



Rapport de visite :

2 au 6 octobre 2017 – 1^{ère} visite

Pôle de psychiatrie du
centre hospitalier universitaire
de Pointe-à-Pitre

(Guadeloupe)

SYNTHESE

Trois contrôleurs ont visité le pôle de psychiatrie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Pointe-à-Pitre (Guadeloupe) du lundi 2 au vendredi 6 octobre 2017. Le CHU compte 700 lits. Le pôle de psychiatrie du CHU en compte théoriquement quatre-vingt-dix, avec en intra-hospitalier trois unités de vingt-cinq lits correspondant aux trois secteurs, et une unité intersectorielle pour les activités thérapeutiques. Il s'appuie sur le service des urgences qui fait office d'unité d'accueil. Le dispositif en extra-hospitalier compte une unité d'hospitalisation de long séjour (HLD) de quinze lits qui n'accueille aucun patient en soins sans consentement (SSC). Les psychiatres du pôle sont théoriquement au nombre de dix-sept.

Les contrôleurs ont constaté que l'ensemble du personnel du pôle de psychiatrie est attentif aux patients, en dépit de ses propres difficultés de travail. Cependant, les conditions d'accueil et de prise en charge des patients constituent, en de nombreux points, des atteintes à la dignité et au droit à la santé.

Ainsi les conditions de l'accueil des patients aux urgences psychiatriques ne sont pas acceptables : le placement sous contention et sédation est trop souvent systématique dès que le patient n'est pas consentant aux soins, la durée de maintien dans ce service est trop longue, l'absence de locaux adaptés induit le maintien dans le couloir au milieu des autres patients ou le placement dans la « chambre de dégrisement » qui n'est pas adaptée, la présence d'un psychiatre n'est pas assurée. L'inspection diligentée par l'agence régionale de santé le 26 mai 2017 (cf. § 7.1) ainsi que les alertes formulées par le tribunal de grande instance de Pointe-à-Pitre ou la cour d'appel de Basse-Terre n'ont pas permis d'infléchir la tendance.

L'entretien des locaux de vie (chambres, sanitaires) des unités d'hospitalisation complète du pôle de psychiatrie est tellement insuffisant qu'un tiers des lits sont condamnés et que les conditions de vie des patients ou de travail des soignants sont indignes.

La délivrance ou le remplacement d'objets indispensables pour la vie quotidienne des patients tels que chaises, verres et couverts, papier hygiénique, « kit d'hygiène corporelle » sont soumis à des pénuries périodiques qui n'émeuvent plus.

Le régime fermé des unités d'hospitalisation complète est incompréhensible, tout particulièrement pour les personnes en soins libres, d'autant que faute de moyens, le volume des activités offertes aux patients est extrêmement faible.

Enfin l'absence de notification des décisions aux patients en soins sans consentement ne leur permet pas de formuler les recours auxquels ils ont droit. Cette situation constitue un déni de justice contre lequel les instances judiciaires ne réagissent plus, considérant que la loi sera détournée par un nouveau placement en soins sans consentement, comme cela s'est produit à la fin de l'hiver 2017.

Ces restrictions, imposées tant aux patients hospitalisés dans le pôle de psychiatrie qu'au personnel de ce pôle, sont liées aux difficultés budgétaires globales du CHU ; or l'activité même de psychiatrie n'a pas connu de baisse de sa dotation globale et son budget n'est pas indexé sur la tarification à l'activité.

Le rattachement du pôle au centre hospitalier de Montéran, attendu lors de la visite début 2018 mais qui, selon les informations communiquées en décembre 2017 par le directeur du CH de Montéran, « ne saurait intervenir dans les tous premiers jours ou mois de l'année 2018 », devrait permettre une sanctuarisation de la dotation annuelle de financement du pôle de psychiatrie et

devra s'accompagner d'un retour à un fonctionnement normal en termes de capacités et de qualité d'accueil. Les travaux d'aménagement des urgences du CHU, en cours de réflexion (cf. § 7.1), devraient améliorer la prise en compte des patients de psychiatrie. Cependant une volonté forte sera nécessaire pour augmenter le nombre de médecins psychiatres et de psychologues, et pour faire cesser les traitements indignes réservés aux patients admis aux urgences (sédation, contention, attente de plusieurs jours avant de rejoindre une unité).

Ce constat ne doit pas masquer l'absence en Guadeloupe, comme en Martinique, d'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) et d'unité pour malades difficiles (UMD) qui conduit les patients détenus à passer tout leur séjour en chambre d'isolement et les malades difficiles à être envoyés en métropole au mépris de leurs liens familiaux. Le CGLPL ne peut qu'adhérer au souhait de créer une UHSA ou une unité spécifique pour recevoir ces deux catégories de patients, comme le soutiennent le préfet de région de Guadeloupe, le premier président et le procureur général de la cour d'appel de Basse-Terre dans leurs écrits.

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

- 1. BONNE PRATIQUE 19**
Les représentants des usagers sont actifs dans la prise en compte des récriminations qui leur parviennent par la voie de l'union régionale des associations de santé (URAS, ex CISS).
- 2. BONNE PRATIQUE 31**
Des réunions organisées par l'UNAFAM à l'attention des familles sont prévues tous les trimestres pour une unité.
- 3. BONNE PRATIQUE 36**
L'apport de nourriture par les familles, sous contrôle médical, et son stockage dans les réfrigérateurs des unités est autorisé.

RECOMMANDATIONS

- 1. RECOMMANDATION 15**
Le déséquilibre financier du CHU ne doit pas être préjudiciable aux soins et aux patients de psychiatrie, pour lesquels les dotations financières n'ont pas diminué.
- 2. RECOMMANDATION 15**
Les postes de psychiatres et de psychologues doivent être rapidement pourvus.
- 3. RECOMMANDATION 16**
Des formations sur les droits des patients et les restrictions de liberté doivent être proposées à tout le personnel.
- 4. RECOMMANDATIONS 18**
L'établissement doit veiller à ce que chaque patient reçoive le livret d'accueil de l'hôpital.
Le pôle de psychiatrie doit établir un support d'information spécifique qui comporte l'ensemble des droits des patients, en soins libres ou sans consentement, affiché, remis et expliqué aux patients.
Chaque unité d'hospitalisation doit établir ses règles de vie, dans le cadre d'une réflexion et d'une harmonisation des pratiques au sein du pôle, les afficher et les expliquer aux patients.
- 5. RECOMMANDATION 19**
Les patients doivent avoir une connaissance précise de la méthode d'expression des plaintes et des réclamations. La direction générale doit adresser aux patients requérants des réponses sur le fond et en informer la commission des usagers.
Le personnel soignant, démotivé par l'absence de retour d'information, doit être éclairé sur la suite donnée au signalement des événements indésirables (EI) afin de poursuivre leur rédaction.
- 6. RECOMMANDATION 19**

La désignation d'une personne de confiance doit être proposée aux patients et son rôle doit lui être explicité.

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

7. RECOMMANDATION 20

Il appartient au centre hospitalier de prendre les dispositions nécessaires pour que les patients hospitalisés en soins sans consentement puissent exercer leur droit de vote.

8. RECOMMANDATION 21

Une salle polyculturelle et des locaux réservés aux aumôneries sont à créer, les informations pour joindre les aumôniers ou les représentants des cultes sont à afficher, celles apparaissant dans le livret d'accueil du CHU sont à mettre à jour, ces coordonnées méritent d'apparaître dans le projet de livret d'accueil du pôle de psychiatrie. Des plans avec mention des localisations des chapelles et des locaux mis à disposition des différents cultes doivent être mis à disposition des patients.

Quand un patient est hospitalisé, la question concernant sa volonté de rencontrer un aumônier devrait lui être posée et, le cas échéant, un aumônier informé.

9. RECOMMANDATION 21

Les tuteurs institutionnels doivent répondre dans les meilleurs délais aux besoins des personnes hospitalisées dont ils ont la charge, qu'il s'agisse de la prise en compte de leurs besoins immédiats comme des démarches nécessaires à la préparation de leur sortie.

10. RECOMMANDATION 22

Les décisions d'admission et de maintien en hospitalisation doivent être notifiées aux patients et une copie doit leur être remise afin qu'ils puissent exercer les recours. Le recueil des observations des patients doit être mis en œuvre.

11. RECOMMANDATIONS 23

L'agence régionale de santé doit organiser la désignation des membres de la commission départementale des soins psychiatriques et veiller à ce que des comptes rendus de ses travaux soient rédigés.

L'autorité préfectorale doit exercer son contrôle.

12. RECOMMANDATIONS 24

Le registre de la loi doit comporter les décisions d'admission et de maintien de l'hospitalisation ainsi que les dates de délivrance des informations données au patient sur sa situation juridique, ses droits et voies de recours. Les décisions prononcées par le juge des libertés et de la détention doivent également y être reportées.

13. RECOMMANDATION 24

Une procédure est à mettre en place afin que tout patient hospitalisé, s'il le demande, puisse conserver le secret de son hospitalisation vis-à-vis de toute personne extérieure à l'exception, le cas échéant, des personnes qu'il aura désignées. Cette clause de confidentialité est à faire apparaître dans le livret d'accueil.

14. RECOMMANDATIONS 27

Les avis d'audience devant le JLD et les ordonnances rendues hors la présence du patient doivent être notifiés au sein des unités et une copie doit être délivrée.

15. RECOMMANDATION 28

La liberté de circulation doit être la règle pour les patients. Toute restriction de liberté doit faire l'objet d'une décision médicale individuelle, motivée et régulièrement revue.

16. RECOMMANDATION 28

Les patients hospitalisés en psychiatrie doivent pouvoir conserver la liberté de fumer. Cette liberté peut être limitée pour des raisons générales de sécurité, telles que pour prévenir les risques d'incendie, ou pour des raisons personnalisées de santé dûment motivées par des incompatibilités médicales. Dans ce dernier cas, des substituts nicotiques doivent être proposés.

17. RECOMMANDATION 29

L'accès aux téléphones portables doit être la règle, sauf pour des motifs médicaux dûment précisés et limités dans le temps. Le téléphone du service doit être mis à disposition dans des plages horaires plus larges et des conditions permettant la confidentialité des conversations.

18. RECOMMANDATION 30

L'accès contrôlé à Internet doit être développé ou renforcé quand il existe déjà.

19. RECOMMANDATION 30

Au sein des unités, les espaces prévus pour accueillir des visiteurs doivent être correctement meublés. Les pièces permettant de recevoir des visiteurs en toute confidentialité doivent être également aménagées.

20. RECOMMANDATION 34

Des travaux d'entretien et de réhabilitation sont à conduire de façon urgente dans les trois unités G04, G05 et G06 afin de retrouver la capacité de soins de l'établissement. La dégradation des locaux porte atteinte à la sécurité des patients (fils électriques dénudés, sols glissants) et ne permettent pas de maintenir des conditions normales d'hygiène (douches et WC inutilisables).

21. RECOMMANDATION 34

Si la propreté des locaux est apparue assurée, les mesures d'hygiène destinées aux patients sont à améliorer : pannes d'eau chaude, pénuries périodiques de papier hygiénique, absence de délivrance de « kit hygiène », pertes de linge personnel des patients lors des lavages à la buanderie du CHU.

22. RECOMMANDATION 35

Le règlement intérieur du centre hospitalier ou les règles des unités doivent préciser les modalités de conservation des petites sommes d'argent et des biens des patients par les soignants.

23. RECOMMANDATION 36

Les patients doivent disposer de couverts en métal et de verres pendant les repas. Leur absence est une atteinte à leur dignité, comme l'absence périodique au petit déjeuner de café ou d'autres denrées.
L'affichage des menus pour la semaine est également impératif.

24. RECOMMANDATION 37

Une réflexion sur la sexualité est à lancer ou à approfondir au sein des unités et du pôle afin que les soignants puissent s'appuyer sur une doctrine dans leur gestion de situations prévisibles.

25. RECOMMANDATION 39

La sécurisation des urgences doit respecter le secret médical et la dignité des patients ; la présence d'agents de sécurité ne peut être systématique lors de certains soins sans décision médicale expresse.

26. RECOMMANDATION 40

Les patients admis aux urgences psychiatriques doivent bénéficier d'une prise en charge respectant le droit à la santé et l'accès à un examen médical par un médecin psychiatre ; la durée de séjour dans le service des urgences ne doit pas dépasser vingt-quatre heures.

27. RECOMMANDATION 42

La sécurité sanitaire relative aux modalités de stockage des médicaments dans les unités doit être respectée. Les mesures nécessaires pour éviter toute rupture de traitement doivent être prises.

