



---

**Rapport de visite :**  
**Centre hospitalier de**  
**Mamoudzou**

(Mayotte)

Du 15 au 18 juin 2016 - 2e visite

---

## SYNTHESE

Le centre hospitalier de Mamoudzou est le seul établissement hospitalier de l'île de Mayotte ; le contrôle a concerné d'une part les chambres sécurisées où sont hospitalisées les personnes détenues au centre pénitentiaire de Majicavo et d'autre part le service de psychiatrie.

Le service de psychiatrie doit répondre aux besoins, tant en psychiatrie générale qu'en pédopsychiatrie. Il est en difficulté pour répondre de façon satisfaisante aux missions qui sont les siennes, pour des raisons diverses notamment liées à des moyens insuffisants.

La capacité d'hospitalisation a été portée à dix lits en mai 2010 ; elle reste très nettement insuffisante au regard des besoins ; son fonctionnement est pensé comme celui d'une unité de crise et impose une pratique médicale de durées de séjour courtes avec parfois des sorties précoces de patients encore très symptomatiques.

L'hôpital connaît un *turn over* important des professionnels, par ailleurs souvent jeunes et inexpérimentés en psychiatrie ; la présence d'un seul service de cette discipline n'offre que peu de possibilité de solliciter du renfort soignant en cas de difficulté.

**Les locaux ont été aménagés dans une logique sécuritaire et sont en permanence fermés.** Les fenêtres, y compris celles donnant dans la cour intérieure, sont barreaudées. Malgré une restructuration récente, leur exigüité et leur saleté les rendent peu agréables à vivre au quotidien pour les patients.

En dépit de cette situation de sous-équipement, l'équipe médicale a la volonté de répondre aux besoins et donc de construire et de développer une organisation de soins adaptées aux particularités de la situation mahoraise ; en effet l'île se trouve dans un contexte géo-socio-politique très particulier, avec notamment une densité importante de la population et une très forte précarité.

Le contrôle a constaté la bonne volonté et le dynamisme de l'équipe pour faire face aux défis auxquels elle est confrontée et la réalité d'une présence médicale effective auprès des patients hospitalisés.

La tenue du registre de la loi est très variable selon les périodes observées ; elle nécessite plus de rigueur et un accompagnement spécifique de la personne qui en a la charge. **La commission départementale des soins psychiatriques n'a pas été mise en place.**

Malgré une qualité de l'information des patients difficile à apprécier dans une société orale, et où, de plus, le français n'est pas maîtrisé par tous les patients, **l'ensemble du personnel doit être sensibilisé sur les enjeux en matière de droits des patients et notamment en soins sans consentement.**

Des améliorations immédiates sont à apporter dans les conditions d'hospitalisation des patients, tant dans la propreté et la maintenance des locaux que dans l'attention aux droits à l'information des patients compte tenu de la situation actuelle avec par exemple, un livret d'accueil muet sur la psychiatrie et l'absence d'information sur les soins sans consentement ou sur la désignation d'une personne de confiance.

**Les pratiques d'isolement ne sont pas respectueuses des patients et la vidéosurveillance doit être proscrite. Elles n'offrent pas, actuellement, toutes les garanties requises en termes de sécurité et de surveillance soignante.**

## OBSERVATIONS

### LES MESURES SUIVANTES DEVRAIENT ETRE MISES EN ŒUVRE

- 1. RECOMMANDATION ..... 17**  
 La traçabilité de l'occupation des chambres sécurisées par des patients détenus doit être assurée.
- 2. RECOMMANDATION ..... 18**  
 Les données d'activités devraient faire l'objet d'un recueil fiable et être consolidées en lien avec le département d'information médicale (DIM) afin de renforcer la capacité d'analyser les pratiques en particulier dans le suivi des patients admis en soins sans consentement.
- 3. RECOMMANDATION ..... 19**  
 Les personnes qui ne relèvent plus d'une prise en charge en UMD doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge de proximité.  
 Il conviendrait que le ministère de la santé mette en place un dispositif de régulation et de soutien qui permette de résoudre les difficultés auxquelles sont confrontées les équipes d'outre-mer dans l'organisation des transferts, en vue d'une prise en charge en UMD et en sortie d'UMD.
- 4. RECOMMANDATION ..... 20**  
 Le personnel de l'équipe de sécurité incendie, qui est amené à intervenir en cas de besoin la nuit sur le service de psychiatrie, doit recevoir une formation adaptée à l'intervention auprès du public accueilli.
- 5. RECOMMANDATION ..... 22**  
 Le protocole relatif à la prise en charge d'un patient détenu au centre hospitalier de Mayotte doit être revu afin notamment que soit mieux précisées les conditions de respect de la confidentialité des soins et du secret médical. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté rappelle les termes de son avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues dans les établissements de santé.
- 6. RECOMMANDATION : ..... 23**  
 La chambre sécurisée doit être équipée d'un dispositif occultant afin de préserver l'intimité d'un patient soumis à une surveillance policière.
- 7. RECOMMANDATION ..... 23**  
 Le système d'appel doit être laissé à la portée de la personne détenue hospitalisée, comme pour tout autre patient, dans des conditions garantissant sa sécurité.
- 8. RECOMMANDATION ..... 23**  
 Le livret d'accueil de l'établissement doit être remis aux patients détenus et enrichi d'une notice regroupant les informations spécifiques à leur situation.

**9. RECOMMANDATION ..... 24**

La personne détenue hospitalisée doit pouvoir recevoir ses proches titulaires d'un permis de visite pendant son hospitalisation, selon des modalités à préciser en lien avec l'administration pénitentiaire, comme cela est théoriquement prévu dans le protocole hospitalier.

**10. RECOMMANDATION ..... 25**

Une réflexion doit être conduite conjointement par les acteurs hospitaliers, les acteurs pénitentiaires de la prison de Majicavo et les forces de l'ordre pour adapter, dans les plus brefs délais, les mesures de contrainte (utilisation des entraves et des menottes) à la situation de chaque personne détenue, lors des situations d'extractions médicales ou de mouvement au cours de leur hospitalisation.

Sauf situation exceptionnelle dûment motivée l'escorte ne doit être ni à portée de vue ni à portée d'oreille pendant les temps de consultation ou d'examen afin de garantir le secret médical et l'intimité des personnes. Ces situations doivent faire l'objet d'une traçabilité.

**11. RECOMMANDATION ..... 28**

La notification des droits aux patients doit s'effectuer de sorte que ces derniers puissent en comprendre les principes fondamentaux, ainsi que les voies de recours. Pour ce faire le document utilisé pourrait utilement être disponible en plusieurs langues.

**12. RECOMMANDATION ..... 29**

Une sensibilisation, des professionnels comme des patients, à la désignation d'une personne de confiance et ses enjeux en termes de droits des patients, serait opportune.

**13. RECOMMANDATION ..... 30**

Le livret d'accueil de l'établissement doit être enrichi de fiches d'information expliquant, en termes simples, les différents types d'admissions en soins sans consentement et les voies de recours offertes aux patients ainsi que les coordonnées des autorités compétentes.

Ce livret d'accueil ainsi que le document précisant les règles de vie dans l'unité de soins psychiatriques doivent être remis aux patients hospitalisés en psychiatrie.

**14. RECOMMANDATIONS : ..... 34**

Les registres de SDT et SDRE doivent être remplis avec rigueur et permettre la vérification immédiate des décisions administratives et judiciaires concernant les personnes hospitalisées en soins sans consentement.

Le personnel administratif et infirmier en charge du traitement administratif de l'hospitalisation de ces personnes et des relations avec le JLD doit recevoir une formation afin que les enjeux des démarches qu'il réalise, en termes de droits des patients, soient bien appréhendés.

**15. RECOMMANDATION ..... 35**

Il convient de mettre en place la commission départementale des soins psychiatriques selon la législation en vigueur, le cas échéant en faisant appel à des personnes d'un autre département, à défaut d'une adaptation de la réglementation au regard des particularités de Mayotte.

**16. RECOMMANDATION ..... 37**

L'information relative à une éventuelle protection juridique des personnes majeures doit figurer dans le dossier comme dans le registre de la loi et être communiquée au JLD.

**17. RECOMMANDATION ..... 38**

La fermeture systématique du bâtiment de psychiatrie doit être interrogée, ainsi que son application systématique à tous les patients hospitalisés quelle que soit leur situation clinique.

**18. RECOMMANDATION ..... 42**

Les travaux de maintenance nécessaires doivent être signalés, réalisés et suivis avec plus de rigueur. L'entretien et le ménage quotidien des locaux laissent vraiment à désirer et doivent impérativement être assurés de façon plus rigoureuse. La lutte antivectorielle doit être renforcée.

**19. RECOMMANDATION ..... 44**

Il n'est pas conforme au respect de la dignité des patients qu'ils soient tenus enfermés à l'intérieur des locaux d'hospitalisation de 13h à 14h alors que le personnel soignant est à l'extérieur dans la cour.

**20. RECOMMANDATION ..... 46**

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.

Il convient de mettre fin aux situations de sevrage tabagique « sauvage », sans prise en compte du consentement des personnes et sans une prise en charge individualisée de l'accompagnement soignant de ce sevrage.

L'hôpital doit veiller à promouvoir le respect de la loi en matière de consommation du tabac et les soignants ne devraient pas fumer devant les patients.

L'établissement doit renforcer les compétences des soignants en addictologie.

**21. RECOMMANDATION ..... 48**

Le dispositif de vidéosurveillance en chambre d'isolement porte atteinte à la dignité et à l'intimité du patient ; il doit être proscrit.

**22. RECOMMANDATION ..... 48**

Les conditions dans lesquelles les mesures d'isolement ou de contention sont réalisées, dans le service de psychiatrie comme dans le service des urgences, doivent être revues dans les plus brefs délais ; il est nécessaire d'une part que, la surveillance des paramètres vitaux et l'assistance pour la satisfaction des besoins élémentaires du patient soient effectives et tracées dans le dossier du patient et d'autre part que, la réponse soignante soit adaptée à la situation clinique des patients et garantisse sa sécurité.

**23. RECOMMANDATION ..... 49**

Le registre prévu par la loi (article L3222-5-1 du code de santé publique) doit effectivement être mis en place et renseigné pour toute mesure d'isolement ou de contention mise en œuvre, quel que soit le lieu de prise en charge de la personne concernée aux urgences ou dans l'unité de psychiatrie.

## SOMMAIRE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>SYNTHESE</b> .....   | <b>2</b>  |
| <b>OBSERVATIONS</b> .....   | <b>3</b>  |
| <b>RAPPORT</b> .....  | <b>8</b>  |
| <b>1. LES CONDITIONS DE LA VISITE</b> .....   | <b>9</b>  |
| <b>2. MAYOTTE, UN DEPARTEMENT FRANÇAIS PARTICULIER</b> .....  | <b>10</b> |
| <b>3. ELEMENTS SIGNALES LORS DE LA PREMIERE VISITE EN MAI 2009</b> .....  | <b>12</b> |
| 3.1 LES OBSERVATIONS DU CONTROLE DE 2009.....   | 12        |
| 3.2 LA REPONSE DU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT.....   | 12        |
| 3.3 LA REPONSE DE LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES .....  | 12        |
| <b>4. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT</b> .....  | <b>13</b> |
| 4.1 LE CENTRE HOSPITALIER, SEUL ETABLISSEMENT DE L'ILE, RESTE SOUSDIMENSIONNE POUR REpondre<br>AUX BESOINS EN PARTICULIER EN PSYCHIATRIE .....                    | 13        |
| 4.2 LE PERSONNEL : DES PROBLEMES D'ATTRACTIVITE ET UN FORT TAUX DE TURN-OVER.....   | 14        |
| 4.2.1 Il n'y a pas de personnel spécifique pour l'accueil des personnes détenues .....  | 15        |
| 4.2.2 L'équipe soignante en psychiatrie est concernée par le <i>turnover</i> .....  | 15        |
| 4.3 LE BUDGET Temoigne de l'évolution de l'hôpital et de ses besoins de soutien.....  | 16        |
| 4.4 L'ACTIVITE RELATIVE AUX PERSONNES PRIVEES DE LIBERTE EST QUANTITATIVEMENT TRES MARGINALE  | 16        |
| 4.4.1 L'activité des chambres sécurisées pour les personnes détenues .....  | 17        |
| 4.4.2 L'activité de psychiatrie.....  | 17        |
| 4.5 LA SECURITE SUR LE SITE HOSPITALIER EST UNE PREOCCUPATION MAJEURE DU PERSONNEL.....   | 19        |
| <b>5. LES CHAMBRES SECURISEES ET LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE DES PERSONNES<br/>DETENUES</b> .....   | <b>21</b> |
| 5.1 LE CIRCUIT D'ARRIVEE DE LA PERSONNE DETENUE VISE A GARANTIR LA CONFIDENTIALITE DE SON<br>HOSPITALISATION .....  | 22        |
| 5.2 LES CHAMBRES SECURISEES NE GARANTISSENT PAS L'INTIMITE DU PATIENT .....   | 22        |
| 5.2.1 La chambre du service de médecine interne .....   | 22        |
| 5.2.2 La chambre du service de chirurgie.....   | 24        |
| 5.2.3 Les deux chambres des urgences.....   | 24        |
| 5.3 LES CONSULTATIONS SE DERoulENT TROP SOUVENT EN PRESENCE D'UNE ESCORTE.....  | 25        |
| <b>6. LE SERVICE D'HOSPITALISATION DE PSYCHIATRIE ET LA PRISE EN CHARGE DES<br/>PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT</b> .....                                     | <b>26</b> |
| 6.1 UN SEUL SERVICE POUR LE DEPARTEMENT, A LA FOIS DE PSYCHIATRIE GENERALE ET DE<br>PEDOPSYCHIATRIE, DYNAMIQUE MAIS EN DIFFICULTE POUR REpondre AUX BESOINS ..... | 26        |
| 6.2 UNE ARRIVEE DES PATIENTS, MAJORITAIREMENT EN PROVENANCE DES URGENCES.....   | 27        |
| 6.3 UNE NOTIFICATION DE LA DECISION D'ADMISSION, DES VOIES DE RECOURS ET DES DROITS DES PATIENTS<br>MAL MAITRISEE PAR LES PROFESSIONNELS .....                    | 27        |
| 6.3.1 La notification de la décision d'admission.....   | 27        |
| 6.3.2 Le recueil des observations des patients .....  | 28        |
| 6.3.3 La désignation d'une personne de confiance.....   | 28        |
| 6.3.4 La confidentialité sur l'hospitalisation .....  | 29        |
| 6.3.5 L'information des patients avec le livret d'accueil .....   | 29        |
| 6.3.6 Le règlement intérieur .....  | 30        |

|           |   |           |
|-----------|---|-----------|
| 6.4       | LA PREPARATION DE LA SORTIE EST UNE PREOCCUPATION DES SOIGNANTS DES L'ADMISSION .....   | 30        |
| 6.5       | UNE PROCEDURE DE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION CONFORME.....   | 30        |
| 6.5.1     | Les modalités d'organisation de l'audience .....  | 30        |
| 6.5.2     | Le déroulement de l'audience du juge des libertés et de la détention .....  | 31        |
| 6.6       | LES CONTROLES INSTITUTIONNELS DES SOINS SANS CONSENTEMENT SONT INSUFFISANTS.....  | 32        |
| 6.6.1     | Le registre de la loi ne permet pas d'appréhender correctement le suivi administratif et judiciaire des mesures de soins sans consentement.....             | 32        |
| 6.6.2     | La commission départementale des soins psychiatriques .....   | 35        |
| 6.7       | LES REPRESENTANTS DES FAMILLES ET DES USAGERS NE SONT PAS PRESENTS EN PSYCHIATRIE ET LES ENQUETE DE SATISFACTION NE SEMBLANT PAS CONCERNER CE SERVICE ..... | 35        |
| <b>7.</b> | <b>LES DROITS DES PATIENTS .....</b>  | <b>37</b> |
| 7.1       | LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS N'EST PAS UN SUJET DE PREOCCUPATION DES SOIGNANTS .   | 37        |
| 7.2       | LES BIENS DES PATIENTS N'APPELLENT PAS D'OBSERVATION .....  | 37        |
| 7.3       | LA SEXUALITE DEVRAIT FAIRE L'OBJET D'UNE PLUS GRANDE ATTENTION .....  | 37        |
| <b>8.</b> | <b>LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE .....</b>  | <b>38</b> |
| 8.1       | LES LOCAUX ONT ETE PENSES DANS UNE LOGIQUE SECURITAIRE .....  | 38        |
| 8.2       | LES PATIENTS SONT MAJORITAIREMENT JEUNES.....   | 42        |
| 8.3       | LE PROJET THERAPEUTIQUE : UNE UNITE DE CRISE AVEC UNE BONNE PRESENCE MEDICALE ET DES ATELIERS THERAPEUTIQUES .....  | 42        |
| 8.3.1     | L'organisation de la prise en charge.....   | 43        |
| 8.3.2     | Le suivi médical somatique .....  | 44        |
| 8.4       | LA VIE QUOTIDIENNE DOIT RESPECTER LA DIGNITE DES PATIENTS ET LA QUESTION DU TABAC DOIT FAIRE L'OBJET D'UN TRAVAIL AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT .....          | 44        |
| 8.4.1     | La restauration .....   | 45        |
| 8.4.1     | La télévision .....   | 45        |
| 8.4.2     | Le téléphone et les visites .....   | 45        |
| 8.4.3     | L'accès au tabac .....  | 45        |
| 8.5       | LA CONTENTION ET L'ISOLEMENT : DES CONDITIONS DE MISE A L'ISOLEMENT A REVOIR.....   | 46        |

---

# Rapport

Contrôleurs :

- Catherine BERNARD, chef de mission ;
- Thierry LANDAIS ;
- Adidi ARNOULD.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, trois contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier de Mamoudzou à Mayotte du mercredi 15 juin au mardi 18 juin 2016 avec une visite de nuit.

