



**Centre hospitalier de Montéran  
Saint-Claude  
(Guadeloupe)**

8 au 12 juin 2015



## SYNTHESE

Le centre hospitalier de Montéran gère les trois secteurs « adulte » et le secteur infanto-juvénile desservant la population de Basse-Terre, mais il a vocation à assurer, à la demande de l'ARS et à compter de 2016, la gouvernance de l'ensemble de la psychiatrie de la Guadeloupe en reprenant les secteurs actuellement gérés par le CHU de Pointe-à-Pitre.

Dans des locaux tout à fait comparables pour les trois secteurs de psychiatrie générale, les médecins peuvent avoir des pratiques très diverses avec peu de travail en commun entre les équipes médicales des différents secteurs. L'approche soignante institutionnelle paraît le plus souvent peu développée et la communication semble parfois insuffisante entre l'équipe de l'unité de soins d'une part et le « duo » cadre - médecin d'autre part.

Cette situation peut avoir des impacts importants sur le respect des droits fondamentaux des personnes, notamment en ce qui concerne les aspects liés à la liberté d'aller et de venir au sein de l'hôpital comme des unités. L'établissement a conscience de certains de ses manques en la matière ; ce qui a conduit à la mise en place d'un travail spécifique sur ce thème.

En outre, il est frappant de constater un fort recours aux soins sans consentement – 60 % des admissions (10 % SPDRE et 50 % SPDT) – et donc un faible recours aux soins libres pour la population générale. Ceci est sans doute explicable en partie par des données culturelles mais paraît devoir justifier une stratégie explicite pour améliorer l'accès aux soins.

## OBSERVATIONS

Les contrôleurs formulent les observations suivantes :

### A – Bonnes pratiques

1. Une démarche, en lien avec l'assurance maladie, est mise en œuvre systématiquement pour s'assurer de l'ouverture des droits sociaux des patients à leur admission et de la stratégie d'accompagnement des patients et de leurs familles pour l'amélioration de leur couverture sociale.

### B - Recommandations

1. L'établissement doit, après une analyse des parcours de soins et des leviers de changement, élaborer une stratégie explicite visant à améliorer l'accès aux soins pour réduire la fréquence des soins sans consentement. Ce travail doit être conduit en partenariat avec les représentants des patients, des familles, des élus et des médecins libéraux.
2. Une formation spécifique doit être assurée aux personnes (médecins, cadres ou infirmiers) chargées de notifier leurs droits aux patients en soins sans consentement.
3. Une procédure de notification des droits doit être formalisée ; la traçabilité de la notification des droits doit être mieux assurée.
4. Le règlement intérieur de l'établissement doit être actualisé. Il doit pouvoir être mis à disposition de tout patient. Si des règles de vie spécifiques à chacun des pôles ou chacune des unités de soins sont élaborées, elles doivent être écrites et remises aux patients au moment de l'admission dans l'unité.
5. Les personnes hospitalisées bénéficiant d'une mesure de protection juridique doivent être identifiées et l'information doit être tracée utilement dans le dossier médical commun. Il convient d'assurer, de façon systématique, la bonne information de la personne chargée de la protection du patient, et des droits de ce dernier.
6. Le centre hospitalier devrait, en lien avec le juge des tutelles, faire un point régulier avec les organismes gestionnaires des mesures de tutelle, au regard des difficultés rencontrées pour le suivi de nombreuses personnes hospitalisées concernées par une mesure de protection.
7. L'établissement doit veiller à répondre aux demandes des patients en matière de culte dans de bonnes conditions ; les informations affichées dans les unités doivent être exactes.
8. L'accès au téléphone et la confidentialité des communications doivent être garantis dans chacune des unités. Les restrictions à cet accès ne peuvent être qu'exceptionnelles ; elles doivent être dûment motivées et explicitées dans le dossier du patient. Les modalités d'accès au téléphone dans les différentes unités mériteraient d'être harmonisées et explicitées ce qui réduirait la perception d'arbitraire ressentie par certains patients.
9. Les conditions d'accès au téléphone des patients sous-main de justice ne doivent pas être plus restrictives que celles imposées en milieu pénitentiaire.

10. Les bâtiments apparaissent relativement dégradés et les équipements des chambres sont souvent délabrés. Cette situation appelle une réactivité plus importante pour remédier en temps réel au besoin de maintenance et de rénovation ou de réparation ainsi qu'une plus grande vigilance à l'entretien régulier. Il conviendrait de procéder à une évaluation des raisons de telles dégradations, afin de tirer profit des conclusions pour les futures constructions outre-mer.
11. Les menus doivent être systématiquement affichés dans toutes les unités. Le respect de l'autonomie des patients n'est pas compatible avec le fait d'imposer un plan de table à tous.
12. Le personnel doit faire preuve d'une plus grande vigilance tout au long du processus de restauration, de la commande à la livraison des repas, pour que des aliments adaptés à chacun soient disponibles au moment du service.
13. Chaque évolution du compte du patient à la régie doit, dans le cadre d'une procédure contradictoire, faire l'objet d'une remise à celui-ci d'un document actualisé afin qu'il dispose de documents fiables lui permettant de connaître avec exactitude la réalité des biens disponibles à la régie.
14. Il convient de mettre fin aux situations de sevrage tabagique sans prise en compte du consentement des personnes et sans réelle attention portée à l'accompagnement soignant de ce sevrage, souvent réduit à une proposition de patch. La dimension addictologique des soins doit être développée en prenant en compte la réalité des besoins des personnes et en intégrant une approche de réduction des risques.
15. Il serait nécessaire de suivre le nombre de patients hospitalisés bénéficiant d'un accompagnement par le pôle médical intersectoriel (PMI) et que les indications à la participation aux activités thérapeutiques soient basées sur les réalités cliniques et les besoins de soins des patients sans que le statut administratif de leur hospitalisation y fasse obstacle. Les activités thérapeutiques et occupationnelles, en particulier pour les personnes dont l'hospitalisation se prolonge, doivent être développées dans chacune des unités de soins, le cas échéant en partenariat avec le PMI.
16. L'offre de produits susceptibles d'être achetés à la cafétéria devrait être diversifiée tout en réduisant l'offre de produits alimentaires de qualité nutritive médiocre. Une bonne information doit être assurée sur les horaires d'ouverture de la cafétéria dans chacune des unités et dans le livret d'accueil.
17. Les horaires d'ouverture de la bibliothèque doivent être affichés de manière exacte sur place comme dans les unités et doivent figurer dans le livret d'accueil. Le règlement intérieur de l'établissement doit y être disponible.
18. L'établissement doit mettre en place une organisation permettant de procéder de façon systématique à l'examen médical somatique de chacun des patients entrant à l'hôpital, tout particulièrement pour les patients en soins sans consentement, ainsi que le suivi requis par leur état de santé.

19. L'organisation doit garantir un examen somatique systématique pour tous les patients placés en chambre d'isolement ou sous contention afin de rechercher les éventuelles contre-indications médicales à la mise en place d'une telle mesure.
20. Le manque de rigueur dans la gestion des médicaments est potentiellement de nature à engager la sécurité des patients. Un travail spécifique devrait permettre de renforcer la vigilance de chacun des professionnels tant dans l'actualisation des prescriptions médicales que dans le domaine de la gestion du médicament, notamment au sein des unités. La dispensation des médicaments doit se faire dans des conditions permettant le respect du secret médical et celui de la confidentialité des soins et des échanges.
21. La continuité des prises en charge médicales doit être garantie et l'absence du médecin référent ne peut conduire à la prolongation d'une mesure privative de liberté, telle que la prolongation induite d'une hospitalisation sans consentement.
22. Le recours en temps réel à un interprète doit être organisé, y compris en langue des signes, si son absence ne permet pas d'échanger de façon adaptée avec le patient.
23. L'absence de toute scolarisation en pratique n'est pas respectueuse des droits fondamentaux des enfants hospitalisés qui doivent pouvoir être scolarisés de façon adaptée à leur situation clinique. La prolongation induite d'une hospitalisation d'un enfant dont l'état de santé ne le justifie pas est une atteinte grave à ses droits fondamentaux.
24. Les conditions de suivi psychiatrique des personnes détenues au sein des établissements pénitentiaires, comme lors de leur hospitalisation, doivent être réinterrogées. Il doit être mis fin au caractère systématique des pratiques d'isolement de ces patients lors de leur hospitalisation et leur prise en charge soignante doit être adaptée à leur réalité clinique.
25. Le recours aux mesures d'isolement et de contention doit être réduit grâce au développement de stratégies alternatives d'organisation des services comme des prises en charge ; la traçabilité de ces mesures (notamment avec la mise en place des dispositions prévues maintenant par l'article L3222-5-1 du code de la santé publique) doit être assurée ; la surveillance médicale et soignante des personnes concernées, ainsi que le respect des droits fondamentaux des personnes concernées, doivent être renforcés.
26. Tout patient placé en situation d'isolement ou sous contention doit disposer d'un système d'appel accessible et il doit être répondu sans délai à tout appel de ce patient. L'aménagement des chambres d'isolement doit permettre de s'asseoir et de manger dans des conditions dignes et offrir la possibilité de visualiser une horloge.

## SOMMAIRE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Synthèse.....</b>   | <b>2</b>  |
| <b>Observations .....</b>  | <b>3</b>  |
| <b>1- Les conditions générales de la visite .....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>2- La psychiatrie dans le département de la Guadeloupe. ....</b>  | <b>10</b> |
| <b>3- La présentation générale de l'établissement. ....</b>  | <b>11</b> |
| <b>3.1 L'activité est marquée par un recours très fréquent à l'hospitalisation sans<br/>consentement.....</b>                      | <b>13</b> |
| <b>3.2 Le personnel.....</b>   | <b>16</b> |
| 3.2.1 Les effectifs.....   | 16        |
| 3.2.2 La gestion des ressources humaines.....  | 18        |
| <b>3.3 Les données financières.....</b>  | <b>19</b> |
| <b>4- L'hospitalisation sans consentement et l'exercice des droits.....</b>  | <b>19</b> |
| <b>4.1 Les circuits d'admission.....</b>   | <b>19</b> |
| <b>4.2 L'arrivée des patients admis sans consentement dans l'établissement.....</b>  | <b>20</b> |
| <b>4.3 Les modalités d'admission.....</b>  | <b>21</b> |
| 4.3.1 Les formalités administratives.....  | 21        |
| 4.3.2 L'inventaire et la conservation des effets personnels du patients (dont les<br>valeurs). 21                                  | 21        |
| 4.3.3 La notification de la mesure d'admission et des voies de recours n'est pas assurée<br>correctement. 22                       | 22        |
| <b>4.4 Les informations données aux malades sur les conditions d'hospitalisation et la<br/>loi du 5 juillet 2011 modifiée.....</b> | <b>23</b> |
| 4.4.1 Le règlement intérieur de l'établissement .....  | 23        |
| 4.4.2 Le livret d'accueil de l'établissement n'est pas remis systématiquement.....   | 23        |
| 4.4.3 Les règles de vie des unités de soins.....   | 24        |
| <b>4.5 Le recueil des observations des patients.....</b>   | <b>24</b> |
| <b>4.6 La période initiale de soins et d'observation.....</b>  | <b>24</b> |
| <b>4.7 La levée des mesures de contrainte.....</b>   | <b>25</b> |
| 4.7.1 La levée des ASPDRE sur avis du psychiatre participant à la prise en charge. ....  | 25        |
| 4.7.2 L'avis du collègue.....  | 25        |
| 4.7.3 Le contrôle du juge des libertés et de la détention.....   | 25        |

|             |  |           |
|-------------|--|-----------|
| 4.7.4       | Déroulement d'une audience .....   | 27        |
| 4.7.5       | Le passage en programme de soins.....  | 29        |
| <b>4.8</b>  | <b>Les sorties de l'établissement.....</b>   | <b>29</b> |
| <b>4.9</b>  | <b>La visite des autorités.....</b>  | <b>30</b> |
| <b>4.10</b> | <b>La commission départementale des soins psychiatriques.....</b>                          | <b>30</b> |
| <b>4.11</b> | <b>Le registre de la loi et son contrôle par les autorités.....</b>                        | <b>31</b> |
| <b>5-</b>   | <b>Les droits des patients hospitalisés.....</b>   | <b>32</b> |
| <b>5.1</b>  | <b>La circulation des patients hospitalisés au sein de l'établissement .....</b>           | <b>32</b> |
| <b>5.2</b>  | <b>La protection juridique des majeurs.....</b>  | <b>33</b> |
| <b>5.3</b>  | <b>Accès aux droits sociaux .....</b>  | <b>34</b> |
| <b>5.4</b>  | <b>La désignation d'une personne de confiance .....</b>                                    | <b>34</b> |
| <b>5.5</b>  | <b>L'accès au dossier médical .....</b>  | <b>34</b> |
| <b>5.6</b>  | <b>L'accès à l'exercice d'un culte.....</b>  | <b>35</b> |
| <b>5.7</b>  | <b>La communication avec l'extérieur.....</b>  | <b>36</b> |
| 5.7.1       | Les visites.....   | 36        |
| 5.7.2       | Le téléphone.....  | 37        |
| 5.7.3       | L'informatique et l'accès à l'internet.....  | 37        |
| <b>5.8</b>  | <b>La gestion des plaintes et des événements indésirables .....</b>                        | <b>38</b> |
| 5.8.1       | Les plaintes et réclamations.....  | 38        |
| 5.8.2       | Les événements indésirables.....   | 39        |
| 5.8.3       | Les recours contentieux.....   | 40        |
| <b>5.9</b>  | <b>Le comité d'éthique .....</b>   | <b>40</b> |
| <b>5.10</b> | <b>La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge</b> | <b>41</b> |
| <b>5.11</b> | <b>Les associations.....</b>   | <b>41</b> |
| 5.11.1      | L'UNAFAM.....  | 41        |
| 5.11.2      | Autres associations .....  | 41        |
| <b>6-</b>   | <b>Les conditions d'hospitalisation .....</b>  | <b>42</b> |
| <b>6.1</b>  | <b>Les éléments communs à tous les secteurs de psychiatrie générale.....</b>               | <b>42</b> |
| 6.1.1       | Les locaux.....  | 42        |
| 6.1.2       | La restauration.....   | 46        |
| 6.1.3       | La blanchisserie – linge – l'hygiène –l'entretien des locaux.....                          | 48        |
| 6.1.4       | L'argent des patients .....  | 49        |

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| 6.1.5      | La gestion du tabac et du cannabis.....  | 50        |
| 6.1.6      | Les relations sexuelles.....   | 51        |
| 6.1.7      | La sécurité.....   | 52        |
| 6.1.8      | Les activités communes sont principalement gérées par le pôle intersectoriel.. | 53        |
| 6.1.9      | Les patients ne bénéficient pas, systématiquement, d'un suivi somatique.....   | 58        |
| 6.1.10     | La pharmacie.....  | 59        |
| 6.1.11     | La prise en charge.....  | 60        |
| <b>6.2</b> | <b>Le pôle 1 de psychiatrie adulte : Côte sous le vent.....</b>                | <b>60</b> |
| 6.2.1      | Unité Mahogany.....  | 61        |
| 6.2.2      | Unité Acajou.....  | 63        |
| <b>6.3</b> | <b>Le pôle 2 de psychiatrie adulte Côte au vent.....</b>                       | <b>65</b> |
| 6.3.1      | Unité A Poinsettias.....   | 66        |
| 6.3.2      | Unité B Bois de Rose.....  | 67        |
| <b>6.4</b> | <b>Le pôle 3 de psychiatrie adulte « Nord Basse-Terre ».....</b>               | <b>67</b> |
| 6.4.1      | Clinique des Amandiers.....  | 69        |
| 6.4.2      | Unité des Manguiers.....   | 71        |
| <b>6.5</b> | <b>Le pôle de pédopsychiatrie.....</b>   | <b>72</b> |
| <b>6.6</b> | <b>L'hospitalisation des personnes détenues.....</b>                           | <b>76</b> |
| <b>7-</b>  | <b>Le recours à l'isolement et à la contention.....</b>                        | <b>77</b> |
| <b>7.1</b> | <b>La procédure d'isolement.....</b>   | <b>77</b> |
| <b>7.2</b> | <b>La procédure de contention.....</b>   | <b>77</b> |
| <b>7.3</b> | <b>Le recours à l'isolement.....</b>   | <b>78</b> |
| <b>7.4</b> | <b>Le recours à la contention.....</b>   | <b>80</b> |



Contrôleurs :

- Catherine Bernard, chef de mission ;
- Bénédicte Piana ;
- Sara-Dorothee Guérin-Brunet ;
- François Moreau.

En application de la loi du 30 octobre 2007 modifiée qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite annoncée du centre hospitalier de Montéran à Saint-Claude en Guadeloupe du 8 au 12 juin 2015.

Cette mission a fait l'objet d'un rapport de constat qui a été adressé au directeur du centre hospitalier le 23 mai 2016. Par courrier en date du 4 juillet 2016, celui-ci a fait part de ses observations sur le rapport. Celles-ci ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport de visite.

## 1- LES CONDITIONS GENERALES DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés au centre hospitalier de Montéran situé à Saint-Claude en Guadeloupe le 8 juin 2015 à 9h. Ils en sont partis le 12 juin à 15h. Une visite de nuit a eu lieu le mercredi 10 juin de 22 h à 23h30.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur de l'établissement avec qui ils ont pu faire une première visite de l'établissement. Une réunion a permis de présenter la mission et de prendre contact avec les différents interlocuteurs de l'établissement dont le président de la commission médicale de l'établissement (CME), le médecin responsable du département d'information médicale (DIM) et des médecins des différents pôles, la directrice des soins, le directeur des services économiques, l'ingénieur qualité, le responsable du bureau des admissions, les représentants des personnels, l'aumônier, un représentant des usagers et la présidente de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).

Ont été avisés de leur visite :

- un membre du cabinet du préfet ;
- le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de Guadeloupe ;
- le président et le procureur de la République près le tribunal de grande instance (TGI) de Basse-Terre ;
- le président du conseil de surveillance de l'établissement.

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

L'affichette annonçant leur visite a été diffusée dans les services de soins et les lieux collectifs.

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

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

Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi 12 juin en présence du directeur de l'établissement et de membres de l'équipe de direction.

Les contrôleurs ont assisté à l'audience du juge des libertés et de la détention le mercredi 10 juin et, à cette occasion, ont rencontré l'avocat de permanence, le magistrat et le greffier.

## 2- LA PSYCHIATRIE DANS LE DEPARTEMENT DE LA GUADELOUPE.

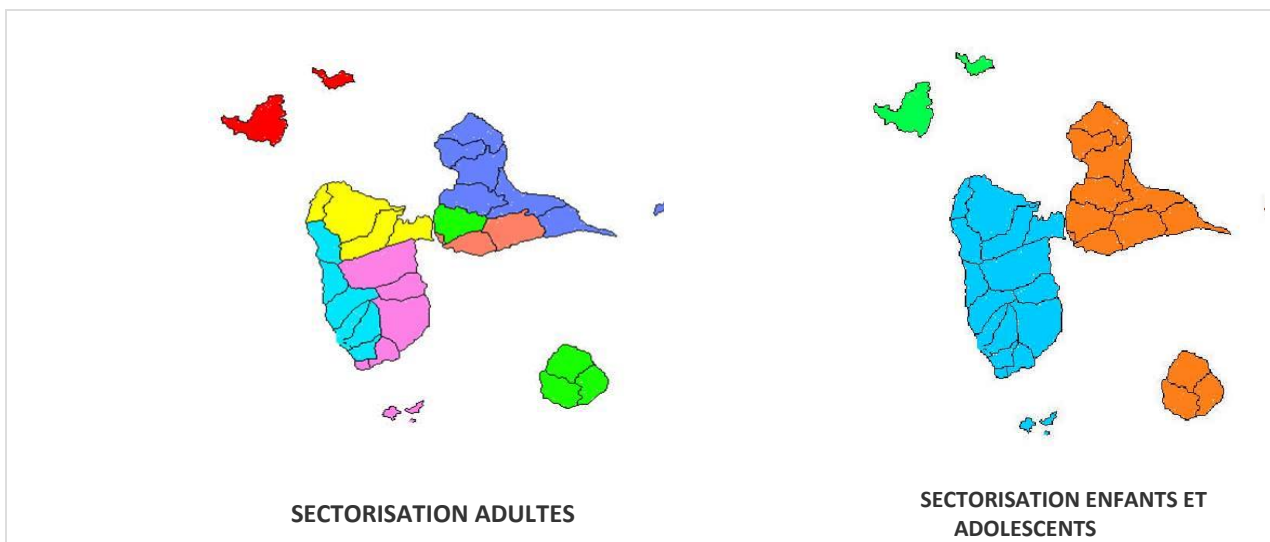
La Guadeloupe est découpée en six secteurs de psychiatrie générale dont trois desservent la Basse-Terre et sont rattachés au centre hospitalier (CH) de Montéran (Côte sous le vent - G01-, Côte au vent - G02 -, Nord Basse-Terre - G03) et trois desservent la population de la Grande-Terre rattachés au centre hospitalier universitaire (CHU) de Pointe-à-Pitre (Abymes/Marie-Galant - G04, - Sud Grande-Terre - G05, Nord Grande-Terre - G06).

Chacun de ces deux établissements a la responsabilité d'un secteur de psychiatrie infanto-juvénile (I01 pour le CH de Montéran et I02 pour le CHU de Pointe-à-Pitre).

De plus un secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire, géré par le CH de Montéran, doit répondre aux besoins de santé mentale de la population incarcérée dans les deux établissements pénitentiaires de Guadeloupe.

Deux psychiatres libéraux sont installés sur Basse-Terre et deux établissements privés, la clinique les Eaux Vives à Saint-Claude (30 lits de psychiatrie et 86 de soins de suite et de réadaptation - SSR) et la Clinique l'Espérance aux Abymes (43 lits de psychiatrie et 71 lits de SSR), complètent l'offre d'hospitalisation en psychiatrie.

Par ailleurs, le Centre hospitalier de Saint-Martin gère, depuis 2003, un secteur de psychiatrie générale et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile pour les îles du Nord (G07 et I03) auparavant gérés par le CH de Montéran.



Sous l'égide de l'ARS, un travail est en cours visant à ce que le CH de Montéran assume l'intégralité de la gestion de la sectorisation psychiatrique sur la Guadeloupe. Cette

réorganisation pourrait prendre effet dès janvier 2016.

### 3- LA PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT.

Le CH de Montéran est situé dans la région de Basse-Terre, sur la commune de Saint-Claude, au lieu-dit « Premier plateau ». Il jouxte la gendarmerie. Son entrée s'effectue depuis la route nationale RN 3 qui, depuis la ville de Basse-Terre, monte vers le volcan de la Soufrière. Un arrêt de bus devant l'entrée du centre hospitalier est régulièrement desservi. Plusieurs aires de stationnement permettent aux patients, professionnels ou visiteurs de laisser leur voiture dans l'enceinte du centre hospitalier. Il existe un emplacement réservé aux véhicules des personnes à mobilité réduite en face de chaque unité.



*Panneau signalétique à l'entrée du CH de Montéran, sur la RN3*

Le CH de Montéran est organisé sur la base d'un secteur par pôle hospitalier. De plus un pôle médical intersectoriel (PMI) regroupe le service d'accueil familial thérapeutique, l'équipe mobile de psychiatrie - précarité, les activités thérapeutiques à temps partiel et les deux ateliers thérapeutiques (cafétéria et activités agricoles).

Le centre hospitalier dispose de 211 lits et places avec, en hospitalisation complète, 114 lits de psychiatrie générale, 5 lits de pédopsychiatrie et des lits d'hospitalisation de nuit (respectivement 12 et 1). Chaque secteur « adulte » dispose de deux CMP<sup>1</sup> et de 15 places d'hôpital de jour implantées sur le même site qu'un des CMP ; la psychiatrie infanto-juvénile est organisée avec quatre CMP et 34 places d'hospitalisation de jour.

L'établissement gère également le centre d'action médico-sociale précoce, le centre de ressources en autisme et un CSAPA<sup>2</sup>. Des liens de partenariat sont noués avec différents

<sup>1</sup> CMP : centre médico-psychologique.

<sup>2</sup> CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

établissements médico-sociaux dans lesquels plusieurs médecins du centre hospitalier exercent une activité d'intérêt général.

L'établissement a développé des collaborations étroites avec le centre hospitalier de Basse-Terre distant de quelques kilomètres ; ces établissements ont notamment mutualisé la pharmacie et différents services techniques (restauration, blanchisserie...).



*Vue aérienne du site hospitalier*

Le centre hospitalier de Montérán est implanté sur ce site depuis 1882, dans un grand parc arboré. Plusieurs opérations de rénovation et de reconstruction sur le site sont intervenues et l'hospitalisation en psychiatrie générale se fait exclusivement au sein de trois bâtiments de construction récente<sup>3</sup>, chacun accueillant un pôle, qui sont alignés le long de l'allée principale de l'hôpital. Les deux bâtiments du pôle infanto-juvénile (I01) datent de 1969 et leur rénovation est prévue prochainement (*cf.* vue aérienne ci-dessus). L'allée principale est dotée d'une déclivité croissante, permettant de voir d'un côté la mer des Caraïbes et de l'autre la Soufrière quand le ciel est dégagé. Elle permet d'accéder, sur le haut du terrain, aux bâtiments plus anciens qui hébergent notamment la bibliothèque dotée d'un espace internet, la cafétéria et les autres locaux d'activités thérapeutiques ainsi que la salle d'audience aménagée en 2011.

Des espaces verts entourent les bâtiments ; de multiples arbres y sont plantés : flamboyants, cotonniers, manguiers, etc. Les espaces verts sont entretenus par un ESAT<sup>4</sup>. Aucun cendrier n'est présent sur le site, qu'il s'agisse des espaces extérieurs ou dans les bâtiments.

<sup>3</sup> La mise en service des nouvelles unités d'hospitalisation s'est échelonnée entre 2005 et 2008.

<sup>4</sup> ESAT : établissement et service d'aide par le travail.