28. RECOMMANDATION 43

Les délais de réponse de la MDPH, trop longs, et la faiblesse numérique des structures d'accueil pour les patients hospitalisés en psychiatrie, allongent les durées d'hospitalisation.

29. RECOMMANDATION 44

Les activités occupationnelles comme thérapeutiques sont, en psychiatrie, parties intégrantes du soin ; l'établissement doit assurer leur financement de manière pérenne.

30. RECOMMANDATION 47

Les chambres d'isolement des unités doivent disposer d'un bouton d'appel, d'interrupteur permettant d'éteindre ou d'allumer la lumière et d'une horloge.
La chambre d'isolement des urgences doit disposer, en plus, d'un point d'eau, de toilettes et d'une ventilation. La mise en isolement d'un patient aux urgences doit respecter la dignité et les recommandations de la Haute autorité de santé en la matière.
La surveillance régulière des soignants doit être partout protocolisée et tracée.
La durée du placement en chambre d'isolement doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle.

31. RECOMMANDATION 47

La pratique de la contention aux urgences doit répondre aux recommandations de la haute autorité de santé et du CGLPL, faire l'objet d'une formation pour les soignants et d'une actualisation des protocoles utilisés.

32. RECOMMANDATION 48

Un registre opérationnel permettant de connaître en temps réel la pratique de l'isolement et de la contention dans toutes les unités concernées, doit être mis en place, conformément aux dispositions de l'article L 3222-5-1 du code de la santé publique.

33. RECOMMANDATION 49

Le service en charge de la sécurité incendie doit connaître en temps réel la liste et la localisation des personnes enfermées dans une chambre.

34. RECOMMANDATION 50

Les personnes détenues hospitalisées ne doivent être placées dans les chambres d'isolement que sur décision médicale, comme un autre patient. Le statut de personne détenue ne doit pas emporter le placement systématique et durable en chambre d'isolement.

Un protocole doit être signé entre l'établissement hospitalier et l'administration pénitentiaire afin de définir les conditions de la mise en œuvre de l'hospitalisation (téléphone, visites, courrier).

35. RECOMMANDATION 51

Une réflexion institutionnelle avec l'ensemble des parties prenantes mérite d'être organisée sur l'instauration d'une prise en charge locale des patients relevant d'une UMD.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	9
RAPPORT	11
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	11
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	13
2.1 La psychiatrie est principalement prise en charge dans le département par deux établissements publics dont le CHU	13
2.2 La prise en charge psychiatrique est marginalisée au sein du CHU et subit ses difficultés financières	13
2.3 Le pôle de psychiatrie souffre d'un manque de psychiatres et les formations des soignants sont insuffisantes	15
3. LA CONNAISSANCE PAR LES PATIENTS DE LEURS DROITS	17
3.1 Les patients sont majoritairement hospitalisés pour des soins sans consentement (SSC)	17
3.2 L'information du patient est très insuffisante	17
3.3 Le dispositif des plaintes et des réclamations est mal connu des patients et les services ne donnent pas de suite aux courriers venant de la direction	18
3.4 La désignation d'une personne de confiance est proposée mais sa participation aux soins n'est pas organisée	19
3.5 L'accès au vote n'est organisé pour aucune élection	20
3.6 L'accès aux cultes est restreint	20
3.7 Les patients nécessitant une protection judiciaire sont repérés mais les associations tutélaires manquent souvent de réactivité	21
4. LA MISE EN OEUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEURS CONTROLES	22
4.1 L'établissement ne transmet pas les pièces écrites médicales et juridiques au patient	22
4.2 Les contrôles institutionnels sont insuffisamment exercés	23
4.3 Les registres de la loi sont très incomplets	23
4.4 La confidentialité sur l'hospitalisation n'est pas institutionnalisée	24
4.5 Les sorties sont insuffisamment préparées et le faible nombre de médecins ne permet pas un suivi ambulatoire soutenu	25
4.6 Les magistrats exercent pleinement leur contrôle mais, malgré de nombreuses mainlevées, la plupart des procédures demeurent irrégulières	26
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	28
5.1 La liberté de circulation dans l'établissement est inexistante : toutes les unités sont fermées, même pour les patients en soins libres	28

5.2	Les contraintes de la vie quotidienne sont fortes.....	28
5.3	Les conditions d'accueil des visiteurs sont médiocres, l'accès au téléphone est excessivement limité.....	29
5.4	Les représentants des familles et des usagers sont présents dans les instances de l'hôpital mais ne sont pas suffisamment pris en considération dans les unités ...	30
6.	LES CONDITIONS DE VIE DES PATIENTS	32
6.1	Les chambres et les locaux de vie ainsi que les locaux professionnels du personnel sont dégradés : un tiers des chambres est condamné	32
6.2	L'hygiène n'est pas correctement assurée	34
6.3	Les biens des patients sont correctement suivis par le personnel soignant sans que cela apparaisse clairement dans les règles de vie des unités	35
6.4	La restauration souffre de nombreuses pénuries.....	35
6.5	Les activités occupationnelles ne sont plus réalisées	36
6.6	Les relations sexuelles sont gérées au cas par cas, l'accès aux préservatifs est insuffisant.....	36
7.	LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES.....	38
7.1	L'accueil aux urgences psychiatriques est indigne et ne permet ni les soins ni le respect de l'intimité	38
7.2	Les soins psychiatriques sont dégradés	41
7.3	Les patients ont un accès facile aux soins somatiques	44
8.	L'ORGANISATION ET LES PRATIQUES DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION	45
8.1	L'isolement est raisonné mais encore parfois réalisé sur le fondement de considérations non cliniques	45
8.2	La contention est raisonnée sauf aux urgences.....	47
8.3	Le registre de l'isolement et de la contention est en cours d'installation	47
8.4	La sécurité doit être rationalisée	48
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	50
9.1	Faute d'UHSA en Guadeloupe, l'établissement accueille régulièrement des patients détenus qui passent tout leur séjour en chambre d'isolement	50
9.2	Faute d'UMD en Guadeloupe, des patients sont envoyés régulièrement en métropole au mépris de leurs liens familiaux.....	51
10.	CONCLUSION.....	52

Rapport

Contrôleurs :

- Vianney SEVAISTRE ; chef de mission,
- Luc CHOUCHKAIEFF ; contrôleur,
- Cécile LEGRAND ; contrôleure.

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 pôle de psychiatrie et du service des urgences du centre hospitalier régional universitaire de Pointe-à-Pitre (Guadeloupe) du 2 au 6 octobre 2017.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le lundi 2 octobre 2017 à 8h30. Ils l'ont quitté le vendredi 6 octobre 2017 à 16h.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur général, le directeur général adjoint et le directeur des affaires juridiques, référent du pôle de psychiatrie. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une trentaine d'auditeurs dont le chef de pôle, les médecins chefs des secteurs, des cadres de santé, des soignants, des cadres administratifs et des représentants des usagers.

Des contacts ont été établis avec le cabinet du préfet de la Guadeloupe et le directeur de l'agence régionale de santé (ARS). Le premier président de la cour d'appel de Basse-Terre, le procureur général près la cour d'appel, le président du tribunal de grande instance (TGI) de Pointe-à-Pitre, le procureur de la République près ce TGI, deux juges des libertés et de la détention ont été rencontrés. Les contrôleurs ont manifesté leur présence à la présidente du conseil de surveillance de l'établissement, présidente du conseil départemental. Par ailleurs, ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site ont été avisées de la présence des contrôleurs. Des représentants de la CGTG (CGT Guadeloupe) de l'établissement ont été reçus à leur demande ainsi que des représentants du personnel, membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un téléphone et d'un ordinateur permettant d'avoir accès au site intranet. Tous les documents demandés par l'équipe ont été mis à leur disposition et regroupés dans un dossier électronique qui a été alimenté tout au long de la visite.

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

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

Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi 6 octobre 2017 en présence d'une trentaine de personnes, dont le directeur général du CHU, le directeur général adjoint, le directeur référent

de la psychiatrie, le chef du pôle de psychiatrie et du personnel de pôle, et du vice-président de la commission médicale d'établissement (CME).

Le rapport de constat rédigé à la suite de cette visite a été adressé au directeur général du CHU de Pointe-à-Pitre, au directeur général du centre hospitalier de Montéran, au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de Guadeloupe, au préfet de région de Guadeloupe, au premier président et au procureur général de la cour d'appel de Basse-Terre, à la présidente du tribunal de grande instance de Pointe-à-Pitre et au procureur de la République près ce tribunal, afin de recueillir leurs observations.

Le premier président et le procureur général de la cour d'appel de Basse-Terre, avec les éléments du tribunal de grande instance et du tribunal d'instance de Pointe-à-Pitre, la préfecture de région de Guadeloupe ont fait parvenir leurs réponses au CGLPL par les courriers et courriels datés respectivement du 11 décembre 2017. Le directeur général du CH de Montéran et le directeur général du CHU de Pointe-à-Pitre ont fait parvenir leurs réponses au CGLPL par courriers datés respectivement du 14 décembre et du 21 décembre 2017.

Le CGLPL n'a pas reçu de réponse de l'ARS de Guadeloupe.

Le présent rapport de visite tient compte de leurs différentes observations.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LA PSYCHIATRIE EST PRINCIPALEMENT PRISE EN CHARGE DANS LE DEPARTEMENT PAR DEUX ETABLISSEMENTS PUBLICS DONT LE CHU

2.1.1 La situation actuelle

La Guadeloupe compte dix établissements de santé publics et treize privés, parmi lesquels prédominent le centre hospitalier universitaire (CHU) de Pointe-à-Pitre, le centre hospitalier (CH) de Basse-Terre et la clinique privée des Eaux-Clares, à Baie-Mahault. Ce département se caractérise par une population relativement vieillissante, en stagnation démographique.

La psychiatrie est prise en charge par quatre établissements : deux établissements publics de santé et deux cliniques privées. A Grande-Terre, il s'agit du CHU de Pointe-à-Pitre et de la clinique de l'espérance aux Abymes. A Basse-Terre, le CH de Montéran et la clinique des eaux vives, tous deux à Saint-Claude, assurent la prise en charge spécialisée.

Le centre hospitalier de Montéran comporte trois pôles de psychiatrie adulte, un pôle de psychiatrie infanto-juvénile, un pôle de psychiatrie légale et un pôle médical intersectoriel, dotés de 119 lits (114 pour la psychiatrie adulte et 5 pour la psychiatrie infanto-juvénile), 13 sites extra hospitaliers et 3 établissements médico-sociaux. Cet établissement doit intégrer, à compter de 2018, la prise en charge psychiatrique des adultes (pôle de psychiatrie générale) et celle des enfants et des adolescents (unité de pédopsychiatrie du pôle parents-enfants) actuellement effectuée par le CHU, avec le personnel et les locaux existants.

Le CHU dispose d'une capacité d'accueil de 886 lits et places, dont 713 lits autorisés. Il a totalisé 67 648 entrées en 2013 et 70 094 passages aux urgences.

2.1.2 La situation future

Lors de la visite, la direction générale et le personnel évoquaient le transfert de l'ensemble des activités du pôle de psychiatrie du CHU au CH de Montéran, au 1^{er} janvier 2018. L'ensemble des conventions nécessaires à cette mutation, notamment celles concernant les modalités de gestion des urgences psychiatriques et la prise en compte du personnel du pôle dans l'effectif du CH de Montéran, n'était pas encore achevé.

Dans son courrier en date du 14 décembre 2017, le directeur général du CH de Montéran écrit « le protocole de transfert de la psychiatrie du CHU vers le CH de Montéran stipule que le foncier affecté à la réalisation des activités de santé mentale et médico-sociale du CAMSP sera cédé à titre gracieux au 1^{er} janvier 2018. En outre après le déménagement du CHU, il est inscrit que "le terrain cédé disposera d'une superficie permettant l'installation complète des activités de l'EPSM" pourtant les plans de bornage ajoutés en annexe 1 ne concernent que l'emplacement actuel de la psychiatrie Grande-Terre. Il n'est pas question de l'héliport ni de l'accès de servitude évoqués avec la direction du CHU lors d'un comité stratégique EPSM. La précision de la situation immobilière après déménagement est fondamentale pour garantir la qualité des soins de la psychiatrie en Grande-Terre ».

Le chantier de construction du nouveau CHU à Baie-Mahault est commencé, le déménagement – à l'exception du pôle de psychiatrie – étant prévu pour 2023. Ce nouvel hôpital conservera la gestion des urgences psychiatriques au sein des urgences générales.