Cette mission constituait une deuxième visite faisant suite à un premier contrôle réalisé en mai 2009.

Ce rapport de constat a été adressé le 19 décembre 2016 au directeur du centre hospitalier de Mayotte, lequel a fait connaître ses observations par courrier du 14 février 2017.

Ces observations insérées dans le corps du texte démontrent qu'il a été fait une lecture attentive de ce pré-rapport.



## 1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le mercredi 15 juin en fin de matinée avec pour objectifs de contrôler les conditions d'accueil et de prise en compte des droits des patients dans les chambres sécurisées ainsi qu'au sein du service de psychiatrie.

Ils ont été accueillis par le directeur de l'établissement. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une douzaine de participants dont le président du conseil de surveillance, la vice-présidente de la commission médicale d'établissement (CME), deux directeurs adjoints, le chef du service de psychiatrie, le cadre du pôle et le cadre de santé de l'unité d'hospitalisation de psychiatrie, la pharmacienne, ainsi qu'une représentante des usagers de l'établissement. La directrice de la délégation de l'île de Mayotte de l'agence de santé Océan Indien participait également à la réunion.

Des contacts ont été établis avec le préfet, le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance (TGI) de Mayotte.

Il n'y a pas eu d'audience du juge des libertés et de la détention (JLD) à l'hôpital pendant le séjour des contrôleurs.

Tous les documents demandés par l'équipe ont été mis à leur disposition et ils ont également pu accéder au site intranet de l'établissement.

Des affichettes signalant la visite des contrôleurs ont été diffusées dans l'unité d'hospitalisation de psychiatrie.

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

Le contrôle s'est déroulé pendant le ramadan, ce qui change sans doute la réalité quotidienne des services, notamment quant aux visites des familles, ainsi que la disponibilité de certains interlocuteurs.

Une réunion de restitution a eu lieu 21 juin en présence de la directrice adjointe assurant l'intérim de direction, du médecin psychiatre chef de service et de la cadre supérieure de pôle.

## 2. MAYOTTE, UN DEPARTEMENT FRANÇAIS PARTICULIER

Mayotte est située dans l'hémisphère Sud, entre l'équateur et le tropique du Capricorne, à l'entrée du canal du Mozambique, à mi-chemin entre Madagascar et l'Afrique ; elle est à environ 1 500 km de La Réunion, 8 000 km de la métropole et 400 km de la Tanzanie. Petit archipel d'origine volcanique, Mayotte forme la partie orientale de l'archipel des Comores.

Mayotte comprend deux îles principales d'une superficie de 374 km<sup>2</sup>, séparées par un bras de mer de 2 km : Grande-Terre (363 km<sup>2</sup>) et Petite-Terre (11 km<sup>2</sup>). L'activité économique est concentrée autour de Mamoudzou, en Grande-Terre. Petite-Terre et Mamoudzou sont les zones les plus urbanisées.



### *Mayotte à l'entrée du canal du Mozambique avec Grande-Terre et Petite-Terre*

Mayotte est devenue département français en 2011. Sa population est officiellement de 212 600 habitants (source Insee<sup>1</sup> - recensement 2012<sup>2</sup>) mais serait supérieure à 250 000 habitants en 2016. D'après les données INSEE issues du dernier recensement, un habitant sur deux a moins de 17 ans, la population étrangère est de l'ordre de 40 % dont 95 % de nationalité comorienne.

Plus de 70 % de la population n'a aucun diplôme qualifiant et seulement trois Mahorais sur dix en âge de travailler ont un emploi. Seuls sept Mahorais sur dix âgés de 20 à 24 ans sont allés au collège et 36 % des mahorais en âge de travailler n'ont jamais été scolarisés.

Si les conditions de logement se sont améliorées depuis le recensement de 2007, en 2012 elles restent éloignées des standards de la France métropolitaine avec un tiers des résidences principales qui sont en tôle et deux tiers des logements surpeuplés. Seulement 70 % des logements disposent d'un point d'eau à l'intérieur. Si les constructions en dur sont les mieux équipées en eau (87 %), seulement 38 % d'entre elles disposent de toilettes à l'intérieur. Quant

<sup>1</sup> INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

<sup>2</sup> La population était de 186 000 habitants en 2007 ; le prochain recensement doit se dérouler en 2017

aux logements en tôle, seul un sur trois bénéficie d'un point d'eau à l'intérieur du logement, et la quasi-totalité ne dispose d'aucune installation sanitaire.

Toujours d'après les données INSEE, en 2013, le produit intérieur brut (PIB) par habitant à Mayotte est de 8 000 euros par habitant **soit le quart du PIB par habitant français.**

Il a été fait état aux contrôleurs **d'une estimation de 4 000 mineurs isolés dont 10 % n'auraient aucun rattachement familial connu.**

La société mahoraise traditionnelle est matriarcale et 95 % de la population est musulmane. Le français est la langue officielle, mais la grande majorité de la population utilise au quotidien le shimaoré, langue africaine bantoue.

### 3. ELEMENTS SIGNALES LORS DE LA PREMIERE VISITE EN MAI 2009

#### 3.1 LES OBSERVATIONS DU CONTROLE DE 2009

Le contrôle de 2009 avait permis de rendre compte de la présence de **deux chambres sécurisées pour l'hospitalisation des patients détenus**. Il était regretté que les sanitaires soient accessibles du sas occupé par les forces de l'ordre et donc pas librement accessibles au patient concerné. De plus le bandeau vitré permettant la surveillance du patient détenu ne disposait pas de store pouvant occulter la vision des fonctionnaires pendant la réalisation des soins. Une observation avait été faite pour que l'intimité de la personne et la confidentialité des soins soient respectées conduisant au caractère indispensable de la pose d'un store entre la chambre sécurisée et le sas de garde.

**Le service de psychiatrie** avait ouvert quinze jours avant le contrôle de 2009, avec cinq lits répartis dans trois chambres ; le service disposait également d'une chambre d'isolement. Le rapport de visite faisait état de la nécessité de rédiger des protocoles relatifs à l'organisation des soins et d'assurer la traçabilité des actes d'isolement ou de contention, de conforter le nombre de lits d'hospitalisation pour répondre localement aux besoins sans recourir à des hospitalisations à La Réunion, et de la nécessité de respecter le secret professionnel en n'admettant pas la présence de gendarmes pendant la réalisation des soins.

#### 3.2 LA REPONSE DU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT

Dans sa réponse, suite à la transmission du rapport en 2015, le directeur de l'établissement précise que, depuis 2009, le service de psychiatrie a été « restructuré et dispose désormais de dix lits, indéniable progrès malheureusement largement insuffisant au regard des besoins non satisfaits » (...). Il fait également état de la traçabilité des prescriptions médicales au dossier patient informatisé ou au dossier papier. Il précise qu'a été mise en place une équipe de liaison de psychiatrie assurant la primo-prise en charge au service d'accueil des urgences et le lien avec le service de psychiatrie. Enfin il indique qu'« en cas d'agitation en psychiatrie, (...) une gestion graduée par l'équipe puis par renfort de l'équipe de sécurité de l'hôpital est en vigueur ».

#### 3.3 LA REPONSE DE LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES

La ministre en charge de la santé, dans son courrier d'octobre 2015, indique que le contexte a évolué depuis la visite des contrôleurs de 2009 : un service de psychiatrie de désormais dix lits avec des conditions d'hébergement de bonne qualité et la mise en place des protocoles de soins. Elle signale la prochaine installation d'un système d'appel dans les chambres d'isolement, évoque le développement d'un maillage des consultations sur l'île et informe de l'arrivée d'un nouveau chef de service qui a pris ses fonctions en 2014. Enfin, elle insiste sur l'évolution législative prévue dans la loi de modernisation du système de santé avec notamment l'instauration de la traçabilité écrite, sous la forme d'un registre, du recours aux mesures de contention et à la mise en isolement.

## 4. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

### 4.1 LE CENTRE HOSPITALIER, SEUL ETABLISSEMENT DE L'ILE, RESTE SOUSDIMENSIONNE POUR REpondre AUX BESOINS EN PARTICULIER EN PSYCHIATRIE

Le Centre hospitalier de Mayotte (CHM) est le seul établissement hospitalier de l'île de Mayotte et l'offre libérale est inexistante.

L'offre hospitalière a été organisée dans une logique de gradation des soins avec :

- treize dispensaires répartis sur toute l'île offrant principalement les soins primaires de proximité ainsi que les actions de prévention ;
- quatre centres de référence (Nord, Centre, Sud et Petite-Terre) assurant une permanence médicale pour traiter les premières urgences, des consultations de médecine générale et spécialisée et disposant de lits d'obstétrique pour les accouchements physiologiques ;
- le site principal de Mamoudzou qui comprend un plateau technique et d'hospitalisation complet : urgences, SMUR et centre de régulation 15, réanimation, blocs opératoires, scanner et IRM, laboratoire de biologie, caisson hyperbare. Il dispose de 313 lits et 49 places de MCO<sup>3</sup>, mais seulement 10 lits de psychiatrie et aucune capacité de SSR<sup>4</sup>.

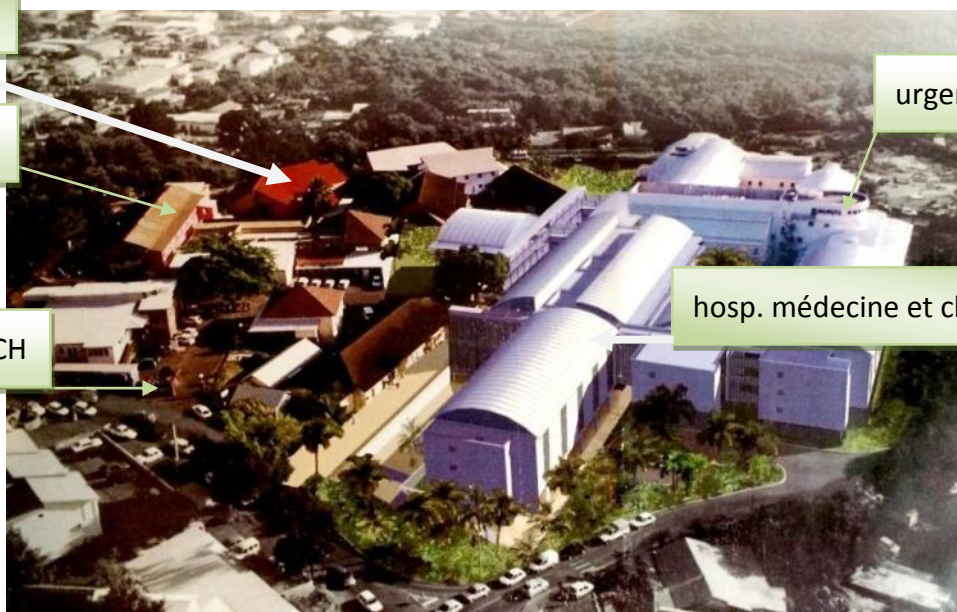
hosp. psychiatrie

CMP

urgences

entrée principale du CH

hosp. médecine et chirurgie



*Vue d'ensemble du CH de Mamoudzou (prise avant la pose d'une clôture périmétrique)*

Cette offre hospitalière, qui a beaucoup évolué ces dernières années, est reconnue comme très insuffisante dans la stratégie de santé pour les Outre-mer présentée par la ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre des Outre-mer en mai 2016. Le projet d'établissement pour les années 2015-2019 prévoit l'augmentation des capacités d'hospitalisation de l'établissement avec 170 lits et places supplémentaires ce qui pourrait donner, à terme, à la psychiatrie une

<sup>3</sup> MCO : médecine, chirurgie et obstétrique

<sup>4</sup> SSR : soins de suite et de réadaptation

capacité de 50 lits de psychiatrie adulte ainsi que le développement d'alternatives à l'hospitalisation et notamment 10 places de jour de pédopsychiatrie.

Le CHM est organisé en huit pôles médicaux dont celui de « médecine-psychiatrie-rééducation-US<sup>5</sup> ».

#### 4.2 LE PERSONNEL : DES PROBLEMES D'ATTRACTIVITE ET UN FORT TAUX DE TURN-OVER

La densité médicale totale est très faible à Mayotte avec 81 médecins pour 100 000 habitants comparativement à celle de la France hexagonale (340/ 100 000 hab.)<sup>6</sup>.

Globalement, au moment du contrôle, l'effectif médical de l'établissement est de 331 agents dont 62 médecins généralistes, 140 médecins spécialistes, pharmaciens et odontologistes et 129 sages-femmes. Les psychiatres représentent, sur l'année 2015, 8,38 ETP.

Le personnel non médical compte 1 981 agents dont 514 infirmiers<sup>7</sup>.

L'établissement gère un institut des études en santé qui forme des infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et des infirmiers en puériculture, et alternativement des aides-soignants ou des auxiliaires de puériculture (AP). Les promotions sont de trente étudiants infirmiers et de quinze aides-soignants. En 2015, 23 IDE et 14 AP sont sortis diplômés de l'institut.

Une formation d'adaptation à l'emploi est organisée avec une affectation en surnombre de durée variable (un mois en néonatalogie). Les professionnels venant de France hexagonale sont invités à s'inscrire à une journée d'accueil qui se déroule si possible au plus tard dans les deux mois suivant la prise de fonction (quatre sessions par an) et au cours de laquelle sont notamment abordées les informations relatives aux spécificités culturelles mahoraises.

Toutefois, le recrutement du personnel est marqué par des difficultés d'attractivité et un fort taux de *turn-over* que les professionnels soient venus de France hexagonale ou formés localement. Ce *turn-over* annuel est globalement pour l'ensemble des infirmiers de l'établissement de l'ordre de 40 %. Certaines équipes peuvent être ponctuellement très touchées comme c'est le cas depuis janvier 2016 au CMP<sup>8</sup> avec cinq départs pour les six postes d'infirmiers.

Ceci conduit notamment à ce que la réserve sanitaire nationale soit régulièrement mobilisée pour renforcer l'offre de soins locale, notamment en néo-natalogie et gynéco-obstétrique ou aux urgences et au bloc opératoire ainsi qu'à des recrutements de professionnels médicaux d'autres départements français sur des missions de remplacements<sup>9</sup> de quelques semaines à quelques mois comme c'est régulièrement le cas pour certains médecins spécialistes notamment psychiatres.