Aucune poubelle n'est disposée dans les espaces extérieurs. Il n'y a que peu de sièges dans ce parc, un banc est situé devant la porte de chacun des bâtiments d'hospitalisation.



*Parc face aux bâtiments d'hospitalisation*



*Abords de la zone administrative*

L'établissement est organisé en six pôles cliniques. Chacun des quatre secteurs correspond à un pôle ; le pôle de psychiatrie légale est responsable du SMPR<sup>5</sup> au centre pénitentiaire de Baie-Mahault et de la réponse psychiatrique au sein de l'unité sanitaire à la maison d'arrêt de Basse-Terre ; il est également responsable du CRIAVS<sup>6</sup> de Guadeloupe. Le PMI a vocation à développer la transversalité et, par là même, à réduire le cloisonnement relatif entre les autres pôles cliniques, signalés par de nombreux professionnels et constatés par les contrôleurs. Pour cela, le PMI participe effectivement à la gouvernance de chacun des autres pôles et chaque pôle a un représentant au conseil du pôle PMI.

Chaque pôle a signé un contrat de pôle en 2011 avec une délégation de gestion pour le budget des activités thérapeutiques, des formations, des mensualités de remplacement et des effectifs de personnels délégués, offrant la possibilité de transformer des postes à budget constant.

Chaque conseil de pôle se réunit au moins deux fois par an avec la participation effective du cadre administratif chargé des pôles et deux dialogues de gestion ont lieu chaque année avec le chef de pôle et son équipe et le directeur et son équipe de direction.

La gestion des dossiers médicaux est informatisée sur l'ensemble de l'établissement et conduit à un fonctionnement théorique « Paperless ». Les données des EPP<sup>7</sup> sont utilisées comme indicateurs de pratique clinique.

### **3.1 L'activité est marquée par un recours très fréquent à l'hospitalisation sans consentement.**

En 2014, la file active de l'établissement a été de 6 087 patients dont près du tiers sont de nouveaux patients et près de 20 % n'ont été vus qu'une fois dans l'année. Les séjours

<sup>5</sup> SMPR service médico-psychologique régional.

<sup>6</sup> CRIAVS : centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violence sexuelle.

<sup>7</sup> EPP : évaluation des pratiques professionnelles.



d'hospitalisation à temps complet ont concerné 708 patients, près de 12 % de la file active globale, soit 17 % de la file active en psychiatrie générale et 2 % en psychiatrie infanto-juvénile. Cinquante-neuf patients ont été suivis exclusivement à temps plein en hospitalisation au long cours.

En psychiatrie générale, en moyenne par pôle, l'hospitalisation à temps plein a concerné 229 patients pour 10 930 journées avec une durée moyenne d'hospitalisation sur l'année (DMH) de près de 48 jours et une grande variabilité selon les secteurs de cette DMH, de 37 jours à 50 jours, comme du taux d'occupation de 67 à 85 %, ce qui témoigne d'une diversité des pratiques médicales entre les différents secteurs. Les durées moyennes de séjour (DMS) par pôle sont répertoriées dans le tableau ci-dessous.

Le recours à l'hospitalisation apparaît moindre que le recours moyen en France avec, pour 100 000 habitants, 357 patients hospitalisés en Guadeloupe pour 449 en moyenne en France.

| <i>source DIRM<sup>8</sup> année 2014</i> | <b>G01</b> | <b>G02</b> | <b>G03</b> | <b>Total<sup>9</sup></b> |
|---|------------|------------|------------|--------------------------|
| Nombre de patients                        | 236        | 251        | 253        | 688                      |
| Nombre de journées                        | 11 728     | 9 294      | 11 768     | 32 790                   |
| Séjours                                   | 387        | 470        | 419        | 1 276                    |
| DMH/patient                               | 49,7       | 37,0       | 46,5       | 47,7                     |
| DMS/ séjour                               | 30,3       | 19,8       | 28,1       | 25,7                     |

*Activités 2014 en hospitalisation complète*

Le nombre de patients hospitalisés sans consentement apparaît beaucoup plus élevé que sur l'ensemble de la France<sup>10</sup>. Ainsi les soins sur décision du représentant de l'Etat concernent 10 % des patients hospitalisés en 2014 et les soins à la demande d'un tiers plus de la moitié (pour respectivement 4 % et 27 % au niveau national). Le rapport d'activités du DIRM confirme que le recours à ces modalités de soins, qui concernent près des deux tiers des patients hospitalisés, est significativement plus important qu'en moyenne en France, avec pour 100 000 habitants, 37 SPDRE<sup>11</sup> et 190 SPDT<sup>12</sup> (les moyennes nationales sont respectivement de 20

<sup>8</sup> Département d'information et de recherche médicale.

<sup>9</sup> Un même patient peut être hospitalisé dans des unités relevant de différents pôles dans l'année ou selon différents statuts d'hospitalisation ; le total des tableaux ne correspond donc pas toujours aux sommes des données présentées en ligne ou en colonne.

<sup>10</sup> Les données nationales sont issues de la base RIMP (recueil d'information médicalisée en psychiatrie) de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) concernant les établissements. Les comparaisons sont faites par le DIM du centre hospitalier de Montéran.

<sup>11</sup> Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

<sup>12</sup> Soins psychiatriques à la demande d'un tiers.

SPDRE et 77 SPDT).

| <i>Source DIRM année 2014</i>                      | <b>G01</b> | <b>G02</b> | <b>G03</b> | <b>Total pour l'établissement</b><br><i>(cf. note de bas de page n°9)</i> |
|--|------------|------------|------------|---|
| Soins sur décision du représentant de l'Etat       | 25         | 25         | 23         | 72  |
| Soins aux patients jugés pénalement irresponsables | 3          | 3          | 2          | 8   |
| Soins aux personnes détenues                       | 6          | 4          | 3          | 13  |
| Soins psychiatriques à la demande d'un tiers       | 112        | 138        | 125        | 366   |
| Soins pour péril imminent                          | 8          | 7          | 9          | 23  |
| <b>Total soins sans consentement</b>               | 149        | 171        | 152        | 455   |

*Nombre de patients admis en soins sans consentement selon le statut des soins*

L'analyse de l'activité faite par le département de l'information médicale permet à chacun des secteurs de s'interroger sur ses pratiques et sur les conditions de prise en charge des patients, y compris sans consentement, ainsi que sur les liens avec les médecins traitants des patients ; ce qui est de nature à faciliter la continuité des soins (un courrier au médecin traitant n'a été adressé dans les huit jours suivants la sortie que dans 44 % des cas globalement sur l'établissement). De plus, ces données sont à mettre en perspective avec les travaux épidémiologiques en cours sur la santé mentale en population générale menés en lien avec le centre collaborateur OMS<sup>13</sup> Santé mentale de Lille (Nord) qui feraient état d'une surreprésentation de troubles psychotiques dans la population guadeloupéenne par rapport à la population d'autres départements métropolitains.

Les personnes détenues sont hospitalisées dans le secteur qui dessert leur adresse d'origine<sup>14</sup>. Le nombre de détenus hospitalisés a doublé entre 2013 et 2014 (respectivement sept et treize personnes), alors que la file active du secteur en milieu pénitentiaire a été réduite de 1 % ; entre ces deux années, le nombre d'actes médicaux a décliné de 28 % et les actes de psychologues de 39 %. Ces données interrogent au regard des risques de non-prise en compte adaptée des besoins de soins des personnes détenues et doivent, avec le fonctionnement du service concerné, faire l'objet d'un suivi attentif.

En psychiatrie infanto-juvénile, 24 patients ont été hospitalisés à temps plein, pour 73 séjours, générant 1 461 journées ; la durée moyenne d'hospitalisation est, par séjour, de 20

<sup>13</sup> OMS : Organisation mondiale de la santé.

<sup>14</sup> Les patients n'ayant pas de domicile fixe sont affectés à un secteur en fonction de leur date de naissance.

jours et, par patient, de près de 61 jours.

## **3.2 Le personnel.**

### **3.2.1 Les effectifs.**

#### **3.2.1.1 Le personnel médical.**

Pour l'ensemble de l'établissement y compris les structures médico-sociales, le personnel médical rémunéré au 30 avril 2015 est de 37,81 équivalents temps plein (ETP) y compris les internes. Il est de 16,20 ETP de psychiatres pour les secteurs de psychiatrie générale et de 2,50 ETP en psychiatrie infanto-juvénile. Sept internes sont affectés le semestre de la visite au centre hospitalier. L'établissement est en cours de recrutement de six psychiatres au moment du contrôle.

Globalement en Guadeloupe, les ressources médicales en psychiatres sont moindres que pour l'ensemble de la France avec un taux pour 100 000 habitants pour les psychiatres salariés respectivement de 9,4 et 11,9 ETP et pour l'ensemble des psychiatres de 11,8 et 21,9 ETP (données 2013).

Un praticien hospitalier à temps plein qualifié en médecine générale et en gériatrie intervient à 20 % via un cadre conventionnel dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et à 80 % pour assurer le suivi somatique des patients hospitalisés dans les différentes unités d'hospitalisation ; ce médecin est rattaché au PMI. Ce praticien participe aux gardes en étant « doublé » d'une astreinte par un psychiatre. Un second médecin serait en cours de recrutement pour améliorer la prise en charge somatique et garantir son approche systématique pour tous les patients.

Pour l'ensemble de l'établissement, un interne assure une garde sur place et un psychiatre assure une astreinte les nuits, le samedi après-midi et les dimanches et jours fériés ; en l'absence d'interne, le médecin psychiatre assure la garde sur place.

Le laboratoire de biologie médicale et la pharmacie sont implantés au centre hospitalier de Basse-Terre.

#### **3.2.1.2 Le personnel non médical.**

Globalement, l'établissement dispose de 542,40 ETP non médicaux.

Dans le cadre des contrats de pôle, chacun des pôles de psychiatrie générale a bénéficié d'un effectif délégué de cinquante et un postes d'infirmiers avec la gestion de l'affectation des agents sur les différentes unités fonctionnelles et la possibilité de négocier des transformations de postes au moment du dialogue de gestion.

La répartition des postes rémunérés entre les différentes unités d'hospitalisation complète des pôles de psychiatrie apparaît dans le tableau ci-dessous.



| <i>Données<br/>juin 2015</i> | <b>Infirmiers</b>                   | <b>Aides-<br/>soignants</b> | <b>ASH<sup>15</sup></b> | <b>Autres</b> | <b>Total</b> |
|------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|---------------|--------------|
| <b>G01</b>                   | 33,80                               | 4                           | 9                       | 11,10         | 57,9         |
| <b>G02</b>                   | 35,50                               | 4                           | 10                      | 9,10          | 58,60        |
| <b>G03</b>                   | 36                                  | 4                           | 10                      | 9,68          | 59,68        |
| <b>I01</b>                   | 13,50                               | 2                           | 4                       | 9,20          | 28,70        |
| <b>Total</b>                 | 118,80<br>dont 4 IDSP <sup>16</sup> | 14                          | 33                      | 39,08         | 204,88       |

*Effectifs rémunérés pour l'activité intra-hospitalière par pôle*

L'encadrement de chaque pôle est assuré par un cadre supérieur de santé. L'encadrement des soins est assuré, le jour, au sein de chaque pôle de psychiatrie générale par trois cadres de santé (deux en intra-hospitalier soit un par unité et un en extra-hospitalier<sup>17</sup>) qui se remplacent entre eux. Au sein de chaque unité de psychiatrie générale, l'équipe soignante est composée de douze infirmiers, deux aides-soignants et cinq ASH. Il est prévu au planning la présence d'au moins trois soignants (dont au moins deux infirmiers) le matin comme l'après-midi. Les horaires des soignants sont de 6h à 14h pour l'équipe du matin et de 13h45 à 21h45 l'après-midi. Les horaires de travail des ASH sont de 7h à 14h50 ou de 12h10 à 20h.

Il est notable que les personnels soignants ne disposent pas de tenue standard dans les unités de soins ce qui rend leur identification par les patients ou les visiteurs difficile. La situation est particulière la nuit et les tenues vestimentaires des soignants, plus « décontractées » que celles du jour, sont loin d'être toujours marquées par une volonté de signifier une appartenance professionnelle.

Des psychologues (3 ETP dans les secteurs G01 et G03 et 2,5 ETP dans le secteur G02) et des assistants sociaux (2,5 ETP dans le secteur G01 et 2 ETP dans les deux autres secteurs)

<sup>15</sup> ASH : agent de service hospitalier.

<sup>16</sup> IDSP : infirmiers diplômés de secteurs psychiatriques.

<sup>17</sup> Dans le pôle G01, deux cadres de santé pour les deux unités hospitalières et les activités extra-hospitalières ; le cadre supérieur assure l'encadrement du pôle et 0,3 ETP sur le SMPR.

complètent les équipes des pôles.

L'équipe de nuit est, quant à elle, dans tous les pôles une équipe spécifique basée sur le volontariat ; elle est placée sous la responsabilité de 2,5 ETP de cadre de santé et composée de cinq infirmiers par unité ; les horaires de nuit sont de 21h30 à 6h15.

Lorsqu'un besoin ponctuel en personnel non médical se fait sentir dans un pôle ou une unité, le cadre de santé contacte les autres services afin de solliciter des renforts pour la période considérée. Il n'y a pas de centralisation en la matière. En revanche, lorsqu'il s'agit de remplacement de plus longue durée, il est fait appel à un recrutement extérieur par contrat. Lorsqu'un cadre de santé est en congé, son homologue sur l'autre unité du même pôle assure son remplacement.

Un kinésithérapeute vacataire intervient environ deux heures par semaine au sein du CH de Montéran pour honorer les prescriptions médicales.

Des vacataires, rattachés au PMI ou aux pôles cliniques, animent des activités de théâtre, de vannerie, de poterie, de percussions, etc. pour des durées variant entre trois et cinq heures par semaine.

### 3.2.2 La gestion des ressources humaines.

La Guadeloupe est dotée d'un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) qui est divisé en deux antennes ; l'une est située à Point-à-Pitre et l'autre est reliée au centre hospitalier de Basse-Terre.

Lorsqu'un nouvel infirmier, sans expérience de psychiatrie, est affecté au CH de Montéran, il est prévu qu'il bénéficie d'un tutorat formalisé assuré par un infirmier volontaire, ayant au moins cinq ans d'expérience, et formé (pas de formation cependant en 2014). Ce dispositif qui se veut systématique n'a pas concerné tous les arrivants comme l'a montré l'évaluation qui en a été faite ; ce qui a d'ores et déjà conduit à des ajustements.

Si le recrutement des infirmiers et des aides-soignants est relativement aisé, il n'en est pas de même pour les orthophonistes ou les psychomotriciens qui sont peu disponibles sur le marché du travail.

Une formation continue sur l'approche préventive et l'intervention contrôlée (APIC) est proposée à l'ensemble des personnels depuis six ans avec deux groupes, soit trente-six personnes formées chaque année. Plus de 40 % des professionnels seraient formés. L'objectif est de permettre aux professionnels soignants et non-soignants (agents de sécurité, etc.) de mieux gérer l'agressivité des patients, de ne pas avoir peur de retourner dans des lieux de soins après une agression, etc. Il a néanmoins été précisé aux contrôleurs que, lorsqu'un personnel ressentait une difficulté trop importante à être de nouveau confronté à des patients après un passage à l'acte hétéro-agressif, une orientation vers un autre poste au PMI, en CMP et/ ou en hôpital de jour (où les patients qui participent aux activités sont stabilisés) était généralement mise en œuvre. Par ailleurs, lorsqu'une agression se produit, il est proposé au personnel concerné de consulter un psychologue de son choix, les frais afférents étant pris en charge par le CH de Montéran.

En 2014, 584 participations à des formations ont été enregistrées, pour un effectif total de 580 personnes.

Il n'existe pas de mobilité imposée entre l'extra et l'intra-hospitalier et un délai de trois ans dans un service hospitalier est un préalable à toute demande de changement de service et par là-même à une affectation en extra-hospitalier.

Un travail a été amorcé en vue de développer un projet médico-soignant et d'organiser de façon conjointe, médecins et soignants, la pérennité des activités thérapeutiques ; ceci nécessite une vision intersectorielle ainsi que des approches de formation pour, par exemple, permettre à plusieurs professionnels de maîtriser des techniques de soins afin qu'elles ne soient pas interrompues au départ de l'un d'eux, ou pour formaliser des actions d'éducation thérapeutique et en obtenir la reconnaissance par l'ARS. Ces démarches, qui sont encouragées au sein de l'établissement, favorisent le décloisonnement des pratiques professionnelles.

Des actions de recherche en soins sont menées avec le CHU sur le risque infectieux chez le patient de psychiatrie en situation d'incurie, ainsi qu'en interne pour apprécier la relation entre le suivi infirmier et ses modalités au décours d'une hospitalisation et une éventuelle ré-hospitalisation sans consentement.

### **3.3 Les données financières.**

En 2014 les recettes du budget du CH de Montéran ont été d'un montant de 42 139 283 euros dont 86 % en dotation annuelle de financement (DAF de psychiatrie) et l'établissement a eu un exercice excédentaire. La capacité d'autofinancement de l'établissement est relativement importante avec plus de 4,5 millions d'euros.

## **4- L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ET L'EXERCICE DES DROITS**

### **4.1 Les circuits d'admission.**

En application de la loi du 5 juillet 2011 édictant notamment un examen somatique dans les 24 h, le service des urgences du CH de Basse-Terre (CHBT) a travaillé un circuit de pré-admission ayant abouti à un protocole daté du 17 septembre 2012 intitulé « organisation des soins somatiques des patients hospitalisés ou en voie d'admission » et prévoyant :

- pour les patients non encore admis ou admis depuis moins de 24 h, une admission directe possible au CH de Montéran en cas de patient connu de l'établissement sans trouble somatique aigu – avec examen somatique par le médecin du service ou le médecin de garde – et, en cas de patient connu de l'établissement avec trouble somatique aigu ou de patient non connu de l'établissement, une admission aux services des urgences pour permettre la réalisation d'un examen somatique avant transfert au CH de Montéran ;
- pour les patients hospitalisés depuis plus de 24 h et selon l'avis du médecin du service d'accueil, appel est fait au médecin somaticien de l'établissement (ou à défaut aux médecins des urgences du CHBT situé à quelques minutes pour la réalisation d'un examen somatique approfondi).

Ce protocole n'a reçu que peu d'adhésion des différents intervenants (gendarmerie, médecins de ville, etc.) si bien que, dans les faits, les patients sont conduits directement au CH de Montéran ; ce d'autant que les deux seuls services d'urgence – au CHU et au CHBT – sont surchargés. Dans un premier temps, certains cadres de santé du CH de Montéran « renvoyaient les arrivés » vers les urgences ; pratique à laquelle s'est toujours refusé le bureau des entrées, au motif que « le personnel n'est pas médecin » et une éventuelle « décision de renvoi » se fait le cas échéant par le médecin du service.

Au jour du contrôle, le protocole n'est appliqué que dans 20 % des cas, 80 % des admissions se faisant sans passage préalable aux urgences. Les patients sont vus après transfert dans les unités, la consultation somatique se faisant (ou devant se faire) par le médecin généraliste de l'établissement.

Quand il est fait application de la procédure d'urgence (par exemple pour une personne interpellée sur la voie publique et pour laquelle une réquisition à médecin est faite par le maire), l'admission se fait au vu du certificat médical du médecin et de l'arrêté provisoire du maire. Des modèles de certificat ont été adressés par le bureau des entrées du CH de Montéran à tous les médecins de Guadeloupe. Si le dossier n'est pas complet à l'arrivée du patient, celui-ci est cependant conduit dans l'un des pôles de l'établissement en attente des pièces complémentaires.

Hors situation d'urgence, le bureau des entrées du CH de Montéran vérifie le certificat médical et, si l'admission se fait à la demande d'un tiers, aide éventuellement ce dernier à remplir la demande de prise en charge. Lorsque le patient est très agité, il est conduit en unité et le tiers repasse ensuite au bureau des entrées pour faire les formalités. Si le tiers quitte l'hôpital sans remplir le formulaire, le bureau des entrées reprend contact avec lui et tente de le convaincre de revenir pour finaliser le dossier.

Les entrées directes « Préfet » sont rares. Dans la majeure partie des cas, les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) font suite à un placement sur décision provisoire du maire ; il arrive également que des soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) soient transformés en SPDRE notamment pour permettre un transfert en unité pour malades difficiles (UMD) en métropole. Le 5 juin 2015, une ordonnance de placement provisoire (OPP) pour un mineur de 15 ans a été transformée en SPDRE à la suite d'une agression commise sur une patiente ; ce qui a entraîné un transfert en service de psychiatrie générale pour un placement en isolement.

#### **4.2 L'arrivée des patients admis sans consentement dans l'établissement.**

L'arrivée des patients se fait immédiatement après la délivrance du certificat. Selon les informations recueillies, il n'existerait qu'un seul cas pour lequel l'arrivée ne s'est faite que le lendemain.

Le patient est le plus souvent amené en ambulance ou par les pompiers, accompagné par la famille. Très exceptionnellement, le patient est conduit directement par un membre de sa famille. Il a ainsi été rapporté aux contrôleurs le cas d'un homme qui avait attaché son frère dans sa voiture afin de le conduire au CH de Montéran.

Les ambulanciers connaissent bien la procédure et conduisent directement la personne au bureau des entrées. Si le patient est calme, l'admission se fait immédiatement : la personne est entendue pour le recueil des informations nécessaires à l'ouverture du dossier, puis les ambulanciers conduisent l'intéressé dans le service selon son lieu de résidence et le bureau des entrées avise ce service de l'arrivée d'un patient. En cas de crise, l'audition par le bureau des entrées est reportée ; ce sont les infirmiers qui vérifient l'identité du patient et transmettent les informations au bureau des entrées.

Après 17h30 ainsi que les jours fériés et de fin de semaine, un cadre de permanence assure l'accueil et les fonctions du bureau des entrées. La nuit, au niveau des pôles, l'accueil est fait par le médecin de garde ou d'astreinte et les infirmiers.

### 4.3 Les modalités d'admission.

A l'admission, le bureau des entrées demande le certificat médical, les documents d'état civil du patient et du tiers si nécessaire, la carte vitale et l'attestation de la mutuelle. Le patient est également questionné sur l'existence d'une mesure de protection et, dans l'affirmative, l'identité et les coordonnées du tuteur ou du curateur sont recueillies.

Pour les admissions sur décision du préfet, le bureau des entrées adresse à l'ARS le certificat médical et une fiche de liaison ; l'ARS instruit le dossier puis envoie l'arrêté préfectoral par télécopie au CH de Montéran.

#### 4.3.1 Les formalités administratives.

Pour une première admission, un dossier administratif est ouvert mentionnant l'identité du patient, son adresse, tous renseignements concernant sa couverture sociale, le nom et les coordonnées d'une personne à prévenir, le ou les certificats médicaux et, selon les cas, la demande du tiers, l'arrêté voire la décision judiciaire d'irresponsabilité pénale.

Par ailleurs, le bureau des entrées vérifie le contenu du certificat médical initial. Le 10 juin 2015, une personne est arrivée sur demande d'un tiers avec un certificat d'un médecin de ville mentionnant : « ..... certifie que, selon les dires de son entourage, ..... » ; ce document n'étant pas conforme aux exigences légales, le patient a été dirigé vers le médecin de garde du CH de Montéran qui, après examen du patient, a refait un certificat et ainsi transformé la procédure en STU (soins à la demande d'un tiers en urgence).

#### 4.3.2 L'inventaire et la conservation des effets personnels du patients (dont les valeurs).

A l'arrivée du patient dans une unité, un inventaire de ses effets personnels est dressé en sa présence (sauf situation exceptionnelle rendant celle-ci impossible) par deux soignants (descriptif succinct avec les quantités) avec précision d'un dépôt (qui s'effectue au vestiaire de l'unité) ou d'une conservation dans la chambre en fonction de son état de santé. Cet inventaire, qui comporte toutes les indications d'identité du patient, sa date d'entrée, le secteur et l'unité fonctionnelle d'affectation, précise également si l'entretien du linge est fait par la famille ou par l'hôpital. Il est signé du patient et de deux soignants, et conservé dans le dossier de l'intéressé. Les vêtements déposés au vestiaire peuvent être remis aux patients à la demande, sur appréciation des infirmiers.

Les biens et objets de valeurs font également l'objet d'un inventaire et sont soit conservés par le patient ou dans le bureau des infirmiers, soit remis au coffre de l'établissement.

### 4.3.3 La notification de la mesure d'admission et des voies de recours n'est pas assurée correctement.

Selon les personnes rencontrées par les contrôleurs (responsable du bureau des entrées, médecins, cadre de santé, infirmiers, secrétaires médicales), la notification de la mesure d'admission et des droits du patient est faite par le cadre de santé (« garant de ces droits » selon un des cadres rencontrés au G02) et / ou le médecin, ou par l'équipe de soins, lors de l'entretien d'arrivée dans l'unité fonctionnelle ; cette notification est consignée dans le logiciel Cariatides et vérifiée par le médecin chef de service.

L'examen de dossiers administratifs au bureau des entrées a toutefois révélé l'absence de toute mention de notification de la mesure et des voies de recours, que ce soit sur la décision elle-même ou sur un document en annexe. Les certificats de 72 h (maintien des soins sur décision du représentant de l'Etat ou à la demande de tiers) portent certes la mention : « le patient a été informé sur les modalités de soins, ses droits, voies de recours et garanties et ses observations ont pu être recueillies » ou « en raison de l'état clinique du patient, ses observations sur la forme de la prise en charge n'ont pu être recueillies », mais, là encore, aucun document signé du patient ne vient corroborer cette information dont le contenu précis n'est au demeurant pas détaillé.