2.2 LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE EST MARGINALISEE AU SEIN DU CHU ET SUBIT SES

DIFFICULTES FINANCIERES

La psychiatrie est prise en charge au sein du CHU depuis 1976, à la fois par une unité de pédopsychiatrie rattachée au pôle parents-enfants, et un pôle de psychiatrie générale à vocation sectorielle.

Le pôle de psychiatrie générale regroupe les activités des trois secteurs de psychiatrie adulte (96G04, 96G05, 96G06) au profit d'un bassin de 213 000 habitants incluant Grande-Terre, La Désirade et Marie-Galante.

L'offre de soins s'effectue grâce :

- à deux ou trois centres médico-psychologiques (CMP) et centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) par secteur pour le suivi ambulatoire ;
- à un atelier thérapeutique agricole (tenu par une association privée partenaire, avec quinze places) ;
- à des hôpitaux de jour (vingt places par secteur) pour l'hospitalisation à temps partiel ;
- et aux quatre-vingt-dix lits d'hospitalisation temps plein ainsi que leurs activités transversales communes que sont l'unité de « psychiatrie d'urgence et de liaison » rattachée structurellement aux urgences somatiques du CHU, et l'unité de réhabilitation psychosociale (UREPS) qui propose des activités pour l'intra hospitalier et l'ambulatoire.

Ces quatre-vingt-dix lits d'hospitalisation sont répartis dans trois unités sectorisées de vingt-cinq lits chacune, situées sur le site même du CHU, et une unité de quinze lits dite d'hospitalisation de longue durée, destinée aux patients en attente d'un projet de réinsertion plus complexe (long séjour, maison de retraite, maison d'accueil spécialisée, accueil familial ou autre). Cette dernière unité d'hospitalisation de longue durée se situe à quelques kilomètres du CHU. Les trois unités et l'UREPS sont regroupées dans un ensemble immobilier situé à 300 mètres du bâtiment principal et à 800 mètres de la direction, implanté dans l'ensemble immobilier dit Ricou.

En réalité, de nombreuses chambres des trois unités d'hospitalisation complète sont fermées au regard des toilettes et douches inutilisables et seules deux tiers des soixante-quinze chambres individuelles sont utilisées.

La file active du pôle de psychiatrie en 2016 est de 3 775 patients, en légère baisse depuis 2015 après plusieurs années de légère hausse (3 804 patients en 2012, 4 085 patients en 2015).

La part ambulatoire est modérée. La part de l'hospitalisation complète sur les trois unités du CHU est de 522 séjours, avec une durée moyenne d'hospitalisation en baisse à 27,8 jours, et un taux d'occupation qui chute en 2016 du fait de la fermeture des chambres insalubres, à 79,3 % (99,4 % en 2014).

La part des soins libres dans les hospitalisations de 2016 était de 21 % ; les soins sur demande d'un tiers d'urgence étaient très élevés à 61 %, ceux sur demande d'un tiers étaient à 5 %, ceux en péril imminent à 2 % et les soins sur décision du représentant de l'Etat étaient à 10 %.

L'ensemble de cette activité psychiatrique, qui n'est pas en tarification à l'activité comme le reste du CHU, bénéficie d'une dotation financière globale (DAF) spécifique, maintenue stable au fil des années, et intégrée dans le budget global de l'établissement de santé.

La situation financière du CHU est néanmoins catastrophique et se caractérise par des résultats constamment déficitaires depuis plus de six ans, nécessitant annuellement des aides exceptionnelles (47 M€ en 2016 pour un budget de 348 M€). L'hôpital est fortement endetté et

est incapable de générer, par son activité, un niveau de ressources d'exploitation suffisant pour couvrir ses charges.

Le CHU emploie 561 médecins et internes (14,8 % des effectifs), 2 055 soignants (54 %), et 1 170 techniques et administratifs (31 %). Cette part du personnel technique et administratif est nettement supérieure à celle retrouvée dans les autres CHU de France puisqu'on retrouve habituellement un taux compris en 17 et 21 %.

Du fait des difficultés financières, les embauches du personnel médical et non médical sont différées. Or, si effectivement l'effectif total du CHU est nettement supérieur à celui habituellement retrouvé sur ce type d'établissement, ces volumes de personnel ne sont pas objectivés supérieurs au sein de la psychiatrie et encore moins au sein de ses soignants, d'autant que des postes y sont vacants de longue date et que la dotation globale affectée à la psychiatrie est restée stable depuis des années.

Recommandation

Le déséquilibre financier du CHU ne doit pas être préjudiciable aux soins et aux patients de psychiatrie, pour lesquels les dotations financières n'ont pas diminué.

2.3 LE POLE DE PSYCHIATRIE SOUFFRE D'UN MANQUE DE PSYCHIATRES ET LES FORMATIONS DES SOIGNANTS SONT INSUFFISANTES

Le pôle de psychiatrie qui disposait de dix-huit équivalents temps plein (ETP) de médecins psychiatres budgétés pour permettre un fonctionnement normal, n'en avait que quinze présents en 2015 et six aujourd'hui.

L'absence de candidat sur ces postes est avancée mais la publicité sur leur vacance n'est pas suffisante selon les différents praticiens récemment recrutés ; de plus, deux postes de psychologues ne sont pas non plus pourvus alors même que plusieurs candidats, retenus après un entretien avec le médecin chef de service, n'ont pas été recrutés et ont même reçu un courrier leur signifiant la non disponibilité du poste.

Au moment du contrôle, à l'unité G05, le chef de service est parti en juin 2017 et il ne reste qu'un praticien contractuel ; le praticien hospitalier qui était sur l'extra hospitalier vient par conséquent faire l'intérim du chef de service mais a dû suspendre l'activité qu'il avait auprès de l'équipe mobile de psychiatrie et son activité d'intérêt général dans un institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP).

Recommandation

Les postes de psychiatres et de psychologues doivent être rapidement pourvus.

Le personnel soignant, hors psychiatres et psychologues, est partout suffisant pour assurer les soins. Au moment du contrôle on notait les effectifs suivants étant précisé que tous ces postes budgétés sont pourvus :

- aux urgences : 12 ETP d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et 2 ETP d'aides-soignants (AS) ;
- à l'unité G05 : 16 ETP d'IDE, 2 ETP d'AS et 6 ETP d'agents des services hospitaliers (ASH) ;
- à l'unité G04 : 22 ETP d'IDE, 4 ETP d'AS et 6 ETP d'ASH ;
- à l'unité G06 : 22 ETP d'IDE, 4 ETP d'AS, 6 ETP d'ASH.

Les infirmiers travaillent en trois fois huit heures (6h30-14h30 ; 13h15-21h15 ; 20h45-6h45) avec une équipe de nuit spécifique.

Le jour, l'effectif de sécurité par unité est de trois IDE, avec plus ou moins une AS et une ASH. La nuit, une équipe de six IDE et deux AS par unité s'organisent pour assurer une présence de trois agents par nuit, parfois deux à G04.

L'analyse du planning du mois d'octobre 2017 montre que les effectifs sont toujours supérieurs ou égaux à l'effectif de sécurité, sauf une fois avec deux agents au lieu de trois. Les soignants confirment qu'il est très rare que l'objectif de sécurité ne soit pas atteint.

Des assistantes sociales en nombre suffisant sont présentes dans toutes les unités et travaillent en lien avec les soins ambulatoires.

Concernant la formation, une commission spécifique du CHU se réunit quatre fois par an et établit un plan annuel de formation. Celui pour l'année 2016/2017 propose dix-huit formations en psychiatrie, dont « *la prévention et gestion des situations de violence* », « *faire face à l'agressivité dans la relation soignant-soigné* », « *les violences physiques* », « *l'éthique et les pratiques soignantes* », et « *promouvoir une démarche de bientraitance au CHU* ». Les droits des patients, l'isolement et la contention ne sont pas abordés. Dans une unité, l'absence de cadre de santé pendant trois ans a empêché tous les agents de bénéficier de formation durant cette période.

Une formation à la contention serait prévue fin 2017.

Au sein des unités, il est rapporté une formation obligatoire « *acquisition des savoirs spécialisés en psychiatrie* » de deux semaines, organisée par l'institut de formation du CHU pour les IDE. Le cadre de santé a demandé à ce que cette formation soit également dispensée aux aides-soignants.

Le développement professionnel continu, destiné à permettre la fusion de la formation médicale continue des médecins avec l'évaluation des pratiques professionnelles, se met seulement en place et n'aborde pas à ce jour les thématiques du droit des patients.

Un comité d'éthique a été mis en place au sein du CHU en 2013 mais ne s'est pas emparé des sujets touchant la psychiatrie ; sa présidente le justifie par le fait qu'un comité d'éthique existe également sur le CH de Montéran. Dans son courrier en date du 14 décembre 2017, le directeur général du CH de Montéran écrit « *l'espace de réflexion éthique du CH de Montéran n'a jamais été sollicité entre 2013 et 2017 et n'a donc pas encore pu collaborer quant à des problèmes éthiques relevant de la psychiatrie du CHU* ».

Recommandation

Des formations sur les droits des patients et les restrictions de liberté doivent être proposées à tout le personnel.

3. LA CONNAISSANCE PAR LES PATIENTS DE LEURS DROITS

3.1 LES PATIENTS SONT MAJORITAIREMENT HOSPITALISES POUR DES SOINS SANS CONSENTEMENT (SSC)

On note pour 2016, **461 admissions dont 100 en soins libres**, ayant concernées 352 patients (dont 86 en soins libres). Les durées moyennes de séjours sont de vingt-cinq jours pour les soins libres, et similaires voire identiques pour les soins sans consentement (SSC) sauf pour les soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE). Les moyennes sont les suivantes : soins à la demande d'un tiers (SDT) : vingt-six jours ; soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU) : vingt-trois jours ; SDRE trente-trois jours ; soins en péril imminent (SPI) : neuf jours et soins pour les personnes détenues au titre de l'article D398 du code de procédure pénale : cinq jours.

Concernant les **361 patients hospitalisés en soins sans consentement en 2016, 328 l'ont été en SDT, dont 303 en SDTU** et 5 en SPI ; 33 l'ont été en SDRE dont 29 sur décision du maire. Ces proportions étaient sensiblement les mêmes en 2015.

Un tiers des SSC passe en soins libres durant leur hospitalisation.

3.2 L'INFORMATION DU PATIENT EST TRES INSUFFISANTE

L'établissement a élaboré un livret d'accueil en 2015, distribué en principe dans l'ensemble des services. Cependant, les soignants du pôle de psychiatrie indiquent qu'il n'est pas systématiquement remis. Ce livret, d'une quarantaine de pages, comporte des informations relatives aux modalités d'accès au dossier médical, à la désignation et au rôle de la personne de confiance, aux modalités d'expression des plaintes et réclamations, au rôle de la commission des usagers, les coordonnées des associations d'usagers et des aumôniers ainsi qu'un questionnaire de satisfaction. Cependant aucune information propre aux soins psychiatriques n'y figure.

La cadre administrative du pôle a élaboré en 2016 un projet de livret d'accueil spécifique à la psychiatrie. Il comporte une présentation générale du pôle, les droits de l'ensemble des patients : accès au dossier médical, confidentialité des soins, désignation de la personne de confiance, modalités d'expression d'une plainte ou réclamation et ceux spécifiques aux patients en soins sans consentement : droit à l'information, à faire valoir ses observations, à communiquer avec diverses autorités (comportant les coordonnées) et à saisir le juge des libertés et de la détention à tout moment. Cependant ce projet, non validé, n'a jamais abouti. Aucun autre support d'information sur les droits n'est affiché ou remis aux patients.

L'information sur les règles de vie au sein des unités est inégale. En G04, aucun règlement n'est affiché ni remis. Celui détenu par la cadre, ni daté ni signé, comporte notamment l'interdiction de fumer et d'entretenir des relations sexuelles et la nécessité, pour les patients en soins sans consentement, d'une autorisation médicale pour sortir de l'unité. En G05 et G06 les règlements sont affichés dans le couloir. Ils comportent des informations sur les horaires des repas, des visites, des appels téléphoniques, le dépôt des objets de valeur, l'entretien du linge et un certain nombre d'interdictions : introduire des objets ou produits dangereux, fumer à l'intérieur des bâtiments, entrer dans la chambre d'un patient sans son autorisation. En G05 est mentionné que toute permission de sortie est à « négocier » avec le médecin et en G06 qu'il est interdit de sortir de l'établissement sans autorisation écrite du médecin référent.

Recommandations

L'établissement doit veiller à ce que chaque patient reçoive le livret d'accueil de l'hôpital.

Le pôle de psychiatrie doit établir un support d'information spécifique qui comporte l'ensemble des droits des patients, en soins libres ou sans consentement, affiché, remis et expliqué aux patients.