L'absence de la maîtrise de la langue française par une proportion très importante de la population de Mayotte impose une organisation spécifique des services hospitaliers pour que des mahorais (infirmiers et plus souvent aides-soignants ou ASH<sup>10</sup>) assurent des fonctions d'interprétariat pour l'accueil et la prise en charge des personnes qui ne parlent que le shimaoré.

---

<sup>5</sup> US : unité de soins située au sein de la prison de Majicavo

<sup>6</sup> Source : La stratégie de santé pour les Outre-mer présentée par la ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre des Outre-mer en mai 2016

<sup>7</sup> Parmi lesquels 23 infirmiers anesthésistes et 13 infirmiers de bloc opératoire.

<sup>8</sup> CMP : centre médico-psychologique

<sup>9</sup> Environ un tiers des médecins sont titulaires de leur poste, les autres médecins assurent des remplacements.

<sup>10</sup> ASH : agents des services hospitaliers

De plus un lexique des principaux mots utilisés dans le domaine de la santé est mis à disposition des professionnels de l'hôpital.

#### 4.2.1 Il n'y a pas de personnel spécifique pour l'accueil des personnes détenues

Il n'y a pas de moyens spécifiques pour assurer l'accueil en hospitalisation des personnes détenues. Leur prise en charge est assurée par le personnel du service dans lequel ils sont accueillis.

#### 4.2.2 L'équipe soignante en psychiatrie est concernée par un turnover important

La même équipe de secteur assure au moment du contrôle l'activité de psychiatrie générale pour les adultes et celle de pédo-psychiatrie.

L'équipe médicale psychiatrique est théoriquement de 10,6 ETP<sup>11</sup> ; 0,6 ETP assure les soins aux personnes détenues au sein de l'unité sanitaire de Majicavo, et un praticien hospitalier (PH<sup>12</sup>) est pédopsychiatre (pour 2 ETP théoriques). Deux praticiens exercent à temps partiel ; six médecins sont titulaires, quatre sont recrutés sur des contrats renouvelables d'un an et un assure un remplacement d'une durée de deux mois. La prise en charge médicale des patients hospitalisés est assurée par deux des praticiens, chacun d'eux répartissant son temps à part égale entre le CMP et l'hospitalisation.

Quatre secrétaires assurent par rotation l'accueil au CMP, le suivi des dossiers des patients vus en ambulatoire et le secrétariat pour l'hospitalisation.

L'accueil et la prise en charge hospitalière s'organise à partir du service des urgences puis dans l'unité de psychiatrie, avec deux équipes soignantes placées sous la responsabilité du même cadre de santé : l'équipe de liaison et celle de l'unité d'hospitalisation.

L'équipe de liaison est composée de quatre infirmiers, deux psychologues (un ETP) et un médecin référent présent trois jours par semaine de 8h à 16h pour cette activité ; la présence médicale est assurée par un autre médecin les mardis et jeudis et par le psychiatre d'astreinte en dehors de ces heures. La présence infirmière est assurée par deux ou trois infirmiers de 8h à 17h du lundi au vendredi et par un seul infirmier de 8h à 15h le week-end. L'intervention de cette équipe se fait au sein du service des urgences et, cinq jours sur sept, en activité de liaison sur tous les services hospitaliers.

L'équipe de l'unité d'hospitalisation - L'effectif est de douze infirmiers, six aides-soignants, et trois ASH. La secrétaire travaille au sein des locaux du CMP implanté dans un bâtiment voisin.

**Le turn-over des personnels contribue à ce que tous les professionnels présents ne soient pas familiers avec les réalités culturelles mahoraises et que certains ne puissent communiquer directement avec les patients qui ne maîtrisent pas le français.** Parmi les douze infirmiers, neuf ne sont pas mahorais et ne maîtrisent pas le shimaoré. Le problème de la langue se pose tout particulièrement la nuit quand il n'y a que deux soignants (un infirmier et un aide-soignant) présents et que les deux sont mzungus<sup>13</sup>. Le premier jour du contrôle étaient présents trois infirmiers dont l'ancienneté dans le service était de 15 jours, 21 jours et 18 mois, un psychologue

---

<sup>11</sup> ETP : équivalent temps plein

<sup>12</sup> PH : praticien hospitalier

<sup>13</sup> Mzungu : européen, blanc, personne à la peau blanche

présent depuis deux ans, un aide-soignant présent depuis l'ouverture du service de psychiatrie (2009) et un ASH.

La taille de l'équipe, la jeunesse des professionnels et leur *turn-over* important peuvent représenter une faiblesse pour la prise en charge des patients notamment les plus difficiles, et ce d'autant plus qu'elle ne peut compter sur aucun renfort d'un service de psychiatrie voisin qui n'existe pas.

Le temps quotidien de travail est :

- douze heures pour les soignants, pour l'équipe de jour, selon les agents, de 7h à 19h ou de 8h à 20h et pour l'équipe de nuit de 19h30 à 7h30. Un infirmier peut de plus être présent certains jours de 8h à 15h ;
- sept heures pour les ASH, de 7h30 à 14h30 et de 14h30 à 19h30.

Le travail en douze heures ne favorise pas la continuité de l'accompagnement infirmier pour un patient pendant son hospitalisation (et ce d'autant que les durées d'hospitalisation des malades sont courtes). Cette organisation du travail, avec la charge qu'elle induit, explique sans doute partiellement la nécessité ressentie par les soignants de disposer d'un temps sans patient et donc la fermeture du service après le repas de midi (*cf.* § 8.4)

En pratique, le CHM recrute principalement de jeunes diplômés qui ne sont donc que peu voire pas expérimentés en psychiatrie, donc avec une faible capacité de « contention psychique » des patients.

#### 4.3 LE BUDGET TMOIGNE DE L'ÉVOLUTION DE L'HOPITAL ET DE SES BESOINS DE SOUTIEN

Le CHM est financé par une dotation annuelle de financement (DAF) ; les recettes d'exploitation sont d'environ 189 millions d'euros<sup>14</sup>. Le compte financier 2015 présente un résultat déficitaire de 1,30 % des produits d'exploitation lié en partie à une insuffisance de financement au regard des particularités insulaires, de l'augmentation de l'activité et des modalités de recrutement du personnel compte tenu des difficultés d'attractivité de l'établissement.

Au regard de la situation de l'établissement, les opérations d'investissement indispensables ne peuvent être réalisées que sous réserve de l'obtention d'aides à l'investissement significatives.

#### 4.4 L'ACTIVITE RELATIVE AUX PERSONNES PRIVEES DE LIBERTE EST QUANTITATIVEMENT TRES MARGINALE

En 2015, le CHM a accueilli 49 756 passages aux urgences ; il a assuré 9 023 accouchements, 445 618 consultations, 30 706 séjours hospitaliers et 8 317 interventions au bloc opératoire.

L'hôpital est manifestement sous-dimensionné au regard de l'évolution de son activité (10 000 accouchements attendus en 2016) qui est en partie liée à son attractivité au-delà de Mayotte (près de la moitié de sa patientèle est comorienne et malgache<sup>15</sup>).

<sup>14</sup> La DAF était de 40,5 millions en 2003 et son évolution depuis témoigne de l'importance de la croissance de l'établissement.

<sup>15</sup> L'Union des Comores est classée 159<sup>ème</sup> à l'indice de développement humain 2014 (IDH, indice composite du programme des Nations unies pour le développement - PNUD- fondé sur trois principaux indicateurs : l'espérance de vie, le niveau d'éducation et le niveau de vie), Madagascar 154<sup>ème</sup> et la France 22<sup>ème</sup> - source <http://hdr.undp.org/fr/data#>.



Le CHM organise, de plus, de nombreuses évacuations sanitaires (EVASAN) sur le centre hospitalier universitaire de la Réunion ou sur l'établissement public de santé mentale de la Réunion (EPSMR) ou encore sur des établissements de la France hexagonale.

A ce titre, il convient de signaler que lorsque des personnes détenues doivent être hospitalisées en application de l'article D398 du code de procédure pénale (CPP) elles ne le sont pas à Mayotte ; un protocole relatif à l'admission en soins psychiatriques de personnes détenues à la maison d'arrêt de Majicavo, rédigé sous l'égide de l'ARS et en cours de signature au moment du contrôle, prévoit les modalités de transfert dans un autre département.

#### 4.4.1 L'activité des chambres sécurisées pour les personnes détenues

Aucun registre ne permet d'avoir une traçabilité de l'occupation des chambres sécurisées par des personnes détenues et l'activité en lien avec les personnes détenues ne donne pas lieu à un codage particulier permettant au département d'information médicale (DIM) d'analyser cette information.

De « mémoire de soignants », **trois hospitalisations de personnes détenues, toutes de moins de 72 heures, ont été réalisées en 2015.**

#### **Recommandation**

*La traçabilité de l'occupation des chambres sécurisées par des patients détenus doit être assurée.*

Dans son courrier le directeur de l'hôpital indique que « *la traçabilité de l'occupation des chambres par des patients détenus est dorénavant assurée par le secrétariat de l'UCSA au départ et au retour d'hospitalisation du patient. Un tableau de bord des patients hospitalisés au sein des unités de soins et aux urgences est en place à l'unité sanitaire du centre pénitentiaire et permettra d'avoir un recueil d'information fiable. Ces éléments ont été mis en place en janvier 2017* ».

#### 4.4.2 L'activité de psychiatrie

Le service de psychiatrie ne complète pas le RIMP<sup>16</sup> et ne transmet pas ses données d'activité au DIM. Toutefois il a été indiqué que toutes les sorties d'hospitalisation donnent lieu à une lettre de sortie avec le diagnostic en CIM-10<sup>17</sup>.

| Source : rapport d'activité 2014                 | 2012         | 2013         | 2014         |
|--|--------------|--------------|--------------|
| Nombre de patients hospitalisés                  | 104          | 125          | 129          |
| File active en consultations                     | 2 097        | 2 484        | 2 920        |
| Nombre de séjours                                | 131          | 160          | 170          |
| Nombre de consultations pour l'équipe de liaison | 2 559        | 2 122        | 3 460        |
| <i>dont interventions aux urgences</i>           | <i>2 117</i> | <i>1 440</i> | <i>2 136</i> |

<sup>16</sup> RIMP : recueil (national) d'informations médicalisé en psychiatrie

<sup>17</sup> CIM-10 : classification internationale des maladies – 10<sup>ème</sup> version

Les données d'activité sont assez variables d'une année sur l'autre. Ces fluctuations sont en partie liées à la variabilité de la disponibilité des moyens hospitaliers en particulier de la présence médicale.

Il apparaît que plus de la moitié des séjours concernent des patients en soins libres (SL) et la part relative de cette modalité de soins serait en augmentation en 2016.

D'après les informations du service, pour l'année **2015**, il y aurait eu 168 patients hospitalisés pour 196 séjours en psychiatrie dont 103 en soins libres (SL) et **92 en soins sans consentement soit 47 % des admissions** - 14 en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), 58 en soins à la demande d'un tiers (SDT) et 20 en soins pour péril imminent<sup>18</sup>.

Ces 196 séjours auraient donné lieu à 2 491 journées d'hospitalisation soit une durée moyenne de séjour (DMS) de 12,70 jours. Le document de présentation synthétique des données d'activités de l'établissement de 2015 fait état de 2 787 journées pour 196 entrées et d'une DMS de 20,15 jours<sup>19</sup>. Les modalités de recueil et de traitement des informations ne sont pas totalement fiables et les données, qui ne sont pas totalement consolidées, sont variables selon les sources retenues.

Les données seraient très différentes pour la période entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 17 juin **2016**, sur 68 hospitalisations, 62 l'auraient été en soins libres et 6 en **soins sans consentement soit 9 % des admissions**<sup>20</sup>. Ces données qui, d'après les propos recueillis, résulteraient d'une politique délibérée du service avec un renforcement de la prise en charge ambulatoire et des liens avec les familles, méritent d'être fiabilisées et suivies.

### **Recommandation**

*Les données d'activités devraient faire l'objet d'un recueil fiable et être consolidées en lien avec le département d'information médicale (DIM) afin de renforcer la capacité d'analyser les pratiques en particulier dans le suivi des patients admis en soins sans consentement.*

Dans son courrier le directeur indique que « le cadre du pôle « santé publique », sollicité sur ce point, a affirmé que le DIM n'est actuellement pas en mesure d'assurer le recueil des données, en raison d'une pénurie de personnel. Une demande de poste supplémentaire a été faite pour permettre dès que possible le traitement de l'ensemble des données. »

Selon l'ARS, sur les vingt-quatre mois précédents le contrôle, du 15 juin 2014 au 14 juin 2016, 175 mesures de soins sans consentement ont été prises pour 151 patients dont 144 hommes et 7 femmes et cinq patients étaient hospitalisés ou en programme de soins au moment du contrôle :

- Vingt-deux mesures de SDRE auraient été prises sur cette période dont trois initialement par un maire<sup>21</sup> et une mesure concernant une personne détenue ;

<sup>18</sup> Le total correspond à 195 séjours pour 2015.

<sup>19</sup> Cette DMS n'apparaît pas compatible avec le nombre d'entrées et le nombre de journées indiqués pour l'année.

<sup>20</sup> Ces chiffres ne seraient pas en cohérence avec les informations issues du registre de la loi

<sup>21</sup> En application de l'article L3213-2 du code de la santé publique (CSP)

- le directeur de l'établissement a décidé de 153 mesures dont 26 en situation de péril imminent<sup>22</sup> et 14 en urgence<sup>23</sup>.

Comme indiqué ci-dessus les patients hospitalisés en application de l'article D398 du code de procédure pénale « seraient évacués » principalement vers la Réunion. Trois patients auraient été transférés depuis 2014 dans une unité pour malades difficiles (UMD) en France hexagonale, dont deux y étaient encore au moment du contrôle. Il s'avère que le retour d'un patient d'un séjour en UMD est problématique car il doit se faire à l'EPSMR de La Réunion compte tenu de l'impossibilité d'accueillir au CHM, au sein de l'unité de psychiatrie qui ne dispose que de dix lits ; une autre difficulté réside dans l'éventuelle mobilisation d'une escorte policière quand il s'agit du retour à Mayotte d'une personne détenue qui ne relève plus d'une hospitalisation psychiatrique.

### **Recommandation**

*Les personnes qui ne relèvent plus d'une prise en charge en UMD doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge de proximité.*

*Il conviendrait que le ministère de la santé mette en place un dispositif de régulation et de soutien qui permette de résoudre les difficultés auxquelles sont confrontées les équipes d'outre-mer dans l'organisation des transferts, en vue d'une prise en charge en UMD et en sortie d'UMD.*

Dans son courrier, le directeur indique que « le dispositif de régulation et de soutien des patients reçus en UMD ou sortants d'une UMD est un point qui nécessite une régulation ne relevant pas du CHM, mais d'une solution globalisée émanant, ainsi que le rapport du contrôleur général des lieux de privation de liberté le stipule au ministère de la santé. »

## **4.5 LA SECURITE SUR LE SITE HOSPITALIER EST UNE PREOCCUPATION MAJEURE DU PERSONNEL**

Le CHM a été confronté à de graves problèmes de sécurité qui ont été abordés lors de différents CHSCT<sup>24</sup> y compris un CHSCT extraordinaire en décembre 2015. Le périmètre hospitalier est maintenant clos avec une seule entrée dite entrée principale complétée d'une entrée directe aux urgences. Des caméras permettent la surveillance périmétrique du site en particulier devant ces deux entrées. L'entrée principale de l'hôpital est fermée la nuit.

Le CHM a mis en place un système d'accès par badge qui limite considérablement les circulations au sein de l'établissement, celles réservées aux seuls soignants et celles qui ne sont librement ouvertes aux visiteurs que pendant les seuls horaires des visites de 13h à 19h.

Un agent de sécurité est présent aux urgences 24h /24 et un second agent est mobile pour l'ensemble du site.