Face à ce constat, les intervenants sus-énumérés ont admis que la notification de la mesure et des droits du patient n'est pas protocolisée et n'est faite que verbalement, sans remise au patient d'un quelconque document soumis à sa signature permettant d'attester de la réalité de cette notification et de son contenu (droits, voies de recours et garanties). Un formulaire contenu dans le logiciel Cariatides prévoit certes la signature du patient, ce qui nécessiterait de tirer ce document papier et de le remplir à la main. Dans sa réponse, le directeur de l'établissement précise qu'il s'agit de la signature de la personne ayant procédé à l'information du patient. En tout état de cause, ce document de notification de la mesure et des droits du patient reste informatisé et, qui plus est, purement déclaratif.

L'examen de huit dossiers dans Cariatides, au titre « recueil des données à l'admission » prévoyant l'information donnée au patient concernant sa modalité d'hospitalisation et les détails de l'information donnée a fait apparaître que :

- quatre fiches ne comportaient aucun renseignement ;
- dans un cas, figurait l'information succincte « le patient a été informé et a bien compris la situation » ;
- sur une fiche, la mention « oui » était cochée à la rubrique « information donnée au patient sur sa situation » mais sans détail quant à la dite information ;
- sur une autre, cette même rubrique était accompagnée de la mention « non », sans aucune explication des motifs de la non information ;
- sur la dernière fiche, la mention « non » était motivée par « patient sédaté », toutefois aucune précision d'une information ultérieure ne figurait dans le journal complet dans les trois jours suivant l'admission.

S'agissant des personnes admises sur demande d'un tiers, il a été indiqué aux contrôleurs que les patients refusaient en général de signer et de conserver la décision du directeur, cette décision devant leur être envoyée par courrier.

#### **4.4 Les informations données aux malades sur les conditions d'hospitalisation et la loi du 5 juillet 2011 modifiée.**

Les échanges avec les cadres de santé et les personnels de soins ont convaincu les contrôleurs du fait que ces professionnels ne se préoccupaient – voire ne connaissaient – que de la convocation pour l'audience du juge des libertés et de la détention (JLD) devant se tenir dans les 12 jours de l'admission.

Les convocations pour l'audience, reçues du greffe du JLD par le bureau des entrées, sont transmises au service de soins compétent qui la remet au cadre de santé. Si le patient demande un avocat d'office ou s'il désigne un avocat choisi, le cadre de santé en informe le bureau des entrées qui transmet la demande au JLD.

Comme tous les intervenants s'accordent à le dire, les conditions d'hospitalisation sont indiquées au patient dès son arrivée dans l'unité de soins. Là encore rien ne permet d'étayer la réalité de cette information. En outre, la visite des différentes unités a permis aux contrôleurs de constater que peu d'informations étaient affichées à l'intention des patients concernant les conditions de vie au quotidien, que parmi les quelques informations données certaines n'étaient pas mises à jour (par exemple sur le jour de présence du prêtre et de la célébration de la messe), qu'en tout état de cause il n'existait pas d'harmonisation d'un pôle à l'autre ni même d'une unité à l'autre d'un même pôle quant à l'affichage fait à l'intention des patients.

##### **4.4.1 Le règlement intérieur de l'établissement**

Le règlement intérieur de l'établissement n'est pas actualisé depuis 2008. Il n'est pas remis au patient et n'est affiché ni dans les unités ni à la bibliothèque.

Si les pôles ont, selon les déclarations recueillies auprès des personnels de soins, cadres de santé et médecins, établi des règlements intérieurs, ceux-ci ne sont pas écrits et, par conséquent, ne sont pas remis au patient lors de son arrivée ni affichés ou simplement disponibles dans les unités.

##### **4.4.2 Le livret d'accueil de l'établissement n'est pas remis systématiquement.**

Ce livret, mis à jour en juillet 2012, est complété par des feuilles volantes plus actuelles, placées en annexe. Des informations actualisées sont, en revanche, accessibles sur internet. Ce livret décrit, après la présentation de l'établissement : l'organisation des soins, les modalités d'admission, les formalités d'entrées et de sortie et les frais de séjour. Sur neuf pages, il présente le séjour : les droits (information sur l'état de santé – accès au dossier médical – droit de communiquer avec les autorités, de saisir le JLD ou le président de la CDSP, de prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat, d'exercer le droit de vote et un culte) et obligations du patient, les mesures de protection judiciaire, les dispositions spécifiques pour les mineurs et les majeurs protégés, la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), et la vie pratique au CH de Montéran (visites, repas, culte et bibliothèque polyvalente). Si le droit de communiquer avec les autorités est donc bien indiqué dans le livret,



il n'y est pas fait explicitement référence aux possibilités de recours contre la décision d'admission en soins sans consentement ni à la possibilité d'écrire au CGLPL.

Ce livret est censé être remis lors de l'admission. Toutefois, l'examen comparatif du nombre de livrets édités au dernier tirage et du stock disponible démontre un taux de remise très inférieur au nombre des admissions.

#### 4.4.3 Les règles de vie des unités de soins.

Elles sont variables selon les unités, notamment en ce qui concerne celles ayant un impact sur l'autonomie des patients et leur droit d'aller et venir. En tout état de cause, ces règles ne sont pas explicites et ne font pas l'objet d'un document écrit, propre à chaque unité, communicable aux patients et auquel il puisse être fait référence.

Les horaires de visite et de repas sont identiques pour toutes les unités. Il en va de même pour les horaires d'ouverture de la cafétéria, les heures de culte ou de permanence de l'UNAFAM<sup>18</sup>. Il a cependant pu être constaté par les contrôleurs que ces informations, quand elles étaient affichées dans les unités, n'étaient pas actualisées (par exemple en ce qui concerne les heures de culte).

En revanche, d'autres règles diffèrent d'un pôle à l'autre et, à l'intérieur d'un même pôle, d'une unité à l'autre, comme pour le téléphone (*cf.* § 5.7.2) ou le tabac (*cf.* § 6.1.5).

Les informations sur les conditions de vie au sein de l'unité sont données au patient à son arrivée par les infirmiers. Dans certaines unités, quelques informations sont affichées, soit sur un tableau d'affichage – mais les quelques feuilles apposées sont pour la plupart arrachées ainsi qu'ont pu le constater les contrôleurs –, soit sur l'intérieur de la vitre du poste infirmier (par exemple : « charte de la personne hospitalisée », « charte de l'utilisateur en santé mentale » ; dans l'unité Poinsettias du pôle G02 : une information sur les dates et horaires de la réunion soignants/soignés, un document décrivant les règles de circulation des usagers – patients sous contrainte et patients en soins libres – et celles ayant trait à l'usage de la cigarette).

#### 4.5 Le recueil des observations des patients.

Comme indiqué ci-avant, les certificats de maintien des soins sur décision du représentant de l'Etat ou à la demande de tiers mentionnent que les observations du patient ont pu être recueillies (*cf.* § 4.3.3). Dans le logiciel Cariatides, il n'existe cependant aucun espace dédié pour l'annotation des observations du patient, pas plus que n'est prévu de recueil spécifique à cette fin. Il a cependant été indiqué aux contrôleurs que, lorsque des observations sont faites par écrit, le document est scanné et intégré dans le dossier numérisé du patient.

#### 4.6 La période initiale de soins et d'observation.

L'organisation médicale des pôles prévoit la permanence médicale pour les unités de chacun des pôles de 8h30 à 18h30. Chaque patient est suivi par un même médecin référent pendant son hospitalisation, mais, le cas échéant, en l'absence de celui-ci, c'est le médecin du pôle présent qui rédigera le certificat requis par la législation.

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



## 4.7 La levée des mesures de contrainte.

### 4.7.1 La levée des ASPDRE sur avis du psychiatre participant à la prise en charge.

Selon les informations recueillies auprès du bureau des entrées, les cas de refus du préfet à l'encontre d'un certificat attestant de la possible levée d'une ASPDRE<sup>19</sup> sont rares. En l'absence de tenue informatique d'une rubrique spécifique, le nombre exact n'a cependant pu être obtenu de l'établissement ; cette information ne pouvant être recueillie que par l'examen des situations individuelles des patients.

Un cas de refus en 2014 a cependant été cité aux contrôleurs, le préfet ayant imposé un programme de soins qui a été suivi par les médecins, sans que le recours à un second psychiatre n'ait été nécessaire.

### 4.7.2 L'avis du collègue.

Ce collège est composé d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient, d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à sa prise en charge et d'un psychiatre ne participant pas à sa prise en charge. Il est composé au cas par cas, lorsque son avis est rendu nécessaire au regard de la réglementation.

Le bureau des entrées tient les dossiers des patients avec une alerte au délai de six mois. Un mois avant chaque échéance, le bureau des entrées rappelle au responsable de pôle la nécessité de rassembler un collège pour examiner la situation du patient ainsi que les délais et l'invite à désigner un représentant de l'équipe disciplinaire participant à sa prise en charge. Dans le même temps, le bureau des entrées adresse un courrier du même type au président de la CME l'invitant à proposer le nom d'un psychiatre qui ne participe pas à la prise en charge du patient. Un fois en possession de ces informations, le bureau des entrées adresse une convocation aux membres du conseil ainsi désignés.

L'avis du conseil est ensuite adressé au directeur de l'établissement, *via* le bureau des entrées, qui le transmet au préfet ou au JLD.

Selon le responsable du bureau des entrées, en 2014, l'avis du collège a été recueilli, toutes situations confondues, à dix reprises.

### 4.7.3 Le contrôle du juge des libertés et de la détention.

La salle pour les audiences du JLD – appelée sur le site « salle d'audience foraine » – est en fonctionnement depuis janvier 2012. Aménagée fin 2011 dans les bâtiments anciens de l'établissement, en partie haute du centre hospitalier, et climatisée dans le courant du premier trimestre 2015, cette salle est spacieuse (30 m<sup>2</sup>) et claire. Le bureau du juge fait face à la porte d'entrée ; à sa droite, se trouve le bureau du greffier doté d'un ordinateur avec imprimante et, à sa gauche, celui de l'avocat ; devant le juge, une chaise et un bureau sont réservés au patient ; derrière celui-ci se trouvent, à droite en entrant dans la salle, une table avec deux chaises pour le ou les représentants de l'établissement et, à gauche, quinze chaises pour les infirmiers et le public. La zone comprend également une salle de délibéré et un local de consultation pour les

<sup>19</sup> Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

avocats. Le couloir permettant l'accès à cette salle depuis l'extérieur est utilisé comme salle d'attente.

La salle d'audience est signalée par des panneaux dès l'entrée dans l'établissement. Les personnes véhiculées peuvent s'y rendre en voiture, la zone disposant d'un parking. La distance séparant l'entrée de l'hôpital de la salle d'audience se parcourt à pied en quatre à cinq minutes.

Préalablement à l'audience qui, depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2014 (date d'entrée en vigueur de la loi du 27 septembre 2013), doit se tenir dans un délai de douze jours à compter de l'admission, le responsable du bureau des entrées sollicite du médecin responsable de pôle un avis motivé et, des personnels de soins, la rédaction du volet social du patient ; le responsable du bureau des entrées établit et transmet au JLD la requête valant saisine dans les huit jours précédant l'audience ; la liste des patients susceptibles d'être présentés au JLD est adressée 48 heures avant l'audience aux différents cadres de santé et au secrétaire des services de soins.

L'avis d'audience, établi par le greffe du JLD, est transmis au patient et au cadre de santé *via* le secrétariat médical. Les tiers demandeurs à l'hospitalisation sont convoqués à l'audience mais peu se présentent. Selon le greffier du JLD, le délai pour adresser la convocation au tiers par voie postale avec une certitude de réception est très court, ce d'autant que la saisine du juge se fait dans les huit jours précédant l'audience ; confirmation de la convocation est donc faite par téléphone.

Les audiences se tiennent une à deux fois par semaine. L'heure de convocation est fixée à 8h30 pour permettre à l'avocat désigné d'office de s'entretenir avec tous les patients avant de débiter l'audience à 9h15. Les patients sont accompagnés à l'audience par un infirmier. Lorsque l'état de santé du patient est incompatible avec sa comparution, le médecin psychiatre établit un certificat d'incapacité et l'audience se déroule en la seule présence de l'avocat choisi ou commis d'office.

La situation spécifique des patients détenus a été évoquée lors d'une réunion JLD/CH de Montéran le 15 octobre 2014 : « .... *en pratique les patients détenus au CH de Montéran sont maintenus en chambre d'isolement pendant toute la durée de leur séjour pour des raisons de sécurité, situation qui s'oppose, selon les praticiens, à sa comparution à l'audience ; le directeur a remis en mémoire que l'isolement est une prescription médicale et que seul l'état du patient devrait justifier la mise en chambre d'isolement ; le JLD a signalé que les patients détenus sont sous la garde de l'établissement, que des mesures de précautions doivent donc être prises, qu'un certificat médical peut être établi en cas de risque d'évasion et que, si la personne est auditionnable, le juge peut se rendre en unité de soins, que le certificat d'incapacité à l'audition ne doit être établi qu'en cas d'impossibilité thérapeutique.....* ». En pratique, quand un patient détenu est convoqué devant le JLD, le bureau des entrées prend attache avec le médecin pour savoir si la présentation est médicalement possible ou non ; dans l'affirmative, le patient est accompagné à l'audience par deux infirmiers ; ce dispositif a concerné cinq personnes depuis le début de l'année 2015. En 2014, le JLD s'est rendu une fois dans les unités pour rencontrer un patient détenu.

A l'audience, l'administration est représentée par un membre du bureau des entrées ou par le responsable de ce bureau pour les cas les plus délicats.

En 2014, le JLD a tenu 68 audiences pour un total de 461 mesures, dont 64 SPDRE, 7 sur décision d'une juridiction pénale, 16 pour personnes détenues, 348 SPDT et 26 soins péril imminent. Le juge a été saisi directement par quatre patients et un tiers.

Au cours du premier trimestre 2015, le JLD a tenu 19 audiences pour un total de 133 mesures dont 16 SPDRE, 2 sur décision d'une juridiction pénale, 2 pour personnes détenues, 105 SPDT et 8 soins péril imminent. Au 11 juin 2015 aucune saisine directe du JLD n'était enregistrée.

En 2014, cinq à huit appels ont été interjetés sur les décisions du JLD (le bureau des entrées ne tient pas de registre des appels ce qui explique l'imprécision du chiffre ci-dessus). Aucun appel n'a été noté du 1<sup>er</sup> janvier au 11 juin 2015.

En 2013, le JLD a prononcé la mainlevée d'une mesure SPDRE pour saisine tardive.

Dans son rapport d'activité 2014, la commission départementale des soins psychiatriques mentionne qu'en 2014 sur les 60 requêtes présentées devant le JLD pour des SPDRE du CH de Montéran, cinq mainlevées ont été prononcées ; aucune mainlevée n'a en revanche été prononcée sur les 348 saisines pour des personnes en SPDT.

Selon le bureau des entrées, en 2015, le JLD a prononcé une mainlevée avec délai de 24 heures pour mise en place si nécessaire d'un programme de soins et une mainlevée différée de l'hospitalisation complète.

Lorsqu'un appel est interjeté, un certificat médical actualisé, daté de 48 heures avant l'audience, doit être adressé à la cour. Selon les informations recueillies, l'envoi de ce certificat n'est pas systématiquement fait par l'hôpital, ce qui contraint le greffe à le réclamer. Le bureau des entrées a confirmé que ce certificat était établi la veille de l'audience. Celle-ci se tient dans les locaux de la cour. Les patients y sont conduits par le service transport de l'hôpital et chaque patient est accompagné d'un infirmier. Les patients sont, dans la quasi-totalité des cas, assistés d'un avocat commis d'office.

#### 4.7.4 Déroulement d'une audience

Les contrôleurs ont assisté à l'audience du JLD le 10 juin 2015 au cours de laquelle ont été examinés sept dossiers : six SPDT, parmi lesquels un majeur protégé, dont cinq examens à douze jours et un à six mois, et un SPDRE. Un patient faisait l'objet d'un certificat d'incapacité.

L'avocat d'office désigné pour l'ensemble des patients s'est entretenu avec chacune des personnes présentes avant l'audience dans le local de consultation dédié à cet effet.

Tous les patients étaient présents dès 8h30 et, pour certains, le délai d'attente a été long compte tenu du nombre de dossiers évoqués, l'audience ayant effectivement débuté à 9h40 pour se terminer à 11h15.

Pour chaque patient, le juge a expliqué la raison de l'audience et les motifs ayant conduit à la décision de maintien de l'hospitalisation, a donné lecture de l'avis du parquet, lui a donné la parole pour qu'il présente ses observations sur la mesure et s'exprime sur son état de santé, recherchant son adhésion, a recueilli les observations de l'équipe de soins et l'avis de l'administration sur le devenir de la mesure, puis a donné la parole à l'avocat. Un procès-verbal des débats a été signé par le patient et par le représentant de l'administration.

Dans 90 % des cas, la décision est rendue sur le siège et immédiatement notifiée au patient par le greffier. L'ordonnance est ensuite envoyée au secrétariat de l'unité de soins qui en fait une copie pour remise au patient. Dans les cas restants, comme ce fut le cas à l'audience du 10 juin, la décision est mise en délibéré - le juge avisant toutefois le patient des possibilités de recours et des délais - et est rendue l'après-midi ; la décision est alors adressée par télécopie par le greffe au bureau des entrées qui la transmet également par télécopie au pôle concerné pour notification au patient par le cadre de santé. La décision est jointe au dossier individuel du patient. Lorsque le patient entend faire un recours contre la décision, le cadre de santé lui remet un formulaire que le patient remplit et qui est ensuite envoyé – soit directement par le cadre soit *via* le secrétariat – au bureau des entrées puis par son intermédiaire au JLD.

Si, lors de l'examen des dossiers, la régularité de la procédure en terme de certificats médicaux et d'avis de maintien des soins a été vérifiée, le juge ne s'est en revanche pas penché sur les modalités de notification de la mesure initiale et des droits des patients, l'absence de cette notification pouvant pourtant invalider la mesure. L'avocat commis d'office n'a pas davantage soulevé cette question.

Selon l'avocat rencontré par les contrôleurs le jour de l'audience, sur les 350 avocats du barreau de Guadeloupe (dont 50 sur Basse-Terre), 110 sont désignés par le bâtonnier pour assurer les permanences JAP<sup>20</sup> et JLD. Il n'existe cependant pas de tableau de permanence et les avocats ne sont prévenus des audiences qu'au dernier moment.

Des formations sont régulièrement dispensées sur diverses thématiques dont celles des hospitalisations sans consentement.

---

<sup>20</sup> JAP : Juge de l'application des peines.

#### 4.7.5 Le passage en programme de soins

Selon les informations recueillies auprès du DIM, avec, en 2014, 210 sorties sous forme de programme de soins, le pourcentage de sorties concernées a été 17,7 % se répartissant comme suit : 15,2 % pour 20 patients dans le pôle G01 (contre 3,9 % en 2013), 21,9 % pour 53 patients dans le pôle G02 (contre 22,6 % en 2013) et 15 % pour 28 patients dans le pôle G03 (contre 12,7 % en 2013).

Au total en 2014, cette modalité de prise en charge a concerné 101 patients soit 22 %<sup>21</sup> des patients hospitalisés sans leur consentement dans l'année ; ce qui témoigne d'un recours relativement faible à cette modalité de prise en charge et peut surprendre dans un contexte de fort recours à l'hospitalisation sans consentement pour l'accès aux soins hospitaliers psychiatriques (cf. § 3.1).

Depuis début 2015, le JLD a prononcé une mainlevée avec délai de 24 heures pour mise en place éventuelle d'un programme de soins.

#### 4.8 Les sorties de l'établissement

Depuis la réforme opérée par la loi du 27 septembre 2013, ces sorties pour les patients hospitalisés sans leur consentement sont désormais de deux types : sorties accompagnées d'une durée inférieure à 12 heures et sorties non accompagnées d'une durée maximum de 48 heures. Elles peuvent être autorisées afin de favoriser la guérison, la réadaptation, la réinsertion sociale et également dans l'hypothèse – comme c'était le cas avant – où des démarches extérieures sont nécessaires.

Chaque sortie nécessite une autorisation du directeur prise en pratique sur proposition du médecin qui suit le patient, le plus souvent après avis des soignants ; les patients hospitalisés sans leur consentement ne peuvent sortir qu'accompagnés de deux infirmiers.

Il a été indiqué aux contrôleurs que des patients sortent parfois sans autorisation. Dans ce cas, le préfet et la gendarmerie sont immédiatement avisés ; si le patient est localisé (par exemple en cas de retour dans sa famille), une équipe d'infirmiers, accompagnée si nécessaire d'un médecin, se rend sur place pour tenter de le faire réintégrer. Sinon, mention de la sortie sans autorisation est portée au registre (exemple n° d'admission 13070).

Les patients en soins libres qui souhaitent sortir pendant leur hospitalisation sollicitent une « autorisation » du médecin et en pratique, le patient doit se présenter au bureau des entrées qui vérifie l'autorisation.

Lors de la sortie définitive, le bureau des entrées délivre un bulletin de situation et met à jour le dossier administratif.

Toutefois, lors d'entretiens avec les patients, plusieurs d'entre eux, hospitalisés en soins sans consentement et sans autorisation de sortir de l'établissement, ont indiqué aux contrôleurs « fuguer » (terme employé spontanément par l'un d'entre eux), notamment pour aller acheter des cigarettes à la station-service située en amont de l'hôpital, pour acheter des

<sup>21</sup> Ce chiffre serait de 34 % pour la France en 2012 (source <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-lasante/205-de-l-hospitalisation-aux-soins-sans-consentement-enpsychiatrie.pdf>).

frites au camion stationné en face de l'entrée de l'établissement ou encore pour s'approvisionner en cannabis.

Aucune statistique des sorties n'est tenue au niveau des pôles ou du bureau des entrées. Toutefois les sorties sans autorisation constituent un indicateur qualité des contrats de pôle (événement indésirable), vu annuellement en revue de gestion qui réunit pôle, DIM et administration.

#### Les cas d'opposition écrite du représentant de l'Etat

Le préfet dispose d'un délai de 48 heures pour émettre un refus sur une sortie de l'établissement d'un patient admis en SPDRE. Il a demandé que des précisions soient ajoutées dans les certificats médicaux, comme par exemple le lieu de la sortie et l'identité des personnes assurant l'accompagnement. En l'absence de ces précisions, le préfet s'oppose à la sortie. Il a toutefois été précisé qu'il ne s'agissait pas d'un refus sur le principe même des sorties mais davantage d'une opposition provisoire jusqu'à complément d'information.

Le bureau des entrées n'envoie donc plus les certificats au préfet tant que toutes les indications souhaitées ne sont pas mentionnées. Lorsqu'un certificat s'avère incomplet, le bureau des entrées prend immédiatement attache avec le service concerné pour obtenir un complément. Cette procédure a parfois conduit le bureau des entrées à demander une reprogrammation de la sortie.

En 2014, un refus a été opposé par le préfet pour une personne en soins « irresponsabilité pénale ».

### **4.9 La visite des autorités**

Le CH de Montéran est régulièrement visité par les autorités. Il en va ainsi du maire à l'occasion du conseil de surveillance, et du procureur de la République dont la dernière visite est intervenue le 17 novembre 2014. A l'occasion de celle-ci, le procureur a axé son contrôle d'une part sur les chambres d'isolement des bâtiments après constat en 2014 du décès par suicide de deux personnes sous écrou au centre pénitentiaire de Baie-Mahault et hospitalisées dans le cadre d'arrêtés préfectoraux pour des tendances suicidaires marquées ; d'autre part sur l'unité pédopsychiatrique afin de travailler avec le personnel soignant et administratif les modalités de signalement des situations de mineurs victimes de mauvais traitements.

Lors de ces visites, les autorités vérifient et paraphent les registres ainsi qu'ont pu le constater les contrôleurs.

Il a été indiqué que, en dépit de la possibilité qui leur était donnée par la loi du 27 septembre 2013, les députés et les sénateurs ne s'étaient pas encore présentés pour visiter l'établissement.

### **4.10 La commission départementale des soins psychiatriques**

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) de la Guadeloupe a compétence sur trois établissements : le CH de Montéran à Saint-Claude, le CHU de Pointe-à-Pitre et le CH de Saint-Martin, en attente pour ce dernier de la mise en place d'une commission territoriale (CTSP) spécifique à Saint-Martin. Elle est composée d'un magistrat, président, de

deux psychiatres (un hospitalier et un libéral), d'un médecin généraliste et de deux représentants des usagers.

En 2014, la CDSP s'est réunie à quatre reprises et ces membres ont effectué, en binôme, une visite dans chaque établissement (visite en mars 2014 pour le CH de Montéran). Lors de ces visites, les membres de la CDSP contrôlent les registres et les unités et procèdent à l'audition des patients qui en ont préalablement fait la demande. En effet, lorsque la CDSP annonce sa visite, le bureau des entrées en informe les chefs de pôle et demande que la liste des patients souhaitant rencontrer les membres de la commission lui soit adressée ; le planning de visite, établi par le bureau des entrées, fait l'objet d'une diffusion.

Son rapport d'activité pour 2014 établit le bilan des soins psychiatriques sur l'année et en fait l'analyse.

Au jour du présent contrôle la CDSP n'avait pas encore effectué de visite pour 2015.

#### 4.11 Le registre de la loi et son contrôle par les autorités

Les registres de la loi sont tenus au bureau des entrées. L'un rend compte des SPDRE, l'autre des SPDT.

Organisés en double page par patient, ils sont conçus pour mentionner d'une part, l'identité du patient (nom, prénom, profession, âge, domicile, état civil), la date de son admission, le service d'hospitalisation, la forme de la prise en charge, la date de mainlevée et, d'autre part, les arrêtés provisoires du maire et ceux du préfet, les différents certificats médicaux, l'avis motivé de maintien, ainsi que les programmes de soins.

Pour certains patients, il est fait mention d'un report d'une précédente mesure avec précision du registre du placement initial et de la page de ce registre. Cette mention concerne des personnes réadmis après une première hospitalisation suivie d'un programme de soins.

Les contrôleurs ont examiné les registres en cours au moment du contrôle :

- deux registres pour les SPDRE, ouverts respectivement les 6 février 2012 et 26 septembre 2014, cotés et paraphés à ces dates par le maire de la commune de Saint-Claude ; le premier comporte les inscriptions allant du numéro 3550 au 3639 ; le second poursuit à compter du numéro 3640 jusqu'au numéro 3677 (admission du 5 juin 2015).

