soignants à l'unité fermée a été inférieur au minimum requis 12 % du temps en semaine et qu'il a atteint six personnes ou plus quatre demi-journées.

Nombre de personnels soignants présents simultanément à l'unité sécurisée (en principe <b>au moins trois</b> )		1	2	3
En semaine	Nombre de matins	1	48	13
	Nombre d'après-midi	0	35	27
Total sur 124 demi-journées		1	83	40
En week-end	Nombre de matins	0	28	2
	Nombre d'après-midi	0	28	2
Total sur 60 demi-journées		0	56	4

Il apparaît sur ce tableau que le nombre de personnels soignants à l'unité sécurisée a été inférieur au minimum requis près de 68 % du temps en semaine.

Le taux d'absentéisme est de 5,3 %. Le taux d'absence pour maladie est également de 5,3 %.

Une partie des infirmiers sont issus de l'institut de formation aux soins infirmiers (IFSI), implanté en Nouvelle-Calédonie ; d'autres ont été formés en métropole. Depuis 2008, environ 50 % du personnel infirmier a été renouvelé au sein de l'unité d'admission sous contrainte.

Toute entrée en service d'un salarié commence par un contrat à durée déterminée (CDD) suivi d'un contrat à durée indéterminée (CDI). « A l'issue du CDD, un certain nombre de jeunes infirmiers préfèrent quitter le centre pour aller travailler en service de soins somatiques ».

Il existe une procédure d'accueil destinée à chaque nouvel agent ainsi qu'un livret d'accueil dédié aux agents recrutés en CDD ; « dans la mesure du possible, celui-ci est mis en supplément dans une équipe pendant la première semaine, ce qui n'est pas toujours le cas ».

Dans le cadre d'un « plan annuel d'immersion », des stages de deux à trois semaines permettent à des infirmiers de découvrir d'autres unités.

Des formations internes ou externes – à l'institut de formation à l'administration publique (IFAP) – sont également proposées. Une formation sur les droits des malades est inscrite dans le plan de formation de 2011 ; elle devait être assurée par l'IFSI, qui ne l'avait pas encore mise en place au moment de la visite des contrôleurs.

Durant l'année universitaire 2009-2010, les actions de **formation** suivantes ont été proposées aux personnels des services de psychiatrie intra et extra hospitaliers :

- « la psychose chez l'adulte et chez l'adolescent » : l'objectif de cette formation - de cinq jours pour vingt-quatre agents - était de développer ses connaissances en psychopathologie pour construire les éléments d'un projet de soins spécifique destinés aux patients psychotiques ; deux sessions étaient organisées dans l'année ;
- « les médiations à visée thérapeutique » : cette formation - de quatre jours pour vingt-et-un agents - était destinée à leur permettre de connaître le rôle et la place des médiations thérapeutiques et acquérir une méthodologie pour mettre en place et conduire des activités à visée thérapeutique ; deux sessions étaient organisées dans l'année ;
- « animer un groupe de parole » : onze infirmiers et psychologues pouvaient y développer en trois jours leurs capacités à organiser, conduire, évaluer un groupe de parole et le distinguer des autres dispositifs thérapeutiques ;
- une préparation au diplôme universitaire de criminologie et victimologie était organisée sur une durée de quinze jours pour une dizaine d'agents ; six agents ont obtenu ce diplôme.

En principe, un infirmier doit rester au moins deux ans dans une unité avant de pouvoir bénéficier d'une mobilité vers une structure nouvelle ou pour remplacer un départ. Devant la difficulté à recruter des infirmiers pour l'unité d'admission sous contrainte, il a été envisagé de mettre en place une rotation systématique du personnel de façon à éviter des affectations de plus de cinq ans au même poste ; cette méthode aurait été refusée par les syndicats.

Au moment de la venue des contrôleurs, parmi les vingt-deux infirmiers en poste à l'unité d'admission sous contrainte, le plus ancien y était depuis six ans et cinq mois et la moyenne était de deux ans et sept mois d'ancienneté ; douze d'entre eux avaient été affectés directement dans cette unité, les autres y étaient arrivés au bout d'un temps moyen de un an de présence au CHS, sauf un infirmier qui a rejoint l'unité après vingt-six ans et huit mois de présence dans l'établissement. Parmi les douze aides-soignants, le plus ancien y était depuis dix ans et dix mois et la moyenne était de deux ans et sept mois d'ancienneté ; six d'entre eux avaient été affectés directement dans cette unité, les six autres y étaient arrivés au bout d'un temps moyen de deux ans et trois mois de présence au CHS.