Les soignants, quelle que soit l'unité hospitalière concernée et en particulier en psychiatrie, font appel à l'équipe de sécurité incendie en cas de besoin pour faire face à une situation réelle ou potentielle de violence. Le personnel de cette équipe n'a eu toutefois aucune formation

<sup>22</sup> En application de l'article L3212-1 II 2° du CSP pour péril imminent (sans tiers)

<sup>23</sup> En application de l'article L3212-3 du CSP

<sup>24</sup> CHSCT : comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

particulière sur la façon de se comporter face à un patient agité présentant des troubles psychiatriques.

Un cadre de nuit est systématiquement présent dans l'établissement ; il passe régulièrement dans le service de psychiatrie. En cas de difficulté avec un malade agité, les deux soignants de l'unité font appel à ce cadre et le, cas échéant, à l'agent de sécurité.

#### **Recommandation**

*Le personnel de l'équipe de sécurité incendie, qui est amené à intervenir en cas de besoin la nuit sur le service de psychiatrie, doit recevoir une formation adaptée à l'intervention auprès du public accueilli.*

Dans son courrier le directeur indique que « un travail en commun avec la direction des achats, ressources et travaux (DARMT) est en cours pour assurer la mise en place de sessions de formation institutionnelles pour les agents de sécurité en 2017. Il est prévu des sessions de formation institutionnelles concernant les droits des patients et le secret professionnel, ainsi que des formations en gestion de l'agressivité. Des sessions sont d'ores et déjà programmées tout au long de l'année 2017 ».

## 5. LES CHAMBRES SECURISEES ET LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE DES PERSONNES DETENUES

Le CH de Mamoudzou **compte deux chambres pour l'hospitalisation des personnes détenues du centre pénitentiaire (CP) de Majicavo** : l'une, dans le service de médecine interne et l'autre, dans le service de chirurgie viscérale. Ces deux chambres, qui ne font l'objet d'aucune signalétique particulière, sont utilisées quotidiennement de façon banalisée ; elles peuvent être légèrement modifiées dans leur aménagement en cas d'hospitalisation d'une personne détenue.

De plus, deux chambres sont aménagées au sein du service des urgences dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Elles sont spécifiques et ont vocation à accueillir les personnes détenues (ainsi que, le cas échéant, les personnes en garde à vue) lors d'une prise en charge en urgence, le temps nécessaire aux soins avant une réintégration au centre pénitentiaire ou avant un transfert dans l'une des deux chambres en médecine ou en chirurgie, en fonction du type de prise en charge nécessaire.

Un **protocole**<sup>25</sup> explicite :

- les accords préalables en situation programmée ou en urgence ainsi que, le cas échéant, la nécessité de l'accord du détenteur de l'autorité parentale ou du tuteur ;
- les conditions de visite pour les visiteurs titulaires d'un permis de visite, le passage obligatoire du courrier - entrant et sortant - par l'établissement pénitentiaire (sauf courrier destiné au directeur de l'hôpital) ;
- l'absence d'autorisation de téléphoner sauf situation exceptionnelle vue avec l'administration pénitentiaire ;
- les règles de confidentialité des soins et de respect de la dignité de la personne ainsi que l'anonymisation du dossier et l'utilisation exclusive du numéro d'IPP26 pour la prise des rendez-vous, et la circulation des documents et du dossier sous pli cacheté ;
- l'absence d'information donnée au patient sur la date et l'heure de sortie ;
- la nécessité du recueil du consentement du patient à tout acte médical (accord signé), l'impossibilité de « recherches biomédicales sauf si bénéfice direct et majeur pour le patient », et les réactions à développer dans les différentes situations de refus de soins ;
- la remise à la personne des doubles des prescriptions, ainsi que, sur sa demande, des documents délivrés aux autorités pénitentiaires à leur demande ou à l'initiative du médecin.

**Si le protocole permet ainsi de rappeler les fondamentaux de la prise en charge des personnes détenues, il n'évoque pas la nécessité que les consultations et les soins ne se déroulent jamais à portée de vue ou d'oreille de l'éventuelle escorte pénitentiaire ou policière. De plus le paragraphe faisant état de la remise au patient, à sa demande, du double des documents délivrés aux autorités pénitentiaires semble ignorer que le médecin assurant des soins n'a pas à communiquer directement d'information à l'administration pénitentiaire.**

<sup>25</sup> Protocole relatif à la prise en charge d'un patient détenu dans un service d'hospitalisation ou de consultation PROT/UCSA/CHM/001/V1 daté de 2013

<sup>26</sup> IPP : identifiant permanent du patient - système qui attribue un numéro à une identité lors de la première venue à l'hôpital. Ce numéro reste valide lors des hospitalisations successives.

### **Recommandation**

*Le protocole relatif à la prise en charge d'un patient détenu au centre hospitalier de Mayotte doit être revu afin notamment que soit mieux précisées les conditions de respect de la confidentialité des soins et du secret médical. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté rappelle les termes de son avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues dans les établissements de santé.*

## **5.1 LE CIRCUIT D'ARRIVEE DE LA PERSONNE DETENUE VISE A GARANTIR LA CONFIDENTIALITE DE SON HOSPITALISATION**

Les personnes détenues arrivent avec un véhicule pénitentiaire ou un véhicule SMUR<sup>27</sup> en fonction de la régulation du SAMU<sup>28</sup>, le cas échéant. Les personnes détenues (comme les personnes gardées à vue) sont systématiquement menottées ; elles ont parfois des entraves aux pieds.

Il n'y a pas de circuit spécifique aux personnes détenues au service des urgences hospitalières. Toutefois une attention est portée au fait de ne pas laisser ces personnes et leur escorte de « façon prolongée » dans les espaces d'attente habituels. Aussi elles seront rapidement placées dans un box, voire conduites dans la chambre spécifique de l'UHCD.

Pour les hospitalisations programmées et les consultations se déroulant dans le même bâtiment (cardiologie par exemple), le véhicule pénitentiaire sera stationné sur le circuit ambulance puis l'escorte et la personne détenue, qui est toujours menottée, empruntent le même circuit que les professionnels de santé. Ce circuit permet de minimiser les contacts avec les autres patients et les visiteurs.

Pour les consultations qui se déroulent dans un bâtiment spécifique au fond de l'emprise de l'hôpital (hépato-gastro-entérologie, infectiologie...) le véhicule stationne devant ce bâtiment. Les consultants escortés sont examinés de façon prioritaire.

L'admission administrative des personnes détenues se fait le plus souvent selon la procédure spécifique qui permet une identification hospitalière sans information nominative (cf. § 50).

## **5.2 LES CHAMBRES SECURISEES NE GARANTISSENT PAS L'INTIMITE DU PATIENT**

### **5.2.1 La chambre du service de médecine interne**

La chambre individuelle n° 127 qui est utilisée pour l'hospitalisation d'une personne détenue est située à l'extrémité d'un couloir au sein du service de médecine interne de vingt-quatre lits et ne fait l'objet d'aucune signalétique particulière. La fenêtre est identique à celle des autres chambres. Elle est fermée quand un patient détenu y est hospitalisé.

La pièce est séparée en deux par une cloison vitrée qui permet d'aménager un sas entre le couloir de l'unité et l'espace du patient où se tiennent les deux policiers. L'accès aux toilettes s'effectue par le sas. La porte d'accès au sas reste ouverte lorsque la chambre n'est pas occupée par une personne détenue, comme cela était le cas au moment du contrôle.

---

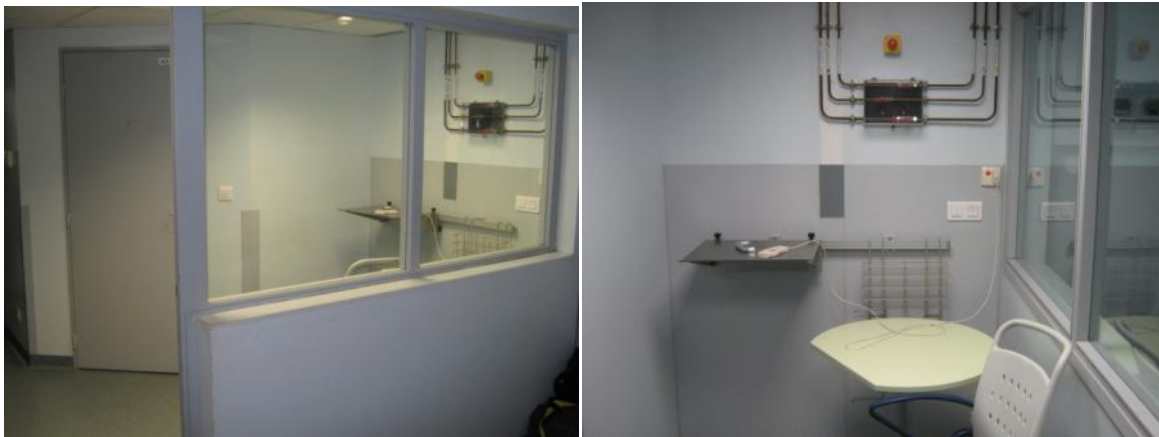
<sup>27</sup> SMUR : service mobile d'urgences et de réanimation

<sup>28</sup> SAMU : service d'aide médicale urgente

Il n'existe aucun dispositif - store ou paravent - qui permettrait de préserver l'intimité du patient. Il est indiqué que l'escorte quitte le sas pendant les soins donnés au patient.

**Recommandation :**

*La chambre sécurisée doit être équipée d'un dispositif occultant afin de préserver l'intimité d'un patient soumis à une surveillance policière.*



*Vues de la chambre et du sas (en arrière-plan du sas, la porte des sanitaires)*

Avant l'arrivée d'une personne détenue, les dispositions sont prises pour libérer la chambre et pour l'aménager spécialement : la poignée de porte est retirée côté patient, de même que le flexible de la douche, et le système d'appel n'est pas laissé à la disposition du patient mais confié aux policiers de garde. En revanche, aucun meuble (fauteuil, chaise, tablette, armoire, table de chevet) n'est retiré systématiquement de la chambre en cas d'occupation par une personne détenue. Un fauteuil est installé dans le sas pour la garde statique.

**Recommandation**

*Le système d'appel doit être laissé à la portée de la personne détenue hospitalisée, comme pour tout autre patient, dans des conditions garantissant sa sécurité.*

L'utilisation de cette chambre par une personne détenue est rare : deux hospitalisations d'une durée inférieure à 72 heures ont été comptabilisées en 2015.

Aucun document particulier d'information n'est remis au patient détenu pas même le livret d'accueil (cf. §.6.3.5).

**Recommandation**

*Le livret d'accueil de l'établissement doit être remis aux patients détenus et enrichi d'une notice regroupant les informations spécifiques à leur situation.*

De « mémoire de soignants », aucune visite n'est possible pour le patient détenu hospitalisé ce qui ne correspond pas aux termes du protocole sus-cité et aucune information n'est donnée à sa famille. Il ne lui est donné aucune information sur le jour et l'heure de son départ du CHM.

### **Recommandation**

*La personne détenue hospitalisée doit pouvoir recevoir ses proches titulaires d'un permis de visite pendant son hospitalisation, selon des modalités à préciser en lien avec l'administration pénitentiaire, comme cela est théoriquement prévu dans le protocole hospitalier.*

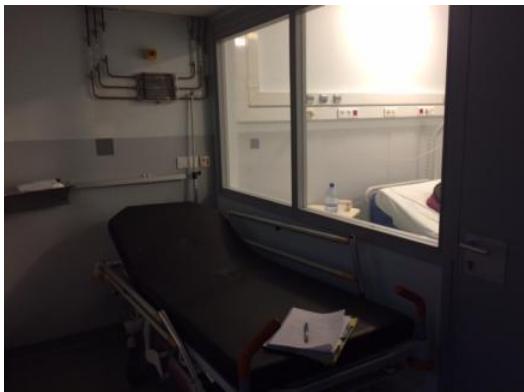
En cas de besoin d'interprétariat pour les personnes ne s'exprimant qu'en shimaoré, celui-ci est assuré par un aide-soignant ou un ASH du service, comme c'est le cas pour les autres patients.

#### 5.2.2 La chambre du service de chirurgie

La chambre n°326 est quasiment identique à celle du service de médecine. Elle n'est que très rarement utilisée, principalement pour des personnes détenues prises en charge en chirurgie ambulatoire. La porte des toilettes est équipée d'un œilleton.

La chambre n'a été utilisée que deux fois en trois ans pour une personne détenue dont à une seule reprise en 2015. Elle est régulièrement utilisée pour la patientèle habituelle du service et deux « patients classiques » y étaient hospitalisés la veille du contrôle.

Son fonctionnement est identique à celle située en médecine et il a également été indiqué que les policiers sortent systématiquement du sas au moment des soins.



*Cloison vitrée entre le sas et la chambre*

L'intervention chirurgicale d'un patient détenu est prévue en début de programme opératoire et la garde statique resterait à l'entrée du bloc, selon les informations recueillies.

#### 5.2.3 Les deux chambres des urgences

Le service des urgences dispose de deux chambres sécurisées contiguës (chambres n° 7 et 7 bis) qui sont accessibles depuis un sas commun dans lequel se positionnent les policiers chargés de la garde statique. La porte de la chambre est pleine, à l'exception d'une trappe percée en son milieu.

Chaque chambre est aménagée sommairement avec un lit et une armoire métallique. La fenêtre est équipée de barreaux à l'extérieur et de lattes occultant la vue.

Le coin sanitaire des deux chambres est accessible du sas. Il comporte une cuvette de WC, une douche et un lavabo surmonté d'un miroir.





Vues d'une chambre sécurisée des urgences

### 5.3 LES CONSULTATIONS SE DEROULENT TROP SOUVENT EN PRESENCE D'UNE ESCORTE

Il y aurait eu cinquante consultations du 1<sup>er</sup> janvier au 21 juin 2016.

Selon les propos recueillis, **ces consultations peuvent se dérouler avec un patient menotté, voire entravé, et en présence de l'escorte pénitentiaire** - sauf si le médecin leur demande expressément de se retirer - alors même que l'évaluation de la situation du patient détenu ne justifierait pas un tel niveau de surveillance.

Cette pratique résulte, en partie, d'une approche de sécurité maximale de l'administration pénitentiaire. La tenue des agents pénitentiaires induit implicitement, auprès du personnel de santé, une conviction de dangerosité du patient. Les professionnels hospitaliers, inconsciemment confortés dans la représentation collective de l'image d'un détenu, n'opposent aucune analyse rationnelle ; ils se sentent ainsi, à tort, dispensés d'exiger des conditions de consultation respectueuses de la préservation du secret médical et de l'intimité du patient.

A l'occasion de plusieurs échanges avec des surveillants il a été évoqué, par l'un d'eux, pour justifier le port des menottes dans l'hôpital et le maintien de l'escorte en consultation, non pas des nécessités inhérentes à la sécurité mais « *il faut qu'il sente la honte* ». Ceci témoigne de la nécessité de renforcer les actions de sensibilisation et de formation du personnel visant au respect de la dignité des personnes et à éviter toute mesure visant à humilier les personnes détenues.

De plus, il a été rapporté que l'escorte pouvait assurer la traduction en shimaoré pendant la consultation ce qui n'est pas compatible avec le respect des droits du patient.

#### **Recommandation**

*Une réflexion doit être conduite conjointement par les acteurs hospitaliers, les acteurs pénitentiaires de la prison de Majicavo et les forces de l'ordre pour adapter, dans les plus brefs délais, les mesures de contrainte (utilisation des entraves et des menottes) à la situation de chaque personne détenue, lors des situations d'extractions médicales ou de mouvement au cours de leur hospitalisation.*

*Sauf situation exceptionnelle dûment motivée l'escorte ne doit être ni à portée de vue ni à portée d'oreille pendant les temps de consultation ou d'examen afin de garantir le secret médical et l'intimité des personnes. Ces situations doivent faire l'objet d'une traçabilité.*

## 6. LE SERVICE D'HOSPITALISATION DE PSYCHIATRIE ET LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

### 6.1 UN SEUL SERVICE POUR LE DEPARTEMENT, A LA FOIS DE PSYCHIATRIE GENERALE ET DE PEDOPSYCHIATRIE, DYNAMIQUE MAIS EN DIFFICULTE POUR REpondre AUX BESOINS

L'équipe de secteur de psychiatrie est composée au total d'une soixantaine de professionnels dont huit psychiatres au moment du contrôle ; ce sont les seuls exerçant sur l'île.