Pour l'année 2015, 40 patients y sont inscrits, dont 33 hommes et 7 femmes ; 6 d'entre eux font l'objet d'une réadmission (n° d'inscription antérieur repris).

- trois registres pour les SPDT, respectivement ouverts, cotés et paraphés par le maire de la commune de Saint-Claude, les 21 octobre 2013, 15 juillet 2014 et 30 janvier 2015 ; au 9 juin 2015, la dernière inscription (n°13211) est datée du 4 juin 2015.

Depuis le début de l'année 2015, 159 patients ont été enregistrés, dont 13 faisant l'objet d'une réadmission, parmi lesquels 97 hommes et 62 femmes.

Les registres sont globalement bien tenus. A noter cependant que pour deux admissions (n° 13177 du 29 avril 2015 et n° 13181 du 2 mai 2015), la date de naissance n'est pas renseignée.



Les registres en cours ne comportent pas d'emplacement pour les audiences JLD alors que ceux ouverts avant octobre 2014 comprenaient, comme ont pu le constater les contrôleurs, trois pages par patient avec une rubrique « intervention du JLD : de plein droit - facultatif ». Depuis ce changement de registre, le responsable du bureau des entrées a demandé que la mention de l'intervention du JLD, de droit ou facultative, soit portée de façon manuscrite sur le registre avec précision de la date de l'audience. Les contrôleurs ont pu constater l'existence de ces mentions manuscrites pour 101 patients admis en SPDT (dont un est passé deux fois devant le JLD) et pour sept personnes admises en SPDRE entre le 20 janvier 2015 et le 25 février 2015 ; en revanche pour les admissions SPDRE postérieures, cette mention de l'audience JLD n'y figure pas.

Les registres examinés portent comme seul visa celui du procureur de la République à la date du 11 novembre 2014. Lors de ses visites, la CDSP se penche habituellement sur les registres et les vise ; au 9 juin cette commission n'était pas encore venue dans l'établissement pour l'année 2015.

## 5- LES DROITS DES PATIENTS HOSPITALISES

### 5.1 La circulation des patients hospitalisés au sein de l'établissement

La liberté d'aller et venir est très inégalement prise en compte et dépend plus de logiques implicites pour chacune des unités avec une grande diversité des pratiques que d'un travail institutionnel. Au moment du contrôle, les unités de psychiatrie générale sont fermées pour trois d'entre elles, deux sont parfois fermées mais le plus souvent ouvertes, leur fermeture n'étant pas tracée, et la dernière (la clinique des Amandiers) est ouverte en permanence. Toutes les unités sont fermées le temps des repas (hormis la clinique des Amandiers) et à partir de 19h.

Il n'y a pas de lien systématique entre le statut administratif d'un patient (soins sans consentement ou soins libres) et le caractère fermé ou ouvert de l'unité d'hospitalisation. L'ouverture d'une unité peut se décider à l'occasion de la réunion du matin après examen de la situation de l'ensemble des patients présents.

Les patients hébergés dans les unités « ouvertes » sont libres de circuler au sein de l'établissement et bénéficient donc d'un accès libre au parc.

Pour les patients hébergés en unité fermée, les règles peuvent varier d'une unité à l'autre mais suivent en général des consignes médicales individuelles conduisant à trois types de situations : pas de sorties, sorties accompagnées de soignants, sorties pendant les heures autorisées. La liberté d'aller et venir est appréciée de façon variable selon les pôles et les unités.

Un groupe de travail s'est réuni à plusieurs reprises en avril et mai 2015 avec l'objectif d'aboutir à une formalisation de la position du CH de Montéran à ce sujet en décembre 2015 afin de pallier le manque de consensus qui règne actuellement en la matière. Ce groupe rappelle la possibilité de libre circulation des patients admis en soins libres mais s'interroge sur la nécessité ou non de document écrit pour sortir de l'hôpital et sur leur hospitalisation dans une unité fermée. Il travaille également à la formalisation d'un guide d'arbitrage quant à la restriction de la liberté d'aller et venir ; après l'évaluation clinique précise du patient, la



situation actualisée de chacun devrait être examinée en réunion de synthèse, dans une réflexion bénéfico-risque au regard de plusieurs critères explicites (désorientation spatiale, risque avéré d'une sortie, dangerosité physique, risque suicidaire, consommation de toxiques avérée ou contrat spécifique à l'admission), ce qui conduirait à une décision de possibilité ou non de sortie de l'unité, au sein ou à l'extérieur de l'établissement, le cas échéant accompagnée, et cette évaluation serait tracée dans le dossier du patient sur Cariatides.

Ce groupe travaille également sur les modalités d'exercice des autres droits et libertés individuelles des patients (restriction des contacts ou des visites, accès aux biens personnels, respect du secret médical, serrures avec clefs, etc.)

Ce travail devrait conduire à revoir les conditions dans lesquelles les unités sont actuellement fermées. Ce point avait été noté par la Haute autorité de santé (HAS) en 2013 mais ce travail n'était pas totalement abouti au moment du contrôle et des différences importantes en la matière pouvaient toujours être constatées selon les unités et les pôles.

Lors de la visite qu'ils ont effectué la nuit, les contrôleurs ont rencontré des professionnels qui ignoraient si l'unité était ouverte ou fermée le jour ; ce qui pourrait témoigner, au-delà de l'absence de traçabilité sur l'ouverture de l'unité, d'un faible intérêt pour le sujet de la liberté d'aller et venir des patients de leur unité.

Les contrôleurs ont aussi pu constater que la notion de privation de droits n'apparaît pas évidente à certains professionnels qui estiment de leur responsabilité de faire preuve de bienveillance à l'égard des patients, mais qui ne les perçoivent pas toujours, le temps de leur hospitalisation, comme des êtres avec des droits ; de plus les professionnels, qui font état de la crainte que leur responsabilité soit mise en cause en cas de problème, sont peu sensibles à la réduction de l'autonomie imposée aux patients.

Quelques patients ont évoqué un sentiment d'enfermement au sein des unités, malgré le patio interne, et des autorisations de sortie difficiles à obtenir.

Les malades détenus sont soumis à des conditions très restrictives d'hospitalisation qui sont à interroger (cf. § 6.6).

## 5.2 La protection juridique des majeurs

Plus de deux tiers des patients de la file active sont majeurs sans protection particulière. Toutefois les dossiers des patients ne sont pas toujours complétés sur cet item comme pour celui de la personne de confiance et seuls 30 % étaient complets sur ces deux items lors du dernier audit fait dans l'établissement sur cet aspect.

Il est indiqué aux contrôleurs que la « gestion » des patients sous tutelle ou curatelle (une cinquantaine en moyenne) est difficile du fait de l'insuffisante réactivité et implication des associations en charge des mesures de tutelle (UDAF<sup>22</sup> et APAJH<sup>23</sup>) qu'il faut relancer à de

<sup>22</sup> UDAF : union départementale des associations familiales.

<sup>23</sup> APAJH : association pour adultes et jeunes handicapés.

nombreuses reprises, ce qui retarde la gestion administrative des dossiers en particulier pour les dossiers d'AAH<sup>24</sup> et par ailleurs ne participe pas d'un bon accompagnement des personnes.

### 5.3 Accès aux droits sociaux

Le bureau des admissions a mis en place une procédure rigoureuse d'ouverture et de suivi des droits sociaux. Pour tout arrivant n'ayant pas ses documents attestant de ses droits sociaux, le fichier de l'assurance maladie est systématiquement interrogé par lien internet. En l'absence de droits ouverts, l'assistante sociale du pôle concerné se charge des démarches pour l'ouverture et le suivi des droits.

Le bureau des admissions a par ailleurs mis en place un service de conseils aux patients concernant les « mutuelles sociales » peu onéreuses et couvrant toute la durée des hospitalisations, ce que ne font pas toutes les mutuelles.

### 5.4 La désignation d'une personne de confiance

La possibilité, instaurée par la loi du 4 mars 2002, pour toute personne majeure hospitalisée, à l'exception des majeurs sous tutelle, de désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, est évoquée dans le livret d'accueil du CH de Montéran dans les termes suivants : « il vous sera demandé si vous souhaitez désigner une personne de confiance. [...] Cette personne sera consultée si vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, de recevoir les informations ou de prendre des décisions relatives à votre état de santé. Elle peut vous accompagner dans vos démarches et assister aux entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions ».

Chaque unité de l'hôpital dispose d'une liasse « désignation de la personne de confiance » qui est remise au patient lors de son arrivée par les infirmiers avec des explications verbales. Une fois rempli par l'intéressé, le formulaire est placé dans son dossier.

Selon les informations données par le personnel de soins, 50 % des patients font cette déclaration.

Le directeur d'établissement précise dans sa réponse que la désignation (ou refus, ou impossibilité) de la personne de confiance est traçable dans Cariatides (54 % de traçabilité dans le dernier rapport d'audit du dossier patient).

### 5.5 L'accès au dossier médical

Les modalités d'accès au dossier médical sont décrites précisément dans le livret d'accueil. Un protocole encadrant cette procédure est à la disposition des professionnels sur l'intranet du CH de Montéran.

Les demandes de consultation du dossier médical sont à adresser au directeur ; elles doivent être accompagnées de la pièce d'identité du demandeur si celui-ci n'est pas un patient en cours d'hospitalisation au CH de Montéran. A réception, le directeur transmet ces requêtes à la cellule « qualité » qui se rapproche, ensuite, du chef de pôle où le dossier médical est conservé. Ce dernier désigne alors un médecin pour s'assurer que les éléments non

<sup>24</sup> AAH : allocation aux adultes handicapés.

communicables (essentiellement les informations données ou concernant des tiers) sont retirés du dossier puis, le cas échéant, recevoir le demandeur si ce dernier souhaite consulter les éléments sur place.

Lorsque l'envoi des pièces médicales est sollicité, la photocopie des documents et leur envoi en recommandé avec accusé de réception sont aux frais du CH de Montéran ; le chef de pôle doit transmettre à la cellule « qualité » le bordereau d'envoi. Dans le cas des consultations sur place, si la demande émane d'un patient hospitalisé, elle s'effectue en présence du médecin référent. Il est par ailleurs précisé dans le livret d'accueil que « dans le cadre de soins psychiatriques sous contrainte, la présence d'un médecin [désigné par le patient] peut être requise, en cas de risque d'une gravité particulière. Si [le patient refuse] cette procédure, c'est la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) qui fixe [...] les conditions de la consultation [...] ». D'après les informations recueillies, la CDSP et la commission d'accès aux documents administratifs (CADA) n'ont jamais été saisies au sujet de litiges relatifs à l'accès à des dossiers médicaux.

Vingt et une demandes de consultation de dossiers médicaux ont été déposées en 2014. Neuf ont reçu une réponse favorable, une a été annulée par le demandeur, huit étaient en attente des pièces justificatives de l'identité du requérant au moment de la visite, deux n'ont pas pu aboutir en raison de l'ancienneté de l'hospitalisation considérée (trente ans) et une a été rejetée pour des considérations juridiques (statut des ex-conjoints) et relationnelles (opinion des soignants quant à la volonté du patient concerné, aujourd'hui décédé), l'analyse menée par la cellule « qualité » concluant que les informations sollicitées étaient couvertes par le secret médical vis-à-vis du demandeur. Les délais effectifs permettant la consultation du dossier médical devraient faire l'objet d'un suivi explicite.

## 5.6 L'accès à l'exercice d'un culte

Le CH de Montéran s'est organisé pour pouvoir répondre aux demandes de représentation des cinq principaux cultes (catholique, protestant, israélite, musulman et bouddhiste) en réhabilitant la salle de culte, en mettant un bureau à la disposition des intervenants et en informant les différentes aumôneries de ces démarches, sans toutefois aller au-devant de leurs demandes. Aussi n'a-t-il reçu qu'une seule requête : celle de l'aumônerie catholique. En conséquence, seul un prêtre catholique intervient au CH de Montéran. Il a été désigné par l'évêché en septembre 2013 et a pris ses fonctions en mars 2014, après rénovation de la salle polyculturelle. Il n'a pas reçu de formation particulière pour officier au sein d'un établissement de santé mentale.

Il assure une permanence les mardis et vendredis, de 8h30 à 12h. Les patients sont libres de s'y rendre sans prise de rendez-vous préalable ni accompagnement par un soignant (sauf si eux-mêmes le sollicitent). Une messe est également organisée chaque dimanche à 10h30. Bien que le principe n'en soit pas exclu, l'actuel aumônier n'a jamais reçu de courrier émanant de patients qui, non-autorisés à sortir de leur unité ou de la zone de soins intensifs, solliciteraient sa venue dans leur chambre ou dans les parties communes des unités.

Un bureau de permanence est équipé d'un téléphone et d'une connexion filaire à internet ; l'aumônier – qui en détient la clef – doit, en revanche, apporter son propre ordinateur portable. La salle polyculturelle, d'une surface de 55 m<sup>2</sup>, est équipée de bancs, d'un prie-Dieu, d'un autel, d'un lutrin, d'un tableau du Christ. Ces locaux, non mitoyens, sont néanmoins tous

les deux situés au rez-de-chaussée du bâtiment qui abrite la salle d'audience foraine et les locaux syndicaux. Leur emplacement fait l'objet d'une signalisation dans l'ensemble du CH de Montéran.

Le livret d'accueil comporte des informations d'ordre général concernant la pratique des cultes en milieu hospitalier. Il ne détaille cependant pas l'offre cultuelle offerte au sein du CH de Montéran ni les horaires des permanences et des offices. L'information affichée au sein du CH de Montéran à ce sujet est, quant à elle, disparate. Elle est absente de la plupart des unités ; lorsqu'elle existe, elle est erronée. Par exemple, les contrôleurs ont observé, au pôle G02, qu'une affichette annonçait la messe le vendredi matin (ce qui était le cas auparavant) ; à la fin de leur semaine de visite, ils ont constaté que cette information avait été modifiée afin de rendre compte de la pratique effective, c'est-à-dire la programmation de la messe le dimanche matin.



*La salle de culte*

## 5.7 La communication avec l'extérieur

### 5.7.1 Les visites

Les visites sur tout l'établissement sont autorisées de 10h à 12h30 et de 15h à 19h. Ces horaires sont affichés à l'entrée des bâtiments. Lorsque le visiteur a des contraintes particulières, les horaires peuvent être adaptés. Les visites peuvent avoir lieu à l'extérieur du bâtiment pour les patients autorisés à sortir ; dans toutes les unités ouvertes ou fermées, et quel que soit le statut du patient, les visites peuvent se faire au sein même des unités, y compris dans les chambres ; une salle polyvalente située à côté du bureau du cadre de santé peut être mis à disposition pour les familles notamment quand il y a des enfants.

Quand une personne est placée à l'isolement, la famille est avisée de la situation et de la suspension momentanée des visites ; il a néanmoins été rapporté aux contrôleurs qu'à la clinique des Amandiers, les visites aux personnes placées en zone de soins intensifs sont parfois autorisées. Dans pareil cas, la visite aurait lieu dans l'une des salles d'activité ; si le patient est calme, un infirmier surveillerait le déroulement de la visite depuis le couloir de circulation du patio ; si le patient est agité, deux infirmiers seraient présents dans la pièce.

### 5.7.2 Le téléphone

Une cabine téléphonique *France Télécom* à carte est installée dans le parc mais est manifestement hors service depuis longtemps. Il n'existe pas d'autre téléphone accessible aux patients sans passer par l'intermédiaire du personnel hospitalier.

En pratique l'accès au téléphone est variable selon les pôles et les unités d'hospitalisation tant en termes stricts d'accès que de respect ou non de la confidentialité des communications.

L'opportunité de laisser son téléphone portable à un patient peut être totale dans une unité, appréciée au cas par cas par les médecins lors de l'arrivée du patient et tout au long de son séjour en fonction de sa pathologie et de sa vulnérabilité aux vols dans certaines unités, alors que dans d'autres unités ce téléphone est systématiquement déposé au bureau infirmier à l'arrivée du patient. Ils peuvent parfois être laissés à disposition du patient le temps d'une communication et alors être utilisés dans les chambres afin d'assurer la confidentialité des appels.

Le plus souvent, les patients, lorsqu'ils souhaitent téléphoner, doivent solliciter les personnels de leur unité pour téléphoner depuis le poste filaire présent dans le bureau des infirmiers, et donc en présence des soignants, un patient ne pouvant rester seul dans le bureau infirmier. Les horaires varient selon les unités et peuvent être plus ou moins restreints : de 9h à 12h et après 15h dans une unité et entre 15h ou 17h et 19h dans d'autres, par exemple.

Le téléphone sans fil du service peut être utilisé par les patients selon des conditions qui peuvent également varier entre les unités voire entre les soignants d'une même unité. Ce téléphone sans fil avait disparu dans une des unités et son remplacement était en cours au moment du contrôle.

Les appels entrants sont généralement pris sur le téléphone filaire du bureau infirmier mais peuvent être, dans certaines unités (notamment à la clinique des Amandiers), transférés sur le téléphone présent au réfectoire ; ce qui permet une confidentialité, qui reste toutefois relative.

Dans certaines situations cliniques, les médecins restreignent le recours au téléphone et cela est alors inscrit dans le dossier du patient.

### 5.7.3 L'informatique et l'accès à l'internet

La possibilité qu'ont les patients d'accéder à leur propre matériel informatique (ordinateurs portables, tablettes, Smartphones, etc.) au sein des unités est variable selon les unités et, dans les unités où cela est possible, les modalités en sont également variables, dépendantes de l'appréciation des médecins en fonction de la pathologie des personnes et de leur vulnérabilité au vol.

Le pôle G02 dispose d'un poste informatique permettant l'accès à internet dans l'unité Bois de Rose (cf. § 6.3). Les pôles G01 et G03 sont dépourvus de salle d'activité informatique. Néanmoins, le hall d'accueil du pôle G03 devrait prochainement se doter d'un ordinateur connecté à internet ; il sera en libre accès pour les patients. Ce projet s'inscrit dans le cadre de l'investissement issu de l'intéressement du pôle.

La bibliothèque du CH de Montéran compte six postes informatiques connectés, par voie

filaire, à internet. L'accès à internet n'est pas inscrit dans le cadre d'une activité thérapeutique. Un personnel du PMI est néanmoins responsable du lieu, aide les personnes qui le sollicitent, régule l'accès aux ordinateurs et limite les connexions à 40 minutes lorsque plus de six personnes souhaitent utiliser les ordinateurs, s'assure que les patients se soient bien déconnectés de leur messagerie lorsqu'ils quittent une session, etc.

Ces ordinateurs sont en accès libre pour l'ensemble des patients pouvant fréquenter la bibliothèque du CH de Montéran durant les périodes d'ouverture de celle-ci (cf. § 6.1.8). Les patients qui ne sont pas autorisés à sortir de leur unité d'hospitalisation ne peuvent pas s'y rendre sans accompagnement.

Généralement, les patients utilisent ce cyberspace pour regarder des films, écouter de la musique, consulter leur messagerie ou appeler leurs proches *via* Skype®. Les ordinateurs sont équipés de micros mais pas de casques. Il a été annoncé que l'achat de casques était en projet. Dans l'attente, les patients qui possèdent leurs propres écouteurs peuvent les utiliser. Les autres sont invités à régler le son à un volume bas afin de ne pas déranger les autres utilisateurs.

L'accès aux sites violents, pornographiques ou racistes est bloqué. Une réflexion est actuellement en cours quant à l'installation d'un pare-feu spécialement conçu pour cet espace, afin que la navigation soit plus aisée et moins sujette aux virus.

## 5.8 La gestion des plaintes et des événements indésirables

### 5.8.1 Les plaintes et réclamations

Le livret d'accueil ainsi que plusieurs affiches apposées dans les unités (« *Que faire en cas de réclamation ?* ») délivrent des informations quant à la procédure à suivre en cas de réclamations. Plusieurs options s'offrent aux patients. Ils peuvent solliciter les professionnels de soins pour qu'ils signalent un événement indésirable. Ils peuvent également faire état de leurs doléances dans le questionnaire de sortie présent dans le livret d'accueil ou disponible dans les bâtiments et le glisser dans la boîte aux lettres prévue à cet effet à l'entrée des pôles. Ils peuvent enfin adresser un courrier au directeur. Les patients sont également invités à se rapprocher de la CRUQPC (cf. § 5.10) ; des informations sont exposées sur sa composition et son rôle.

Les réclamations adressées au directeur du CH de Montéran (elles peuvent être remises aux soignants qui les transmettent ensuite au vagemestre lorsqu'il effectue sa tournée, ou bien déposées directement au secrétariat de direction) sont transmises à la cellule « qualité ». Selon les cas, celle-ci saisit le chef de pôle concerné s'il s'agit d'une réclamation relative à la prise en charge médicale ou bien, si la réclamation concerne un service support, contacte le directeur adjoint. La cellule « qualité » demande une réponse sous quinze jours pour pouvoir, ensuite, faire un retour au patient.

Jusqu'à présent, aucune réclamation n'a requis une enquête approfondie. Six des huit réclamations reçues en 2014 ont fait l'objet de rapports circonstanciés, transmis à la cellule « qualité » par les professionnels sollicités dans un délai moyen de 3,25 jours. Au total, les requérants ont obtenu une réponse à leur réclamation dans un délai moyen de 7,12 jours.

Huit plaintes et réclamations ont été enregistrées en 2014. Les motifs d'insatisfaction étaient, pour deux d'entre elles, relatifs à des demandes de sortie définitive et, pour trois

d'entre elles, à des doléances en matière de prise en charge globale. Les trois autres abordaient la prise en charge médicamenteuse, une demande de changement de médecin responsable de la prise en charge ou le respect de la liberté d'aller et venir des usagers.

Les questionnaires de sortie constituent actuellement la ressource principale en matière d'évaluation de la satisfaction des usagers. La cellule « qualité » les compile et les transmet aux unités concernées deux fois par an, sans mentionner le nom des patients (qui peuvent d'ailleurs ne pas le marquer sur le questionnaire). La cellule « qualité » demande des retours de la part des unités ; elle ne les obtient fréquemment pas. Il n'existe pas de réelle traçabilité en la matière. Les contrôleurs ont néanmoins pris connaissance de documents où les équipes avaient listé, en regard des commentaires concernant leur unité d'affectation, les plans d'actions à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge. Il est à noter que la réflexion concernant la manière d'évaluer la satisfaction des enfants hospitalisés est considérée comme un objectif pour l'année 2015.

En 2014, 208 questionnaires de sortie ont été recueillis ; au regard des 1 187 sorties de patients, cela représente un taux de retour de 17,50 %. L'analyse des différents items de ces questionnaires fait apparaître que 24 % des usagers se déclarent globalement très satisfaits de leur séjour, 49 % satisfaits, 15 % moyennement satisfaits, 5 % mécontents ; 7 % ne se prononcent pas.

La cellule « qualité » a fourni aux contrôleurs des exemples d'améliorations nées de l'examen des commentaires de patients. La pose de verrous aux portes des chambres a suivi plusieurs remarques concernant les vols. Le recrutement de vacataires chargés d'activités occupationnelles et thérapeutiques a également été décidé à la suite de plusieurs commentaires en ce sens, quelques années auparavant.

### 5.8.2 Les événements indésirables

La CH de Montéran a obtenu une certification avec réserves de la part de la HAS en septembre 2012 (maintenue en 2014) en raison, notamment, de sa gestion des événements indésirables. La cellule « qualité » s'attelle, depuis 2014, à optimiser, formaliser et uniformiser les signalements d'événements indésirables ainsi que leur traitement.

En cas d'événements indésirables graves (notamment associés aux soins), une analyse des causes profondes est engagée systématiquement.

Deux suicides survenus en 2014 au sein des zones d'isolement de soins intensifs (un au pôle G01, le 9 mai, et l'autre au G03, le 11 juillet) ont ainsi été analysés puis suivis d'un plan d'action. Il comportait plusieurs actions : l'élaboration de deux protocoles (l'un relatif à la prévention et à la gestion des risques suicidaires et l'autre relatif à la prise en charge de l'entourage et des professionnels en cas de décès brutal d'un patient), la mise à jour du protocole relatif à la mise en chambre d'isolement, la poursuite des actions de formation sur le thème de la prise en charge du suicide, la proposition de solutions techniques en vue d'optimiser la sécurité des zones de soins intensifs, suivie de leur validation et leur réalisation, l'intégration des supports de prescription initiale et de renouvellement ou de sortie d'isolement dans Cariatides, l'optimisation de la traçabilité du suivi de soins en isolement, enfin, l'acquisition de kits anti-suicide fiables.

A l'exception des actions relatives à la formation, prévues sur une période de trois ans, et



aux travaux dans les zones d'isolement (dites de soins intensifs), dont la date est à préciser, les autres actions ont pour échéance des dates comprises entre décembre 2014 et fin juin 2015. A la date de la visite, seule l'intégration des supports de prescription dans Cariatides a été réalisée. Les autres sont en cours de formalisation (mise à jour du protocole sur l'isolement), en attente de validation (élaboration des protocoles sur la prévention et la gestion du suicide et la prise en charge de l'entourage et des professionnels, accompagnés d'une grille d'évaluation du risque suicidaire, de l'urgence et de la dangerosité du scénario suicidaire) ou en cours de réflexion (optimisation de la traçabilité de l'isolement). Les nouveaux kits anti-suicide (220 kits à usage unique en deux tailles différentes ainsi que douze chasubles, douze couvertures et douze matelas) ont été commandés.

Les contrôleurs ont eu accès à la liste des événements indésirables déclarés au cours du deuxième semestre de l'année 2014. Leur nombre total s'élève, au sein des unités des soins, à quarante-six. Parmi ces quarante-six événements indésirables, dix concernaient la restauration (écart entre les commandes et les livraisons, barquettes renversées, beurre rance livré, repas non adaptés à la morphologie des usagers), sept un phénomène de violence, cinq des sorties sans autorisation et cinq la sécurité des personnes et des locaux (des relations sexuelles entre patients, des chutes dans les locaux, la climatisation en panne en chambre d'isolement).