Chaque unité d'hospitalisation doit établir ses règles de vie, dans le cadre d'une réflexion et d'une harmonisation des pratiques au sein du pôle, les afficher et les expliquer aux patients.

3.3 LE DISPOSITIF DES PLAINTES ET DES RECLAMATIONS EST MAL CONNU DES PATIENTS ET LES SERVICES NE DONNENT PAS DE SUITE AUX COURRIERS VENANT DE LA DIRECTION

Le livret d'accueil – qui n'est pas distribué – décrit de façon détaillée le processus de traitement des **plaintes et réclamations**. Dans les unités, le personnel indique aux patients insatisfaits qu'ils peuvent écrire au directeur de l'établissement ou à la commission des usagers (CDU).

Entre le 1^{er} janvier et le 5 octobre 2017, la direction des relations avec les usagers et des affaires juridiques (DRUAJ) a exploité sept courriers dans lesquels étaient regroupées les récriminations de trente-neuf patients hospitalisés en psychiatrie. Les contrôleurs ont pris connaissance de ces courriers reprenant des doléances personnelles signées individuellement. Ils ont constaté qu'elles portaient sur des sujets connus : douches et WC hors service, fuites d'eau, éclairage défectueux, etc.

Le service de la qualité a adressé des accusés de réception aux auteurs des courriers et les a transmis au pôle de psychiatrie, à la direction des soins et à la direction des services techniques afin de recueillir leurs éléments pour rédiger les réponses sur le fond. Le service de la qualité n'avait reçu aucune réponse de la part des services lors de la visite des contrôleurs et faisait état d'une situation similaire les années précédentes.

Le compte rendu de la réunion de la CDU en date du 8 mars 2017 fait apparaître qu'une synthèse des plaintes et des réclamations des patients a été présentée, mais rien n'apparaît sur les réponses faites.

La CDU avait visité le service des urgences mais n'avait pas encore visité les unités de psychiatrie. Le représentant des usagers est parfois saisi par téléphone par l'union régionale des associations de santé (URAS) qui a succédé au Collectif inter associatif de malades, handicapés, familles de malades et consommateurs (CISS). Cet échange téléphonique permet de comprendre le sens de la réclamation et d'orienter l'utilisateur vers la rédaction d'une réclamation.

Un formulaire de **déclaration d'événement indésirable** (EI) est disponible au secrétariat de chaque unité. En cas de besoin, il est faxé ou envoyé par courriel. Selon les informations recueillies par les contrôleurs, les soignants l'utilisent de moins en moins car ils ne reçoivent pas de retour, dans l'ignorance que seuls les EI dits « graves » font l'objet d'une analyse et donc d'un retour vers leurs auteurs.

Le logigramme, établi par la coordinatrice de la gestion des risques, décrivant la circulation des EI était inconnu des soignants, car il n'était pas encore validé à la date de la visite des contrôleurs. Pour un même incident, un EI et une réclamation peuvent être établis ; les contrôleurs ont constaté que la coordinatrice de la gestion des risques n'avait pas connaissance des plaintes et des réclamations déposées et que le comité de vigilance des risques associés aux soins (COVRAS)

ne comportait pas de représentant des usagers. Il est prévu que la liste des EI serait présentée pour la première fois à la CDU de fin d'année 2017.

Les contrôleurs ont pris connaissance de la liste des 990 EI établis entre le 1^{er} janvier et le 4 octobre 2017 dont 103 – soit 10,4 % – émis par le pôle de psychiatrie et confirmant l'insuffisance numérique de médecins psychiatres, la pénurie de matériel ou de médicaments, etc.

Aucun **questionnaire de satisfaction** n'est remis aux patients hospitalisés en psychiatrie. En médecine chirurgie obstétrique (MCO) le questionnaire de satisfaction est celui contenu dans le livret d'accueil, qui n'est pas systématiquement délivré, ou celui adressé par Internet (procédure e-satis).

Bonne pratique

Les représentants des usagers sont actifs dans la prise en compte des récriminations qui leur parviennent par la voie de l'union régionale des associations de santé (URAS, ex CISS).

Recommandation

Les patients doivent avoir une connaissance précise de la méthode d'expression des plaintes et des réclamations. La direction générale doit adresser aux patients requérants des réponses sur le fond et en informer la commission des usagers.

Le personnel soignant, démotivé par l'absence de retour d'information, doit être éclairé sur la suite donnée au signalement des événements indésirables (EI) afin de poursuivre leur rédaction.

Dans son courrier en date du 21 décembre 2017, le directeur général du CHU de Pointe-à-Pitre écrit « la commission des usagers a connaissance des plaintes et réclamations puisqu'elles font l'objet d'une présentation en séance, donnent lieu en tant que de besoin à des avis et des recommandations, y compris lorsqu'elle reçoit en séance des usagers. Ces plaintes et ces réclamations sont répertoriées dans un classeur tenu à la disposition des membres et présentées en séance. Enfin les plaintes et réclamations font l'objet d'analyses statistiques annuelles présentées en séance puis incorporées au rapport annuel de ladite CDU ».

3.4 LA DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE EST PROPOSEE MAIS SA PARTICIPATION AUX SOINS N'EST PAS ORGANISEE

Le personnel soignant propose en principe au patient, lors de l'entretien d'accueil, la désignation d'une personne de confiance et renseigne le cas échéant avec lui un document *ad hoc*. La consultation de quelques dossiers montre toutefois que parfois la fiche n'est pas renseignée, parfois elle ne figure même pas au dossier. Certains soignants considèrent que cette formalité aurait dû être réalisée aux services des urgences et n'y procèdent donc pas dans l'unité d'hospitalisation. Lorsqu'une personne de confiance est désignée elle n'est pas contactée par l'établissement, son rôle ne lui est pas expliqué, elle n'est pas invitée à signer la désignation faite par le patient, pourtant réglementaire, ni associée aux entretiens médicaux. La désignation est simplement classée au dossier et traitée par le personnel comme une personne à prévenir en cas d'incident.

Recommandation

La désignation d'une personne de confiance doit être proposée aux patients et son rôle doit lui être explicité.

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

3.5 L'ACCES AU VOTE N'EST ORGANISE POUR AUCUNE ELECTION

Si des patients souhaitent participer à une élection, il leur appartient de faire les démarches nécessaires. Lors des élections présidentielles et législatives, aucun patient hospitalisé n'a demandé à voter.

Aucune procédure, aucun protocole n'est en place pour inciter les personnes hospitalisées à voter personnellement ou par procuration.

Dans la mesure du possible, le centre hospitalier doit rechercher l'établissement de permissions de sortie, la mise à disposition de véhicules et d'accompagnateurs pour que les patients hospitalisés en soins sans consentement puissent exercer leur droit de vote, à défaut que des procurations puissent être établies.

Recommandation

Il appartient au centre hospitalier de prendre les dispositions nécessaires pour que les patients hospitalisés en soins sans consentement puissent exercer leur droit de vote.

3.6 L'ACCES AUX CULTES EST RESTREINT

Le livret d'accueil du CHU, non diffusé, donne les coordonnées de cinq cultes : catholique, musulman, israélite, adventiste et évangélique. Le CHU salarie un aumônier catholique, les représentants des autres cultes sont bénévoles.

Les contrôleurs n'ont pas réussi à entrer en contact avec l'aumônier catholique, seul aumônier connu des soignants du pôle de psychiatrie, qui n'était pas venu depuis un certain temps – non déterminé.

Le numéro de téléphone du représentant du culte évangélique, indiqué sur le livret d'accueil est faux.

Il n'existe pas de local réservé aux aumôniers ni aux aumôneries, ni de salle polyculturelle. Un projet de transformation de la chapelle proche du bureau des entrées était en cours d'élaboration lors de la visite des contrôleurs. Une chapelle catholique, sur le site de Joseph Ricou, éloignée des unités de psychiatrie, est en état, mais les heures d'ouverture ne sont pas affichées. Aucune indication de localisation de ces chapelles n'apparaît sur les plans accessibles aux patients. Aucun fléchage n'est en place.

Lors des entretiens des patients arrivants, la question du culte n'est pas abordée. Il ne leur pas demandé s'ils souhaitent rencontrer un aumônier. La liberté de pratique du culte n'est ainsi pas organisée.

Recommandation

Une salle polyculturelle et des locaux réservés aux aumôneries sont à créer, les informations pour joindre les aumôniers ou les représentants des cultes sont à afficher, celles apparaissant dans le livret d'accueil du CHU sont à mettre à jour, ces coordonnées méritent d'apparaître dans le projet de livret d'accueil du pôle de psychiatrie. Des plans avec mention des localisations des chapelles et des locaux mis à disposition des différents cultes doivent être mis à disposition des patients.

Quand un patient est hospitalisé, la question concernant sa volonté de rencontrer un aumônier devrait lui être posée et, le cas échéant, un aumônier informé.

3.7 LES PATIENTS NECESSITANT UNE PROTECTION JUDICIAIRE SONT REPERES MAIS LES ASSOCIATIONS TUTELAIRES MANQUENT SOUVENT DE REACTIVITE

Le CHU n'a pas de service propre de protection judiciaire. Le pôle de psychiatrie s'appuie sur les compétences d'assistantes sociales qui lui sont affectées (cf. *infra* § 7.2.3).

Le repérage des patients susceptibles de relever d'une protection judiciaire est assuré au cours des réunions hebdomadaires pluridisciplinaires. Des mesures de sauvegarde de justice peuvent être proposées au procureur de la République, mais cela demeure rare.

Les délais entre la saisine du tribunal d'instance et la décision d'une mesure de protection peuvent excéder six mois. Le premier président et le procureur général de la cour d'appel de Basse-Terre ont notamment évoqué, dans leurs observations en date du 11 décembre 2017, se heurter à l'absence de médecin agréé exerçant au sein du CH de Pointe-à-Pitre ainsi qu'à des procédures mal orientées.

La majorité des dossiers sont suivis par des tuteurs institutionnels, l'UDAF (union départementale des associations familiales) et l'APAJH (association pour Adultes et Jeunes Handicapés en Guadeloupe), les autres sont suivis par deux mandataires privés ou par les familles. La nature des relations avec les mandataires est variable selon les cas. Les magistrats, dans leurs observations du en date du 11 décembre 2017, reconnaissent en effet qu'un certain nombre de mesures sont en attente au sein des associations tutélaires et que la prise en charge de personnes atteintes de troubles mentaux requiert parfois une formation spécifique. Il peut s'écouler plus d'un an entre le jugement et la première décision du mandataire dans certains cas. Il peut s'écouler également du temps, plusieurs mois voire un an, entre une demande exprimée au tuteur pour payer les impôts, des loyers ou des factures d'électricité, et plusieurs semaines pour obtenir les virements nécessaires à l'achat de vêtements ou de cigarettes.

Recommandation

Les tuteurs institutionnels doivent répondre dans les meilleurs délais aux besoins des personnes hospitalisées dont ils ont la charge, qu'il s'agisse de la prise en compte de leurs besoins immédiats comme des démarches nécessaires à la préparation de leur sortie.

4. LA MISE EN OEUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEURS CONTROLES

4.1 L'ETABLISSEMENT NE TRANSMET PAS LES PIECES ECRITES MEDICALES ET JURIDIQUES AU PATIENT

A l'issue d'une réunion pluriprofessionnelle qui se serait tenue en 2013, aucune catégorie du personnel, secrétaires, cadres, infirmiers n'a estimé devoir notifier les décisions administratives d'admission et de maintien en hospitalisation ni les convocations devant le JLD ni les décisions prononcées par ce dernier.

Une secrétaire, affectée à cette tâche pour les trois unités, prépare les décisions d'admission et de maintien sur décision du directeur d'établissement (SDDE) et les donne à la signature de la cadre administrative du pôle (en son absence une délégation de signature est formalisée). Elle envoie ensuite une copie au bureau des admissions, au JLD et à l'ARS mais aucune dans les unités d'hospitalisation. Les décisions du directeur ne sont donc pas notifiées. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'une notification risquait d'agiter le patient ; qu'auparavant les décisions étaient envoyées au domicile mais que cette pratique avait été abandonnée. En conséquence, les patients n'ont pas connaissance de leur situation autrement que verbalement par le médecin et sont dans l'incapacité d'exercer leurs voies de recours. Nonobstant la levée par le JLD d'hospitalisations pour des motifs d'absence de notification de certaines pièces (cf. *infra* § 4.6) la pratique n'a pas changé, la direction apparaissant dans l'incapacité d'imposer cette tâche à une quelconque catégorie du personnel, lequel n'est d'ailleurs pas formé pour ce faire. La cadre administrative du pôle a élaboré un « *mémento des modalités et conditions de prise en charge du patient hospitalisé sans son consentement* », complet et mis à jour en janvier 2017 mais qui n'est connu que des agents administratifs directement concernés par la constitution des dossiers à destination du JLD et de l'ARS. Ce mémento comporte de nombreux modèles de certificats médicaux que la secrétaire édite pour être remis au médecin à chaque échéance.