Cette équipe, outre l'hospitalisation, intervient au seul centre médico-psychologique (CMP) de l'île implanté au sein du CH de Mamoudzou. Une présence est effective deux fois par semaine dans les quatre centres de référence (cf. § 4.1) où un trinôme (médecin, infirmier, traducteur<sup>29</sup>) assure des consultations ainsi que des visites à domicile.

Pour la **pédopsychiatrie**, un accueil sans rendez-vous par un infirmier ou un psychologue est organisé de 9h à 12h, quatre jours par semaine. Une réunion hebdomadaire permet de préciser les conditions de la prise en charge et, le cas échéant, de programmer la première consultation médicale qui se déroule, à Mamoudzou, le plus souvent dans un délai de l'ordre de deux mois. Les contrôleurs n'ont pas exploré les conditions de la prise en charge des enfants mais il leur a été à plusieurs reprises indiqué les difficultés importantes auxquelles les familles sont confrontées au regard des moyens disponibles sur l'île, tant en psychiatrie que dans le champ du handicap.

En pratique, la prise en charge notamment celle des adolescents, est très insuffisante et ce d'autant que le contexte est spécifique à Mayotte pour des raisons sociales, culturelles ou autres. L'organisation du service devait évoluer avec l'ouverture, prévue en juillet 2016, de locaux spécifiques à l'activité de pédopsychiatrie, avec un CMP et un CATTP<sup>30</sup>, à proximité immédiate du CHM. Toutefois une difficulté persiste en termes de recrutement de pédopsychiatres.

Il peut arriver qu'une hospitalisation soit nécessaire, elle se fait alors dans le service adulte pour les mineurs de plus de 14 ans, avec un renforcement de la surveillance.

Pour la **psychiatrie générale**, une sollicitation du service donne lieu à une fiche avec les coordonnées de la personne, le motif de la demande et la langue parlée ; un premier rendez-vous infirmier est organisé dans les quinze jours et toutes les situations cliniques sont présentées lors d'une réunion hebdomadaire à laquelle participe au moins un médecin.

La capacité d'hospitalisation a été portée à dix lits en mai 2010 ; elle reste très nettement insuffisante au regard des besoins ; son fonctionnement est pensé comme celui d'une unité de crise et impose une pratique médicale de « *durées de séjour courtes au prix de sorties précoces pour des patients encore très symptomatiques* », comme cela a été dit aux contrôleurs.

La psychiatrie peut être en difficulté pour répondre à des demandes de soins qui ne s'expriment que difficilement. Elle se trouve parfois en « concurrence » relative avec des soins traditionnels, avec l'intervention de fundis religieux ou des approches liées à la « prégnance » de la magie africaine.

De plus, selon les informations recueillies, il a pu être constaté des stigmates physiques de situation de contention à domicile chez quelques patients au moment de leur primo-

---

<sup>29</sup> La fonction de traducteur est assurée par des ASH ou des AMP (aide médico-psychologique)

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

hospitalisation. Ceci témoigne du maintien à domicile de personnes ayant des troubles mentaux avérés, avec des mesures de privation de liberté dans des conditions parfois inacceptables.

La variabilité de la composition de l'équipe du secteur induit de fait une variation des activités mises en œuvre tant au regard des moyens disponibles que des modalités d'intervention. Toutefois, le projet médical est bien défini avec la nécessité de développer des alternatives à l'hospitalisation, permettant une intervention de crise en ambulatoire avant l'hospitalisation ou un accompagnement à l'issue de celle-ci. Ce projet prévoit la nécessité de mobiliser un appui anthropologique. Un travail avec le centre collaborateur de l'OMS de Lille (Nord) est prévu à la fin de l'année 2016 sur la représentation de la psychiatrie à Mayotte mais aussi dans les autres îles des Comores. L'équipe médicale, est volontaire et déterminée pour faire évoluer l'offre de psychiatrie et pour l'adapter au mieux aux réalités locales avec un réel souci d'exigence.

## 6.2 UNE ARRIVEE DES PATIENTS, MAJORITAIREMENT EN PROVENANCE DES URGENCES

Quelle que soit la modalité d'arrivée du patient (pompiers, SAMU, CMP, venue spontanée...), ce dernier passe par le service des urgences. Il y bénéficie, d'une part, d'un examen somatique et d'une éventuelle prise en charge somatique si besoin et, d'autre part, d'une consultation psychiatrique avec une analyse de sa situation par l'équipe de liaison (cf. § 4.2.2).

Dans l'hypothèse où une hospitalisation en psychiatrie s'avère nécessaire, elle est décidée par le médecin de l'équipe de liaison qui prescrit également les premiers éléments de la prise en charge. Les démarches éventuelles liées à une hospitalisation en soins sans consentement (SDT ou SDRE) se font principalement au service des urgences. Les patients sont admis directement dans l'unité, sans passage par le bureau des entrées qui ouvre le dossier administratif du patient et est en charge de vérifier la conformité de la procédure.

## 6.3 UNE NOTIFICATION DE LA DECISION D'ADMISSION, DES VOIES DE RECOURS ET DES DROITS DES PATIENTS MAL MAITRISEE PAR LES PROFESSIONNELS

### 6.3.1 La notification de la décision d'admission

L'arrêté du préfet décidant d'une admission en SDRE mentionne les voies de recours mais il n'est pas transmis au patient. Seule une notification, document distinct de la décision préfectorale est transmise au patient.

La décision du directeur concernant l'admission des personnes en SDT n'est pas toujours signée au même moment que la formalisation du bulletin d'admission (cf. § 6.6.1) ; elle est préparée par le bureau des entrées, puis signée par le directeur ou une des personnes ayant délégation de signature ; puis elle est transmise, par courriel et fax, à l'ARS et à l'unité de psychiatrie pour remise au patient.

Une « *check-list* » des démarches à effectuer et des points de contrôle figure dans chaque dossier de patient en soins sans consentement. Les protocoles sont accessibles à tous les professionnels dans un « biblio web ». Néanmoins, le personnel semble exécuter les différentes formalités liées à ces modalités d'admission sans réelle compréhension ni des règles de droits en vigueur ni des enjeux en termes de respect des droits des patients concernés par les décisions de privation de liberté.

La décision d'admission est notifiée par un infirmier « *dès que l'état de santé du patient le permet, en général entre 24 et 72 heures après son arrivée* ». Cette notification n'est pas l'objet d'un entretien spécifique. Comme ont pu le constater les contrôleurs qui ont assisté à la notification de ses droits à un patient, le lendemain de son admission, celle-ci a consisté à lui demander de signer en bas de la feuille, sans aucune explication quant au contenu ; le patient n'a visiblement pas pris le temps de lire le document. Le patient interrogé par les contrôleurs a déclaré ne pas avoir compris ce qu'il avait signé : « *j'ai signé, ils m'ont demandé de signer mais je ne sais pas ce que c'est* ».

Selon les propos recueillis, le patient pourrait garder une copie du document s'il en faisait la demande.

Le document n'existe pas en shimaoré ni en arabe. En cas de nécessité, il a été indiqué qu'un agent du service est toujours en capacité d'en assurer la traduction.

Une fois signée par le patient, la décision est scannée puis transmise par courriel, en envoi groupé à toutes les interlocuteurs intéressés (bureau des entrées, secrétariat de direction, ARS).

En cas d'admission le week-end ou les jours fériés les infirmiers devraient faire appel à l'administrateur de garde mais parfois « *ils n'osent pas le faire, alors le dossier est traité au retour du personnel administratif* ». Il est ajouté que : « *la diminution du temps de secrétariat pour l'unité d'hospitalisation psychiatrique, n'a pas favorisé un bon suivi des dossiers des patients ; auparavant c'était la secrétaire qui rappelait les démarches à suivre, car elle vérifiait tous les dossiers, maintenant elle n'en a plus le temps* ».

### **Recommandation**

*La notification des droits aux patients doit s'effectuer de sorte que ces derniers puissent en comprendre les principes fondamentaux, ainsi que les voies de recours. Pour ce faire le document utilisé pourrait utilement être disponible en plusieurs langues.*

Dans son courrier le directeur indique que « cette notification écrite est en cours d'élaboration en unité de psychiatrie, à ce jour, la traduction est assurée par les agents du service et il est difficile d'en assurer une traduction écrite dans les trois langues parlées à Mayotte, le collectif des représentants des usagers de la CDU sera sollicité sur ce point ».

#### **6.3.2 Le recueil des observations des patients**

Le recueil des observations des patients au sens de la loi (article L3211-3 du CSP) ne fait pas l'objet d'une formalisation particulière. Cependant toute décision relative aux modalités de son hospitalisation est évoquée préalablement avec le patient au cours d'un entretien médical.

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

La désignation d'une personne de confiance n'apparaît pas être un sujet d'intérêt tant pour les patients que pour les soignants qui ne semblent pas sensibilisés sur le sujet. Il y a, de plus, une relative confusion dans l'esprit de certains entre les droits ouverts par la désignation de confiance et la possibilité de bénéficier du support et de l'accompagnement de personnes ressources.

**Recommandation**

*Une sensibilisation, des professionnels comme des patients, à la désignation d'une personne de confiance et ses enjeux en termes de droits des patients, serait opportune.*

Dans son courrier le directeur indique qu' « il s'agit d'un axe de formation proposé par le service de formation continue du CHM. Les agents bénéficient de formation concernant les droits des patients et la désignation de la personne de confiance est abordée dans ce cadre. De plus, lors du dernier séminaire éthique du CHM (21/10/2016), un travail sur ce thème a été présenté par la direction qualité ».

**6.3.4 La confidentialité sur l'hospitalisation**

Le patient peut demander que sa présence au sein de l'établissement ne soit pas divulguée. Le responsable du bureau des admissions rend anonyme l'hospitalisation dans le dossier administratif enregistré dans la base informatique. Un numéro identifiant est généré pour cette seule hospitalisation et communiqué à l'unité d'hospitalisation et le nom du patient n'apparaît pas dans la liste des personnes hospitalisées. Lorsque le personnel de l'accueil reçoit un appel à l'intention du patient, il indique à l'interlocuteur que la personne n'est pas hospitalisée dans l'établissement. Le jour du contrôle, aucun patient du service de psychiatrie n'avait formulé cette demande spécifique.

**6.3.5 L'information des patients avec le livret d'accueil**

Le livret d'accueil du CHM regroupe dix-huit fiches, dans une chemise cartonnée de belle présentation sur laquelle figurent les mots Bienvenue ! et Karibou ! (bienvenue en shimaoré) et à l'intérieur de laquelle sont imprimés les principes généraux de la charte de la personne hospitalisée. Ces fiches relèvent de cinq rubriques identifiées avec des codes couleur :

- organisation et plan du CH avec trois fiches ;
- prise en charge au sein de l'établissement avec cinq fiches (consultations, séjour, sortie, décès, satisfaction avec le questionnaire de sortie.) ;
- vos droits : la personne de confiance, le consentement libre et éclairé, les directives anticipées, l'accès au dossier médical, vos plaintes (..), vos représentants, les voies de recours en cas de préjudice ;
- la vie au sein de l'établissement avec une fiche traitant des principales règles de la vie collective en interne et vos accompagnants et visiteurs ;
- des annexes avec la lutte contre la douleur, les renvois législatifs, les formulaires « ma personne de confiance » et « mes directives anticipées » et une foire aux questions qui abordent une dizaine de sujets qui peuvent avoir une résonance particulière dans la culture mahoraise comme : que faire lorsque je n'ai pas compris ce que l'on allait me faire ? Pourquoi mes proches ne peuvent-ils pas m'apporter de panier repas ? Pourquoi les personnes qui me rendent visite ne peuvent pas rester après 19 heures ? etc.

Ce livret d'accueil ne fait aucune mention des spécificités de l'hospitalisation en psychiatrie avec notamment les spécificités des admissions en soins sans consentement, les audiences avec le juge des libertés et de la détention (JLD). Il ne semble pas être remis aux patients de

l'unité de psychiatrie. Il ne fait pas non plus référence aux conditions spécifiques d'hospitalisation des personnes détenues.

### **Recommandation**

*Le livret d'accueil de l'établissement doit être enrichi de fiches d'information expliquant, en termes simples, les différents types d'admissions en soins sans consentement et les voies de recours offertes aux patients ainsi que les coordonnées des autorités compétentes.*

*Ce livret d'accueil ainsi que le document précisant les règles de vie dans l'unité de soins psychiatriques doivent être remis aux patients hospitalisés en psychiatrie.*

#### 6.3.6 Le règlement intérieur

Le règlement intérieur du service de psychiatrie a été actualisé en octobre 2012. Il est synthétique et tient sur le recto d'une feuille de format A4. Il est théoriquement remis à chacun des patients à son arrivée et est affiché dans le bureau infirmier.

Il précise notamment les horaires des repas, les horaires des visites (selon l'avis médical), l'interdiction de fumer (cf. § 8.4.3), l'obligation de participer aux activités et de respecter le temps calme de 13h à 14h. Il y est précisé que chacun doit gérer son linge mais que de la lessive peut être fournie.

## 6.4 LA PREPARATION DE LA SORTIE EST UNE PREOCCUPATION DES SOIGNANTS DES L'ADMISSION

La préparation à la sortie est une préoccupation de l'équipe soignante dès l'admission du patient avec en particulier un travail très précoce avec les familles pour faciliter l'accompagnement ambulatoire des patients.

En pratique l'organisation de la sortie et la levée des mesures de soins sans consentement ne pose pas de difficultés particulières en matière de respect des droits des patients, au-delà de sorties jugés parfois trop précoces au regard de la situation clinique de certains patients.

## 6.5 UNE PROCEDURE DE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION CONFORME AUX TEXTES EN VIGUEUR

### 6.5.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Les audiences du juge des libertés et de la détention (JLD) se tiennent dans l'enceinte du CHM. L'installation actuelle au sein du service de consultation est provisoire mais bien signalée depuis l'entrée principale de l'établissement. Des travaux sont en cours pour créer une salle à proximité du CMP et du service d'hospitalisation.

Les locaux actuels ont un double usage de salle d'audience pour le JLD et de salle d'audition des enfants victimes. Ils comprennent :

- la salle d'audience qui est une grande salle accessible directement du couloir d'accès aux consultations. Elle est meublée d'un bureau avec du matériel informatique (ordinateur et imprimante), d'une table ronde et de chaises. Son aménagement est adapté en fonction de son utilisation ;
- une petite salle séparée par une vitre sans tain, utilisée en cas de besoin par les services de l'unité médico-judiciaire (UMJ), ainsi qu'une petite table et des jeux pour les enfants

entendus ; le matériel technique nécessaire aux constatations judiciaires est aussi entreposé dans ces locaux ;

- une pièce où sont entreposées des archives.



*Salle d'audience : signalétique et salle avec mobilier et équipement informatique*

En ce qui concerne l'organisation des audiences, la communication entre le bureau des entrées et le greffe est qualifiée de « bonne » par les différents interlocuteurs interrogés, mais les délais de saisines sont jugés très courts (de quatre à deux jours selon les constats des contrôleurs dans les dossiers des patients).

Le bureau des entrées surveille les délais, à l'aide d'un calendrier « Outlook » avec rappel automatique, qui n'est consultable que par la personne en charge du dossier. Cette dernière réclame à l'unité d'hospitalisation le certificat médical motivé, puis adresse au greffe du JLD la saisine comportant tous les documents utiles (certificats médicaux, décisions d'admission, notification etc.).

En retour, le bureau des entrées reçoit la convocation pour l'audience, qu'il transmet à l'unité pour notification au patient. Le cas échéant, un certificat d'incompatibilité de l'état clinique et psychique du patient avec son audition par le juge lui est transmis. Dans ce cas de figure, ce dernier peut prendre sa décision sans se déplacer à l'hôpital et l'avocat en est avisé par avance. Après l'audience, la décision est envoyée par le greffe, par télécopie, au bureau des entrées qui la conserve dans le dossier administratif du patient. En cas d'absence du patient à l'audience, la décision du JLD lui est notifiée, dès réception, par un infirmier du service.