### 5.8.3 Les recours contentieux

Un seul recours contentieux a été émis à l'encontre du CH de Montéran. Il date de 2006, c'est-à-dire à une date où la cellule « qualité » n'était pas déployée. Il porte sur des faits de 1994. La procédure est encore en cours.

## 5.9 Le comité d'éthique

La réflexion au sein de l'établissement s'est structurée à compter de 2011 avec une installation officielle en 2012 ; le travail se développe dans le cadre d'EREGIN (espace de réflexion éthique de Guadeloupe et des Iles du Nord) en collaboration avec l'université et le CHU pour favoriser la mutualisation des connaissances.

Sur la base d'un appel à candidature, le comité d'éthique réunit : un infirmier, un cadre de santé, un cadre socio-éducatif, deux médecins, un administratif, un assistant socio-éducatif, un assistant du service social, un juriste, un sociologue, deux représentants d'association de patients, deux psychologues, l'ingénieur qualité, le directeur des soins et un médecin membre de la ligue des droits de l'homme.

La difficulté à avancer a conduit à revisiter le fonctionnement de cette instance. Le travail actuel vise d'une part à informer et sensibiliser les services en vue de favoriser des saisines à partir de situations pratiques et concrètes, interrogeant les professionnels, au carrefour du droit, de la morale et de la déontologie, pour apporter les éléments de référence utiles pour dépasser la problématique ou pour adapter la ou les réponses. D'autre part, il a pour objectif de développer les outils méthodologiques et bibliographiques pour avancer dans cette réflexion.

Le travail doit s'organiser sur la base de six réunions de deux heures tous les deux mois. Une première auto-saisine va être travaillée dans ce cadre, qui pourrait porter sur le sujet de la confidentialité des soins et du respect de la dignité de la personne dans une pratique clinique sur l'espace public.



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

La CRUQPC a été installée au mois de juin 2008, avec une recomposition en juillet 2014. Elle est composée du directeur du CH de Montéran, d'un médiateur médecin et de son suppléant, d'un médiateur non médecin et de son suppléant, de deux représentants des usagers (un membre de l'UNAFAM et un personnel de l'APAJH) et leurs suppléants ainsi que d'un représentant de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique. La cellule « qualité » est en charge de la coordination de la CRUQPC.

La CRUQPC s'est réunie à quatre reprises en 2014. Lors de chacune de ces réunions, elle a examiné les plaintes et réclamations en cours ainsi que les demandes d'accès aux dossiers médicaux qui lui avaient été soumises. Elle a également travaillé, au cours de l'année 2014, sur le rapport d'activité de l'année 2013, sur l'identification et l'aménagement du lieu dédié au culte, sur la diffusion de la procédure concernant la gestion des biens et valeurs des patients, sur le circuit des courriers qu'ils envoient, sur les commentaires inscrits sur les questionnaires de sortie, sur le programme d'action de lutte contre les infections nosocomiales, sur la semaine sécurité des patients, sur les permanences de l'UNAFAM (notamment en CMP) et, de manière générale, sur les relations avec les usagers.

La CRUQPC a également formulé des objectifs et des recommandations pour l'année 2015 : l'organisation de la réflexion sur les libertés individuelles et la formalisation des pratiques, l'élargissement des formations proposées aux personnels, l'organisation de l'évaluation du respect des droits, la réflexion sur l'élaboration d'un questionnaire de satisfaction destiné aux enfants suivis par le pôle de pédopsychiatrie, l'implication renforcée des associations de familles et d'usagers dans la stratégies et les projets du CH de Montéran et, enfin, la promotion du groupe d'entraide mutuelle (GEM) de Basse-Terre.

Les patients sont informés de l'existence de la CRUQPC *via* le livret d'accueil, le site internet du CH de Montéran et les diverses affiches intitulées « Que faire en cas de réclamation ? ». L'ensemble de ces documents renvoie à la cellule « qualité », en précisant les coordonnées téléphoniques et/ou électroniques.

Les patients sollicitent peu les représentants des usagers pour porter leurs doléances concernant le fonctionnement et l'organisation du CH de Montéran.

## 5.11 Les associations

### 5.11.1 L'UNAFAM

L'association organise une permanence dans la bibliothèque du centre hospitalier tous les samedis ainsi que des rencontres d'informations planifiées ponctuellement dans les CMP. Elle assure également une permanence à Petit Bourg dans un local mis à disposition par une autre administration. Les familles privilégient les permanences extra-hospitalières. L'association joue essentiellement, lors de ses permanences, un rôle d'écoute et de réconfort.

Le nom de sa représentante à la CRUQPC et son numéro de téléphone mobile sont mentionnés dans l'annexe du livret d'accueil

L'UNAFAM participe également au comité de suivi du projet d'établissement.

### 5.11.2 Autres associations

Il n'existe pas, à proprement parler, d'associations d'usagers. Néanmoins, ceux-ci sont représentés, à la CRUQPC, par l'APAJH et par l'UNAFAM. L'UDAF participe aux instances de l'établissement.

L'APAJH n'organise pas de permanence. Il s'agit d'une association qui suit le parcours de personnes qui rencontrent des difficultés du fait de leur handicap. Association tutélaire, elle ne reçoit pas spécifiquement les doléances des patients. Son numéro de téléphone et le nom du titulaire qui siège à la CRUQPC sont inscrits dans l'annexe du livret d'accueil.

Une association locale, l'Envol, gère l'atelier thérapeutique d'ergothérapie agricole et la cafétéria (cf. § 6.1.8).

Un GEM, situé à Basse-Terre, propose des activités de soutien (peinture, etc.) pour favoriser l'autonomie des personnes stabilisées ; elle est parrainée par l'UDAF.

## 6- LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION

### 6.1 Les éléments communs à tous les secteurs de psychiatrie générale

#### 6.1.1 Les locaux

Les trois bâtiments hébergeant les pôles de psychiatrie générale, construits sur deux niveaux, ont été pensés dans une logique de prise en charge des patients ; ils sont tout à fait comparables entre eux, avec deux unités d'hospitalisation parfaitement symétriques implantées au rez-de-chaussée. Aucun système de vidéosurveillance n'y est installé.

Ces bâtiments sont accessibles depuis un sas d'entrée ouvrant sur le parc. La nuit, lorsque la porte d'entrée est fermée, il est possible d'en solliciter l'ouverture grâce à un interphone ; un digicode permet également aux professionnels de l'ouvrir.

Dans ce sas, un ascenseur (utilisable par les seuls professionnels au moyen d'une clé) et un escalier permettent l'accès à l'étage, bien éclairé, qui abrite les bureaux des psychiatres et du cadre supérieur de santé, des psychologues, des salles de consultations, des espaces de détente pour le personnel et, pour le pôle G03, les locaux de neurophysiologie clinique où sont pratiquées notamment les séances de stimulation magnétique transcrânienne (rTMS) ou celles de stimulation à courant direct (tDCS).

Chaque rez-de-chaussée est bâti de manière identique : passée une double porte vitrée sur laquelle sont inscrits, dans certains pôles, le nom des chefs de pôle, psychiatres et psychologues qui y exercent, un couloir dessert à gauche les entrées des deux unités et à droite une zone destinée à l'accueil (plus ou moins investie selon les secteurs), des bureaux pour les cadres de santé des unités et deux bureaux médicaux (notamment utilisés par les internes), une pièce de détente pour les personnels avec un accès direct à l'extérieur. Au-delà, une porte battante, munie d'un code, ouvre sur un espace réservé aux vestiaires des personnels, à un local de rangement, à une buanderie avec un lavabo, une machine à laver et des tables à repasser, un conteneur à linge propre et enfin un local où sont entreposés les chariots repas.

L'entrée dans chacune des deux unités se fait par une porte fermant à clé et munie d'un oculus ; elle peut être ouverte ou fermée, en fonction des profils des patients présents dans les unités. Parfaitement symétriques, chaque unité est organisée autour d'un patio central





*Patio d'une unité*



*Salle d'activités*

Chaque chambre bénéficie également d'une grande hauteur sous plafond avec des clayettes favorables à la circulation de l'air. Elle est équipée d'un lit simple monté sur roulettes, d'une armoire avec coin penderie dépourvue de cintres, d'une table de chevet, d'une table-bureau installée sous une fenêtre (donnant sur l'extérieur du bâtiment) et d'une chaise. Une veilleuse, disposée au-dessus du lit, peut être actionnée depuis celui-ci. Une fenêtre, munie de volets à lamelles métalliques et grillagée sur la partie basse, ouvre sur le couloir et le patio. Trois prises électriques complètent cet aménagement, dont une dans la salle d'eau. Les murs et les sols sont de couleurs différentes selon les unités.

Chaque chambre dispose d'une salle d'eau avec douche à l'italienne, WC sans abattant, dévidoir à papier hygiénique, lavabo avec robinetterie eau chaude/eau froide, miroir, tablette, porte-serviettes et fenêtre.

L'ensemble est globalement clair et propre, à l'exception du sol des salles d'eau dont le revêtement anti dérapant ne facilite pas l'entretien.

Bien que de construction relativement récente, ces bâtiments apparaissent relativement dégradés et, à titre d'exemple, les infiltrations d'eau de pluie sont nombreuses tant dans les chambres que dans les locaux communs, imposant de positionner de nombreux seaux sur les sols. Les équipements des chambres sont souvent délabrés : absence de tiroir aux tables de chevet - voire chevet absent -, porte d'armoire ne fermant pas, pêne des portes de douche défectueux, lamelles de volets cassées et/ou manquantes, etc.

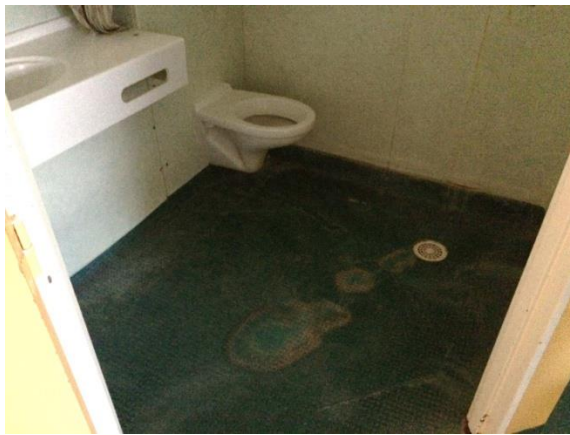
Les chambres sont pourvues d'un signal d'appel disposé à côté de la porte, dont les patients paraissent ignorer l'existence et qui ne fonctionne pas, comme ont pu le constater les contrôleurs. Lors de la visite, les chambres de l'unité Poinsettias ne disposaient pas d'eau chaude, contrairement à celles de l'unité Bois de Rose, équipée d'un chauffe-eau solaire. La nuit, les chambres peuvent être fermées à clé par les patients eux-mêmes.



*Porte d'entrée d'une chambre*



*Intérieur d'une chambre*



*Salle d'eau d'une chambre*



*Tablette de lavabo détériorée*

Sur l'avant du patio correspondant au quatrième côté, face au poste infirmier, une zone dite de « soins intensifs », fermée, qui comprend deux chambres dites d'isolement (dotées d'une double entrée avec un petit sas ouvrant sur la chambre et sur une salle d'eau par des portes munies d'un oculus) qui encadrent deux chambres dites d'apaisement ou de contention ; ces quatre chambres s'ouvrent sur un espace clos mais très aéré, dénommé « sas », grillagé qui donne un accès visuel à une partie du patio. Toutes ces chambres ne disposent pas systématiquement d'une horloge et aucune n'est dotée de poste de télévision. Les systèmes d'appel, quand ils existent, ne sont pas toujours fonctionnels, obligeant les patients à crier pour appeler les soignants. Outre le caractère attentatoire à la dignité des patients, ceci contribue aux nuisances sonores perçues par certains patients notamment la nuit.

Les infirmiers ont signalé aux contrôleurs – ce que ces derniers ont pu constater sur place – qu'un espace sous la porte du couloir donnant sur la zone de soins intensifs permet d'y glisser des objets comme par exemple un couteau ou une substance interdite. Il a en outre été indiqué que les lamelles de jalousie fermant le sas pouvaient être retirées, ce qui a permis à un patient de s'enfuir de la zone.





*Patio d'une unité ; au fond : zone dite de soins intensifs*



*Zone soins intensifs vue du patio*

### 6.1.2 La restauration

La salle à manger dans chaque unité est équipée de tables à quatre places. Un plan de table est établi par les infirmiers en tenant compte de l'état et du comportement des patients, de leur entente ou non, de la répartition hommes/femmes. Ce plan de table est fixe, les patients ne pouvant choisir leur place, mais évolue selon les arrivées et les départs et en fonction de tout événement survenu dans l'unité. Dans certaines unités (notamment à la clinique des Amandiers), les patients peuvent demander à ce que le plan de table soit modifié. Les contrôleurs ont pu constater que, dans certaines unités, les différents régimes étaient affichés mais non les menus.



*Partie de la salle à manger*

L'unité centrale de production, installée sur le site du centre hospitalier Montéran, assure la restauration des deux centres hospitaliers de Montéran et de Basse-Terre, outre quelques sites privés (soit au total 800 à 900 repas/jour). Pour le CH Montéran, la production se fait en « multi-portions » (grosses barquettes permettant de servir plusieurs personnes) et en barquettes individuelles pour les régimes différenciés, en général délivrées sur prescription médicale, plus rarement sur indication religieuse.

Après la production, les aliments sont placés en chambre froide, livrés dans les unités en véhicule réfrigéré puis réceptionnés dans chaque salle à manger par un ASH<sup>25</sup> qui les dépose dans un « chariot repas » (matériel mis à disposition de chaque unité en avril 2014 à la suite de l'inspection ayant donné lieu à un avertissement administratif notifié le 24 avril 2014). Les commandes sont faites par les unités à 7h30 pour le repas de midi et à 11h pour celui du soir, avec possibilité de réajustement par téléphone. Les livraisons sont effectuées vers 10h30 pour le repas de midi et vers 14h pour celui du soir. Après chaque livraison, les chariots reviennent en cuisine centrale et sont nettoyés. Dans chaque unité, l'ASH ayant reçu la livraison doit vérifier, avant de charger le chariot repas, la conformité de la livraison avec la commande.

En cas d'erreur dans la livraison, un appel en cuisine permet d'y remédier dès lors que la procédure ci-dessus est respectée ; le personnel de cuisine étant présent sur le site jusque 16h et le responsable de restauration jusque 17h/17h30. Une difficulté peut également se produire en cas de transfert d'un patient d'une unité à une autre, le repas ne suivant pas ; il est cependant précisé que, dans un tel cas, les unités ont le réflexe de contacter la cuisine qui remédie au problème par une livraison ponctuelle.

Pour les personnes admises à une heure tardive, il existe une réserve à côté du bureau des entrées dans les locaux des cadres de garde.

Malgré ce protocole, les contrôleurs ont pu constater deux anomalies le mercredi 10 juin : dans une unité du G02 il manquait trois pizzas ; au G01, une personne bénéficiant d'un « régime mou » s'est vue servir le repas classique composé notamment de maïs/salade et pizza. Ces erreurs n'ont été relevées qu'au moment du service, soit trop tardivement pour qu'il puisse y être remédié.

En l'absence de production les samedis et dimanches, la fabrication des repas de fin de semaine se fait le mercredi pour le samedi midi et le jeudi pour le samedi soir et le dimanche. Les aliments sont conservés en chambre PCA (plats cuisinés à l'avance) à 3°C.

Quatre (ou cinq pour les personnes à besoins spécifiques) repas sont servis par jour. Le livret d'accueil prévoit les horaires suivants : petit déjeuner entre 7h30 et 8h30, déjeuner entre 11h30 et 12h30 pour les adultes et entre 12h et 13h pour les enfants, collation entre 16h et 16h30 et dîner entre 18h30 et 18h30 pour les adultes et entre 18h et 19h pour les enfants. Ces horaires peuvent varier au sein des unités ; les responsables de la clinique des Amandiers ont par exemple prévu que la distribution des repas s'effectue sur des créneaux plus contraints : 8h-8h30, 12h30-13h, 15h30-16h et 18h-18h30. L'information est apposée sur la vitre du

---

<sup>25</sup> Agent des services hospitaliers.



réfectoire. La collation n'est pas servie au réfectoire : les ASH distribuent soupe ou sirop, pain ou gâteaux à partir d'un chariot qu'ils installent dans le patio.

Il incombe aux ASH de garnir les assiettes à partir des barquettes fournies. Les patients étaient invités à débarrasser les tables et à jeter les déchets à la poubelle à la fin du repas. Ceux qui le souhaitaient pouvaient procéder à un nettoyage de la salle avec les ASH.

Les proches sont autorisés à remettre des produits alimentaires secs au patient qu'ils visitent. S'ils ne sont pas consommés lors de la visite, ils sont conservés par les infirmiers et remis à la demande au moment de la collation. De manière exceptionnelle, la remise de produits frais serait autorisée. Les aliments sont interdits dans les chambres afin d'éviter la venue d'insectes ; en revanche, la possession d'une ou deux bouteilles d'eau est autorisée.

Les menus sont établis sur une périodicité de dix à douze semaines. Ils sont élaborés avec l'intervention d'une diététicienne. Le comité de liaison alimentation nutrition (CLAN), composé d'un médecin, d'un diététicien, d'infirmiers et de professionnels de l'unité centrale de production (UCP), donne son avis sur les besoins et les possibilités de repas diversifiés. Par ailleurs, des réunions soignants/patients sont organisées de façon ponctuelle à la demande des médecins, des soignants ou des patients. La diététicienne rencontrée par les contrôleurs à l'UCP a indiqué passer régulièrement dans les unités pour y rencontrer les patients et recueillir les informations utiles. Elle a précisé que les infirmiers étaient très attentifs à la demande, aux réclamations et plaintes des patients qu'ils lui faisaient remonter.

Un plan de restauration sur quatre semaines, comportant cinq régimes différenciés (normal/ sans sel/ diabétique standard/ hypocalorique/ coronarien) a été remis aux contrôleurs. Il a été indiqué qu'il existait dix régimes diversifiés sur le CH Montéran, mais que la volonté actuelle de l'équipe était de simplifier ces régimes afin de limiter « le sentiment de mise à l'écart, voire d'exclusion » ou encore les frustrations ressenties par certains patients.

Il peut également y avoir des menus à thème pour le carnaval, la fête des mères et des pères, le jour de l'An et Noël, les fêtes locales.

A quelques rares exceptions près, les patients rencontrés par les contrôleurs se sont dits satisfaits des repas servis et surtout de la récente diversité des mets proposés ; l'analyse des 208 questionnaires de sortie renseignés en 2014 permet d'établir que 68 % des patients se sont montrés satisfaits ou très satisfaits de la qualité des repas, contre 18 % de moyennement satisfaits et 9 % d'insatisfaits.

### 6.1.3 La blanchisserie – linge – l'hygiène – l'entretien des locaux

Les prestations de blanchisserie sont assurées par le CHBT dans le cadre de la coopération développée entre les établissements. Il est prévu que le CHBT assure la dotation de linge plat (deux draps, une taie d'oreiller, une serviette et un gant de toilette par patient), de tenues de travail et de pyjamas des patients, ainsi que leur nettoyage. Les serviettes sont changées quotidiennement et les draps tous les deux jours. Des oreillers supplémentaires ne sont remis qu'à la demande. Des vêtements peuvent être fournis car un vestiaire a été constitué grâce à des dons. Des culottes jetables sont également disponibles.

Un différend issu d'un projet avorté de fusion entre le CHBT et le CH de Montéran « hante » les prestations de blanchisserie. Le traitement des événements indésirables signalés

au CHBT par le CH de Montéran en matière de blanchisserie paraît en pâtir. Il semblerait par exemple que la dotation ne soit pas suffisante en ce qui concerne les tenues de travail, les pyjamas et les serviettes et gants de toilette ; ne parvenant pas à en obtenir davantage, le CH de Montéran a commencé à constituer son propre stock de tenues professionnelles et de serviettes (600 serviettes ont récemment été achetées). Un projet de création d'une lingerie interne au CH de Montéran serait également à l'étude.

Les contrôleurs ont eu accès à la liste des événements indésirables déclarés en 2014 : à deux reprises, une pénurie en serviettes de toilette a contraint les patients d'une unité à se sécher avec des draps ou des taies d'oreiller.

Les chambres sont nettoyées tous les jours sauf le dimanche par les ASH. Ils nettoient les sols de la chambre et de la salle d'eau et, si le patient n'est pas assez autonome pour le faire lui-même, font son lit, rangent ses effets personnels et nettoient les surfaces sales.

Un petit flacon de shampooing, un savon, une brosse à dents et du dentifrice sont remis aux patients à leur arrivée. Ils sont renouvelés à la demande. Les unités peuvent également solliciter des brosses à ongles.

Des rasoirs jetables peuvent être remis gratuitement aux patients à la demande ; ils sont récupérés par les infirmiers après utilisation. Les patients qui en possédaient un à leur arrivée peuvent demander à ce qu'il leur soit restitué au moment de leur toilette.

Des serviettes hygiéniques peuvent également être distribuées gratuitement aux patientes qui les sollicitent ; en revanche, celles qui souhaitent disposer de tampons hygiéniques doivent les acheter.

En ce qui concerne le lavage du linge personnel des patients, les pratiques diffèrent selon les unités (cf. paragraphes *infra*).

#### 6.1.4 L'argent des patients

Le service qui reçoit un patient remplit un bordereau intitulé « désignation des biens et objets de valeurs en vue d'un dépôt au coffre » mentionnant : la date d'entrée du séjour, le pôle, l'unité fonctionnelle, le descriptif du ou des chéquiers, des cartes bancaires et livrets, le détail des numéraires en pièces et billets, le descriptif des bijoux. Ce document est établi contradictoirement en trois exemplaires (un pour le patient, un pour le dossier individuel et un pour le régisseur) et est signé par deux infirmiers, l'intéressé ou son représentant (mineur ou majeur protégé) et le cadre de santé. Les objets et valeurs sont ensuite placés avec le bordereau dans une enveloppe qui est remise au régisseur. Celui-ci vérifie la conformité du contenu de l'enveloppe avec le bordereau et appose son nom et sa signature.

Lorsque le régisseur est absent, notamment deux après-midis par semaine, les soirs et en fin de semaine, l'enveloppe est portée au bureau des admissions et glissée dans une sorte de boîte aux lettres ouvrant sur l'extérieur avec une clé. Concomitamment, le régisseur est avisé par courriel du dépôt de l'enveloppe, ce qui lui permet de la récupérer dès son retour. Dans cette hypothèse, la vérification de la conformité du contenu de l'enveloppe avec le bordereau ne peut être faite ; ce qui constitue un souci pour le régisseur même si, selon ce dernier, les erreurs sont extrêmement rares.

En cours d'hospitalisation, le patient peut à tout moment demander à récupérer tout ou partie de son argent ou sa carte bancaire. Le service appelle le régisseur pour l'informer qu'un patient va venir le voir, seul ou accompagné. Le régisseur remet à l'intéressé la somme ou l'objet demandé et mentionne cette remise sur le bordereau d'origine. Cette mention est signée du patient et parfois, quand le patient est accompagné, des infirmiers ou du cadre de santé. Si le patient se présente avec l'exemplaire de son bordereau, mention est également portée sur celui-ci. Selon le régisseur, cette situation n'est pas la plus fréquente si bien qu'il existe au fur et à mesure des remises un décalage entre les documents initiaux en possession du patient ou placés dans son dossier et l'exemplaire détenu par le régisseur. Pour éviter les éventuelles difficultés pouvant résulter de cette situation, le régisseur a indiqué aux contrôleurs réfléchir à un système informatisé permettant de renseigner, en temps réel sur tous les exemplaires du bordereau, les remises faites en cours de séjour. Lorsque le régisseur est absent au moment où un patient quitte l'hôpital, ce dernier doit revenir durant ses horaires de présence afin de se voir remettre son argent et ses objets de valeur.

Si le patient souhaite lors de son admission garder par devers lui l'argent en sa possession, celui-ci est conservé – à la condition que les sommes ne soient pas importantes – soit dans sa chambre soit plus généralement au bureau des infirmiers et remis alors à la demande ; ceci pour éviter les risques de vol et en limiter les conséquences éventuelles. La règle reste donc le dépôt du téléphone ou des objets de valeur, sauf prescription contraire.

### 6.1.5 La gestion du tabac et du cannabis

Les termes du débat sur l'accès au tabac sont posés avec quasiment comme seule référence la prise en compte, ou non, de la loi Evin ; les pratiques qui en découlent sont disparates, peu pragmatiques, peu respectueuses des droits des personnes ou de l'environnement (aucun cendrier quand les patients peuvent fumer dans le patio ou dans le parc s'ils peuvent sortir de l'unité).

En pratique, les situations sont très contrastées entre les pôles :

- au pôle G01, le tabac est théoriquement interdit, ce qui est rappelé par les soignants. Ceux-ci ne gèrent pas le tabac des patients mais, de fait, certains fument dans le patio de l'unité (mais aussi parfois dans leur chambre) ; ce qui a été noté comme une gêne par d'autres patients soumis au tabagisme passif. Il n'y a pas de cendrier et les patients se débarrassent de leurs mégots en les jetant au sol ou dans la bouche d'égout.
- au pôle G02, dans l'unité Bois de Rose, les patients peuvent fumer quand bon leur semble, à l'extérieur du bâtiment. Dans l'unité Poinsettias, les infirmiers distribuent au patient fumeur des cigarettes sur son stock, détenu dans le local infirmier, et ce à raison de deux cigarettes par demi-journée ; les personnes admises en SPDRE ou SPDT sont accompagnées à l'extérieur du bâtiment par un infirmier. Le tabac est apporté par la famille ou encore les patients se débrouillent entre eux, ceux qui peuvent sortir en achetant pour les autres.
- au pôle G03, à l'unité des Manguiers, le tabac peut être autorisé après avis du médecin à raison de deux cigarettes par jour remises à 9h et 15h ; les fumeurs disposent d'un « fumoir » dans l'unité ou ils peuvent fumer à l'extérieur du bâtiment (le cas échéant accompagnés). A la clinique des Amandiers, certains patients sont autorisés à garder cigarettes et briquet avec eux ; d'autres conservent le briquet mais pas les cigarettes ;

d'autres aucun des deux. Dans les deux derniers cas, ils peuvent demander que leurs biens leur soient remis à heure fixe (généralement 9h et 15h). Le paquet est remis dans son intégralité si le patient n'est pas sous tutelle ; s'il l'est, le nombre de cigarettes remis est calculé en fonction de l'argent qu'il perçoit mensuellement. Au sein de ces deux unités, le tabac est totalement interdit à l'isolement mais exceptionnellement, à la clinique des Amandiers, des patients sont autorisés à fumer dans le sas ou sont accompagnés par trois infirmiers à l'extérieur du pôle.