Concernant le recueil des observations du patient au stade des certificats médicaux proposant le maintien ou le changement de forme de la prise en charge, les médecins indiquent être le plus clair possible et rechercher l'adhésion aux soins. Cependant, si les certificats médicaux comportent la mention pré-imprimée selon laquelle « *Le patient a été informé de manière adaptée à son état du projet de maintien des soins psychiatriques sous la forme définie par le présent certificat et mis à même de faire valoir ses observations par tout moyen adapté et de manière appropriée à son état* », il n'y a pas, de manière formelle, de recueil des observations.

Recommandation

Les décisions d'admission et de maintien en hospitalisation doivent être notifiées aux patients et une copie doit leur être remise afin qu'ils puissent exercer les recours. Le recueil des observations des patients doit être mis en œuvre.

4.2 LES CONTROLES INSTITUTIONNELS SONT INSUFFISAMMENT EXERCES

4.2.1 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

La CDSP ne s'est pas réunie depuis fin 2015. L'ARS a indiqué aux contrôleurs qu'aucune désignation de nouveaux membres n'était intervenue depuis.

Le compte-rendu annuel de 2015 mentionne quatre réunions et deux visites sur site, dont une au CHU le 11 mars 2015. Il n'y a toutefois aucun commentaire sur ces visites, il n'est pas mentionné si les patients ont été informés ni si certains ont demandé à être entendus.

4.2.2 Le comité local de santé mentale (CLSM)

Il n'existe pas de CLSM à Grande-Terre.

4.2.3 La visite des autorités

Il a été indiqué aux contrôleurs que seules les autorités judiciaires exercent les contrôles annuels prévus par la loi¹.

Recommandations

L'agence régionale de santé doit organiser la désignation des membres de la commission départementale des soins psychiatriques et veiller à ce que des comptes rendus de ses travaux soient rédigés.

L'autorité préfectorale doit exercer son contrôle.

4.3 LES REGISTRES DE LA LOI SONT TRES INCOMPLETS

Un registre commun à tous les types de mesures est renseigné par les agents du bureau des admissions du pôle de psychiatrie. Le registre en cours avait été ouvert le 21 septembre 2017 ; il comportait dix-neuf mesures, toutes en SDDE². Le précédent registre avait été ouvert le 30 mai 2017 ; sur 100 mesures 10 étaient des SDRE³ et une concernait un patient détenu.

Globalement la première page du registre est bien renseignée. Les demandes des tiers, réduites au format A5, sont collées de même que les certificats médicaux, malgré quelques omissions. Les certificats sont brefs mais en général circonstanciés, cependant ils sont parfois très rapprochés dans le temps. Ainsi, dans un dossier, le certificat médical initial et celui des 24h étaient datés du 22 septembre 2017 et celui des 72h du 23. Pour un autre patient entré le 27 septembre, le certificat des 72h a été rédigé le 29. Il a été indiqué aux contrôleurs que la loi disant « dans » les 24 et 72 heures, il s'agit d'un délai maximum et non minimum. Cependant cette organisation n'est pas conforme à l'esprit de la loi en ce qu'elle ne permet pas un temps d'observation suffisant et conduit à des décisions de maintien de l'hospitalisation hâtives.

¹ Article L. 3222-4 du code de la santé publique : Les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1 sont visités sans publicité préalable au moins une fois par an par le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, par le président du tribunal de grande instance ou son délégué, par le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement et par le maire de la commune ou son représentant.

² SDDE : soins psychiatriques sur décision du directeur d'établissement

³ SDRE : soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

Les décisions d'admission du préfet sont collées de même que les décisions de levée, du préfet comme du directeur, hormis quelques omissions. Les secrétaires signalent qu'il leur faut souvent réclamer les décisions de levée après qu'elles ont reçu les certificats médicaux la proposant. Les décisions d'admission et de maintien du directeur ne sont collées que dans la moitié des cas environ et, lorsqu'elles le sont, ne comportent jamais la signature du patient puisqu'elles ne lui sont pas notifiées (cf. *supra* § 4.1). Les décisions du JLD ne sont quant à elles jamais collées. Par ailleurs, les certificats médicaux et décisions relatifs à des programmes de soins (PS) ne précisent pas leurs contenus. La formule « PS établi conjointement au présent certificat » est utilisée et ne permet pas d'analyser les modalités de la prise en charge. Les certificats médicaux proposant des sorties, accompagnées ou non, sont très rares ; il manque plusieurs certificats mensuels pour les hospitalisations qui se prolongent.

L'établissement a pour pratique, après le certificat médical des 72h, de signer deux décisions : l'une intitulée « décision maintenant les SP⁴ sous la forme d'une HC⁵ (72h, prise en charge complète) et l'autre « *décision de maintien des SP en HC pour une durée d'un mois* ». Ces décisions sont parfois signées le même jour mais parfois à quelques jours d'intervalle. Dans cette hypothèse elles sont susceptibles de générer des contradictions d'échéance puisque, en application de l'article 3212-4 du code de la santé publique, la décision de maintien au-delà de 72h est automatiquement valable un mois.

Recommandations

Le registre de la loi doit comporter les décisions d'admission et de maintien de l'hospitalisation ainsi que les dates de délivrance des informations données au patient sur sa situation juridique, ses droits et voies de recours. Les décisions prononcées par le juge des libertés et de la détention doivent également y être reportées.

4.4 LA CONFIDENTIALITE SUR L'HOSPITALISATION N'EST PAS INSTITUTIONNALISEE

Il n'existe pas de procédure visant à conserver confidentielle l'hospitalisation d'un patient. Il doit être en effet possible qu'à la demande d'un patient, personne ne puisse savoir que le celui-ci est hospitalisé. Cette possibilité est à faire apparaître dans le livret d'accueil.

Recommandation

Une procédure est à mettre en place afin que tout patient hospitalisé, s'il le demande, puisse conserver le secret de son hospitalisation vis-à-vis de toute personne extérieure à l'exception, le cas échéant, des personnes qu'il aura désignées. Cette clause de confidentialité est à faire apparaître dans le livret d'accueil.

⁴ SP : soins psychiatriques

⁵ HC : hospitalisation complète

4.5 LES SORTIES SONT INSUFFISAMMENT PREPAREES ET LE FAIBLE NOMBRE DE MEDECINS NE PERMET PAS UN SUIVI AMBULATOIRE SOUTENU

4.5.1 Les sorties de courte durée

Les registres de la loi ne comportent que de très rares certificats médicaux proposant une sortie, de moins de 12 ou 48 heures mais les secrétaires ont précisé qu'elles n'étaient en général pas destinataires de ces certificats. Un cahier des mouvements renseigne en principe toutes les sorties de l'unité (à l'unité de réhabilitation psycho-sociale – UREPS –, dans les services de médecine comme à l'extérieur de l'établissement) mais ces cahiers sont irrégulièrement renseignés et ne précisent pas le statut d'hospitalisation de sorte qu'il n'a pas été possible aux contrôleurs de mesurer les sorties autorisées pour des patients en soins sans consentement. Au moment de la visite, quelques patients dans chaque unité avaient l'autorisation de sortir accompagnés de leur famille, pour quelques heures ou un week-end. Les sorties accompagnées par du personnel soignant sont rares, parfois organisées l'été dans le cadre d'activités collectives. Le service de l'UREPS vient chercher dans les unités les patients inscrits à des activités. Les médecins ont indiqué qu'il était toutefois possible de se rendre seul chez soi, si nécessaire avec un bon de transport en ambulance ou en taxi compte tenu du peu de transports en commun.

Il a été mentionné aux contrôleurs que certains préfets avaient refusé des sorties non accompagnées mais qu'un accompagnement familial pouvait être accepté. Cette information n'a pu être objectivée et l'ARS a précisé que les refus étaient souvent motivés par une demande présentée hors délai. En tout état de cause, les médecins entendus ne se sentent pas freinés dans leurs soins par une position tranchée de la direction ou du représentant de l'Etat mais expriment une réticence personnelle à permettre à un patient en SDRE de sortir seul.

Dans son courrier en date du 21 décembre 2017, le directeur général du CHU de Pointe-à-Pitre écrit « *les sorties de courte durée : tous les secteurs d'hospitalisation n'ont pas la pratique. Les patients de deux secteurs (G04 et G06) sur trois bénéficient de sorties de courte durée plus régulièrement. On comptabilise sur le pôle pour 2017 37 sorties de moins de 12h et 18 sorties de 48h de patients admis sur décision du directeur et pour un patient du G04 admis sur décision du représentant de l'Etat une sortie de moins de 12h hebdomadaire* ».

4.5.2 Les programmes de soins

L'établissement communique pour l'année 2016 un nombre assez faible de sorties en programmes de soins, à savoir 23 concernant 21 patients pour 463 entrées en soins sans consentement concernant 363 patients. Au moment de la visite, il a été indiqué que trente et un patients étaient soignés dans le cadre de programmes de soins. Le contenu de ces programmes n'est pas lisible dans le registre de la loi (cf. *supra* § 4.3), cependant l'ensemble du personnel a indiqué qu'il n'y avait quasiment jamais d'hospitalisations séquentielles, ce que le manque de lits ne permettrait d'ailleurs pas. Les personnes en programme de soins sont suivies à l'extérieur, dans les CMP ou CATT. Cependant, le manque de médecins dans les structures ambulatoires conduit à un suivi insuffisant et parfois des rechutes suivies d'une nouvelle hospitalisation.

Les médecins comme l'ARS soulignent la difficulté à aller chercher chez lui un patient en SDRE qui ne respecte pas son programme de soins. La crainte d'une dangerosité conduit les soignants à refuser de se déplacer et le SAMU ou les forces de l'ordre sont sollicités lorsque les médecins du service ne peuvent se rendre eux-mêmes au domicile. La perspective de ces difficultés

constitue un frein pour les médecins comme pour l'ARS lorsqu'il s'agit de mettre en place des programmes de soins pour de tels patients.

4.5.3 La levée de la mesure

Au moment du contrôle, sur les dix mesures de SDRE intervenues entre le 30 mai 2017 et le 11 septembre 2017, une n'a pas été maintenue au-delà de 72h, sept ont été levées sans demande d'un second avis médical, une a donné lieu à un programme de soins suite à un refus de levée (sans écrit porté au dossier mais qui aurait été notifié par fax) et un patient était encore présent. Le collège de santé se réunit peu mais, selon les propos recueillis, donne lieu à un réel échange entre médecins et cadre ou infirmier qui le composent. Le patient est reçu et informé de son projet de soins.

Les médecins, qui exercent dans et hors les murs de l'hôpital, connaissent en général bien leurs patients qu'ils vont suivre en ambulatoire – voir aussi le § 7.2.3 *infra*. Ils déplorent que le manque de lits conduise à des retours à domicile trop précoces, suivis de ré-hospitalisations répétées.

4.6 LES MAGISTRATS EXERCENT PLEINEMENT LEUR CONTROLE MAIS, MALGRE DE NOMBREUSES MAINLEVÉES, LA PLUPART DES PROCEDURES DEMEURENT IRREGULIERES

4.6.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Deux magistrats exercent les fonctions de JLD au TGI de Pointe-à-Pitre. L'ARS a contribué au financement de l'aménagement d'une salle d'audience dans l'hôpital, occupée durant plusieurs mois par les magistrats. Cependant, en fin d'année 2016, ces derniers ont informé l'hôpital qu'ils ne se rendraient plus sur site tant que les équipements ne seraient pas complets (informatique, climatisation, stationnement). Les patients ont donc été convoqués au tribunal mais, après quelques accompagnements, le personnel soignant a exercé son droit de retrait, estimant n'être pas en capacité de conduire les patients en toute sécurité. Les travaux en grande partie achevés, la convention entre l'ARS et le TGI a été signée le 17 mai 2017 et, depuis lors, les audiences se tiennent une fois par semaine, dans une salle adaptée située au sein du pôle de psychiatrie. Les audiences n'étant qu'hebdomadaires, les saisines sont parfois très précoces et le rôle comporte jusqu'à six dossiers. Néanmoins cette organisation satisfait l'ensemble des parties, y compris le barreau, et constitue une avancée certaine par rapport à la situation antérieure.