L'étude des dossiers des patients montre que les certificats d'incompatibilité sont rares. Par ailleurs, il a été déclaré aux contrôleurs qu'il était arrivé que, sur l'insistance d'un avocat, l'équipe médicale renonce à une incompatibilité, et que l'audience initialement annulée se tienne en présence du patient dans la salle d'audience de l'hôpital.

#### 6.5.2 Le déroulement de l'audience du juge des libertés et de la détention

Selon les propos recueillis, « *les risques (d'hospitalisation abusive) sont minimes au regard du faible nombre de lits en psychiatrie sur le territoire et de la durée de prise en charge qui n'excède que rarement les trois semaines* ». Selon le magistrat, « *le droit commun mériterait une adaptation aux spécificités locales, pour prendre en compte notamment l'absence de psychiatres libéraux et l'impossibilité d'établir un certificat médical initial par un psychiatre non hospitalier* » ; « *il y a au plus une quarantaine de situations par an, souvent des patients qui sont déjà connus, qui mériteraient probablement une hospitalisation plus longue, et qui rechutent* ». « *Les*

*certificats médicaux étant la plupart du temps suffisamment motivés et étayés les décisions de mainlevée sont rares* ». Une vigilance particulière est portée aux aspects de déontologie médicale (par exemple quand le patient est examiné en garde à vue par le médecin psychiatre qui le suit habituellement) ou dans le cas des SDRE car « *quelques familles de notables auraient tendance à régler des problématiques individuelles par ce biais* ».

Le panneau indiquant la salle d'audience a été mis en place à la demande du magistrat afin de faciliter la venue des tiers demandeurs qui sont convoqués à cette audience. Leur convocation est faite par tous les moyens utiles (y compris par téléphone après recherche de leurs coordonnées) et il est précisé qu'ils sont très régulièrement présents.

Le patient est accompagné d'un soignant à l'audience. A la demande du magistrat ils apportent des éléments sur la situation du patient (situation sociale, orientation post-hospitalisation, évolution du patient...) qui aident à la décision.

L'avocat de permanence est toujours présent à l'audience, les échanges avec le patient avant l'audience sont succincts et un traducteur est présent en cas de besoin.

## 6.6 LES CONTROLES INSTITUTIONNELS DES SOINS SANS CONSENTEMENT SONT INSUFFISANTS

### 6.6.1 Le registre de la loi ne permet pas d'appréhender correctement le suivi administratif et judiciaire des mesures de soins sans consentement

Cinq agents sont chargés des formalités d'entrée des patients pour l'ensemble de l'hôpital. Une personne est en charge plus particulièrement des formalités d'admission des patients en soins sans consentement et de la tenue des registres de la loi. Affectée depuis une semaine au moment du contrôle sur cette fonction, elle n'a bénéficié d'aucune formation, mais déclare solliciter sa hiérarchie où son homologue de l'hôpital de la Réunion en cas de difficulté. Cette personne étant aussi parfois chargée d'autres missions (l'accueil physique des patients), elle peut être contrainte de différer le traitement des admissions de patients admis en soins sans consentement.

Le bureau des entrées est un *open-space* accueillant six postes de travail, très exigus, sans possibilité de classement des dossiers à proximité immédiate des bureaux ; les conditions de travail ne favorisent pas un suivi convenable des dossiers des patients.

Les registres, un pour les SDT et un pour les SDRE, comportent quatre pages par patient pour les SDT et deux pages pour les SDRE, avec mention sur la première page de l'identité complète du patient, le tiers à l'origine de la demande, la date d'hospitalisation, la date de sortie ; les autres pages permettent de coller, après réduction, les certificats initiaux, la notification de la décision, tous les certificats médicaux suivants et l'avis motivé en vue de la mise en œuvre des programmes de soins.

**La consultation de ces registres montre que ces derniers sont renseignés de manière très aléatoire.** Des rubriques sont prévues pour les informations relatives à l'existence d'une mesure de protection juridique, la désignation d'une personne de confiance, les audiences devant le juge des libertés et de la détention, mais les contrôleurs ont constaté qu'elles ne sont jamais remplies.

Le registre en cours pour les SDT a été ouvert le 3 janvier 2016 ; il est visé en page de garde par la direction des services à la population de la mairie de Mamoudzou et la direction de l'établissement. Seize mesures y sont inscrites entre le 3 janvier 2016 et le 24 mai 2016. L'étude de ce registre montre que :

- pour les dix premières mesures, les informations concernant l'état civil de certains patients et des tiers sont bien inscrites, la date d'admission correspond à la date de



décision du directeur, la notification des droits est spécifiée comme étant réalisée le même jour. Une copie miniaturisée du document signée par le patient est collée ainsi que la demande du tiers, les certificats médicaux, les décisions et les certificats de mainlevée. Les ordonnances du JLD ne figurent pas toujours dans le registre. Après vérification dans les dossiers des patients, les ordonnances qui y sont classées ne correspondent pas toujours à la personne concernée ;

- pour six mesures, les données disponibles sont très aléatoires d'une situation à l'autre. Parfois la demande du tiers ne figure pas dans le registre mais, après vérification, elle est bien au dossier du patient. La date d'admission inscrite ne correspond pas toujours à la date de la décision de SDT signée par le directeur. De ce fait, il est difficile de déterminer dans quel délai cette décision est prise après l'admission du patient à l'hôpital ; pour les deux dernières mesures, seuls les noms et prénoms des patients sont mentionnés ;
- la dernière inscription d'une admission date du 19 mai 2016. Il est impossible de connaître le nombre exact et les situations des patients admis entre cette date et la date du contrôle ;

*Une situation particulière : Il n'y a pas d'inscription dans le registre de la loi de la mesure concernant un patient admis en SDT le 24 mai 2016 et qui a fugué le 27 mai (soit le jour même du certificat médical de 72h sollicitant son maintien en hospitalisation). Après cette fugue, le bureau des entrées avait sollicité la rédaction d'un certificat en vue d'une éventuelle mainlevée de la mesure. Le psychiatre avait répondu par courriel le 2 juin qu'il « refuse de se contredire dans un nouveau certificat alors que les données cliniques montrent le contraire... ce patient ne montre pas de dangerosité psychique prévisible ou de notion de mise en danger .... mais simplement des soins contraints restent indiqués ».*

*Le JLD n'a pas été saisi dans le délai des 12 jours.*

*Un certificat de situation en date du 13 juin fait état d'un déplacement au domicile du patient pour le rencontrer, ce qu'il a refusé tout en acceptant un rendez-vous pour le 16 juin. Ce certificat indique « maintien des soins sans consentement, la personne n'a pas été avisée de la décision en raison de son état et du refus de nous recevoir ». Le 15 juin un certificat propose la levée de la mesure de SDT après une communication téléphonique avec la famille et indique que : « le patient a regagné le domicile et ne présente actuellement pas de troubles du comportement patents ».*

- la dernière admission en date du 16 juin 2016, n'est pas non plus inscrite dans le registre le jour même, le dossier d'admission de ce patient n'ayant pu être traité avant le 17 juin 2016, la personne en charge du traitement du dossier étant affectée au poste d'accueil. Le certificat initial des urgences puis le certificat de 24h réalisé par le psychiatre du service font état d'une hospitalisation « pour péril imminent » ; en absence de décision de SDT par le directeur, la fiche de prescription médicale initiale, au dossier du patient, fait état d'une hospitalisation libre, sans que le patient en soit avisé.

Le registre en cours pour les SDRE a été ouvert le 4 août 2011 et paraphé par le maire de Mamoudzou. Il porte mention de trente-cinq mesures allant du 13 août 2011 au 22 mars 2015. Parmi celles-ci, sept mesures prises en 2011, onze en 2012, onze en 2013, cinq en 2014 et une en 2015.

Selon ce registre, seules dix mesures, seraient levées.

- les sept premières mesures sont renseignées avec rigueur. Les certificats médicaux sont rédigés à la main directement sur le registre par des médecins différents dans des

intervalles réguliers respectant la réglementation. Ces certificats sont étayés. Les arrêtés préfectoraux, les sorties d'essai et les programmes de soins y sont collés en réduction ;

- de la 8<sup>ème</sup> à la 27<sup>ème</sup> mesure, les renseignements d'état civil sont correctement renseignés mais la décision du préfet est parfois manquante, même si le numéro d'arrêté est précisé. Les certificats médicaux sont aussi manquants (parfois y figure seulement un certificat mensuel), de nombreuses incohérences de dates sont à noter.

A titre d'exemples :

- pour un patient hospitalisé le 26 juin 2012, l'arrêté préfectoral est en date du 26 février 2013, le certificat mensuel du 24 janvier 2013 et le certificat de levée de mesure en date du 24 février 2013, sans qu'il puisse être établi s'il s'agit d'une erreur de transcription ou d'un défaut de respect des droits du patient ;
- pour un autre patient l'hospitalisation daterait du 29 décembre 2011, la décision préfectorale du 31 juillet 2012, la notification de l'ARS au patient du 6 avril 2012, à la famille du 1<sup>er</sup> août 2012. Seuls des certificats mensuels y figurent régulièrement à compter du 29 juin 2012 jusqu'au 28 février 2013 ;  
pour un autre patient dont la date hospitalisation est le 15 mars 2013, l'arrêté préfectoral est du 19 mars mais sur le registre la mention de la date d'entrée et de l'arrêté sont à plusieurs reprises différentes ;
- les certificats de levée de mesure y figurent jusqu'au 24 février 2013, sauf pour une mesure. Depuis, selon les propos recueillis, considérant que les patients sont encore suivis en programmes de soins en ambulatoire, il n'y a plus d'enregistrement du certificat médical sollicitant la levée d'hospitalisation et la proposition d'un programme de soins ;
- depuis mars 2013, pour les huit dernières mesures inscrites sur le registre, figurent seulement les noms et prénoms des personnes sans aucune autre information ;
- la dernière mesure de SDRE enregistrée est en date du 10 avril 2015 ;
- n'y est donc pas inscrite la mesure concernant le patient hospitalisé du 9 au 13 juin 2016 et dont le dossier au sein de l'unité de soins comporte bien les arrêtés préfectoraux en date du 13 et 15 juin 2016, le programme de soins du 10 juin ; l'arrêté préfectoral d'admission en SDRE n'était pas parvenu au bureau des entrées.

**En conclusion, le registre de la loi n'est pas tenu avec la rigueur nécessaire et les informations qui y figurent ne permettent pas de suivre les décisions administratives et judiciaires relatives à la situation des patients en soins sans consentement dans l'établissement.** Les certificats médicaux qui fondent les décisions sont motivés, circonstanciés et actualisés avec la précision éventuelle de projets en cours tels que permissions de sortie et programmes de soins.

Ces registres ne comportent aucun visa des autorités (préfet, procureur de la République, président du TGI, CDSP).

#### **Recommandations :**

*Les registres de SDT et SDRE doivent être remplis avec rigueur et permettre la vérification immédiate des décisions administratives et judiciaires concernant les personnes hospitalisées en soins sans consentement.*

*Le personnel administratif et infirmier en charge du traitement administratif de l'hospitalisation de ces personnes et des relations avec le JLD doit recevoir une formation afin que les enjeux des démarches qu'il réalise, en termes de droits des patients, soient bien appréhendés.*

Dans son courrier le directeur indique qu'« une procédure précisant toutes les étapes du processus d'enregistrement et de gestion des décisions administratives et juridiques est en cours d'élaboration. Elle inclut les modalités de tracabilité exigibles. Pour ce faire un groupe de travail pluri-professionnel et multi-disciplinaire a été sollicité. Il associe le bureau des entrées, l'encadrement du pôle, les cadres de proximité concernés, les secrétariats, les personnels paramédicaux, ainsi qu'un médecin psychiatre. Par ailleurs, une formation spécifique va être mise en œuvre pour les agents relevant de cette activité. Les modalités relatives à une évaluation périodique de ce processus seront déterminées et incluses dans la procédure afférente (contrôle interne du registre de la loi à échéances régulières) ».

#### 6.6.2 La commission départementale des soins psychiatriques

**Il n'y a pas de commission départementale des soins psychiatriques à Mayotte** au motif de l'impossibilité de respecter la législation en vigueur. En effet, celle-ci (article L3223-2 du code de la santé publique) précise que cette instance est composée notamment de deux médecins psychiatres, dont un ne doit pas exercer dans un établissement hospitalier désigné pour assurer les soins psychiatriques sans consentement, et deux représentants d'associations agréées respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux.

Or, actuellement à Mayotte, aucun psychiatre n'exerce son activité en dehors de l'hôpital, et s'il existe une association de parents d'enfants handicapés ou de patients ayant des pathologies somatiques (diabète par exemple), aucune association répondant *stricto sensu* aux exigences législatives n'existe. L'ARS a indiqué aux contrôleurs avoir sollicité le ministère de la santé au regard de ces difficultés sans avoir eu, au moment du contrôle, de réponse de celui-ci.

Toutefois, la loi prévoit la possibilité de désigner des personnalités d'autres départements en cas d'impossibilité de désigner un ou plusieurs membres.

**Dans ce contexte il conviendrait que les autorités compétentes désignent les personnes qu'elles doivent désigner, chacune en ce qui les concernent, et que le préfet arrête la composition de cette commission.** Ainsi celle-ci pourra exercer les missions qui sont les siennes, en particulier examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement, au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.

#### **Recommandation**

*Il convient de mettre en place la commission départementale des soins psychiatriques selon la législation en vigueur, le cas échéant en faisant appel à des personnes d'un autre département, à défaut d'une adaptation de la réglementation au regard des particularités de Mayotte.*

### 6.7 LES REPRESENTANTS DES FAMILLES ET DES USAGERS NE SONT PAS PRESENTS EN PSYCHIATRIE ET LES ENQUETE DE SATISFACTION NE SEMBLANT PAS CONCERNER CE SERVICE

Il n'y a d'associations ni d'usagers de la psychiatrie ni de familles de malades de psychiatrie.

La commission des usagers a été installée en décembre 2006. Elle se réunit trois fois par an. Les deux titulaires et leurs suppléants représentants des usagers, nommés par arrêté de l'ARS en date du 3 juin 2013, sont membres respectivement de l'association « Force ouvrière des consommateurs » et du « Club des familles des jeunes diabétiques 976 ».

Des rencontres ont pu être organisées entre ces représentants et d'autres associations comme le CISS Océan indien<sup>31</sup>, l'AMALCA<sup>32</sup>, NARIKE M'SADA<sup>33</sup> et l'Adapei<sup>34</sup>.

Les associations d'usagers disposent d'un local au deuxième étage d'un bâtiment administratif sans réelle signalétique et inaccessible aux personnes en situation de handicap.

Par ailleurs un projet de groupe d'entraide mutuelle (GEM) pourrait prochainement se développer à l'initiative de quelques patients.

Aucune des vingt-six réclamations traitées par l'établissement en 2015 n'a concerné le service de psychiatrie qui se trouve, de fait, dans une position relativement marginale quant à ses sujets et sans mobilisation associative spécifique.

Les questionnaires de satisfaction sont intégrés au livret d'accueil mais celui-ci n'est pas systématiquement remis aux patients hospitalisés en psychiatrie. Bien que, dans le document de janvier 2016 présentant les résultats des retours des questionnaires de satisfaction des patients il soit indiqué que ce « questionnaire (...) concerne tous les services d'hospitalisation », sur la liste recensant les services qui suit cette affirmation, ne figure pas le service de psychiatrie. Par ailleurs les résultats présentés par service ne font pas état de celui de psychiatrie.