Certains patients ont pu ramasser des mégots laissés par d'autres patients et les fumer, sous le regard des soignants mais sans que ces derniers n'interviennent ; ce qui pose question en termes de dignité des patients concernés.

De plus, les équipes sont en difficulté du fait d'une circulation de substances psychoactives dont il est dit qu'elle est relativement développée dans l'établissement, facilitant l'accès aux produits et la consommation de patients hospitalisés sans pour autant « qu'il y ait contrôle ou recadrage des patients » d'après les propos tenus aux contrôleurs. Des interventions du CSAPAG<sup>26</sup> sont organisées sur un pôle mensuellement avec la mise en place d'un groupe de parole pour contribuer au suivi des patients ayant des problèmes d'addiction en particulier de consommation de cocaïne et de cannabis. Certains praticiens procèdent à des dépistages urinaires de toxiques et gèrent leurs résultats dans le cadre du suivi médical. Dans une unité, les soignants ont développé une intervention plus spécifique sur le tabac notamment au cours des réunions soignants-soignés.

Au total, il n'y a pas de cohérence institutionnelle dans l'approche relative aux addictions - en particulier à la gestion du tabac - et certains patients se voient imposer de fait un sevrage tabagique sans prise en compte de leur consentement et avec très peu d'attention portée à l'accompagnement soignant de ce sevrage (souvent réduit à une proposition de patch). Les équipes sont peu investies dans une approche sanitaire des addictions respectueuse des patients (incluant une diversité de modalités d'intervention) ; ceci serait pourtant bien utile, au-delà du tabac, au regard de l'importance de la consommation du cannabis et de la cocaïne chez certains patients, qui n'est pas neutre dans l'évolution des troubles psychiatriques et parfois même motive l'hospitalisation.

#### 6.1.6 Les relations sexuelles

La prescription de contraceptif, quand elle est faite, est principalement effectuée par un psychiatre et la délivrance assurée par la pharmacie ; la mise à disposition de préservatifs dans les unités n'est plus assurée par la pharmacie comme cela était le cas « il y a quelques années ». Toutefois, certains soignants indiquent pouvoir fournir des préservatifs à la demande. La réflexion semble toujours active sur la possibilité de mettre à disposition un distributeur de préservatifs dans l'enceinte de l'établissement, mais le sujet n'est pas encore tranché.

<sup>26</sup> CSAPAG : centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie généraliste Basse Terre.

La réponse aux situations n'est pas protocolisée, ni dans l'établissement ni dans chacun des pôles ; les relations sexuelles ne sont pas explicitement interdites au sein de l'établissement. Les personnels indiquent « faire attention aux personnes les plus vulnérables » ; mais en pratique la réponse est soumise à l'appréciation de chacun des professionnels en l'absence d'approche institutionnelle partagée.

Malgré la mixité des unités, la question des relations sexuelles ne paraît pas être une préoccupation pour les soignants, même s'ils n'ignorent pas que des patients sortent parfois de leur chambre la nuit pour rencontrer un partenaire. A titre d'exemple, des préservatifs sont à disposition des patients au poste infirmier de l'unité Bois de Rose, mais il a été précisé aux contrôleurs qu'il n'en était pas demandé ; à Poinsettias, les préservatifs sont inexistantes ; un stock, trouvé par le cadre de santé à son arrivée dans son bureau, a été jeté - car périmé depuis 2012 - et n'a pas été renouvelé. Tous les soignants ont indiqué que l'infirmier ne proposait rien spontanément.

### 6.1.7 La sécurité

Neuf agents de sécurité assurent, à tour de rôle, la surveillance du CH de Montéran, de jour comme de nuit. Un agent travaille de 6h à 14h30 et est relayé par un autre, de 13h30 à 22h. Les horaires de travail (matin ou après-midi) varient, pour chaque agent, en fonction des semaines. En revanche, il existe une équipe spécifique pour la nuit, où deux agents sont présents concomitamment ; le premier arrive à 21h et le second à 22h.

Avant le mois de juillet 2011, le CH de Montéran sous-traitait la surveillance à une société privée. Depuis cette date, les agents de sécurité sont recrutés et salariés directement par le CH de Montéran. Ils assurent plusieurs missions : le contrôle des entrées et des sorties, la sécurité incendie, le renfort en cas d'incidents et la prévention de ceux-ci.

#### 6.1.7.1 Le contrôle des entrées et des sorties

L'entrée au CH de Montéran s'effectue par le passage d'un portail puis de barrières levantes automatiques pour les personnes véhiculées, ou bien par le passage d'une porte percée dans le mur pour les personnes se déplaçant à pied. Le portail et la porte sont théoriquement fermées de 22h30 à 5h30. Une sonnette permet d'appeler les agents en poste de nuit pour en solliciter l'ouverture.

Une guérite est située après le portail, au niveau des barrières levantes automatiques. Les agents de sécurité y sont installés et actionnent les barrières, théoriquement baissées par défaut. Lorsque les agents quittent la guérite pour effectuer leurs rondes ou prêter main forte à des soignants dans le cadre d'un incident, ils ouvrent les barrières.

De jour comme de nuit, les agents de sécurité doivent contrôler les entrées et les sorties des personnes. Lorsqu'un patient hospitalisé souhaite sortir du CH de Montéran, il doit se rendre à la guérite et présenter à l'agent une autorisation de sortir, y compris s'il est admis en soins libres. Lorsque le patient ne possède pas ce document ou si l'agent estime que cette pièce n'est pas conforme, il contacte l'unité d'hospitalisation. Les agents n'ont pas la liste des personnes hospitalisées ni, *a fortiori*, celle de leur mode d'hospitalisation. Lorsqu'un véhicule pénètre au sein du CH de Montéran et qu'il s'agit d'une personne extérieure au service, l'agent en poste est supposé s'enquérir de son identité et du lieu dans lequel elle souhaite se rendre et noter le numéro de sa plaque d'immatriculation et ses horaires d'entrée et de sortie dans le

registre des entrées et sorties.

Lorsqu'un patient fugue du CH de Montéran, qu'il passe devant la guérite sans s'arrêter ou qu'il grimpe au-dessus du mur d'enceinte ou du grillage qui borde le CH de Montéran à une hauteur d'1,50 m pour la plus basse, les agents de sécurité peuvent faire un signalement à son unité d'hospitalisation.

#### **6.1.7.2 La surveillance des installations de sécurité**

Dix-neuf caméras de vidéosurveillance fixes sont installées au CH de Montéran dans les parties extérieures. Les images captées sont diffusées aux agents de sécurité sur l'écran d'ordinateur installé dans la guérite. Il ne leur est pas possible d'effectuer des zooms. En revanche, un dôme orientable à 360 ° est installé en haut de la montée menant aux pôles ; les agents peuvent le manipuler depuis le poste de contrôle installé dans la guérite et effectuer des zooms sur les zones à observer.

La présence de deux agents entre 13h30 et 14h30 permet d'organiser une ronde à pied dans les services du CH de Montéran. Ils vérifient l'état des installations de sécurité. La nuit, ils effectuent une ronde à l'extérieur des bâtiments pour vérifier que les fenêtres sont bien fermées, qu'il n'y a pas de départ de feu, etc.

Les agents de sécurité ont une formation en service de sécurité incendie et d'assistance aux personnes (diplôme SSIAP ou son équivalent). Chaque année, ils doivent participer à une formation sur l'utilisation des extincteurs en situation réelle.

#### **6.1.7.3 Le renfort en cas d'incidents**

Il existe des boîtiers de protection du travail isolé (PTI) dans chaque unité. Ces alarmes portatives, clipsables aux vêtements, émettent un signal sonore dans toutes les unités, sur chaque autre boîtier PTI et dans la guérite des agents de sécurité lorsqu'elles sont enclenchées volontairement, arrachées ou bien couchées. Néanmoins, à la date de la visite, ils ne sont pas utilisés car leur fonctionnement est défectueux.

Les agents de sécurité peuvent néanmoins être appelés en renfort par les unités en cas d'incident. Ils ont suivi la formation APIC<sup>27</sup>.

### **6.1.8 Les activités communes sont principalement gérées par le pôle intersectoriel**

Les activités thérapeutiques et de réhabilitation comme les activités socioculturelles sont organisées par le pôle médical intersectoriel (PMI). Il gère également l'équipe mobile psychiatrie précarité et l'accueil familial thérapeutique de douze places qui concerne dix patients et sept familles d'accueil au moment du contrôle. Ce pôle organise des activités accessibles aux patients hospitalisés comme à ceux qui bénéficient d'un accompagnement en ambulatoire, notamment dans le cadre d'un CATTP<sup>28</sup> intersectoriel, et ce le plus souvent sur prescription médicale ou après validation médicale dans le cadre du projet de soins

<sup>27</sup> APIC : approche préventive et intervention contrôlée. Il s'agit d'un programme de formation en matière de gestion des comportements agressifs.

<sup>28</sup> CATTP : centre d'activités thérapeutiques à temps partiel.

individualisé. Il bénéficie du support de l'association Envol, en particulier pour la gestion de l'atelier thérapeutique d'ergothérapie agricole et la cafétéria.

Les activités se déroulent principalement entre 9h et 11h30 et entre 14h et 15h30. Les personnels du PMI peuvent participer aux réunions de synthèse clinique concernant les patients concernés. Les modalités d'échanges et de travail entre les équipes des pôles et le PMI sont variables selon les pôles (d'une participation active aux réunions de synthèse plusieurs fois par mois, à deux rencontres mensuelles entre médecins voire à une coexistence sans échanges réguliers) mais une volonté institutionnelle forte conduit à les intensifier et les formaliser pour inscrire ces activités dans une dynamique de soins.

Les activités visent à favoriser notamment la réadaptation sociale, les temps d'échanges et de convivialité, la créativité, la valorisation de l'estime de soi, l'autonomie des patients, etc.

Elles utilisent notamment comme support : des activités de cuisine, des activités manuelles (perles, poterie ou art floral), des activités physiques ou corporelles (VTT, basket-ball, balnéothérapie des pieds), des activités de vidéo ou d'expression scénique. Des ateliers de composition florale sont également, exceptionnellement, organisés.

Quelques événements culturels ponctuels sont organisés par le PMI, comme des concerts à l'occasion de la Fête de la musique, de Noël, de la fête des mères ou de la période carnavalesque. Des affichages sont alors apposés dans divers lieux du centre hospitalier pour en informer les patients et des courriels envoyés pour inviter les personnels. Des concours (par exemple de chant) sont également organisés ; les patients peuvent déposer leur candidature en s'inscrivant auprès des infirmiers de leur unité.

Des ateliers thérapeutiques avec un objectif plus marqué d'insertion, le cas échéant dans un ESAT, s'appuient sur des activités de vannerie ou d'activités agricoles qui sont développées sur un grand terrain sur l'emprise même de l'établissement. Les activités agricoles peuvent concerner six patients (mais seuls deux y participaient au moment du contrôle) et permettent une « activité de production » de fleurs de fruits et de légumes qui peuvent être vendus. Les activités manuelles autres qu'agricoles sont réalisées dans une pièce attenante à la cafétéria ou dans une salle dédiée au sein des bâtiments du PMI.

Habituellement les patients peuvent conserver dans leur chambre leur première production réalisée dans le cadre d'un atelier thérapeutique. Les suivantes sont vendues au cours d'expositions dans divers lieux (au sein du centre hospitalier, à la mairie, à la maison du patrimoine, etc.).

Le rapport d'activité du PMI intègre les activités de médecine somatique. Dans ce contexte, il est impossible aux contrôleurs d'apprécier le nombre de patients, en particulier ceux hospitalisés qui semblent très minoritaires, accompagnés dans l'année dans les différentes activités thérapeutiques proposées par le PMI, car la file active, répertoriée de 516 patients en 2014, intègre les 333 patients vus par le somaticien, qu'ils aient ou non bénéficié de ces activités.

Si, en règle générale, les patients admis en SPDRE ne participent pas à ces activités, faute de prescription, au moment du contrôle, trois patients relevant de ce statut d'hospitalisation y étaient inscrits.



Les patients viennent le plus souvent seuls dans les locaux du PMI. Pour ceux qui sont les plus en difficulté, un échange téléphonique entre les deux équipes de soins de l'unité et du PMI permet d'informer avant l'activité du départ du patient de l'unité puis de son arrivée au PMI, et l'inverse en fin d'activité. Toutefois certains des patients hospitalisés sans leur consentement peuvent être accompagnés par un soignant.

Ces activités sont diverses et sont assurées principalement par des personnels infirmiers et socio-éducatifs, complétées de 10 heures hebdomadaires d' « art-thérapeutes » pour quatre intervenants (musique, vannerie, poterie, expression scénique).

Le PMI devrait prochainement gérer les activités de remédiation cognitive et de psychoéducation avec le développement des compétences des professionnels pour permettre une pérennité des activités et en améliorer l'accessibilité aux patients, quel que soit leur secteur d'origine.



*Salle d'activités attenante à la cafétéria*



*Atelier d'ergothérapie agricole*



*Différentes vues de la salle d'activités manuelles du PMI*

### **Le salon de coiffure**

Il existe aussi un salon de coiffure, ouvert le lundi et le jeudi, de 14h à 17h. Une coiffeuse professionnelle y intervient gratuitement pour des séances de coiffure et de relooking. Parfois, une esthéticienne intervient également. Les prises de rendez-vous s'effectuent à la cafétéria ou auprès des infirmiers des unités, qui téléphonent alors au PMI. Exceptionnellement, des personnes peuvent être prises en charge alors qu'elles se présentent sans rendez-vous.

### **La cafétéria**

La cafétéria est ouverte du lundi au vendredi, de 9h à 12h. Une infirmière du PMI y est présente durant toute son amplitude d'ouverture, en binôme deux fois par semaine avec une éducatrice du PMI. Les horaires d'ouverture ne sont pas affichés.

La cafétéria est composée d'un espace extérieur couvert d'une surface de 40 m<sup>2</sup> avec des tables et des chaises installées durant les horaires d'ouverture et d'une partie intérieure de 60 m<sup>2</sup> divisée en trois espaces : une pièce faisant fréquemment office de salle d'exposition, une salle où sont installés le comptoir de vente et la chaîne hi-fi et un espace servant de lieu de stockage et où se trouvent également un évier, une table de ping-pong et divers accessoires et jeux : dominos, scrabble, etc. Elle dispose d'une rampe d'accès pour les personnes à mobilité réduite.

Les patients ont la possibilité de se rendre à la cafétéria dans le cadre d'une prescription médicale ou de manière libre. Les familles et les personnels y sont également les bienvenus. Les patients peuvent apporter leur clé USB pour diffuser, sur la chaîne hi-fi, la musique de leur choix. L'infirmière accueille individuellement chacune des personnes qui se présentent à la cafétéria, procédant par simples entretiens informels (a-t-elle bien dormi ?) ou par entretiens individuels plus approfondis, selon l'état de la personne. Elle essaie notamment de repérer les problèmes somatiques, les ruptures de traitement et de prévenir les comportements sexuels à risques. Elle fait également de la sensibilisation à l'hygiène et à l'autonomie, les invitant à se laver les mains et à installer le mobilier nécessaire aux activités de la cafétéria. Elle peut également animer des entretiens ou débats collectifs sur des thèmes précis.

Lorsque la venue à la cafétéria fait partie d'un prise en charge médicale, les patients participent à des activités thérapeutiques (débat, jeux de société, vente de produits...) dont l'emploi du temps est décidé par le PMI le mardi après-midi, lors d'une réunion de synthèse. L'objectif est l'acquisition de l'autonomie. Les personnels qui encadrent les activités thérapeutiques tiennent une liste de présence où ils notent le nom des participants. Au bout de trois absences, ils consultent le logiciel Cariatides afin d'en comprendre les motifs. Lorsqu'une personne est inscrite à une activité thérapeutique et est placée à l'isolement, son médecin référent est censé en informer le PMI et, au bout d'un mois, se positionner quant à l'opportunité du maintien de son inscription à cette activité.

L'une des activités thérapeutiques de la cafétéria est l'achat et la revente de produits conditionnés et la gestion des stocks. Aussi des patients vendent-ils à d'autres patients, à leurs familles ou aux personnels des produits à des prix concurrentiels : sodas, bière sans alcool, biscuits, confiserie, barre chocolatée, aliments d'apéritifs. Les bénéfices sont utilisés pour l'organisation de sorties, d'événements, etc.

Aucun produit non alimentaire (préservatifs, brosses à dents, tee-shirts, journaux, shampoings, stylos...) n'est vendu à la cafétéria. Un projet de création d'une boutique où des produits non alimentaires seraient accessibles est actuellement à l'étude.



Partie extérieure de la cafétéria



Salle d'exposition de la cafétéria

## La bibliothèque

Un panneau indique que la bibliothèque est ouverte les lundis, mardis et jeudis, le matin et l'après-midi, ainsi que les mercredis et vendredis, uniquement le matin. En réalité, elle est ouverte le lundi et le vendredi de 8h30 à 12h30 et de 14h à 15h45, le mardi et le jeudi de 8h30 à 12h30 et le mercredi de 8h30 à 14h. L'information sur les horaires d'ouverture ne figure pas dans le livret d'accueil.

La bibliothèque est scindée en trois parties : le bureau du membre du PMI qui en assure la charge, l'espace de lecture et le cyberspace. Elle dispose d'une fontaine à eau ; hors service au moment du contrôle, elle devait être enlevée et ne pas être remplacée.

Le bureau du personnel du PMI constitue une pièce séparée, reliée à la salle commune par une porte laissée ouverte.

Les ouvrages et magazines qui y sont présents (bandes dessinées, tomes disparates d'encyclopédies, romans de littérature romantique, livres d'aventure, romans policiers, quelques ouvrages de psychologie, vieux magazines, revues des Témoins de Jéhovah...) proviennent de dons. Il n'existe pas de convention avec une bibliothèque locale. Auparavant, un abonnement à *France-Antilles* avait été souscrit par le CH de Montéran. Ce n'était plus le cas depuis environ deux mois à la date de la visite, pour un motif inconnu. Le règlement intérieur du CH de Montéran n'est pas présent à la bibliothèque. Les revues sont uniquement consultables sur place. Les emprunts d'ouvrages sont en revanche possibles, pour une durée d'une semaine. Aucune difficulté particulière n'a été signalée en matière de retour des livres. En cas de retard, le personnel du PMI contacte l'unité d'hospitalisation de l'emprunteur.

Dans la même pièce que l'espace de lecture, se trouve le cyberspace avec six postes informatiques. Internet y est en libre accès (cf. § 5.7.3). La demande est élevée et les patients sont souvent contraints de faire la queue pour accéder à un ordinateur.



Espace bibliothèque



Cyberspace

### 6.1.9 Les patients ne bénéficient pas, systématiquement, d'un suivi somatique

Comme cela est indiqué au § 4.1 ci-dessus, un protocole daté du 17 septembre 2012 intitulé « organisation des soins somatiques des patients hospitalisés ou en voie d'admission » organise les relations entre le CH de Basse-Terre (CHBT) et le CH de Montéran et prévoit notamment de privilégier un passage des patients par le service des urgences préalablement à leur admission dans le service d'hospitalisation de psychiatrie.

En pratique, ce protocole ne concerne qu'au plus une admission sur cinq.

Lors de l'admission, comme au cours de l'hospitalisation, le suivi somatique n'est pas systématique. Il est fait soit à la demande du psychiatre qui suit le patient (en cas de diabète, d'hypertension artérielle, de suivi cardiologique à organiser...), soit à l'initiative du somaticien de l'établissement au vu des résultats des examens biologiques qui lui sont systématiquement adressés, et ce quel qu'en soit le prescripteur. L'électrocardiogramme est fait systématiquement soit au CHBT soit dans les unités de soins par les infirmiers qui le transmettent alors par télécopie, pour interprétation, aux cardiologues du CHBT. Les actions de prévention notamment pour prévenir les effets secondaires des neuroleptiques ne sont pas structurées. Le somaticien n'examine pas systématiquement les patients placés sous contention ou en chambre d'isolement.

Le somaticien travaille à 80 % sur les unités de psychiatrie ; il dispose d'un bureau de consultation au rez-de-chaussée du G01 et les bons d'examens complétés par les médecins des services lui sont transmis *via* le secrétariat de ce pôle. Ce bureau n'est pas organisé pour assurer des examens dans les meilleures conditions possibles de respect des patients (par exemple, absence de paravent pour protéger de la vue la table d'examen et la salle d'attente a été transformée en salon pour les visites des familles). Ce bureau n'est d'ailleurs utilisé qu'exceptionnellement pour les consultations médicales qui sont plutôt réalisées dans un bureau médical au sein des unités, le plus souvent en présence d'un infirmier. Il n'y a pas d'organisation spécifique du travail entre le somaticien et les internes de médecine générale affectés dans l'établissement.

Au total, à partir des données d'activité informatisées, il apparaît une augmentation progressive sur les trois dernières années du pourcentage de patients pour lequel le médecin somaticien est intervenu au moins une fois pendant l'hospitalisation, qui est passé de 32 % à



47 % des patients entre 2012 et 2014 ; il n'en reste pas moins que plus de la moitié des patients n'en a pas bénéficié.

Le recours au spécialiste se fait le plus souvent au cours d'une consultation au CHBT. Toutefois il apparaît des difficultés pour certaines situations comme par exemple le suivi de pneumologie, de rhumatologie ou de diabétologie du fait de l'absence de spécialistes de ces disciplines au CHBT.

Les urgences sont traitées par appel au SAMU et dirigées sur l'hôpital de Basse-Terre ou de CHU de Pointe-à-Pitre.

L'organisation retenue ne semble pas de nature à garantir la fluidité des relations entre ce somaticien et les autres médecins voire même les éventuels internes de médecine générale affectés dans un pôle de psychiatrie, au bénéfice des patients. Le recrutement programmé d'un second praticien pour assurer ce suivi somatique ne dédouane pas la communauté médicale d'une réflexion sur les modalités de collaboration entre les professionnels en interne à l'hôpital comme avec les partenaires externes y compris les médecins traitants.

Les soins dentaires sont réalisés au CHBT où une consultation externe de dentisterie, deux vacations par semaine, est accessible aux patients du CH de Montéran. Les délais d'accès peuvent être très longs.

#### 6.1.10 La pharmacie

Un groupement de coopération sanitaire (GCS) associant trois établissements (CH de Basse-Terre, hôpital de Capesterre-Belle-Eau et CH de Montéran) gère la pharmacie hospitalière localisée au CHBT. Un pharmacien est plus spécifiquement référent du CH de Montéran et encadre un préparateur en pharmacie qui exerce à temps plein sur l'établissement et assure un suivi de tous les médicaments stockés dans les neuf sites concernés du CH de Montéran ; ce qui est indiqué comme étant difficile en l'absence de validation systématique des prises médicamenteuses par les soignants.

Le pharmacien référent de l'établissement, ou celui qui le remplace pendant ses congés, valide systématiquement toutes les prescriptions pharmaceutiques sur le logiciel Cariatides.

La dispensation nominative qui est déjà effective sur la majorité des unités du CHBT devrait se déployer sur le CH de Montéran à compter de septembre 2015.

Certaines prescriptions médicales ne sont pas actualisées avec une fréquence suffisante (mensuelle voire trimestrielle).

Par ailleurs certaines prescriptions théoriquement limitées dans le temps peuvent toujours apparaître plusieurs mois après la fin de la prescription dans les documents utilisés par les infirmiers pour préparer les médicaments<sup>29</sup>. Ainsi un contrôleur a pu constater qu'une prescription de trois comprimés de *ColtramyI*<sup>®</sup> pouvait être donnée à un patient en juin 2015 par un infirmier alors que la prescription initiale du 18 décembre 2013 était bien indiquée pour

<sup>29</sup> Toutefois les prescriptions antibiotiques ne peuvent être validées dans le logiciel que si la prescription est bornée dans le temps.

7 jours et que le patient n'avait aucun symptôme justifiant une telle prise médicamenteuse.

Les conditions de dispensation des médicaments ne permettent pas de garantir la confidentialité des soins et le respect du secret médical. Le plus souvent elle se fait dans le local infirmier avec les patients en file indienne et donc à portée d'oreilles des propos échangés entre l'infirmier et le patient qui prend ses médicaments.

Il apparaît qu'aucune prescription de traitement de substitution aux opiacés (TSO) ne parvient à la pharmacie pour un patient hospitalisé au CH de Montéran ou suivi au CSAPA ou pour une personne détenue à la maison d'arrêt de Basse-Terre. Certes les dépendances aux substances psycho-actives en Guadeloupe concernent outre l'alcool, principalement le cannabis et la cocaïne ou le crack mais l'absence de toute prescription de TSO surprend sauf à démontrer l'absence de tout patient dépendant aux opiacés en Guadeloupe.

Une réserve de médicaments utilisable dans le cadre du plan ORSEC, notamment en cas de cyclone, est située dans chacun des pôles.

### 6.1.11 La prise en charge

Les patients sont suivis pendant le temps de leur hospitalisation par un médecin référent qui le plus souvent est là au moment de son admission. En son absence, le médecin assurant la permanence dans le pôle pourra être amené à rédiger les certificats médicaux prévus par la loi ou à prendre une décision médicale justifiée par une situation urgente.