Pour l'année 2009, l'unité d'admission sous contrainte a connu huit accidents du travail sur un total de soixante-et-un pour l'ensemble de l'établissement.

En cas d'agression par un patient, ce qui arrive trois à quatre fois par an au sein de l'unité d'admission sous contrainte, un entretien individuel de la personne agressée est



assurée par un membre de la direction, par le médecin de l'unité et par le cadre de l'unité, un débriefing est réalisé avec l'ensemble de l'équipe et un soutien psychologique est proposé par l'intermédiaire d'un spécialiste extérieur à l'établissement. En 2009, sept agents ont été agressés dont un deux fois ; quatre d'entre eux ont totalisé vingt-deux jours d'arrêt de travail et l'agent qui a été agressé une deuxième fois a été arrêté soixante-deux jours. En 2010, sept agents ont été agressés ; trois d'entre eux ont été arrêtés respectivement soixante-trois jours, quatre-vingt-neuf jours et soixante-dix jours. En 2011, au moment de la venue des contrôleurs, quatre agents avaient été agressés, dont deux totalisaient 10 jours d'arrêt de travail et un troisième, 114 jours.

Un espace dédié au personnel, la Palmeraie propose notamment des séances de sophrologie animées par une intervenante de l'établissement.

## CONCLUSION

A l'issue de leur visite, les contrôleurs formulent les observations suivantes.

Observation n° 1 : Une unité d'hospitalisation pour adolescents devrait être mise en place afin de permettre une prise en charge adaptée, en particulier pour l'accès à la scolarité et aux activités thérapeutiques (cf. § 2.2).

Observation n° 2 : L'entretien d'accueil infirmier des personnes hospitalisées dans l'unité fermée devrait pouvoir se faire dans un bureau permettant la confidentialité de celui-ci (cf. § 3.2.1).

Observation n° 3 : Les droits des patients devraient être énoncés dès l'entretien d'admission par le psychiatre et renouvelés à la 72<sup>ème</sup> heure (cf. § 3.2.3).

Observation n° 4 : Le livret d'accueil remis à l'arrivée doit apporter au patient hospitalisé sans son consentement une information fiable sur ses droits et les modalités de leur exercice. Les mentions susceptibles de laisser penser que les voies de recours s'exerceraient par l'intermédiaire du directeur de l'établissement sont à éliminer. Le document devrait en outre intégrer les évolutions législatives les plus récentes, notamment la présence et le rôle du juge des libertés et de la détention (cf. § 3.2.3).

Observation n° 5 : Les adresses des autorités de recours devraient être affichées à la vue de tous dans l'unité d'admission sous contrainte (cf. § 3.2.3.2).

Observation n° 6 : La mobilisation des services par la direction de l'établissement pour organiser la procédure de saisine du juge des libertés et de la détention dans le cadre du contrôle de droit des hospitalisations complètes sans consentement est à relever positivement, s'agissant des procédures mises en œuvre et de l'accent mis sur le respect des libertés publiques (cf. § 3.3.1).

Observation n° 7 : Le choix de faire tenir les audiences du juge des libertés et de la détention au sein de l'hôpital et non au siège du tribunal, de même que celui de ne pas

recourir à la visioconférence, marque la priorité donnée, dans la mise en œuvre de la réforme, à l'intérêt des patients (cf. § 3.3.1).

Observation n° 8 : Dans la salle des délibérations de l'hôpital ou au sein de l'unité sécurisée, les audiences du juge des libertés et de la détention se déroulent dans d'excellentes conditions et en conformité avec les exigences de la loi. La bonne coordination entre les services de l'hôpital et ceux du tribunal est également à souligner (cf. § 3.3.1).

Observation n° 9 : Le juge des libertés et de la détention est apparu soucieux de la bonne compréhension par les patients du sens du contrôle exercé, notamment de manière à ce que l'audience ne soit pas perçue comme une instance pénale. La parole est donnée aux patients et aux membres de la famille quand ils sont présents. Les décisions ainsi que les voies de recours sont exprimées de manière intelligible sur un ton bienveillant et avec un souci pédagogique marqué (cf. § 3.3.2).

Observation n° 10 : Une procédure devrait être mise en place qui permette, sans consulter le dossier médical de chaque patient, une traçabilité des sorties de moins de douze heures (cf. § 3.3.4).