---

<sup>31</sup> CISS : collectif inter associatif sur la santé

<sup>32</sup> AMALCA : association mahoraise de lutte contre le cancer

<sup>33</sup> NARIKE M'SADA - association de lutte contre le sida de Mayotte

<sup>34</sup> ADAPEI : association départementale de parents et d'amis des personnes handicapées mentales

## 7. LES DROITS DES PATIENTS

### 7.1 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS N'EST PAS UN SUJET DE PREOCCUPATION DES SOIGNANTS

Les documents des dossiers individuels consultés par les contrôleurs, ne font état que de l'état civil du patient et ne donnent pas d'information sur une éventuelle mesure de protection juridique des personnes. Les soignants présents ne semblent pas préoccupés par ce sujet.

#### **Recommandation**

*L'information relative à une éventuelle protection juridique des personnes majeures doit figurer dans le dossier comme dans le registre de la loi et être communiquée au JLD.*

Dans son courrier le directeur indique que « la protection juridique des personnes majeures à Mayotte est en cours de déploiement. Dans le cas où un patient bénéficierait de cette protection juridique, elle sera notifiée dans le registre de la loi et dans le dossier du patient, ainsi que transmise au JLD ».

### 7.2 LES BIENS DES PATIENTS N'APPELLENT PAS D'OBSERVATION

Un inventaire contradictoire de ses effets est réalisé à l'arrivée du patient dans l'unité. Le plus souvent les patients arrivent sans biens particuliers quand ils sont hospitalisés. Les vêtements ou effets personnels, y compris ceux éventuellement apportés par la suite par la famille, sont laissés dans les chambres. Le téléphone portable est déposé au poste infirmier comme les cigarettes et briquets.

### 7.3 LA SEXUALITE DEVRAIT FAIRE L'OBJET D'UNE PLUS GRANDE ATTENTION

Les relations sexuelles dans le service font l'objet d'un interdit explicite, même si il est parfois transgressé.

Toutefois, il n'y a pas de préservatifs accessibles au sein de l'unité de psychiatrie ni dans l'hôpital, alors que la pharmacie qui en « fournit » dans certaines unités de consultations ambulatoires pourraient le faire en cas de demande ; des modalités de mise à disposition de préservatifs pourraient donc être envisagées. En cas de besoin, les patientes peuvent bénéficier d'une consultation gynécologique et de la prescription de contraception.

## 8. LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE

### 8.1 LES LOCAUX ONT ETE PENSES DANS UNE LOGIQUE SECURITAIRE

Le bâtiment de psychiatrie est un bâtiment de plain-pied, clos, disposant d'une cour intérieure avec un arbre. Il est situé « au fond » de l'emprise hospitalière, à l'arrière du bâtiment hébergeant le CMP et il est relié aux bâtiments principaux des urgences et de l'hospitalisation par des coursives couvertes.

La **porte d'accès** au bâtiment qui accueille la seule unité d'hospitalisation de psychiatrie, est **toujours fermée**. Une affichette apposée à l'extérieur indique le nom des deux psychiatres intervenant plus spécifiquement dans l'unité d'hospitalisation ainsi que le nom du cadre de santé, le numéro de téléphone du service, les horaires des visites et l'invitation « Veuillez sonner pour entrer ».

#### **Recommandation**

*La fermeture systématique du bâtiment de psychiatrie doit être interrogée, ainsi que son application systématique à tous les patients hospitalisés quelle que soit leur situation clinique.*

Cette porte franchie permet d'accéder soit à la première cour intérieure rectangulaire et carrelée, soit à une porte, également toujours fermée, qui permet de pénétrer dans l'unité d'hospitalisation.



*Vues de la cour en entrant dans le bâtiment et de la coursive périphérique*

Une varangue périphérique à cette cour permet l'accès direct à différents bureaux : le bureau du médecin, celui du cadre de santé, un secrétariat<sup>35</sup>, un bureau de psychologue également salle de réunion, un espace d'activités ainsi que les vestiaires du personnel. Des fauteuils en mauvais état, un baby-foot, un sac de frappe de boxe sont installés sous cette varangue. Les portes de la cour comme de l'unité ont été peintes en couleurs vives ce qui confère à l'ensemble un aspect chaleureux et plaisant.

La coursive donne accès, dans la partie centrale de la cour, au bureau infirmier dont la fenêtre sur cour est barreaudée, ainsi qu'à l'entrée principale de l'unité d'hospitalisation. Cette porte est le plus souvent ouverte, mais est systématiquement fermée entre 12h et 14h. Cette partie

<sup>35</sup> Le secrétariat est relativement déserté depuis que la secrétaire est installée dans les locaux du CMP

centrale de la varangue accueille une table avec six chaises et est le principal espace collectif du service. Elle est également ouverte sur une petite cour triangulaire, gravillonnée et arborée sur laquelle donnent les fenêtres de trois chambres.

L'entrée principale donne accès au large couloir central de l'unité, légèrement incurvé, et dont l'entretien laisse à désirer, qui dessert :

- à gauche, les deux chambres d'isolement, un local de rangement, la salle de soins (située à l'arrière du bureau infirmier) dont la porte qui donne sur ce couloir est toujours fermée et, au fond, une porte de sortie donnant directement accès à l'entrée du bâtiment, quatre chambres, la salle à manger et l'office ;
- en face, une chambre à deux lits ;
- à droite, quatre chambres à un lit, deux chambres à deux lits, les sanitaires pour les patients, une salle à manger et un office, un local avec une douche, un lavabo et un WC<sup>36</sup> pour les patients et un local de nettoyage qui est équipé d'un bac pour laver le linge ainsi que d'une machine à laver et à sécher.



*Le couloir du côté des chambres d'isolement (photo de gauche) et de la salle à manger (à droite)*

Vingt casiers ont été placés dans le couloir en deux blocs (cf. photo ci-dessus) mais ne sont pas utilisés.

Les chambres, (soit quatre chambres individuelles et trois à deux lits) sont de dimension variable, de 10 m<sup>2</sup> pour la plus petite chambre individuelle à 49 m<sup>2</sup> pour la plus grande chambre à deux lits ; elles offrent un confort spartiate. Les deux plus grandes chambres à deux lits ont un coin sanitaire fermé carrelé au sol et jusqu'à une hauteur de 2 m avec lavabo et douche, et deux chambres à un lit disposent d'un petit lavabo doté d'un robinet hors service pour une des chambres, les trois chambres côté cour ont été équipées d'un bloc sanitaire.

Certaines portes de chambre disposent d'un fenestron, d'autres ont des portes pleines. Elles sont très diversement équipées, avec aucun meuble autre que le lit dans trois des chambres, deux penderies sans étagère et sans porte dans deux chambres doubles et un chevet près du lit dans deux chambres individuelles. Aucune lampe de chevet n'est disponible et seules certaines chambres sont équipées avec un interrupteur au-dessus du lit qui permet d'éteindre le plafonnier en restant couché.

<sup>36</sup> Le dévidoir de papier toilette était au moment du contrôle ouvert et vide.

Les quatre chambres qui donnent vers l'extérieur du bâtiment ont des fenêtres sécurisées qui ne s'ouvrent pas de l'intérieur ; l'ouverture en serait théoriquement possible depuis l'extérieur du bâtiment mais les fenêtres ne disposent pas de poignée ; elles sont barreaudées à l'intérieur, avec parfois en complément une partie double vitrée en plexiglas côté chambre. Ce dispositif permet l'accumulation de déchets entre la fenêtre et le plexiglas, ce qui est incompatible avec le respect de l'hygiène et contribue à la relative indignité des locaux.



*Accumulation de déchets ou de saletés entre les barreaux et les fenêtres dans des chambres occupées*

Les chambres côté cour ont fait l'objet d'un nouvel aménagement en 2015, avec une salle d'eau offrant une douche et un équipement intégré (wc – lavabo) en inox. Les deux chambres individuelles sont dotées d'un lit et d'une table de chevet. Elles ne disposent toutefois comme seule ouverture sur l'extérieur que d'un ou plusieurs vasistas (40 cm sur 40 cm dans les chambre à un lit, 80 cm sur 80 cm dans la chambre à deux lits) en verre opacifié ne permettant pas une vue droite sur l'extérieur.

Pour une des chambres, (n°3D5.0.005) la porte ne dispose d'aucune poignée et l'on peut rester enfermé à l'intérieur sans système d'appel efficace autre que celui de crier. Comme les contrôleurs ont pu le constater, la venue d'un professionnel peut prendre plusieurs minutes et l'ouverture de la porte s'avérer difficile. Pour retenir la porte ouverte, a été disposée devant elle une bouteille remplie de graviers, qui certes remplit le plus souvent cet office mais pourrait également servir de projectile particulièrement dangereux. Le dysfonctionnement de cette poignée a été signalé, comme celui de celle de la salle d'eau de la chambre contiguë, le 12 juin mais aucune intervention n'avait été réalisée le 20 juin malgré les risques que présentent ces situations en termes de sécurité des personnes.

La salle à manger est équipée d'un poste de télévision et de quatre fauteuils en plus des tables et chaises permettant de prendre le repas.

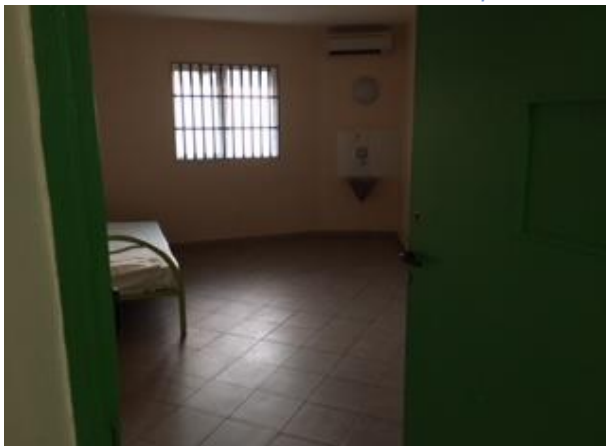
Les deux chambres d'isolement du service sont décrites au § 8.5.

Globalement les locaux sont sales et l'une des chambres à deux lits sent très fortement l'urine pendant toute la période du contrôle (la présence d'un patient qui urine dans sa chambre aurait nécessité un renforcement du nettoyage et de l'aération de celle-ci, ce qui n'était pas le cas).





*Chambre double avec penderie sans porte ni étagère et salle d'eau*



*Deux chambres à un lit avec petit lavabo sans tablette ni espace pour poser les affaires de toilette*  
Les chambres disposent d'un climatiseur dont certains ne sont pas en état de fonctionnement.



*Salle à manger avec à l'arrière, un petit espace calme et un local WC pour le personnel*

L'organisation architecturale des locaux a été pensée dans une logique sécuritaire au moment de la transformation du bâtiment qui hébergeait auparavant un service de chirurgie, avec l'idée prévalent d'éviter les fugues et les intrusions, ce qui a conduit à barreauder toutes les fenêtres y compris celle du poste infirmier qui n'est pourtant accessible que de la cour intérieure.

De plus, un système de vidéosurveillance a été mis en place avec renvoi des images au bureau des infirmiers. C'est ainsi que des caméras permettent de visualiser l'entrée du service, l'entrée dans la cour, la cour autour du baby-foot, la cour gravillonnée, la salle d'activités, le couloir de l'unité et surtout les deux chambres d'isolement avec une vue sur l'intégralité des chambres y compris sur les toilettes (cf. § 8.5).

Les moustiques sont très présents dans les locaux et la lutte anti vectorielle nécessiterait d'être renforcée.

Il n'y a aucun local de type tisanerie, permettant aux professionnels de prendre un temps de pause à l'abri du regard des personnes hospitalisées. Ceci n'est probablement pas étranger au fait que les patients soient enfermés dans l'unité de soins entre 13h et 14h, les personnels pouvant alors disposer de l'espace extérieur sans être « *sous leur regard* ».

### **Recommandation**

*Les travaux de maintenance nécessaires doivent être signalés, réalisés et suivis avec plus de rigueur. L'entretien et le ménage quotidien des locaux laissent vraiment à désirer et doivent impérativement être assurés de façon plus rigoureuse. La lutte antivectorielle doit être renforcée.*

Dans son courrier le directeur indique que « l'architecture du bâtiment ne permet pas un maintien de l'ouverture du service. Cependant, une réflexion médicale est en cours dans ce sens ».

En ce qui concerne la maintenance des bâtiments il ajoute qu'il convient de « noter une amélioration de l'environnement des patients par une démarche dite d'humanisation des locaux avec la réception récente d'équipements neufs : lits, armoires, chevets et fauteuils. L'aménagement des locaux est une démarche continue et comprend également la décoration qui est en cours à ce jour. »

## **8.2 LES PATIENTS SONT MAJORITAIREMENT JEUNES**

Huit patients étaient hospitalisés le premier jour du contrôle. L'admission la plus ancienne datait du 5 juin (soit dix jours au moment de l'arrivée des contrôleurs) ; un patient a été placé en chambre d'isolement au cours de la présence des contrôleurs.

Les patients sont relativement jeunes (entre 24 et 38 ans pour ceux présents le 20 juin) et sur les 151 patients qui ont été hospitalisés en soins sans consentement les 24 derniers mois, seuls quatre avaient plus de 50 ans ; cinq de ces patients étaient mineurs et quatre-vingt-deux avaient entre 19 et 30 ans (source ARS).

Certains patients seraient hospitalisés de façon itérative, ce qui interroge l'objectif d'une durée d'hospitalisation toujours très courte. Ceci nécessiterait sans doute d'être approfondi en collaboration avec le DIM.

## **8.3 LE PROJET THERAPEUTIQUE : UNE UNITE DE CRISE AVEC UNE BONNE PRESENCE MEDICALE ET DES ATELIERS THERAPEUTIQUES**

Le service est « utilisé » comme une unité de crise, ce qui amène à n'y hospitaliser les patients qu'au moment d'une situation très aiguë avec, selon les informations recueillies par les

contrôleurs, une « relative surmédication », une implication systématique des familles favorable à une prise en charge en relais à la fin de l'hospitalisation et un suivi au CMP.

Par ailleurs, les médecins savent que les patients recourent aussi aux soins traditionnels avec les fundis religieux et/ou les « approches magiques ».

### 8.3.1 L'organisation de la prise en charge

Deux psychiatres interviennent dans l'unité (cf. § 4.2.2) assurant une présence, matin et après midi, cinq jours par semaine. Le patient est suivi par le psychiatre qui assurait l'éventuel suivi antérieur ou par celui qui l'a accueilli lors de son admission dans l'unité.

Les consultations médicales se font systématiquement en présence d'un infirmier et les patients sont ainsi vus deux à trois fois par semaine pendant le temps de l'hospitalisation.

Les traitements médicamenteux sont dispensés dans le bureau infirmier dans des conditions permettant de respecter la confidentialité des soins et des échanges. Au moment du contrôle, il n'y avait pas d'analyse pharmaceutique des prescriptions médicamenteuses. Un préparateur en pharmacie vérifie l'armoire de pharmacie de façon hebdomadaire.

Différents ateliers thérapeutiques, animés par un psychologue ou un psychomotricien avec un infirmier ou un aide-soignant, sont proposés aux patients qui sont tous invités à y participer. A titre d'illustration on peut citer :

- un atelier collage de 10h30 à 11h30 le lundi matin ;
- un groupe thérapeutique d'éveil corporel de 10h à 11h30 le mardi matin ;
- un groupe soignants-soignés le jeudi de 11h à 11h45.

Des activités sont mises en place à l'initiative des soignants, telle qu'une sortie à la cafétéria<sup>37</sup> des jeux de société (*Mastermind™*, *Triominos™*), du dessin, de la peinture ou de la musique, une partie de baby-foot. Les patients peuvent également lire des magazines ou taper dans le sac de frappe.

Une réunion de transmissions, à laquelle participent les infirmiers et aides-soignants présents, la psychologue, le médecin et la secrétaire, a lieu tous les matins de 8h30 à 9h.

Une fiche est complétée quotidiennement par les infirmiers avec les informations synthétiques de tous les patients hospitalisés (avec pour chacun : son numéro de chambre, son statut d'hospitalisation, sa date de naissance, son numéro d'IPP<sup>38</sup>, sa date d'entrée, le motif d'hospitalisation, les initiales du psychiatre référent, les transmissions quotidiennes du jour et de la nuit ainsi que les rendez-vous programmés ou autres informations importantes telles qu'une comorbidité). Cette fiche est adressée à tous les membres de l'équipe du secteur.