Ainsi en dehors de ces situations, seul le médecin référent déciderait du suivi du patient ce qui pourrait conduire à une rupture dans la continuité de la prise en charge médicale pour certains patients ou à des prolongations indues d'hospitalisation pendant l'absence de ce médecin (congé, congrès, maladie...).

## 6.2 Le pôle 1 de psychiatrie adulte : Côte sous le vent

Le pôle G01 dessert les communes de Gourbeyre, Saint-Claude, Baillif, Vieux-Habitants, Pointe Noire ainsi que celles de Bouillante et de Basse-Terre où sont implantés les deux CMP. Il assure également une activité de liaison au CHBT : l'hôpital de jour, qui n'a accueilli que 27 patients les deux dernières années, est à l'étage au-dessus du CMP de Basse-Terre. Il dispose également d'appartements thérapeutiques susceptibles d'accueillir cinq patients y compris des autres secteurs dans une maison en face du CH de Montéran. Ce secteur recouvre une zone très urbaine générant deux tiers de l'activité et une zone très rurale et enclavée avec un habitat dispersé pour l'autre tiers de l'activité.

Sa file active a été en 2014 de 1 647 patients (dont 312 vus une seule fois). Le nombre moyen de jours d'hospitalisation par patient de 49,7 jours et le taux d'occupation des lits de 84,6 %.

Au moment du contrôle l'équipe médicale était de 4,2 ETP mais un recrutement était en cours et les médecins ressentaient une forte pression pour assurer leurs différentes missions dans de bonnes conditions.



*Entrée du pôle*

L'hospitalisation est organisée avec les deux unités Mahogany (l'unité de court séjour, parfois ouverte) et Acajou (toujours fermée) qui sont marquées par une grande porosité entre elles et dont les deux secteurs d'isolement ont été récemment refaits.

Chaque patient est suivi par un médecin référent et les entretiens se font en présence d'un infirmier. Il arrive régulièrement que le pôle ne puisse accueillir dans une de ses unités un patient devant être hospitalisé ; celui-ci le sera alors dans un autre pôle mais son suivi médical sera assuré par son médecin référent du pôle G01.

Une réunion de synthèse hebdomadaire réunit les infirmiers des deux unités, les médecins et au moins un soignant des CMP, de l'hôpital de jour et des appartements thérapeutiques et permet d'aborder la situation des patients.

### 6.2.1 Unité Mahogany

Cette unité accueillait au moment du contrôle dix-huit patients dont cinq en SPDT et trois en SPDR et trois étaient placés en secteur d'isolement. Dix patients étaient en soins libres mais étaient dans une unité qui est régulièrement fermée.

Les locaux ne présentent pas de particularité par rapport à la description générale faite au § 6.1 ; leur entretien apparaît relativement superficiel avec quelques toiles d'araignée dans les chambres et avec les mêmes situations de dégradation que celles constatées dans les autres unités, les matériaux retenus pour certains aménagements n'étant pas adaptés à l'usage et au climat. La salle de bains est accessible à compter de 7 h.



*Détails mobiliers d'une chambre*



L'équipe présente le jour est composée de deux infirmiers, un aide-soignant et un agent des services hospitaliers ; celle de nuit de deux soignants, le plus souvent deux infirmiers.

L'équipe infirmière est stable et, si les équipes des deux unités hospitalières sont « décloisonnées », il n'y a quasiment pas de mobilité entre les équipes intra-hospitalières et celle de l'extra-hospitalier.

Si l'unité dispose d'une grande salle d'activités avec jeu de baby-foot et table de ping-pong, elle est habituellement fermée et un des soignants l'ouvre à la demande. Des activités type peinture sont organisées une fois par mois et le matériel est dans une armoire fermée à clef.

Lors de l'accueil d'un patient, après un examen médical et un examen infirmier avec notamment le contrôle des paramètres vitaux et la réalisation de l'électrocardiogramme, un inventaire de ses effets est assuré en présence de deux soignants. Un livret d'accueil lui est théoriquement remis (*cf.* § 4.4.2) et une rapide présentation de l'unité est faite ; la clef du placard de sa chambre lui est remise contre un reçu (si elle n'est pas déclarée disparue). Des explications lui sont délivrées sur la possibilité, quand il est dans sa chambre, de refermer au verrou la porte, alors susceptible d'être ouverte par les seuls soignants ; en revanche, le patient ne pourra pas la fermer quand il sera en dehors de sa chambre.

Les informations relatives à l'existence d'une mesure de tutelle ou de curatelle, à la désignation d'une personne de confiance sont théoriquement recueillies et inscrites dans le logiciel Cariatides mais il apparaît sur l'ensemble de l'établissement que ces informations ne sont pas toujours renseignées (*cf.* § 5.2).

Sauf situation exceptionnelle, les patients admis en soins libres ne sont pas placés dans le secteur d'isolement. Au moment du contrôle trois patients y étaient placés :

- un patient en SPDT qui avait fugué immédiatement au moment de son admission et avait donc été placé dans une chambre d'isolement dès sa réadmission ; il avait accès au sas collectif librement ;
- une femme en SPDT était en isolement séquentiel la nuit depuis son admission et était dans l'unité de soins où elle disposait de son lit dans une chambre double toute la journée ;
- un homme en SPDRE en secteur d'isolement depuis trois semaines avait également accès au sas librement mais pas au reste de l'unité de soins. Il était vu quotidiennement par le psychiatre.

Un infirmier passe chaque heure dans ce secteur pour assurer la surveillance de ces patients. Il n'y a pas de prescription quotidienne systématique pour la poursuite de l'isolement en particulier pour les patients avec un isolement séquentiel.

## 6.2.2 Unité Acajou

L'unité est toujours fermée ; elle accueille les patients dont le séjour s'inscrit dans la durée ainsi que les patients les plus difficiles sans que cela soit directement corrélé au statut administratif d'hospitalisation même si les patients en soins sans consentement y sont plus nombreux. Un patient en soins libres est hospitalisé dans l'unité depuis 2008 et un autre en soins sans consentement depuis 2010.



*Entrée de l'unité Acajou avec fenestron*

Le 10 juin cette unité accueille vingt patients dont trois femmes ; quatre patients sont placés dans le secteur d'isolement dont deux exclusivement la nuit. Trois patients sont admis en soins libres, neuf en SPDT et huit en SPDRE ; l'avant-veille, elle en accueillait vingt-trois ; ce qui correspond à tous les lits occupés ainsi que quatre patients dans le secteur isolement.

Au moment du contrôle, un patient hospitalisé est sourd et il apparaît difficile de mobiliser dans la durée un interprète en langue des signes ; ce qui est préjudiciable à sa prise en charge.

L'unité est placée sous la responsabilité du cadre qui assume également le CMP. L'équipe présente est composée de trois infirmiers et deux ASH le matin et de trois infirmiers, un aide-soignant et un ASH l'après-midi.

La journée est organisée selon des horaires assez souples. Cinq patients, au moment du contrôle, ont des activités à l'extérieur de l'unité au PMI (poterie une fois par semaine pour l'un, activité agricole deux fois pour un autre, éveil corporel cinq fois par semaine pour un troisième et trois activités par semaine pour deux patients). Les autres patients semblent errer dans le patio ou la coursive ou restent assis.

Les activités organisées au sein de l'unité sont improvisées en fonction des disponibilités et de l'investissement des soignants, plutôt l'après-midi ou le week-end (peinture, poterie, pétanque, dominos) et quelques sorties sont organisées soit avec un patient pour un achat ou des démarches, soit dans des sorties collectives, par exemple au domaine de Valombreuse à Petit-Bourg ou récemment aux Saintes (pour huit patients accompagnés par cinq soignants). Ces sorties collectives peuvent être communes aux deux unités du pôle et passent par l'écriture d'un projet spécifique à l'initiative d'un ou plusieurs infirmiers validé par le cadre et le médecin.

Les locaux et l'équipement ne présentent pas de particularité ; l'unité dispose d'une machine à laver et d'une machine à sécher le linge et assure l'entretien du linge de presque tous les patients hospitalisés. Dans une pièce spécifique sont entreposés les bagages et/ou des vêtements personnels des patients ainsi que des vêtements de l'hôpital susceptibles d'être mis à disposition des patients.

Le secteur d'isolement (cf. § 6.1 et 7) bien que récemment refait n'offre pas tous les éléments nécessaires au confort minimal des patients qui y sont accueillis, pour certains sur des durées très prolongées. Les chambres ne disposent ni d'horloge ni de sonnette d'appel. Le lavabo n'est alimenté qu'en eau froide ; dans une chambre, le papier toilette posé au sol est gorgé d'eau du fait de fuite d'eau. Aucun espace n'est prévu pour que les patients puissent y déposer leurs vêtements ce qui conduit un patient à les entreposer sous son matelas.



*Sanitaire et douche à l'isolement - unité Acajou*

A l'isolement sont placés quatre patients :

- un homme (SPDRE - jugé pénalement irresponsable) qui circule librement de jour dans l'unité et accède aux activités du PMI où il va seul, mais est à l'isolement systématique de nuit depuis juin 2014, soit un mois après son retour d'UMD, notamment pour assurer la sécurité des autres patients hospitalisés compte tenu du risque identifié de passage à l'acte avec agression sexuelle ;
- une femme admise en 2009, initialement en SPDT puis en SPDRE dans la perspective d'un transfert qui doit intervenir sous quinzaine dans une UMD métropolitaine. Placée en chambre d'isolement depuis novembre 2014, elle reste toute la journée au lit et manifesterait une hétéro agressivité importante ;
- un homme en SPDRE hospitalisé le 2 juin suite à une situation de rupture de soins et arrivé le 4 dans l'unité Acajou, qui est autorisé à accéder au sas ;
- un homme en soins libres dont il est dit qu'il est très vulnérable et que, disposant d'une chambre le jour, il va à l'isolement la nuit pour pouvoir se reposer.

Les projets de soins et d'accompagnement pour ces patients n'apparaissent pas toujours de façon explicite.

Au total, sur ces unités, malgré la diversité des professionnels et l'expérience de certains, plus marquée à Acajou qu'à Mahogany, les pratiques soignantes semblent caractérisées par une routine relative et être peu dynamiques dans les relations individuelles ou collectives avec les patients. Il n'y a pas d'entretien infirmier formalisé et plus de réunion soignants-soignés malgré des durées de séjours prolongées pour certains patients ; « quand un projet est abandonné, rien n'est proposé en alternative ». Les difficultés énoncées par différents soignants ne font pas l'objet d'un travail collectif pour explorer les modalités d'amélioration possible de la réponse institutionnelle ; par exemple sur la consommation, au sein de l'unité, de substances illicites ; les réflexions exprimées par certains sur le sujet ne relèvent pas d'une dynamique de soins. Enfin les attitudes professionnelles et les tenues vestimentaires n'apparaissent pas toujours empreintes du professionnalisme et du respect au patient qui est attendu dans un établissement hospitalier.

### 6.3 Le pôle 2 de psychiatrie adulte Côte au vent

Ce pôle dispose d'une part de deux unités sur le site hospitalier, l'unité d'accueil Poinsettias et l'unité de réhabilitation Bois de Rose, et d'autre part de quatre structures extra-hospitalières avec l'hôpital de jour et le CATTP<sup>30</sup> de Goyave, les CMP de Capesterre-Belle-Eau et de Petit-Bourg. Le CMP fonctionne avec deux antennes de consultations : à Trois-Rivières une semaine sur deux et aux Saintes. Les consultations sont possibles, pour les gens qui travaillent, entre 12h et 14h ou en fin d'après-midi.

La file active du secteur est de 1 364 patients (dont 228 vus une seule fois). Le taux d'occupation des lits d'hospitalisations est de 67 % et le nombre moyen de jours d'hospitalisation par patient est de 37 jours ; ce pôle accueille des patients pour des hospitalisations séquentielles.

Six médecins à temps complet et un affecté à mi-temps à la cellule d'urgences médico-psychologique régionale (CUMP) ainsi qu'un interne en psychiatrie interviennent sur ce pôle, mais l'un de ces médecins devait prochainement partir sur le pôle G01. Deux praticiens hospitaliers interviennent sur le CMP de Petit-Bourg et trois sur celui de Capesterre-Belle-Eau. Les mêmes médecins référents suivent les patients lors de leur hospitalisation. Le suivi en co-thérapie est cependant possible selon les éventuelles approches spécifiques de tel ou tel médecin.

Chaque unité dispose d'un médecin référent sur le plan institutionnel et la permanence médicale est assurée chaque jour de 8h30 à 18h30 pour les unités d'hospitalisation de ce pôle par au moins un psychiatre.

A l'arrivée d'un patient, les modalités d'accueil sont comparables à ce qui est décrit ci-dessus pour le pôle G01 ; le patient est systématiquement vu par le médecin présent ou par le praticien de garde en dehors des heures de jour ou le week-end.

Le suivi médical est organisé par chaque médecin selon ses disponibilités et ses contraintes. En cas d'urgence, les autres médecins peuvent prendre le relais. Théoriquement, tous les patients sont vus une fois par semaine et les prescriptions pharmaceutiques

<sup>30</sup> CATTP : centre d'activité thérapeutique à temps partiel.

systématiquement revues mais les patients dans l'unité de réhabilitation peuvent être vus de façon moins régulière.

Pour les patients en soins sans consentement, les certificats sont normalement rédigés par le médecin référent. Cependant, du fait des délais contraints, les premiers certificats de 24 h et 72 h sont souvent établis par le médecin de permanence ; ainsi les patients sont le plus souvent vus par deux médecins en début d'hospitalisation.

Sont également attachés au pôle : deux psychologues à temps plein et un à mi-temps sur le pôle et sur le CSAPAG situé en centre-ville ; deux assistantes sociales à temps plein ; quatre secrétaires médicales (deux au CH de Montéran et deux sur les CMP qui peuvent assurer les éventuels remplacements des deux « intra »).

Le pôle a développé une activité d'art-thérapie deux fois par semaine commune aux deux unités et dispose d'un poste informatique permettant l'accès à internet dans l'unité Bois de Rose. Certains patients accèdent également sur prescription ou librement aux activités mises en œuvre par le pôle intersectoriel.

Chaque unité comprend douze infirmiers de jour (un treizième à 50 % sur Bois de Rose) et deux aides-soignants qui travaillent sur un rythme 2/8, cinq infirmiers de nuit et un cadre de santé.

Cinq infirmiers de Bois de Rose peuvent intervenir à l'extérieur, le jeudi, en accompagnement d'un infirmier du CMP pour les visites à domicile plus spécifiquement pour les patients vivant en appartement communautaires avec le soutien du SAMSAH<sup>31</sup>.

L'équipe tient une réunion hebdomadaire de synthèse à Poinsettias où est évoquée la situation tant des patients hospitalisés (systématiquement des entrants et des sortants) que celles des patients suivis au CMP ou à l'hôpital de jour. Une réunion de synthèse spécifique à un patient peut être organisée si besoin ; une réunion institutionnelle est organisée tous les quinze jours à Bois de Rose.

Les patients peuvent participer aux activités au sein de l'unité (ping-pong, baby-foot, atelier peinture, etc.) ou à l'extérieur du pôle s'agissant des activités organisées par le PMI. Lorsque que le patient est en soins sans consentement, il est accompagné à ces activités par un soignant. Les infirmiers peuvent partager des activités avec les patients, tels jeu de cartes, dominos, etc.

Une attention particulière est portée aux questions d'addiction mobilisant un travail conjoint avec le CSAPA (*cf.* § 6.2.4)

### 6.3.1 Unité A Poinsettias

Il s'agit de l'unité d'accueil pour tous les patients quel que soit leur statut ; ils y restent durant la période de crise. Cette unité est toujours fermée avec, pour chaque patient, des consignes strictes : pas de sorties en raison de risque de fugue ou sorties accompagnées de soignants ou sorties pendant les heures autorisées (10h-12h et 15h-17h).

<sup>31</sup> SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

### 6.3.2 Unité B Bois de Rose

Il s'agit d'une unité de réhabilitation. Elle est ouverte, sauf à l'heure du déjeuner et après 19h. Moins occupée, elle accueille aussi des patients pour des hospitalisations séquentielles. Il apparaît que cette modalité de prise en charge, si elle est bien suivie par une partie de l'équipe soignante, est mal comprise par certains personnels soignants de l'établissement qui indiquent que de nombreuses hospitalisations, notamment le week-end et sous couvert de « programmes de soins » mis en place dans les CMP, ne sont que des hébergements sociaux pour soulagement familial sans réel soin et ce d'autant que les patients sont souvent hospitalisés le week-end à un moment où les médecins et psychologues ne sont pas disponibles et où les activités thérapeutiques sont quasi-inexistantes. Dans ce contexte, il serait nécessaire que les objectifs de soins et leurs modalités de mise en œuvre soient mieux explicités et que l'évaluation de cette stratégie thérapeutique soit partagée plus largement au sein de l'établissement.

### 6.4 Le pôle 3 de psychiatrie adulte « Nord Basse-Terre »

Le pôle G03, Nord Basse-Terre, dessert notamment les communes de Deshaies, Lamentin, ainsi que celles de Sainte-Rose et Baie-Mahault où sont implantés ses deux CMP. Ce pôle a développé une activité de neurophysiologie clinique, au bénéfice de tous les patients de l'établissement, principalement dans les indications de dépressions chimio résistantes. Si les actes d'électroconvulsivothérapie sont réalisés au bloc opératoire du CHBT, l'activité de stimulation magnétique transcrânienne réalisée depuis 2008 et celle de stimulation à courant direct depuis 2015 dans des salles dédiées situées au premier étage du bâtiment G03.

La file active du pôle a été en 2014 de 1 326 patients (dont 221 vus une seule fois). Le nombre moyen de jours d'hospitalisation par patient est de 46,5 jours et le taux d'occupation des lits de 84,8 % (cf. données d'activité au § 3.1).

Cinq praticiens hospitaliers exercent sur les six postes du pôle qui accueille également un interne de psychiatrie et un interne de médecine générale. Le pôle dispose également de deux secrétaires et d'une hôtesse d'accueil pour les activités intra-hospitalières et de trois psychologues et de deux assistantes sociales pour l'ensemble des activités du pôle. Au moins un psychiatre et un interne sont présents en permanence dans le pôle du lundi au vendredi, de 8h30 à 18h30.

Au minimum trois infirmiers et aides-soignants sont présents en même temps dans une unité (cf. 3.2.1.2). A chaque prise de service, les personnels effectuent une ronde pour s'assurer de la présence de chaque patient et s'enquérir de son état de santé.

Généralement, deux ASH sont présents en même temps dans une unité ; l'après-midi, seul un ASH est parfois en poste.

Chaque matin, une secrétaire édite un tableau récapitulatif avec le nom des patients hospitalisés, le médecin référent et le statut d'hospitalisation. Ce document est passé en revue lors de la réunion quotidienne à 9h réunissant médecins et psychologues présents, un infirmier de chaque unité et l'assistante sociale jusqu'à environ 9h45. L'ouverture de la porte de l'unité des Manguiers pour la journée est décidée à l'issue de cette réunion.

Une réunion de synthèse hebdomadaire regroupant les personnels intra et extra-hospitaliers du secteur permet d'approfondir l'approche des patients.

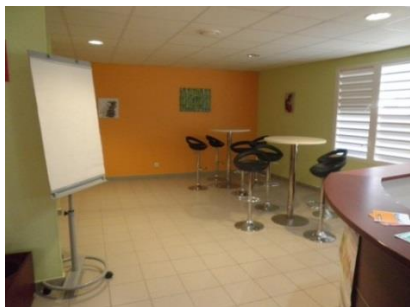


Des réunions soignants-soignés sont organisés une fois par mois en présence de médecins, d'aides-soignants, d'infirmiers, de travailleurs sociaux, d'ASH ; les patients y sont conviés mais n'ont aucune obligation de s'y rendre. La réunion de juin 2015 a réuni trois soignants et sept patients autour de sujets aussi divers que l'importance de connaître le mode d'hospitalisation des patients, la liberté d'aller et venir, l'arrivée d'un nouveau chauffe-plat, la température de l'eau des douches, etc.

Un groupe de parole se tient également de manière périodique entre professionnels et patients. Les derniers thèmes abordés étaient l'apport de l'écoute du professionnel, la vie après la fin de l'hospitalisation et les fêtes traditionnelles. Bien que prévu pour être mensuel, il semblerait qu'aucun groupe de parole ne se soit réuni entre janvier et juin 2015.

La zone de « soins intensifs » de la clinique des Amandiers était en travaux et ne pouvait recevoir aucun patient au moment de la visite. A l'unité des Manguiers, au cours du contrôle un patient a été placé à l'isolement ; inconnu des psychiatres du service, il est arrivé attaché après un traitement sédatif administré aux urgences du CHBT, et isolé pour une période d'évaluation. Au sein de cette même unité, les quelques personnes - dont les personnels estiment, durant la réunion quotidienne, qu'elles nécessitent une prise en charge en unité fermée - peuvent également être placées en zone de « soins intensifs » pour permettre aux autres patients de bénéficier de l'ouverture de l'unité. D'après les informations recueillies auprès des personnels, les chambres de la zone de « soins intensifs » ne seraient jamais utilisées pour pallier le manque de places disponibles en zone classique en cas de forte occupation : en pareille circonstance, les patients seraient orientés vers d'autres unités. Les patients (hormis les personnes détenues) conserveraient leur chambre en zone classique durant leur placement en zone de « soins intensifs ».

Grâce à la prime d'intéressement perçue par le pôle G03 au regard des économies réalisées sur le budget prévisionnel qui lui était alloué en 2012, 2013 et 2014, une salle de massage thérapeutique et une salle de sport ont été créées à la clinique des Amandiers, ainsi qu'un hall d'accueil commun aux deux unités.



*Le hall d'accueil du pôle G03*

Le hall d'accueil est ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 13h et de 14h30 à 17h30, sauf le mercredi où il n'est accessible que de 8h30 à 14h. Durant ces horaires, une personne y est présente pour accueillir et orienter les patients et les visiteurs. Lorsqu'une famille se présente et souhaite visiter un proche hospitalisé à l'unité des Manguiers, elle contacte les personnels de cette unité afin de s'assurer que la personne concernée n'est pas placée en chambre d'isolement. Des fauteuils, chaises, tables et magazines permettent aux personnes de se réunir ou de se prélasser dans ce lieu. L'installation d'un distributeur de boissons chaudes et



d'équipements stéréophoniques permettant la diffusion de musique douce serait également prévue.

Depuis quatre ans, une convention a été signée entre une association et le pôle G03 pour le lavage du linge personnel des patients qui peuvent s'acquitter des frais correspondants. Jusqu'en 2014, le tarif était calculé à la pièce ; dorénavant, il s'agit d'un forfait discuté entre l'association, l'assistante sociale et le tuteur et calculé à partir des revenus des patients. Il avoisine les 50 ou 75 euros par mois. L'association est en charge de l'ensemble de l'opération, du ramassage, lavage et repassage à la remise. Ce système impose que les vêtements du patient puissent être identifiés avec son nom ; les infirmiers l'écrivent donc au feutre indélébile sur les vêtements. Lorsque les patients n'ont pas de ressources financières ou qu'aucun de leurs proches ne se charge du nettoyage de leur linge, ils peuvent le laver au sein du pôle ; cette activité permet d'apprendre à utiliser la machine à laver et le sèche-linge et la lessive est fournie. Les patients peuvent laver leurs vêtements dans la salle d'eau de leur chambre ; un pain de savon peut leur être fourni. Généralement, les patients qui procèdent ainsi bouchent le lavabo avec une chaussette, lavent leur linge puis l'étendent sur les massifs végétaux du patio.

#### 6.4.1 Clinique des Amandiers

La clinique des Amandiers est une unité ouverte où sont hospitalisées les personnes du secteur G03 qui souffrent de troubles dépressifs ainsi que celles des autres secteurs qui nécessitent des soins de neurophysiologie clinique. Peuvent y être également accueillis des patients du secteur à l'occasion d'une réhospitalisation ou à l'issue d'un séjour à l'unité des Manguiers. Douze des quatorze patients hospitalisés étaient admis en soins psychiatriques libres ; un homme était en SPDT et une femme en SPDRE.

Les patients ne sont pas reçus en consultation avec un psychiatre selon un planning prédéfini. Les personnes qui sont hospitalisées en raison de troubles dépressifs rencontrent un psychiatre tous les jours dans le cadre du traitement qui leur est appliqué (stimulation magnétique transcrânienne ou stimulation à courant direct). Les patients chroniques sont reçus une fois tous les mois ou tous les deux mois.

Chaque patient à son arrivée est reçu en entretien par un infirmier. Il a été indiqué aux contrôleurs que, lorsqu'un patient arrive avec une ordonnance, le psychiatre contacterait le médecin traitant ou, s'il n'obtient pas de réponse, programmerait un rendez-vous avec un spécialiste. Le psychiatre demanderait également systématiquement aux patientes si elles disposent de moyens de contraception. Des préservatifs ont été commandés peu de temps avant la visite des contrôleurs après que les soignants se sont aperçus que le stock présent était périmé.

Une fois l'entretien d'arrivée réalisé, le patient est orienté vers une chambre ; les affectations en chambres individuelles sont privilégiées. Les patients aux tendances auto-agressives sont placés à proximité du bureau des infirmiers.

Chaque jour, une première ronde des infirmiers a lieu à 6h, pour saluer les patients et vérifier qu'ils vont bien. A 7h et 17h, les patients qui nécessitent une aide pour effectuer leur toilette sont assistés d'un soignant. Certains patients font la sieste entre 13h et 16h.

La porte de la clinique des Amandiers est bloquée en position ouverte de 9h à 19h sans interruption.

La salle de télévision, dotée de sièges en bois, est ouverte tout au long de la journée. Des programmes télévisuels y sont diffusés en permanence. Ils sont choisis par les patients grâce à une télécommande accessible à tous. Lors de la visite, cette salle était souvent occupée par des patients.