Dans son courrier en date du 14 décembre 2017, le directeur général du CH de Montéran écrit « *les deux juges des libertés et de la détention de Pointe à Pitre rencontrés dans le cadre du projet EPSM (échange autour de la faisabilité des audiences foraines sur le site de Pointe-à- Pitre) ont indiqué au responsable en charge, qu'à la date du contrôle et encore à ce jour, les locaux étaient inadaptés et ne réponssaient pas au cahier des charges de la circulaire DGOS/R4 n° 2011-312 du 29 juillet 2011 (cf. réclamations) ».*

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

Les convocations sont remises dans chaque unité par la secrétaire coordonnatrice. Les infirmiers les notent pour organiser les mouvements et informent verbalement le patient qu'il sera conduit devant le magistrat dans la matinée. Si un médecin est présent, il arrive qu'il explique lui-même sa situation au patient, voire lui lise l'ensemble des pièces de son dossier mais il ne recueille pas sa signature ni ne remet de copie de la convocation. Il arrive aussi qu'un cadre recueille la signature du patient mais là encore sans remise d'une copie.

Les patients, quasiment toujours déclarés auditionnables par leur médecin, sont accompagnés par des soignants et rencontrent l'avocat dans une pièce dédiée, une demi-heure avant le début de l'audience. Les contrôleurs ont constaté qu'une patiente, lasse d'attendre, a demandé à rejoindre son unité ; le magistrat a alors demandé à l'avocat de s'y déplacer pour rencontrer sa cliente.

Les magistrats siègent en tenue civile, expliquent leur rôle, résument le contenu du dossier et entendent le patient. La cadre administrative du pôle représente l'hôpital et prend brièvement la parole, le personnel s'assied au fond de la pièce. Les dossiers comportent parfois quelques éléments de contexte rédigés par une assistante sociale de l'hôpital, très appréciés des magistrats. Le juge rédige, imprime et notifie sa décision sur le siège, sauf exception. Les contrôleurs ont observé que la majorité des patients lisaient l'ordonnance avant de la signer et posaient des questions. Au regard du déficit d'information au sein des services évoqués *supra* § 4.1, l'audience constitue le seul moment où les patients sont véritablement informés de leur situation administrative, juridique et de leurs droits. Lorsque les patients ne sont pas présents à l'audience, les décisions ne sont dans la plupart des cas pas notifiées dans les unités.

4.6.3 Les décisions rendues

En 2016, les magistrats ont été saisis de 305 dossiers (291 auditionnables) dont 42 SDRE⁶. Ils ont levé 10 mesures : 6 SDDE⁷ pour des motifs de fond (adhésion au soin), 3 SDRE au motif que les certificats médicaux et les arrêtés ne caractérisaient pas l'atteinte à la sécurité des personnes ou à l'ordre public et 1 SDRE en l'absence de certificat médical (patient en fugue).

Au 2 octobre 2017, les magistrats avaient été saisis de 220 dossiers (216 auditionnables) dont 21 SDRE. Ils ont levé 71 mesures, dont 5 SDRE, entre janvier et mai 2017, aux motifs principalement de défaut d'accompagnement à l'audience de patients auditionnables et d'incapacité de l'établissement à produire l'avis d'audience émargé par le patient, outre quelques motivations liées à des certificats médicaux qui ne caractérisaient pas le risque d'atteinte à l'intégrité du patient. L'établissement a indiqué aux contrôleurs que pour autant aucun patient n'était sorti ; certains sont restés en soins libres, pour d'autres une nouvelle procédure a été initiée.

Nonobstant cette jurisprudence ferme, les magistrats constatent qu'ils ne disposent toujours pas des pièces établissant que le patient a été informé de ses droits, conditions prévues par la loi et par la convention. Ils passent en l'état outre dès lors que les patients sont entendus et informés dans le cadre de l'audience mais l'absence d'information du patient pourrait fonder la levée de la quasi-totalité des mesures.

Recommandations

Les avis d'audience devant le JLD et les ordonnances rendues hors la présence du patient doivent être notifiés au sein des unités et une copie doit être délivrée.

Dans son courrier en date du 21 décembre 2017, le directeur général du CHU de Pointe-à-Pitre écrit « le circuit de la transmission de l'information et des notifications n'est pas organisé sur le pôle ».

⁶ SDRE : soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

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

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE DE CIRCULATION DANS L'ETABLISSEMENT EST INEXISTANTE : TOUTES LES UNITES SONT FERMEES, MEME POUR LES PATIENTS EN SOINS LIBRES

Les trois unités G04, G05 et 06 ainsi que l'unité d'hospitalisation de longue durée (HLD) à la Villa Fifi, qui n'accueille que des patients en soins libres, sont fermées. Les patients en soins libres comme ceux en soins sans consentement en sortent rarement. Pour se rendre à l'UREPS, qui est dans le même ensemble immobilier que les unités G04, G05 et G06, les patients sont accompagnés par un soignant (cf. *supra* § 4.5.1).

Seules les règles de vie propres à chaque unité – inégalement portées à la connaissance du patient – posent le principe de limitation de la liberté de circulation en imposant une autorisation médicale pour sortir de l'unité, seul ou accompagné (cf. *supra* § 3.2). En effet, il n'existe pas de règlement intérieur pour le CHU ni de livret d'accueil propre à la psychiatrie (cf. *supra* § 3.2) dans lesquels serait évoquée la liberté d'aller et venir. En conséquence, tous les patients, quel que soit leur statut et leur état, évoluent dans le cadre restreint de l'unité et ne peuvent sortir que sur autorisation.

Recommandation

La liberté de circulation doit être la règle pour les patients. Toute restriction de liberté doit faire l'objet d'une décision médicale individuelle, motivée et régulièrement revue.

5.2 LES CONTRAINTES DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT FORTES

5.2.1 L'accès au tabac

L'accès au tabac est interdit dans une unité (G04) et limité au patio dans les deux autres unités (G05 et G06) car les soignants conservent les briquets. En G06, les horaires pour fumer sont affichés : toutes les heures entre 6h et 20h.

Dans aucune unité ne sont proposés des substituts nicotiques.

Le tabac est apporté par les familles ou acheté par les tuteurs pour les patients placés sous protection judiciaire. Dans ce dernier cas, les délais d'attente sont importants ; il n'est pas rare que des patients attendent un mois et demi entre leur demande et l'arrivée du tabac.

Aux urgences, les personnes en soins sans consentement ne peuvent aller fumer que si elles ne sont pas contentionnées et si elles sont accompagnées.

Recommandation

Les patients hospitalisés en psychiatrie doivent pouvoir conserver la liberté de fumer. Cette liberté peut être limitée pour des raisons générales de sécurité, telles que pour prévenir les risques d'incendie, ou pour des raisons personnalisées de santé dûment motivées par des incompatibilités médicales. Dans ce dernier cas, des substituts nicotiques doivent être proposés.

5.2.2 Le port du pyjama

Le port du pyjama par des patients hospitalisés est exceptionnel, même aux urgences. Il est réservé éventuellement aux patients placés dans les chambres d'isolement ou d'apaisement. Selon les informations recueillies par les contrôleurs, il semble que cette situation soit davantage liée à une pénurie de pyjamas au sein du CHU qu'à une doctrine.

Les contrôleurs ont constaté que les soignants étaient attentifs à ce que les patients placés en CI/CA soient vêtus de vêtements amples.

5.2.3 L'accès aux chambres

Dans les trois unités, l'accès aux chambres est libre sauf pendant la durée du ménage, leurs portes demeurant ouvertes. Les portes des placards ne sont pas fermées à clé.

Quelques enfermements momentanés interviennent, quand par exemple des patients perturbent la vie commune, comme les contrôleurs ont pu le constater à l'occasion d'un repas. Ces isolements ne sont pas tracés dans les registres d'isolement, ce qui interdit l'analyse des pratiques.

5.3 LES CONDITIONS D'ACCUEIL DES VISITEURS SONT MEDIOGRES, L'ACCES AU TELEPHONE EST EXCESSIVEMENT LIMITE

5.3.1 Le courrier

Les patients peuvent envoyer et recevoir du courrier. Du papier à lettres, des enveloppes et de quoi écrire sont donnés par les soignants sur demande. Les courriers sont remis aux soignants et récupérés par le vagemestre lors de son passage dans l'unité. Lorsque les patients n'ont pas de timbre, le courrier est affranchi par le CHU.

Il n'existe pas de boîte à lettres dans les unités.

5.3.2 Le téléphone, restrictions, contrôles

Les patients ne sont pas autorisés à conserver leurs téléphones portables.

Il n'existe pas de cabine téléphonique dans les unités.

Entre 15h et 18h, les patients peuvent utiliser gratuitement le téléphone de la salle de soins. Si un patient veut appeler en métropole, l'horaire peut être décalé. Certains patients ont fait savoir que cet accès au téléphone ne leur était pas suffisant.

Aux urgences, les téléphones portables peuvent être conservés par les patients, mais cela est inutile car les communications ne passent pas ; les patients sont autorisés à utiliser la ligne fixe du service.

Recommandation

L'accès aux téléphones portables doit être la règle, sauf pour des motifs médicaux dûment précisés et limités dans le temps. Le téléphone du service doit être mis à disposition dans des plages horaires plus larges et des conditions permettant la confidentialité des conversations.

5.3.3 Informatique, internet

Dans les trois unités, les ordinateurs personnels et les tablettes sont interdits.

En G04 un poste informatique avec Internet est accessible à l'ensemble du personnel et aux patients sur demande, sous contrôle d'un soignant, et quand le poste est disponible. En G05 aucun accès internet n'est possible. En G06 les deux postes informatiques de la bibliothèque ne seraient plus opérationnels.

Recommandation

L'accès contrôlé à Internet doit être développé ou renforcé quand il existe déjà.

5.3.4 Les visites des familles

A l'exception des patients placés en chambre d'isolement, les visites des familles sont possibles entre 14h30 et 18h30 sous réserve de l'accord médical préalable. Les interdictions médicales sont rares et limitées dans le temps, comme les contrôleurs ont pu le constater.

Les visites ont lieu dans les unités : dans le patio ou parfois dans les chambres à proximité des patients qui déambulent, dans les salles d'activité inutilisées. Les salons conçus pour les visites sont situés à l'extérieur des unités, dans un espace dédié situé avant la porte d'accès à chaque unité, et ne sont pas utilisés.

Les mineurs de 15 ans ne sont pas autorisés et il n'existe pas de salles d'attente dans lesquelles ils pourraient attendre la fin de la visite des majeurs.

Le mobilier permettant de recevoir décemment des visiteurs est insuffisant : dans les unités, le nombre de chaises et de bancs est insuffisant ; les salons destinés aux visiteurs sont sous-équipés.

Aux urgences, une seule famille peut rendre visite à un patient, dans le couloir ; si plusieurs familles se présentent, les visites ont lieu à l'extérieur du service, près de l'entrée.

Les familles peuvent apporter de la nourriture.

Recommandation

Au sein des unités, les espaces prévus pour accueillir des visiteurs doivent être correctement meublés. Les pièces permettant de recevoir des visiteurs en toute confidentialité doivent être également aménagées.

5.4 LES REPRESENTANTS DES FAMILLES ET DES USAGERS SONT PRESENTS DANS LES INSTANCES DE L'HOPITAL MAIS NE SONT PAS SUFFISAMMENT PRIS EN CONSIDERATION DANS LES UNITES

Les contrôleurs ont rencontré des représentants des associations la Ligue contre le cancer et l'union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM). Ces représentants ont exprimé leur effroi devant la situation des urgences psychiatriques (cf. *infra* § 7.1) et leur désarroi devant le mauvais entretien des unités de psychiatrie et les pénuries périodiques (cf. *infra* § 6.1 à 6.4).

En tant que membres de la commission des usagers, ils souhaitent disposer d'un accès à l'Intranet du CHU.

L'UNAFAM organise des réunions trimestrielles en G06 à destination des familles ; lors de la visite des contrôleurs, la prochaine réunion était prévue le 16 octobre 2017, comme cela apparaissait sur une affiche collée à l'entrée de l'unité.

Bonne pratique

Des réunions organisées par l'UNAFAM à l'attention des familles sont prévues tous les trimestres pour une unité.

6. LES CONDITIONS DE VIE DES PATIENTS

6.1 LES CHAMBRES ET LES LOCAUX DE VIE AINSI QUE LES LOCAUX PROFESSIONNELS DU PERSONNEL SONT DEGRADÉS : UN TIERS DES CHAMBRES EST CONDAMNÉ

Les trois unités, construites en 2006, sont conçues de la même façon. Chacune comporte quatorze chambres individuelles et six chambres doubles, en rez-de-chaussée, dont les portes donnent dans un couloir ouvrant sur le patio ; la capacité est théoriquement de vingt-cinq personnes, sans compter les deux chambres d'isolement (CI) ni les deux chambres d'apaisement (CA) de chaque unité.