Observation n° 11 : Les livres de la loi ne sont pas tenus correctement :

- le registre de soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers est un simple cahier sans rubrique pré-imprimée. Les arrêtés et certificats ne sont pas collés dans le cahier mais rangés dans des classeurs. Il conviendrait d'ouvrir un registre conforme à ceux qu'on trouve dans tous les hôpitaux psychiatriques (cf. § 3.4.1) ;
- le registre des soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'Etat est le document spécifique habituel mais il ne comporte pas les certificats qui sont répertoriés dans des classeurs. Parfois, aucune référence de certificat n'est indiquée dans le registre et les certificats en question sont introuvables dans les classeurs ; cette lacune ne concerne pas que des patients hospitalisés depuis longtemps (cf. § 3.4.2).

Observation n° 12 : L'examen du registre de soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers révèle un nombre important de cas où la loi sur les soins psychiatriques n'a pas été respectée : certificats médicaux d'admission réalisés par deux médecins de l'établissement, admission sur un seul certificat médical, établissement du certificat d'admission et du certificat des 24 heures par le même médecin, admission d'un mineur sur demande d'un tiers (cf. § 3.4.1).

Observation n° 13 : Outre sa disponibilité pour les patients et ses liens avec les équipes soignantes du CHS et les CMP, la personne en charge de la protection juridique des majeurs assure sa mission avec le souci, autant que faire se peut et en fonction de leurs capacités, d'associer les patients à la gestion de leur compte. Il conviendrait que les moyens suffisants soient donnés au service afin de permettre sa continuité (cf. § 3.6).

Observation n° 14 : Une attention particulière à la désignation de la personne de confiance devrait être effectuée dans l'unité d'admission sous contrainte (cf. § 3.7).

Observation n° 15 : Préalablement à la visite de la commission des hospitalisations psychiatriques en Nouvelle-Calédonie, une information devrait être diffusée en direction des patients afin qu'ils soient avisés de la possibilité de s'entretenir à cette occasion avec un des membres (cf. § 3.10).

Observation n° 16 : Les visites des patients avec leurs proches se déroulent dans des pièces « à l'aveugle » et sans fenêtre. Un aménagement du salon d'accueil devrait être mis en place afin d'assurer des espaces d'intimité plus agréables pour les patients et leurs familles (cf. § 3.11.1, 4.2.1.1 et 4.2.2.1).

Observation n° 17 : Un poste téléphonique situé en dehors des salles de soins devrait être mis à disposition des patients pour leur permettre d'entrer en contact avec leur famille en toute confidentialité (cf. § 3.11.2).

Observation n° 18 : Il conviendrait de réactualiser le règlement intérieur afin notamment de prendre en compte la loi du 5 juillet 2011 (cf. § 4.1.1).

Observation n° 19 : L'unité d'admission sous contrainte a été récemment construite avec une préoccupation première de nature sécuritaire, sans prise en compte de la spécificité du mode de vie océanien : notamment, le manque d'arbres sur la cour et l'absence de perspective visuelle autre que le flanc de la colline, alors que les anciens locaux offraient une vue sur la mer. Il est regrettable que les personnels n'aient pas été associés au projet, ce qui, en outre, aurait peut-être permis d'éviter certains défauts de fonctionnalité du bâtiment (cf. § 4.2.1.1 et 4.2.2.1).

Observation n° 20 : Le temps de psychologue devrait permettre une prise en charge de tous les patients (cf. § 4.2.1.2.2).

Observation n° 21 : Un effort particulier devrait être fait afin de recruter un ergothérapeute (cf. § 4.2.1.2.3).

Observation n° 22 : L'intervention d'un psychologue pour le personnel devrait être mise en place dans l'unité sécurisée qui ne connaît ni réunion de synthèse, ni supervision d'équipe (cf. § 4.2.2.4).

Observation n° 23 : Un protocole médical prévoit des contrôles de consommation de cannabis pour les patients. Il conviendrait de s'interroger à propos de leur caractère systématique au retour de permission de sortie, de l'absence de critères plus précis que la suspicion du personnel soignant pour en réaliser au sein de l'unité de soins et, en cas de contrôle positif, sur les conséquences ultérieures sur le régime de sortie des patients (cf. § 4.2.2.5).

Observation n° 24 : Il conviendrait, à l'instar de ce qui existe avec l'administration pénitentiaire, qu'un protocole soit passé entre l'hôpital et la police nationale, notamment afin d'arrêter des modalités satisfaisantes de réintégration d'un patient après une fugue (cf. § 4.2.2.5).

Observation n° 25 : Une procédure d'utilisation des moyens de contraintes physique devrait être rédigée au sein de l'établissement et accessible à tous sur intranet. Elle devrait notamment en spécifier les modalités de surveillances (cf. § 6.2).

Observation n° 26 : L'organisation du travail, en place depuis des décennies, prévoit un chevauchement à une heure de la journée qui n'est plus adaptée aux besoins des patients : absence d'atelier thérapeutique, fermeture des services publics (cf. § 7).