Une réunion d'approfondissement clinique a lieu tous les vendredis après-midi, de 15h à 16h, associant l'équipe de l'hospitalisation, celle de liaison et celle du CMP. Au cours de cette réunion trois à quatre situations cliniques sont travaillées qui sont proposées par les équipes.

<sup>37</sup> Une cafétéria est ouverte de 6h à 17h dans un bâtiment à proximité de l'entrée de l'hôpital, gérée par un prestataire privé (société *Panima*). Elle sert des boissons chaudes ou froides et des plats ; elle est principalement fréquentée par le personnel de l'hôpital mais également accessible aux patients. Un patient de psychiatrie pourrait en fonction des situations cliniques y aller seul ou avec un proche mais généralement il est accompagné par un soignant. Il peut arriver qu'un groupe de trois patients puisse ainsi sortir au sein de l'hôpital et, le cas échéant, aller à la cafétéria accompagné d'un soignant et d'un stagiaire infirmier ou aide-soignant.

<sup>38</sup> IPP : identifiant permanent du patient

D'autres réunions contribuent à la prise en charge des patients hospitalisés ou au fonctionnement du service avec :

- une réunion de quinze minutes environ, chaque matin à 8h, associant les médecins et l'équipe du CMP qui permet de faire le point sur les situations particulières y compris pour les suivis d'hospitalisation ;
- une réunion tous les quinze jours des médecins permettant d'affiner les approches organisationnelles et institutionnelles ;
- une réunion hebdomadaire au CMP suivie une fois par mois d'une réunion avec un ou des partenaires (Solidarité Mayotte par exemple au moment du contrôle du CGLPL).

Tous les médecins se retrouvent une heure le mardi après-midi pour échanger des informations, préciser des approches organisationnelles ou institutionnelles etc.

L'articulation entre le service de psychiatrie et l'unité fonctionnelle d'addictologie, rattachée au pôle de santé publique, mériterait d'être renforcée au regard de la nécessité d'améliorer la prise en charge de la dépendance nicotinique (cf. ci-après) mais aussi compte tenu de la fréquence des consommations d'autres substances psycho-actives (alcool, bangué, « chimique »...) qui entraînent une toxicité aiguë avec de la violence, des troubles du comportement ou des troubles psychiatriques aigus ainsi que des situations de comorbidités.

### 8.3.2 Le suivi médical somatique

Les patients passent systématiquement par le service des urgences et sont ainsi examinés sur le plan somatique à leur admission.

Le médecin somaticien ne se déplace pas dans le service de psychiatrie, en cas de besoin le patient sera transféré aux urgences.

## 8.4 LA VIE QUOTIDIENNE DOIT RESPECTER LA DIGNITE DES PATIENTS ET LA QUESTION DU TABAC DOIT FAIRE L'OBJET D'UN TRAVAIL AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

La porte de l'unité est fermée entre 12h et 14h ; les patients ont un temps de repos obligatoire après le repas soit entre 13h et 14h et peuvent soit rester dans leur chambre, soit aller dans la salle à manger regarder la télévision sous réserve que le sol qui a été lavé après le repas soit sec. **Ainsi comme ont pu le constater les contrôleurs, pendant ce temps les patients sont à l'intérieur et les professionnels à l'extérieur dans la cour, la porte entre ces deux espaces étant fermée à clef.**

### **Recommandation**

*Il n'est pas conforme au respect de la dignité des patients qu'ils soient tenus enfermés à l'intérieur des locaux d'hospitalisation de 13h à 14h alors que le personnel soignant est à l'extérieur dans la cour.*

Dans son courrier le directeur indique que « cette pratique n'est pas conforme au respect de la dignité des patients toutefois elle prenait son origine dans la structure des locaux car les personnels ne bénéficient pas de salle de détente au sein du service. Néanmoins un travail est organisé avec l'encadrement afin que le temps réglementaire de pause déjeuner des agents soit pris de manière alternée et en dehors de l'unité. Ainsi les patients resteront dans l'espace de l'unité sous la surveillance des agents sans être livrés à eux-mêmes, ni enfermés dans le service ».

#### 8.4.1 La restauration

Le petit déjeuner est pris vers 8h avec une diversité de choix des boissons (thé, chocolat, café et/ou lait). Le déjeuner à 12h et le dîner à 18h ; deux collations à 16h et 20h complètent les repères horaires de la journée autour des repas.

Il n'y a pas de « menus mahorais » pour les patients alors qu'il peut y en avoir à la cafétéria pour le personnel. Les menus ne sont pas connus à l'avance et sont découverts au moment de la livraison.

Pour le service de psychiatrie, le petit déjeuner est livré à 7h15 et les repas sont livrés vers 10h et 16h, en liaison froide depuis la cuisine centrale. Le service à l'assiette se fait dans le service, sauf dans les situations rares où un patient bénéficie d'un régime alimentaire qui est alors livré en barquette individuelle.

Les patients disposent de couverts en plastique sans qu'il soit possible d'en justifier la pratique. La machine à laver la vaisselle installée à l'office deux mois avant le passage des contrôleurs n'avait toujours pas été utilisée, la vaisselle étant simplement rincée dans l'unité et renvoyée à la cuisine centrale.

Certains professionnels prennent leur repas personnels sur une banquette, dans cette même salle à manger.

#### 8.4.1 La télévision

Le règlement intérieur prévoit que le poste de télévision qui est dans la salle à manger peut être allumé dès 7h et doit être éteint au moment des repas, des activités et aux environs de 22h (en fonction de la fin du programme).

#### 8.4.2 Le téléphone et les visites

Le téléphone portable est remis à l'arrivée au poste infirmier et peut être obtenu à la demande entre 14h et 18h en fonction des situations et selon les recommandations médicales ou l'appréciation des soignants.

Il est généralement proposé par le médecin au patient un « temps de rupture » avec l'extérieur pour les quarante-huit premières heures de l'hospitalisation. Ceci conduit à limiter l'accès au téléphone comme les visites sur cette période, de façon négociée, en fonction des situations. Cela peut aisément faire l'objet de discussion informelle au cas par cas. A l'issue des premiers jours d'hospitalisation, les familles sont incitées à rendre visite à leur proche.

#### 8.4.3 L'accès au tabac

L'accès au tabac est contrôlé avec cinq temps spécifiques : à 8h, à 10h, après le déjeuner, à 16h, après le repas du soir avant le coucher.

Le règlement intérieur rappelle l'interdiction totale de fumer à l'exception d'une cigarette après chacun des repas, sur la varangue, accompagné d'un soignant, cigarettes et briquets étant gérés par les soignants.

Une note des psychiatres en date du 16 mars 2016, adressée au Comédims<sup>39</sup> vise à obtenir des substituts nicotiques et en particulier des gommes à mâcher pour les patients. **Les substituts**

---

<sup>39</sup> Comédims : commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles qui contribue à la définition de la politique du médicament au sein de chaque établissement hospitalier.

**nicotiques n'étaient toujours pas disponibles au moment du contrôle** mais la demande était prise en compte par la pharmacie et devait trouver rapidement une issue favorable. D'après les propos rapportés aux contrôleurs, l'approvisionnement pharmaceutique était parfois difficile du fait de la gestion du fret aérien avec des délais de livraison pouvant atteindre un mois et demi ; toutefois la psychiatrie n'est pas la discipline la plus affectée par ces difficultés.

Cette note précise notamment que « *le sevrage est sauvage pour ceux qui n'ont pas de ressources ; la modération est la règle pour les autres : la consommation est limitée à cinq cigarettes par jour, dans le sens de modérer les impulsions. Ces situations contribuent à l'émergence de tensions parmi les patients hospitalisés* ».

Il n'y a aucune discussion sur l'utilisation de cigarettes électroniques dans une stratégie de réduction des risques pour les personnes dépendantes.

De plus, si le livret d'accueil précise dans sa fiche 13 « pour des raisons de sécurité d'hygiène et dans le respect de la réglementation, il est interdit de fumer dans l'enceinte de l'hôpital », **il apparaît que de très nombreuses personnes, en particulier parmi les personnels soignants, fument dans l'enceinte de l'établissement**. Pour ce qui concerne le service de psychiatrie, les soignants fument dans la cour, devant et avec les patients.

Ceci s'inscrit dans un contexte de forte tolérance au tabac avec le constat, fait par ailleurs par les contrôleurs, d'une absence généralisée de respect de la législation relative au tabac (par exemple, des personnes qui fument encore à l'intérieur des restaurants).

### **Recommandation**

*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.*

*Il convient de mettre fin aux situations de sevrage tabagique « sauvage », sans prise en compte du consentement des personnes et sans une prise en charge individualisée de l'accompagnement soignant de ce sevrage.*

*L'hôpital doit veiller à promouvoir le respect de la loi en matière de consommation du tabac et les soignants ne devraient pas fumer devant les patients.*

*L'établissement doit renforcer les compétences des soignants en addictologie.*

Dans son courrier le directeur indique que « le chef de service a fait des demandes concernant les médicaments substitutifs et facilitant l'arrêt du tabac. Un rappel constant est fait par l'encadrement sur l'interdiction de fumer pour les soignants dans les locaux de l'unité ».

## **8.5 LA CONTENTION ET L'ISOLEMENT : DES CONDITIONS DE MISE A L'ISOLEMENT A REVOIR**

Du matériel de contention est disponible dans le service mais serait très peu utilisé. Selon les différents témoignages recueillis, il y aurait eu deux ou trois contentions qui auraient été prescrites sur la période des dix-huit derniers mois sur des patients présents dans la chambre d'isolement, mais porte ouverte, pour une durée limitée de l'ordre d'une ou deux heures, avec la surveillance renforcée des soignants.

Le service dispose de deux chambres contiguës d'isolement, situées à proximité de « l'entrée directe » du service (généralement fermée) et en face la porte de la salle de soins infirmiers (elle aussi généralement fermée de l'intérieur).

Pendant les heures habituelles de service, le médecin est présent en cas de mesures d'isolement ou de contention. Il serait arrivé que la « prescription » soit faite initialement par téléphone pour un patient déjà connu du médecin prescripteur en l'absence du médecin sur site. La prescription d'isolement serait faite au maximum pour 24 heures. Ainsi pour une décision médicale d'isolement faite le 8 juin à 17h, il a été mis fin à la mesure le 9 juin à 6h ; en effet, la sortie de l'isolement peut se faire sur décision infirmière dans des conditions qui sont évoquées dès la décision initiale avec le médecin.

**Les locaux d'isolement** - La première chambre dispose d'un sas, doté d'une douche, accessible du couloir par une porte munie d'un œilleton. Le lit est fixé au sol et les deux fenêtres ne s'ouvrent que de l'extérieur du bâtiment, elles sont barreaudées et ne disposent pas de bouton d'appel.

La fenêtre de la deuxième chambre d'isolement est également barreaudée et fermée à clef, la climatisation est fonctionnelle. La chambre n'est pas nettoyée et des traces d'excréments « orment » les murs alors que cette pièce n'a pas été récemment occupée. La porte de cette chambre d'isolement est munie d'un œilleton vide (cassé sans verre optique) rendant ce « trou » inopérant voire dangereux en cas d'utilisation détournée. La serrure de la porte du couloir est dysfonctionnelle et son ouverture est particulièrement difficile, « *la clef se bloque* ». Cette situation a justifié une intervention du service technique d'astreinte la nuit du 16 juin, mais la situation n'était pas réglée le 20 juin. Elle est de nature à mettre en danger un patient qui serait placé dans cette chambre.

La surveillance du patient, tant de son état psychique que des paramètres vitaux, est prévue pour être assurée au moins une fois par heure. En pratique des caméras de vidéosurveillance permettent de « surveiller » le patient en chambre d'isolement depuis le poste infirmier et les soignants ne vont pas régulièrement voir le patient dans la chambre d'isolement pendant plusieurs heures d'affilée comme cela a été constaté par les contrôleurs.

**La traçabilité de la surveillance n'est, de plus, pas assurée.** La remise du traitement et du repas se fait en présence d'un agent de sécurité. La nuit le patient isolé, « *sauf problème particulier* », ne bénéficiera pas d'une surveillance infirmière de proximité ; et si il y a un problème, l'intervention « *infirmière ne se fera qu'avec l'équipe de sécurité* ».

L'examen somatique indispensable à la sécurité des patients placés à l'isolement ou sous contention n'est pas réalisé.

**Les conditions de prise en charge des patients placés en chambre d'isolement nécessitent d'être revues ; pour ce faire l'établissement peut se référer notamment aux recommandations émises par le CGLPL disponibles sur son site<sup>40</sup>.**

Deux autres chambres d'isolement sont situées au sein du service des urgences hospitalières. La prise en charge des patients y est assurée par les médecins et les infirmiers de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). La traçabilité de l'occupation de ces chambres n'est pas assurée.

---

<sup>40</sup> [http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/07/CGLPL\\_Rapport-isolement-et-contention\\_Dalloz.pdf](http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/07/CGLPL_Rapport-isolement-et-contention_Dalloz.pdf)

**Recommandation**

*Le dispositif de vidéosurveillance en chambre d'isolement porte atteinte à la dignité et à l'intimité du patient ; il doit être proscrit.*

Dans son courrier le directeur indique que « les dispositifs de vidéo surveillance en chambre d'isolement sont utilisés dans le cadre de la sécurité des patients. C'est un élément important de la sécurisation des patients et des équipes. La surveillance exercée porte sur les aspects du risque suicidaire et du « passage à l'acte ». Les agressions de la part des patients sont une partie sensible de la prise en charge en psychiatrie et il faut noter l'effet rassurant auquel concoure le dispositif de vidéosurveillance pour les équipes, en particulier la nuit lorsque l'équipe est en nombre restreint : deux soignants dans une unité isolée. Cet élément est validé par la direction de l'établissement ».



*Une chambre d'isolement avec le sas et la caméra de vidéosurveillance au dessus du lit fixé au sol*

**Recommandation**

*Les conditions dans lesquelles les mesures d'isolement ou de contention sont réalisées, dans le service de psychiatrie comme dans le service des urgences, doivent être revues dans les plus brefs délais ; il est nécessaire d'une part que, la surveillance des paramètres vitaux et l'assistance pour la satisfaction des besoins élémentaires du patient soient effectives et tracées dans le dossier du patient et d'autre part que, la réponse soignante soit adaptée à la situation clinique des patients et garantisse sa sécurité.*

Dans son courrier le directeur indique qu' « il faut noter un travail important de la part des équipes de psychiatrie avec l'encadrement soignant et les équipes médicales sur la surveillance des paramètres vitaux, la nécessité d'accéder physiquement à la chambre d'isolement de manière régulière et la mise en place d'une fiche de surveillance des patients en chambre d'isolement. De même, au niveau des chambres des urgences, le travail de traçabilité est débuté. Une EPP a été incluse dans le PAQSS institutionnel et dans le compte qualité sur ce thème, dans le cadre de la visite de certification HAS ».





*Une chambre d'isolement avec son coin sanitaire aux urgences*

**Il n'y a actuellement pas de traçabilité globale des mesures d'isolement ni de celles de contention mais une traçabilité dans le dossier du patient concerné.**

Un travail est, au moment du contrôle, mené conjointement par le service de psychiatrie et le service des urgences en vue de la mise en place du registre en application de la nouvelle législation (article L. 3222-5-1 du CSP); cette démarche s'inscrit aussi dans celle de l'informatisation du dossier de soins avec le logiciel Dx Care®.

#### **Recommandation**

*Le registre prévu par la loi (article L3222-5-1 du code de santé publique) doit effectivement être mis en place et renseigné pour toute mesure d'isolement ou de contention mise en œuvre, quel que soit le lieu de prise en charge de la personne concernée aux urgences ou dans l'unité de psychiatrie.*

Dans son courrier le directeur indique que « l'informatisation du dossier de soins permettra à terme la mise en place du registre prévu par la loi concernant les mesures d'isolement ou de contention autant aux urgences qu'en unité de psychiatrie ».