Aucune chambre n'est équipée de sonnette d'appel.

Aucune chambre n'est climatisée ni ne possède de ventilateur – à l'exception des CI/CA – mais chacune est équipée de trois ouvertures à clairevoie pour permettre la circulation naturelle d'air :

- deux sont à hauteur des lits, l'une donnant sur le couloir et l'autre donnant vers l'extérieur ; de nombreuses lames sont hors d'état et sont remplacées par des planches de bois qui interdisent la circulation partielle ou totale d'air ;
- une est en hauteur, au-dessus de la porte ; le système de manœuvre des lames est hors d'état. Ces clairevoies en hauteur sont donc toutes en position fermées.

Chaque chambre, simple ou double, est équipée d'une table fixée au mur et le plus souvent d'un placard – certaines chambres n'ayant plus de placard. Les contrôleurs ont rarement vu de chaises. En effet, chaque patient a une chaise qu'il utilise pour sa chambre, la salle à manger, la salle de télévision, les salles d'activité ou dans le patio. Des tables et des chaises sont commandées depuis 2014, mais rien n'a été livré.

Une rampe lumineuse est installée au-dessus de chaque lit ; il est rare que les deux ampoules fonctionnent. Ces rampes ne sont plus réparées faute de pièces de rechange. Des prises électriques ou des interrupteurs laissent parfois apparaître des fils dénudés sans savoir s'ils sont ou non alimentés.

Chaque chambre est équipée d'une salle d'eau avec une douche à l'italienne, un lavabo, un WC à l'anglaise, mais ne sont pas toutes équipées de miroir. Certaines salles d'eau sont condamnées car soit le WC est bouché, soit les évacuations du lavabo et de la douche, parfois les deux sont bouchées. Dans certaines chambres et dans certaines salles d'eau, des infiltrations d'eau rendent le sol glissant. En G04, lors de la visite des contrôleurs, outre les douches des cinq chambres condamnées, cinq autres douches ne sont pas utilisables ; la salle de bains avec baignoire de l'unité n'est pas utilisable en raison du manque de ventilation. En G05, neuf chambres sont condamnées. En G06 cinq chambres dites non fonctionnelles sont cependant occupées.

Selon les informations recueillies par les contrôleurs, la situation se dégrade depuis 2015-2016 car aucune réparation de fond n'est effectuée. Les locaux de soins n'étaient guère mieux lotis : la climatisation des bureaux des infirmiers était en avarie dans les trois unités. Le médecin somaticien ne dispose pas de table d'examen. Les assistantes sociales du pôle ont un seul bureau non climatisé, un seul ordinateur et un téléphone, et pas de voiture. Dans un des CMP, il n'y a plus de téléphone ni d'internet depuis juillet 2017. L'équipe mobile dispose elle aussi de moyens réduits (un bureau, un téléphone, deux ordinateurs et un véhicule).

Ainsi sur les soixante-quinze places normalement offertes par les trois unités, cinquante sont ouvertes dont certaines chambres n'ont plus de douche ou de lavabo ou de WC utilisable(s). Lors de la visite des contrôleurs, ces cinquante lits disponibles étaient tous occupés. Dans une unité,

trois des CI/CA étaient également occupées et un autre patient attendait aux urgences depuis quatre jours qu'une place se libère.

Lors de la visite des contrôleurs, le directeur des services techniques avait pris ses fonctions depuis deux mois après une vacance de poste de deux ans. Son objectif était de mettre en place un outil de suivi des interventions permettant notamment de connaître les demandes et les suites données à ces demandes. En effet, dans les unités du pôle de psychiatrie, le personnel a fait savoir que ses demandes demeuraient globalement sans réponse.



Une porte d'une salle d'eau



Le fauteuil d'une salle de télévision



Une prise électrique dans une chambre

A défaut d'utiliser les WC de leur chambre, les patients utilisent les deux de l'unité, cependant à G04 l'un des deux est condamné et à G06 et G05, les deux sont condamnés.

Chaque unité possède des salles d'activité pauvrement meublées et sans chaises, voire sans meuble et dont les clairevoies sont en mauvais état.

La salle à manger est une pièce claire, agréable, dont le mobilier est limité à quelques tables en état médiocre – les bords étant abîmés par endroits.

En G06, le jardin avec carbet, accessible depuis la salle à manger, n'était pas utilisé. Les patios des unités étaient peu fréquentés lors de la visite des contrôleurs en raison de la hauteur de l'herbe et, le cas échéant, du risque de chute d'une branche ; dans une unité, les patients avaient interdiction d'aller dans le patio car des animaux (des rats) avaient été aperçus parmi les herbes.

Recommandation

Des travaux d'entretien et de réhabilitation sont à conduire de façon urgente dans les trois unités G04, G05 et G06 afin de retrouver la capacité de soins de l'établissement. La dégradation des locaux porte atteinte à la sécurité des patients (fils électriques dénudés, sols glissants) et ne permettent pas de maintenir des conditions normales d'hygiène (douches et WC inutilisables).

6.2 L'HYGIENE N'EST PAS CORRECTEMENT ASSUREE

Les contrôleurs ont constaté que les locaux étaient maintenus dans un état de propreté satisfaisant, compte tenu de l'état général, mêmes si dans certaines des chambres utilisées les infiltrations d'eau ne permettent pas d'avoir un sol sec.

En ce qui concerne l'hygiène des patients, les contrôleurs ont constaté qu'il n'y avait pas d'eau chaude dans des douches et des lavabos, le système d'eau chaude étant en panne.

Aucun nécessaire d'hygiène (savon, shampooing, etc.) n'est distribué aux patients qui sont approvisionnés par leurs familles, quand ils en ont une.

Lors de la visite des contrôleurs, il n'y avait plus de papier hygiénique depuis huit jours et la date de la fin de la pénurie n'était pas connue. Les soignants donnaient des essuie-mains en papier aux patients au cas par cas en attendant l'épuisement de ce stock.

Les draps étaient changés tous les jours ou davantage si besoin, sauf en cas d'avarie de la buanderie de l'hôpital. Depuis le mois de juillet 2016, le CHU n'avait pas connu de panne de cette nature.

Le linge personnel des patients est lavé par les familles ou à la main par les patients, ou encore par la buanderie du CHU, cependant les pertes sont fréquentes. Les machines à laver des unités, quand il y en a, sont inutilisables. Le linge personnel est mis dans des filets et ceux-ci cassent parfois, ce qui rend difficile l'identification des propriétaires. Les contrôleurs ont constaté que le pôle de psychiatrie était le seul service du CHU dont le linge des patients était lavé par la buanderie et que les filets étaient identiques pour toutes les unités du pôle.

Aucun passage de coiffeur n'est organisé.

Recommandation

Si la propreté des locaux est apparue assurée, les mesures d'hygiène destinées aux patients sont à améliorer : pannes d'eau chaude, pénuries périodiques de papier hygiénique, absence de délivrance de « kit hygiène », pertes de linge personnel des patients lors des lavages à la buanderie du CHU.

6.3 LES BIENS DES PATIENTS SONT CORRECTEMENT SUIVIS PAR LE PERSONNEL SOIGNANT SANS QUE CELA APPARAISSE CLAIREMENT DANS LES REGLES DE VIE DES UNITES

Les patients hospitalisés passent systématiquement aux urgences. Théoriquement un inventaire des biens y est assuré, en réalité il est effectué quand le patient arrive dans l'unité. Cependant, aux urgences, les familles conservent le plus souvent les valeurs appartenant aux patients hospitalisés et signent en conséquence un registre.

Le bureau des entrées, ouvert du lundi au vendredi de 7h30 à 17h, prend en compte les valeurs des patients quand cela lui est demandé. Les valeurs ne sont pas remises au régisseur car le chef du bureau des entrées est régisseur en sous-ordre. Entre janvier et octobre 2017, pour l'ensemble des patients hospitalisés dans le CHU, seulement cinq patients ont déposé des valeurs au bureau des entrées.

Dans les unités, les inventaires des biens effectués de façon contradictoire sont insérés dans le dossier administratif des patients. Les sommes d'argent, à concurrence de 20 euros, sont conservées par les cadres de santé, les entrées et sorties donnant lieu à la signature d'une feuille par le patient et par le cadre. Les biens et valeurs restants sont rangés dans une boîte conservée sous clé par les soignants. Les règlements propres à chaque unité ne font pas apparaître le rôle des soignants ni du cadre de santé.

Recommandation

Le règlement intérieur du centre hospitalier ou les règles des unités doivent préciser les modalités de conservation des petites sommes d'argent et des biens des patients par les soignants.

6.4 LA RESTAURATION SOUFFRE DE NOMBREUSES PENURIES

Les repas, en liaison froide, sont fournis par la cuisine centrale trois fois par jour selon un programme de repas établi sur quatre semaines avec le concours de diététiciennes et mis à jour toutes les semaines. Des menus sans porc ou végétariens, sans sel, mixés ou adaptés aux diabétiques, sont fournis à ceux qui le demandent ou qui en ont besoin.

Pour le petit déjeuner, le café en poudre est livré une fois par semaine, mais il y a des périodes de pénurie. Ainsi lors de la visite des contrôleurs, dans deux unités le café n'avait pas été livré depuis quinze jours. Les contrôleurs ont pris connaissance que les autres denrées souffraient également parfois de pénuries.

Le déjeuner et le dîner sont servis à table dans des barquettes individuelles, les patients étant libres de choisir ou non leurs places selon les unités. Il a été fait état aux contrôleurs du manque de variété des menus.

Les contrôleurs n'ont vu aucun menu affiché. Les soignants ont confirmé qu'ils n'étaient pas connus à l'avance.

Les patients ont exprimé peu de doléances sur la qualité et la quantité de la nourriture mais ont fait constater aux contrôleurs que les couverts en métal étaient rares, les patients utilisant des couverts en plastique, que les verres avaient disparu et qu'il fallait boire au robinet. Le pôle logistique, consulté par les contrôleurs, a fait savoir que les stocks étaient complétés tous les six mois.

Les contrôleurs ont constaté que les familles pouvaient apporter de la nourriture qui est stockée dans le réfrigérateur de l'unité quand il s'agit de denrées périssables.

Bonne pratique

L'apport de nourriture par les familles, sous contrôle médical, et son stockage dans les réfrigérateurs des unités est autorisé.

Recommandation

Les patients doivent disposer de couverts en métal et de verres pendant les repas. Leur absence est une atteinte à leur dignité, comme l'absence périodique au petit déjeuner de café ou d'autres denrées.

L'affichage des menus pour la semaine est également impératif.

6.5 LES ACTIVITES OCCUPATIONNELLES NE SONT PLUS REALISEES

Les unités disposent chacune d'une salle d'activité mais qui n'est que rarement utilisée. Ces salles ne comportent que très peu de matériel et meubles. En G05, seule une table de ping-pong est présente dans une grande pièce vide. Les soignants rapportent qu'il n'y a plus de crédits depuis plusieurs années pour développer des actions ; ils organisent ainsi de temps en temps des activités sur leurs deniers personnels.

Chaque unité dispose également d'une petite salle de télévision ; lors du contrôle, il n'y avait parfois qu'une chaise ou un fauteuil en mauvais état devant le téléviseur.

L'organisation des activités intersectorielles est confiée à l'UREPS, mais qui se concentre sur la préparation à la sortie et ne propose que très peu d'activités (cf. *infra* § 7.2.3).

Dans son courrier en date du 21 décembre 2017, le directeur général du CHU de Pointe-à-Pitre écrit « *L'établissement a tout mis en œuvre pour les activités thérapeutiques en 2015 avec la création d'une sous-régie au sein du pôle de psychiatrie en lien avec la trésorerie générale de Pointe-à-Pitre. Les décisions relatives à l'acte constitutif de la régie d'avances et à la nomination du régisseur (le cadre administratif) et du sous-régisseur (une IDE reclassée partie à la retraite en 2016) sont datées du 29 décembre 2014. Le régisseur a contracté une assurance en 2015 et payé sa cotisation. 48 agents étaient positionnés comme mandataires et avaient signé leurs décisions au deuxième trimestre 2015. Cette sous-régie avait pour finalité de mettre à la disposition de chacune des unités de soins la somme de 150 euros en numéraire par mois pour les activités. Afin de sécuriser les fonds un coffre-fort avait été comandé par la direction des services économiques au premier trimestre 2015. Il a été livré au sein d'une unité d'hospitalisation en mars 2015 et n'est jamais parvenu au cadre administratif. Il a été retrouvé 18 mois plus tard par un cadre de santé. Ce projet n'a jamais abouti* ».