Observation n° 27 : Cette organisation conduit en outre à une présence insuffisante – ou parfois excessive – de personnel soignant. Ainsi, entre juillet et septembre 2011, le nombre de personnels soignants à l'unité fermée a été inférieur au minimum requis 12 % du temps en semaine et a atteint six personnes ou plus quatre demi-journées ; quant à l'unité sécurisée, le nombre de personnels soignants a été inférieur au minimum requis près de 68 % du temps en semaine (cf. § 7).

## Table des matières

<b>1</b>	<b>Conditions générales de la visite</b> .....	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Présentation générale de l'établissement</b> .....	<b>2</b>
<b>2.1</b>	<b>La psychiatrie en Nouvelle-Calédonie</b> .....	<b>3</b>
<b>2.2</b>	<b>Présentation du centre hospitalier spécialisé</b> .....	<b>4</b>
<b>2.3</b>	<b>Les personnels</b> .....	<b>6</b>
<b>2.4</b>	<b>Les données financières</b> .....	<b>8</b>
<b>2.5</b>	<b>L'activité</b> .....	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>Hospitalisation sans consentement et exercice des droits</b> .....	<b>8</b>
<b>3.1</b>	<b>L'arrivée des patients</b> .....	<b>8</b>
3.1.1	L'admission directe.....	8
3.1.2	L'admission en provenance d'un autre établissement de santé.....	9
<b>3.2</b>	<b>Les modalités d'admission</b> .....	<b>9</b>
3.2.1	Les formalités administratives.....	9
3.2.2	La période initiale de soins et d'observation.....	10
3.2.3	Les informations données aux malades.....	10
<b>3.3</b>	<b>La levée des mesures de contrainte</b> .....	<b>12</b>
3.3.1	La mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011.....	13
3.3.2	Le contrôle du juge des libertés et de la détention.....	14
3.3.3	La sortie des soins.....	17
3.3.4	Les sorties accompagnées d'une durée inférieure à douze heures.....	17
<b>3.4</b>	<b>Les registres de la loi</b> .....	<b>17</b>
3.4.1	Le registre de soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers.....	18
3.4.2	Le registre des soins psychiatriques sans consentement sur décision d'un représentant de l'Etat.....	18
<b>3.5</b>	<b>L'information sur la visite des autorités</b> .....	<b>19</b>
<b>3.6</b>	<b>La protection juridique des majeurs</b> .....	<b>19</b>
<b>3.7</b>	<b>La désignation d'une personne de confiance</b> .....	<b>20</b>
<b>3.8</b>	<b>L'accès au dossier médical</b> .....	<b>20</b>
<b>3.9</b>	<b>L'accès à l'exercice d'un culte</b> .....	<b>20</b>
<b>3.10</b>	<b>La commission des hospitalisations psychiatriques en Nouvelle-Calédonie</b> .....	<b>20</b>
<b>3.11</b>	<b>La communication avec l'extérieur</b> .....	<b>21</b>
3.11.1	Les visites.....	21

3.11.2	Le téléphone .....	22
3.11.3	Le courrier.....	22
3.11.4	L'informatique et l'accès à l'internet.....	22
<b>3.12</b>	<b>La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.</b>	<b>22</b>
<b>3.13</b>	<b>L'UAFAM-NC .....</b>	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>Les conditions d'hospitalisation.....</b>	<b>24</b>
<b>4.1</b>	<b>Éléments communs à tous les pôles.....</b>	<b>24</b>
4.1.1	Le règlement Intérieur .....	24
4.1.2	La restauration .....	24
4.1.3	La blanchisserie.....	24
4.1.4	Les activités communes.....	24
4.1.5	Les soins somatiques.....	25
<b>4.2</b>	<b>L'unité d'admission sous contrainte .....</b>	<b>26</b>
4.2.1	L'unité fermée .....	27
4.2.2	L'unité sécurisée .....	30
<b>5</b>	<b>L'occupation des unités d'hospitalisation .....</b>	<b>36</b>
<b>6</b>	<b>Le recours à l'isolement et à la contention.....</b>	<b>36</b>
<b>6.1</b>	<b>Les chambres d'isolement .....</b>	<b>36</b>
6.1.1	L'unité d'admission sous contrainte.....	36
6.1.2	L'unité de postcure et réhabilitation psycho-sociale.....	36
6.1.3	Le protocole .....	37
<b>6.2</b>	<b>Le recours à la contention.....</b>	<b>37</b>
<b>7</b>	<b>Les conditions de vie au travail.....</b>	<b>37</b>
	<b>Conclusion.....</b>	<b>41</b>