Les autres salles d'activités collectives ne sont ouvertes qu'à la demande ou lorsque plusieurs infirmiers ou aides-soignants sont présents dans le patio. Il en existe deux (outre la salle de sport et la salle de gymnastique mentionnées *infra*) : une première est dotée de six chaises, une table, un tableau blanc mural et deux armoires contenant quelques livres, magazines, jeux et fascicules de prévention sanitaire ; une seconde, plus spacieuse mais dont l'éclairage était hors service au moment de la visite, est équipée de deux tables, huit chaises, un équipement stéréophonique, des cahiers de chant (en créole et en français) et plusieurs instruments de musique. Aucun patient n'a été vu dans ces salles durant la visite des contrôleurs. Ils erraient plutôt dans le patio ou se déplaçaient dans le parc.



*Salles d'activités de la clinique des Amandiers*

Des équipements sont présentés comme manquants ou défectueux au sein de la clinique des Amandiers. Aucune poubelle n'est installée dans les espaces extérieurs. Le bureau des infirmiers, doté d'une paroi vitrée inamovible et dépourvu de clayettes, souffrait d'une panne de climatisation depuis deux mois au moment de la visite. Des coupures d'eau chaude dans les chambres sont parfois constatées. Des horloges n'équipent que le bureau des infirmiers, la zone de soins intensifs et le réfectoire.

La clinique des Amandiers compte une salle de sport - équipée de deux vélos d'appartement, d'un tapis de course et d'un stepper<sup>32</sup> - ainsi qu'une salle de gymnastique attenante où sont disposés des tapis de sol.

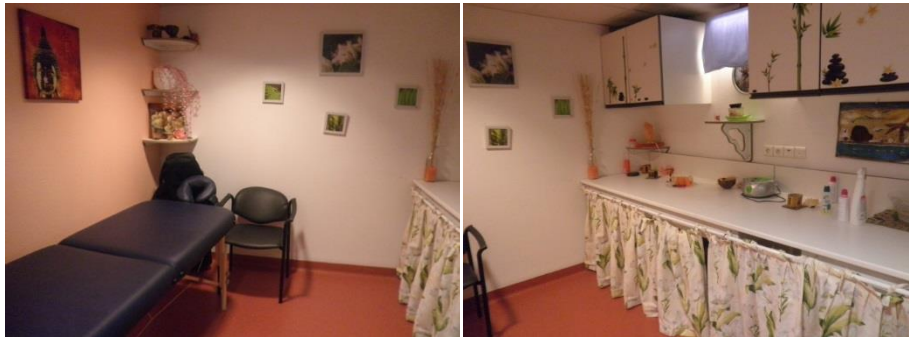


<sup>32</sup> Appareil fitness.

*La salle de sport (deux photos de gauche) et la salle de gymnastique (photo de droite)*

Ces salles ont vocation à accueillir l'ensemble des patients de l'établissement, quel que soit leur secteur de rattachement, ainsi que les personnels. Elles sont théoriquement accessibles deux fois par semaine durant deux heures, selon un programme établi par le PMI. Néanmoins, leur accès suppose l'existence d'une prescription médicale, la réalisation d'un examen somatique préalable puis la présence d'un moniteur. Or, plus aucun moniteur de sport n'intervient à l'établissement. Ces salles étaient donc inutilisées au moment de la visite.

Une difficulté identique affecte la salle de toucher-massage thérapeutique présente au sein de la clinique des Amandiers. Créée grâce à l'intéressement de l'année 2012 à destination de l'ensemble des patients de l'établissement, elle est inutilisée faute d'infirmier formé pour y pratiquer des soins. Deux infirmiers auraient néanmoins été en formation au moment de la visite. La salle est prête à l'emploi : table de massage, huiles, musique douce, diffuseur de parfum, décorations murales, etc. y sont installés.



*La salle de toucher-massage thérapeutique*

Un tableau retraçant les horaires des activités hebdomadaires de chaque patient est affiché dans le bureau des infirmiers ; néanmoins, il a été indiqué aux contrôleurs que la plupart des patients, stabilisés, se dirigeaient d'eux-mêmes vers les lieux d'activités aux horaires convenus.

Des affiches d'information sont installées sur les vitres du bureau des infirmiers avec les mêmes informations que dans les autres unités et de manière plus spécifique l'organigramme du secteur avec le nom des professionnels, un calendrier mensuel où sont cochés au fur et à mesure les jours passés.

#### **6.4.2 Unité des Manguiers**

L'unité des Manguiers est l'unité d'accueil du pôle G03. Quinze personnes y sont hospitalisées au moment du contrôle, dont quatre admises en soins libres, neuf en SPDT et deux en SPDRE. Il est décidé chaque matin si la porte de l'unité sera laissée ouverte ou fermée.

Les personnes hospitalisées à l'unité des Manguiers sont reçues en consultation par le psychiatre deux ou trois fois par semaine. Chaque infirmier devient l'infirmier référent des patients qu'il est amené à accueillir.

Comme dans les autres unités, aucun règlement intérieur, tant de l'hôpital que de l'unité, n'est affiché, disponible dans l'unité ou remis au patient lors de son arrivée.

Il apparaît que la notification des droits pour les personnes hospitalisées sous contrainte n'est effectuée que par oral par le médecin lors de l'arrivée du patient. Aucun document n'est remis au patient ni soumis à sa signature (cf. § 4.3.3). Les contrôleurs ont demandé à voir deux dossiers de patients hospitalisés sans consentement au sein de l'unité des Manguiers ; ils ne comportaient aucun document administratif relatif à la mesure de placement.

Outre le patio central de l'unité, les patients disposent de deux salles de loisirs en guise de lieux d'activités : l'une comportant un téléviseur allumé en permanence en journée mais sans accès libre au choix des chaînes et l'autre disposant d'un baby-foot.

## 6.5 Le pôle de pédopsychiatrie

Le pôle de pédopsychiatrie doit répondre aux besoins de la population de la Basse-Terre et des Saintes. Il dispose de trois CMP, de deux structures d'hospitalisation de jour dont une pour les 4-12 ans sur le site hospitalier et une intersectorielle à Baie-Mahault. Il gère également une unité d'hospitalisation à temps complet de cinq lits avec une place d'hospitalisation de nuit, l'UDSI<sup>33</sup>, qui n'est pas sectorisée et doit répondre à l'ensemble des besoins d'hospitalisation complète de la Guadeloupe ; cette unité accueille également trois places d'hospitalisation de jour.

Vingt-quatre enfants ont été hospitalisés en 2014. Au moment du contrôle six patients de 9 à 15 ans, dont une seule fille, étaient en hospitalisation complète dont trois hospitalisés dans le cadre d'une OPP. L'un de ces derniers, âgé de 15 ans, venait d'être admis également en SPDRE et, suite à des troubles majeurs d'agressivité, était « hébergé » le temps de l'évaluation initiale dans une unité de psychiatrie générale en chambre d'isolement, avec un suivi médical assuré par le pôle de pédopsychiatrie ; il bénéficiait de la présence d'un éducateur au moment du repas de midi et du passage d'une infirmière de pédopsychiatrie. L'hospitalisation la plus ancienne concernait un enfant hospitalisé depuis mai 2012. Un enfant était inscrit dans une prise en charge conjointe avec un institut médico-éducatif qui accueille trois jours par semaine l'enfant, qui reste en hospitalisation de nuit. Enfin trois enfants en hospitalisation de jour rejoignent cette unité entre 8h et 16h.

L'équipe médicale du pôle est composée de 2,5 ETP de praticiens et assure la responsabilité médicale du centre ressources autisme ; un des praticiens exerce sur son autre mi-temps au CAMSP<sup>34</sup> de l'hôpital.

Le fonctionnement de l'équipe paramédicale semble marqué par une certaine flexibilité en fonction des besoins. Le personnel soignant présent est au minimum de deux agents (infirmier et aide-soignant) avec un ASH. Au moment du contrôle deux infirmiers et un aide-soignant étaient présents depuis 6h et un troisième infirmier est arrivé à 9h. Sur les trois infirmiers présents, deux étaient théoriquement en RTT et ont été rappelés pour permettre d'assurer l'accompagnement dans les activités des enfants.

<sup>33</sup> UDSI : unité de diagnostic et de soins intensifs.

<sup>34</sup> CAMSP : centre d'action médico-sociale précoce.

Différentes activités sont proposées à l'UDSI sur une base de douze heures hebdomadaires : expression scénique et corporelle, poterie, art-thérapie, sport dans l'enceinte de l'unité ou sur le terrain de sport de l'hôpital.

Aucune activité scolaire n'est organisée depuis septembre 2014 du fait de l'absence en congé maladie de l'enseignant ; alors que les jeunes hospitalisés sont encore soumis à l'obligation scolaire. Un jeune scolarisé en 4<sup>ème</sup> complétait un cahier de devoirs de vacances apporté par un soignant.

Des difficultés spécifiques ont été rencontrées dans un passé récent pour assurer le projet de soins et, plus largement, garantir le projet de vie de jeunes relevant de l'ASE<sup>35</sup> dont l'hospitalisation a dû être prolongée sans nécessité médicale, en l'absence de réponse éducative.

Les bâtiments d'hospitalisation du pôle infanto-juvénile sont relativement spacieux mais vétustes et dégradés. Des travaux de réhabilitation sont prévus d'ici la fin de l'année 2015.

Un bâtiment est rectangulaire, implanté sur un terrain d'environ 1 500 m<sup>2</sup> fermé par un grillage. Au centre de ce bâtiment se trouve un grand hall d'entrée qui sert également de lieu d'activités. De chaque côté, les autres locaux de l'unité se répartissent le long d'un couloir central.

Une pièce informatique avec deux ordinateurs et accès à internet, accessible directement depuis le hall, est fréquentée par les jeunes.

Le couloir de gauche dessert une salle d'activités avec les sanitaires attenants, la lingerie et la buanderie, les vestiaires du personnel et l'espace cuisine avec la salle à manger.

Celui de droite dessert : une salle Snoezelen<sup>36</sup> principalement utilisée par l'hôpital de jour contigu, une salle d'activité, cinq chambres, des sanitaires, une salle de soins, le bureau infirmier et une chambre d'isolement qui lui est contiguë. Le couloir de gauche dessert une autre salle d'activité avec des sanitaires attenants, une salle de réunion, la lingerie et la buanderie ainsi que les vestiaires des personnels. L'accès à l'extérieur est libre devant l'unité ; il est accompagné côté « petit jardin », à l'arrière du bâtiment.

---

<sup>35</sup> ASE : aide sociale à l'enfance.

<sup>36</sup> Démarche d'accompagnement multisensoriel des personnes fragilisées.





*Le hall du service de pédopsychiatrie (à droite : vue sur le couloir desservant les chambres)*

Neufs lits sont répartis dans quatre chambres pour accueillir également les enfants en hospitalisation de jour dans l'unité (deux chambres avec trois lits et trois chambres individuelles). Le mobilier des chambres est assez détérioré : plusieurs tables de nuit sont cassées ou manquantes, des placards ne ferment pas ou leurs portes ont disparu, un lit est dépourvu de matelas et plusieurs matelas sont sans drap. Dans deux chambres, les stores sont cassés. Les dalles de plafond sont en parties soulevées dans une chambre, certaines chambres ne sont pas climatisées mais bénéficient d'une aération par les fenêtres à persiennes. Aucune ne dispose de lumière de chevet mais d'un éclairage central avec des néons au plafond. Aucune chambre ne dispose de système d'appel.



*Chambre à trois lits avec volet roulant fermé et placards dont deux sans porte*



*Chambres et placard dans le service de pédopsychiatrie*





*Chambre individuelle avec table de nuit détériorée et placard avec porte manquante*

La chambre d'isolement d'une surface de 11 m<sup>2</sup> est climatisée. Elle dispose d'un matelas retourné directement sur le sol carrelé. Elle n'a pas été nettoyée et un cafard mort est visible au moment du passage du contrôleur entre le matelas et le mur. La surveillance visuelle peut se faire à travers le fenestron directement depuis le bureau infirmier ou par celui de la porte du couloir qui est doublement fermée avec une serrure et un verrou.

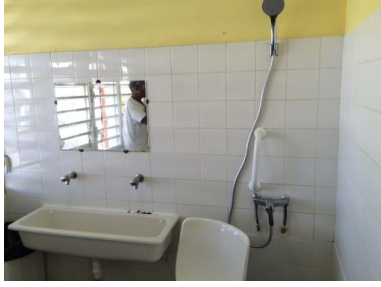
Aucun registre n'est tenu pour garantir une traçabilité des placements en chambre d'isolement ; le dernier placement a concerné un enfant de 8 ans pendant 1 heure le vendredi précédant le contrôle.



*Chambre d'isolement, sa porte sur le couloir et le fenestron permettant la surveillance depuis le bureau infirmier*

Deux blocs sanitaires identiques sont équipés de deux WC (dont un fuit), deux douches alimentées en eau chaude (dont l'une a le flexible cassé) et deux lavabos collectifs avec chacun deux robinets poussoirs d'eau froide. Si l'accès à la douche est prévu de 7h à 8h et de 17h à 18h, il reste libre dans la journée.

La salle d'activités est dotée d'un baby-foot, d'un trampoline à déplacer à l'extérieur, d'une console de jeux Wii, de jeux de société, de quelques livres posés sur la table et de deux fauteuils. Les enfants qui y accèdent sont toujours accompagnés. Des vélos sont également disponibles dans l'unité.



Bloc sanitaire



WC



Salle d'activités

L'espace extérieur devant l'unité est accessible librement pour les patients, le jardin à l'arrière du bâtiment n'est accessible qu'accompagné.

## 6.6 L'hospitalisation des personnes détenues

Les patients détenus (treize en 2014 sur l'ensemble du centre hospitalier) sont maintenus, quel que soit le pôle et pendant toute leur prise en charge, en zone d'isolement ; Cette pratique ne se justifie pas médicalement car leur état clinique ne correspond pas toujours à une indication d'isolement (un médecin a d'ailleurs précisé qu'un détenu suicidaire devait être mis à l'isolement pour éviter tout passage à l'acte alors même qu'en règle générale il avait précédemment indiqué choisir de mettre les personnes suicidaires dans une chambre à deux lits). De plus, cela ne leur permet pas de bénéficier des activités thérapeutiques que leur état requiert. Cette situation conduit enfin à leur réserver des conditions de séjour plus sévères que celle de la détention dans la mesure où ils ne disposent ni de poste de télévision, ni de cigarettes, ni même de promenade quand bien même celle-ci est importante en termes de santé. Le cas échéant, certains peuvent être autorisés à fumer dans le sas commun si le médecin en donne l'autorisation. Certains personnels indiquent à ce sujet que les « conditions d'hospitalisation qui leur sont réservées sont un peu rudes ». Certains médecins évoquent certes leur responsabilité et celle de l'hôpital d'éviter une fugue mais aussi la volonté délibérée de « décourager les détenus » de demander à être hospitalisés et donc d'« éviter tout bénéfice secondaire » lors de cette hospitalisation.

Une patiente, hospitalisée en vertu de l'article D. 398 du code de procédure pénale, s'est suicidée en juillet 2014 au retour d'une audience, en chambre d'isolement, ce qui a marqué l'équipe concernée sans pour autant que les modalités d'accompagnement de ces patients ne soient réinterrogées.

Ce systématisme dans l'utilisation de l'isolement du patient détenu reflète en partie une conviction de dangerosité à laquelle les professionnels hospitaliers, inconsciemment confortés dans la représentation collective de l'image d'un détenu, n'opposent aucune analyse rationnelle et une « politique du parapluie » au détriment d'une responsabilité assumée dans une dynamique de soins.

Pour les audiences JLD, les patients détenus peuvent comparaître accompagnés par deux infirmiers, sauf certificat médical d'inaptitude. Lorsqu'il existe un risque d'évasion, le JLD peut se rendre dans l'unité pour entendre le patient (cf. § 4.7.3).

Un travail a été initié sur le sujet des droits des patients détenus dans un des secteurs avec une évaluation des pratiques au regard d'une grille préalablement rédigée (promenade,

téléphone, visites) témoignant de difficultés dans la mise en œuvre des recommandations. Au moment du contrôle, ce travail n'avait pas totalement abouti et n'avait pas été diffusé dans les autres services qui ne semblaient pas particulièrement attentifs à la démarche.

## 7- LE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

### 7.1 La procédure d'isolement

Le protocole relatif à la mise en chambre d'isolement date de 2000 et a été validé par la CME en avril 2003. Il reprend pour l'essentiel les indications et contre-indications énoncées dans le référentiel de l'ANAES<sup>37</sup>, ainsi que la prescription médicale écrite et signée. Il prévoit notamment d'informer les proches du patient, de fouiller systématiquement le patient pour lui retirer les objets dangereux ou un briquet et de le mettre en pyjama sans cordon.

Ce protocole était en cours de révision et le document provisoire (daté du 8 juin 2015) a été remis aux contrôleurs ; il reste principalement basé sur le même référentiel de l'ANAES - devenue depuis la Haute autorité de santé -, mais se réfère également à la résolution 46/119, adoptée par l'assemblée générale de l'ONU le 17 décembre 1991, qui traite de la protection des personnes atteintes de maladie mentale et de l'amélioration des soins de santé mentale. L'actualisation porte principalement sur la prescription dans le dossier patient informatisé ; elle est plus explicite sur le contenu de la surveillance infirmière, indique la remise d'un pyjama jetable et prévoit qu'en cas d'urgence la décision d'isolement peut être exceptionnellement prise par l'équipe infirmière (auparavant, il était indiqué le cadre de l'unité ou de permanence) avec l'information immédiate du médecin qui la confirmera ou pas, dans les meilleurs délais.

Le protocole prévoit la réservation du lit du patient dans l'unité sur le logiciel hospitalier et le nettoyage de la chambre d'isolement deux fois par jour sous la responsabilité d'un infirmier.

Un audit des pratiques était prévu en matière d'isolement comme de contention.

### 7.2 La procédure de contention

Le protocole de contention n'est pas daté. Il ne concerne que la contention mécanique et précise explicitement que la contention représente une atteinte aux libertés individuelles fondamentales. Il affirme que la contention est un acte thérapeutique avec comme indications deux indications similaires à l'isolement : la prévention d'une violence imminente d'un patient envers lui-même ou envers autrui ou la prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose des soins. Dans les deux cas, il précise que la contention n'intervient que quand les autres moyens disponibles ne sont plus efficaces, ne sont plus suffisants ou ne sont plus appropriés.

<sup>37</sup> Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie - Juin 1998.

Il indique qu'elle est inscrite dans une perspective de soins intensifs, prévoit une prescription médicale, une surveillance infirmière toutes les 30 minutes, la surveillance médicale étant prévue dans les trois heures suivant la prescription puis toutes les six heures.

En cas d'urgence, une décision peut être prise par un cadre de santé ; le médecin devant confirmer ou infirmer la mesure dans l'heure. Il prévoit que « ce soin nécessite un accompagnement infirmier par le relationnel et une mise en mots suffisamment contenante ». Le patient doit être dans une chambre seule avec une prescription de mise en chambre d'isolement et un traitement adapté doit être donné.

Il ne prévoit pas que le médecin somaticien examine de façon systématique les patients concernés à la recherche notamment d'une éventuelle contre-indication, mais prévoit une mobilisation active ou passive biquotidienne pour la prévention du risque embolique.

### 7.3 Le recours à l'isolement

Comme cela a été évoqué *supra*, chaque unité d'hospitalisation dispose de quatre chambres dans la zone fermée dite de « soins intensifs », dont deux sont dites d'isolement et deux dites de contention. Les deux chambres d'isolement comprennent un lit simple scellé au sol, une salle d'eau ouverte sur la chambre, avec lavabo, WC sans abattant et douche. Un sas ouvrant d'un côté sur le couloir de circulation de l'unité, de l'autre sur la chambre et la salle d'eau par deux portes, permet la surveillance par des oculus et une intervention en cas d'urgence. Les patients ne disposent pas de système d'appel fonctionnel. Aucun téléviseur n'est installé. Les deux chambres dites de contention, sont très similaires, intercalées entre les deux chambres d'isolement, mais ne disposent pas de double sas.

Ces chambres sont séparées du sas-patio commun par une paroi vitrée. Ainsi, toute personne accédant à ce sas (les soignants et les autres patients isolés) a la vue sur l'intégralité de la chambre (et des sanitaires qui ne disposent pas de portes dans les deux chambres dites de contention), supprimant toute intimité à la personne isolée.

Si les huit chambres du pôle G01 ont été rénovées récemment, les quatre chambres de l'unité Amandiers étaient en cours de réhabilitation et non utilisables au moment du contrôle. La dégradation de ces locaux reste problématique même après les travaux de réhabilitation.

Le recours à l'isolement se fait principalement selon quatre modalités :

- isolement strict permanent ;
- accès au sas d'isolement ;
- accès aux locaux communs de l'unité et notamment au réfectoire ;
- isolement uniquement la nuit.

Certains patients peuvent être placés temporairement dans une de ces chambres avec un accès au sas de la zone pendant que les portes de l'unité de soins sont ouvertes.

L'isolement se fait sur prescription médicale informatisée et quelques patients font l'objet d'une prescription « si besoin » ce que ne prévoit pas le protocole. Selon les pôles, les pratiques sont variables quant au fait que le patient puisse ou non garder ces vêtements personnels (en dehors de ceux présentant un risque suicidaire) ; le plus souvent un isolement sans sortie dans l'unité n'est pas compatible avec le fait de recevoir des visites.

Il n'y a pas de traçabilité globale du recours à la chambre d'isolement dans l'établissement et, si les infirmiers indiquent compléter le logiciel Cariatides, les informations ne sont de toute évidence pas exhaustives au DIM.

Il y aurait eu, au cours du premier quadrimestre 2015, au minimum 331 jours d'isolement pour 67 patients concernés dont deux au pôle infanto-juvénile, mais ces chiffres ne reflètent que partiellement la réalité. Sur l'ensemble de l'année 2015, 920 journées d'isolement thérapeutique sont repérées par le DIM concernant 139 patients, dont 80 % sont des hommes. Au total, c'est 20 % des 688 patients hospitalisés en 2015 qui ont été placés au moins une fois en isolement. Pour autant, aucun travail collectif n'est mené par la communauté médicale pour analyser les pratiques à partir des situations concrètes et réduire le recours à l'isolement.

Il n'y a pas, selon les recommandations de la HAS, d'évaluation systématique du rapport bénéfice-risque au regard de l'importance de l'atteinte à la liberté inaliénable d'aller et venir et des placements à l'isolement sont systématiques pour les patients détenus hospitalisés en vertu de l'article D.398 du code de procédure pénale comme pour certains patients hospitalisés sans leur consentement et inconnus à leur arrivée dans le service.

La prescription, qui devrait être quotidienne selon le protocole, ne l'est pas systématiquement ; à titre d'exemple, un patient placé en chambre d'isolement au moment du contrôle avait eu une prescription pour cela les 17, 21, 22, 23 et 25 mai, cette dernière prescrivant l'isolement jusqu'au 31 mai ; puis le 1<sup>er</sup>, le 6 et le 11 juin.

Pendant la période d'isolement, le protocole prévoit de maintenir sa chambre à la disposition du patient. Cependant, en cas d'admissions sans chambre libre ou encore afin de permettre des accueils en hospitalisation programmée lors de fin de semaine, dans le cadre par exemple de programmes de soins, les consignes données au personnel de soins est de « libérer » la chambre de la personne placée en isolement dont les effets personnels sont alors entreposés par les soignants dans la bagagerie. De même si, pour des raisons de disponibilité de chambre d'isolement, un patient est transféré dans une autre unité pour être en chambre d'isolement, sa chambre dans l'unité d'origine ne sera pas, le plus souvent, conservée alors que l'unité concernée doit pourtant théoriquement « réintégrer » le patient à la fin de son isolement.



*Chambre dite d'isolement*



*Salle d'eau chambre contention*



*Patient prenant son repas en chambre d'isolement assis par terre, le plateau sur le lit en présence d'un infirmier*

Les chambres d'isolement ne disposent ni de table ni de chaise et les patients sont contraints de manger sur leur lit voire assis par terre en utilisant le lit comme table (cf. photo ci-dessus).

#### **7.4 Le recours à la contention**

Chaque pôle dispose donc, dans la zone dite de « soins intensifs », de deux chambres dites de contention (cf. ci-dessus).

De l'avis unanime de tous les soignants rencontrés, le recours à la contention est rare. Elle est clairement associée à la nécessité d'une surveillance accrue des infirmiers (toutes les 15 à 30 minutes) – porte ouverte ou fermée selon les unités et surtout selon les prescriptions médicales – et fait l'objet d'une évaluation par le médecin une à deux fois par jour. Ces mesures seraient toujours tracées dans le dossier patient sur Cariatides.

Il a été rapporté des propos divers sur la durée de la mesure de quelques heures à 24 ou 48 heures maximum ; lorsque les sangles sont retirées, le patient est en général maintenu en chambre de contention jusqu'à stabilisation.



Il n'existe pas de registre spécifique permettant aux contrôleurs d'obtenir des éléments chiffrés précis et l'inscription dans le dossier ne permet pas une traçabilité globale. Toutefois, selon les informations recueillies auprès des infirmiers, la dernière contention remonte :

- au pôle G02, au 6 juin 2015 pour l'unité Poinsettias (du 6 juin à 17h30 au 7 juin à 20h30 soit durant 27 heures) et au 9 juin pour l'unité Bois de Rose (contention de quelques heures – levée avant la tombée de la nuit – d'un jeune homme de 15 ans initialement placé à l'isolement en secteur majeurs) ;
- au pôle G03, à six mois pour la clinique des Amandiers et à cinq à six semaines pour l'unité des Manguiers, précision étant faite qu'à la date du contrôle les chambres de soins intensifs de la clinique des Amandiers étaient en travaux et qu'une des deux chambres de contention de l'unité des Manguiers était hors d'usage ;
- les équipes de soins des unités Mahogany et Acajou du pôle G01, qui indiquent que son recours est rarissime, n'ont pu donner de date, même approximative, de la dernière contention.

Le nombre de contentions varierait de trois à dix par an selon les unités.