6.6 LES RELATIONS SEXUELLES SONT GEREES AU CAS PAR CAS, L'ACCES AUX PRESERVATIFS EST INSUFFISANT

Les relations sexuelles sont interdites dans le règlement de l'unité G04, mais celui-ci n'est pas diffusé. Les autres règlements sont silencieux sur ce point et les infirmiers rencontrés indiquent gérer individuellement, ou après échange dans l'équipe, les situations de rapprochements entre patients. Dans une unité, il a été indiqué qu'un couple marié pouvait s'isoler dans la chambre

mais qu'une liaison entre patients était plus gênante. L'établissement s'est déjà trouvé confronté à des viols sans qu'aucune réflexion institutionnelle formalisée n'ait été mise en place. Les patients particulièrement vulnérables sont l'objet d'une attention particulière mais ne sont pas enfermés dans leur chambre la nuit.

Le sujet de la sexualité a semble-t-il été évoqué dans les services il y a quelques années mais, faisant débat, a été vite refermé. Auparavant certains CMP et une unité d'hospitalisation étaient dotés de préservatifs et de plaquettes d'information sur les maladies sexuellement transmissibles, supports à quelques démarches individuelles d'éducation à la sexualité. Désormais, en l'absence de matériel, le sujet n'est plus abordé avec les patients. Les services ne disposent pas de préservatifs, la contraception des femmes est, le cas échéant, prise en charge par le médecin somaticien.

Recommandation

Une réflexion sur la sexualité est à lancer ou à approfondir au sein des unités et du pôle afin que les soignants puissent s'appuyer sur une doctrine dans leur gestion de situations prévisibles.

7. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES

7.1 L'ACCUEIL AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES EST INDIGNE ET NE PERMET NI LES SOINS NI LE RESPECT DE L'INTIMITÉ

La « psychiatrie d'urgences et de liaison » accueille les patients présentant des troubles psychiatriques aux urgences et intervient également en psychiatrie de liaison pour des consultations spécialisées d'un psychiatre dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

En 2016 il y a eu 1 513 passages aux urgences psychiatriques, dont 703 hospitalisations aux urgences ou dans les services ; parmi ces hospitalisations, 269 étaient en soins libres et 434 en soins sans consentement.

La prise en charge psychiatrique aux urgences est assurée par une équipe de psychiatrie de liaison qui est polyvalente sur l'unité des urgences psychiatriques et les demandes d'intervention et d'avis dans tous les services du CHU.

L'unité des urgences psychiatriques dispose en théorie depuis sa création de deux « lits porte ». En pratique, l'espace dévolu à la psychiatrie comporte le bout du couloir des urgences menant dans la salle de radiographie, sans délimitation précise, et deux petits bureaux donnant sur cette extrémité.

Une salle de dégrisement est également mutualisée et utilisée comme chambre d'isolement. Cette chambre ne dispose pas de bouton d'appel, pas d'horloge ni de fenêtre, pas de toilettes ni de point d'eau mais seulement d'un lit et d'un brancard ; une lucarne donnant sur le bureau de consultation psychiatrique, situé juste à côté, permet une relative surveillance, et une porte avec une petite vitre carrée occultable donne directement sur le couloir des urgences.

Les deux bureaux dévolus à la psychiatrie servent ainsi de bureau d'entretien infirmier ou médical, de salle de soins, de salle de repos où peut manger le personnel, de vestiaire pour les patients qui ont des effets personnels, de pharmacie et de vestiaire pour les agents.

Un projet de déménagement des urgences psychiatriques est actuellement en cours de discussion. Une partie de l'actuelle salle d'attente des urgences serait reconfigurée en une grande salle pour accueillir plusieurs patients, une salle d'isolement et un bureau de soins. Cet espace fermé apporterait certes une prise en charge plus respectueuse de l'intimité et du secret médical ; cependant, l'absence de séparation entre chaque patient au sein de cet espace des urgences psychiatriques, de même que l'absence de toilettes et point d'eau dans la chambre d'isolement, rendent le projet insatisfaisant en l'état.

Concernant le personnel, l'équipe comprend un poste de cadre de santé, actuellement vacant et occupé par un infirmier faisant fonction, douze ETP d'IDE, et deux AS. Chaque jour, il y a au minimum deux IDE (ou un IDE et un AS), parfois trois. Un ETP de psychiatre est également budgété mais il est vacant depuis plusieurs mois et une succession d'intérimaires assure la permanence avec cependant de nombreux jours où il n'y a plus de médecin (*a minima* neuf jours sur le mois de juin 2017 sont indiqués sans médecin). Au moment du contrôle, c'est un médecin en retraite venu de l'hexagone qui permettait la poursuite des soins.

Le personnel des urgences générales est renforcé par deux agents de sécurité privés qui se positionnent à l'intérieur des urgences, près de l'entrée et interviennent systématiquement en application du protocole d'ouverture de la porte de la cellule de dégrisement, même sans éléments cliniques le justifiant ni demande des soignants.



Au-devant, partie du couloir dévolue à la psychiatrie, urgences du CHU



Bureau des soignants de psychiatrie aux urgences

Recommandation

La sécurisation des urgences doit respecter le secret médical et la dignité des patients ; la présence d'agents de sécurité ne peut être systématique lors de certains soins sans décision médicale expresse.



Devant à droite, patiente des urgences psychiatriques, CHU

La nuit et le week-end, un psychiatre est de garde pour tout le CHU de 18h à 8h ; les intérimaires participent aussi à ce tour de garde.

La durée moyenne d'attente aux urgences psychiatriques est élevée. La psychiatrie n'est malheureusement pas individualisée dans le logiciel de prise en charge des entrées aux urgences générales et il n'est donc pas possible de retrouver une moyenne objective. Néanmoins, l'étude des cas individuels présents au moment du contrôle montre la présence d'un homme nécessitant une hospitalisation en service de psychiatrie depuis quatre jours et toujours sur un brancard dans le couloir (il est d'ailleurs attaché d'une main au brancard le quatrième jour) ; trois autres patients sont aux urgences depuis plus d'une journée ; une dernière personne, en soins sans consentement, est placée en chambre de dégrisement et est retrouvée à terre dans ses excréments et relevée par une infirmière, porte ouverte sur le couloir, en présence de trois agents de sécurité portant des gants en latex.

En juillet, une patiente de psychiatrie adressée pour troubles du comportement avec agitation et propos incohérents, installée sur un banc par défaut de brancard disponible, est retrouvée à terre endormie après avoir reçu un traitement sédatif au moment du plateau repas.

Une autre situation est observée en début d'année 2017 sur le registre d'entrée, avec une attente de sept jours aux urgences avant l'hospitalisation.

Enfin, le décès d'une patiente, survenu le 27 novembre 2016, après quatre jours passés aux urgences psychiatriques sur un brancard, avec contention, a fait l'objet d'une mission d'inspection de l'agence régionale de santé (ARS). Les conclusions des inspecteurs notent une contention pas toujours prescrite et tracée dans le dossier médical, l'absence de réévaluation somatique durant les quatre jours aux urgences, et du matériel de contention non utilisé dans le respect des recommandations de la haute autorité de santé (HAS). Plus globalement, leur rapport note une inadaptation des locaux à la bonne prise en charge des patients, une dégradation des conditions matérielles de prise en charge et de travail pour le personnel.

Recommandation

Les patients admis aux urgences psychiatriques doivent bénéficier d'une prise en charge respectant le droit à la santé et l'accès à un examen médical par un médecin psychiatre ; la durée de séjour dans le service des urgences ne doit pas dépasser vingt-quatre heures.

Les patients sont examinés systématiquement par l'urgentiste avant d'être orientés en psychiatrie. Le patient peut être ensuite examiné plusieurs fois par le psychiatre, lorsqu'il y a un psychiatre.

La prescription de l'isolement est faite sur le dossier papier du patient car le logiciel de prescription (*résurgences*) est celui des urgences générales qui ne dispose pas de cette option. Un travail est en cours pour établir une fiche technique de mise en place des contentions ; il existe une fiche sur l'isolement, ancienne et commune à toute la psychiatrie.

Il existe des réunions des soignants et médecins une fois par mois pour évoquer les prises en charge ; la procédure en chambre de dégrisement y aurait été évoquée.

La prise en charge des patients en soins sans consentement aux urgences psychiatriques est ainsi marquée par un placement en contention trop fréquent, souvent sans isolement faute de chambre mais sur brancard, d'une durée de plusieurs jours, parfois sans examen psychiatrique avant la garde du soir en l'absence de praticien.

7.2 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT DEGRADEES

7.2.1 Les modalités des soins

Dans les unités, le psychiatre rencontre les patients en entretien au moins une fois par semaine et plus si besoin ; les entretiens se font toujours en binôme avec un infirmier (sauf indisponibilité du médecin) ; ils ont lieu dans le bureau infirmier des unités. Cependant et du fait que douze postes de psychiatres sont vacants sur dix-huit, des consultations sont reportées ou ne se font pas, des activités ne sont plus faites et les soignants sont par moment en quête ou en attente d'un médecin qui va pouvoir venir examiner un patient.

Le logiciel utilisé depuis 2010 est le logiciel « cariatides », intégrant le dossier patient pour le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) ; pour le moment il n'y a pas de possibilité de prescription informatique des isolements ou contentions.

Une réunion de synthèse est organisée chaque semaine pour évoquer, entre soignants, le projet de soin des patients ; les assistantes sociales y assistent de même qu'une fois par mois, un représentant de l'UREPS. Les psychologues y interviennent parfois. Sur le secteur G06, deux psychologues œuvrent sur l'intra et l'extra hospitalier, plutôt en soutien aux soignants avec néanmoins quelques actes directs auprès des patients et une participation aux réunions de synthèse hebdomadaires. Sur le secteur G04, deux psychologues sont présentes quatre demi-journées par semaine. Sur le secteur G05, une seule psychologue est présente mais ne participe pas aux réunions de synthèse et travaille sans lien avec l'équipe.

En G06, une réunion médecin-soignants est organisée tous les matins, et une fois par an, une réunion de l'ensemble des soignants aborde des thèmes comme la sexualité, le patient en crise, la gestion des cigarettes.

Un collège des psychiatres du pôle se réunit chaque mois et, une fois sur deux, associe les cadres de santé.

Il n'y a plus de réunion soignants-soignés, ni groupe de parole, sauf à l'unité G04. En revanche des rendez-vous avec la famille sont organisés en présence des soignants et du patient, au cas par cas.

Les soignants ne participent pas aux consultations du CMP et n'ont aucune activité partagée avec l'extra hospitalier.

La sectorisation est relativement respectée ; au moment du contrôle, sur le secteur G05 seuls deux patients sont suivis en G06 par le médecin de cette unité, et un patient vient du G04, suivi par les médecins du G05. Les problèmes de places d'accueil ne sont cependant pas organisés, et les sur occupations sont gérées de manière aléatoire par des sorties prématurées, des transferts internes et vers le CH de Montéran, voire des maintiens en chambre d'isolement portes fermées.

Il n'y a aucune activité thérapeutique organisée ; quelques actions ponctuelles sont faites par les soignants sur leurs propres deniers et compétences, surtout le week-end. Il n'y a aucun planning affiché. Il s'agit principalement d'atelier esthétique, karaoké, ping-pong, puzzle. En juillet-août, quelques sorties collectives ont permis un moment convivial au bord de l'eau, à la plage ou près d'une rivière.

Seule l'UREPS propose quelques activités, sans comptes rendus écrits adressés aux services. Entre un et cinq patients par unité se rendent à l'UREPS, située à proximité au rez-de-chaussée du bâtiment de psychiatrie, grâce à une permission de sortie.

Il n'y a pas d'action d'éducation à la santé.

La permanence des soins psychiatriques est assurée, les nuits et les week-ends, par un psychiatre de garde sur l'établissement. La liste des psychiatres de garde est présente dans les unités de même que les numéros des téléphones portables des médecins. Les infirmiers peuvent aussi appeler les urgences psychiatriques qui évaluent la situation et appellent un autre spécialiste si besoin. Le praticien de garde passe dans les trois unités le dimanche.

7.2.2 Les traitements

Une dotation, y compris d'urgence, est attribuée au service et les commandes sont livrées chaque semaine. Les infirmiers font ensuite les piluliers par patient et par semaine.

Il y a parfois des ruptures d'approvisionnement pour certains traitements. S'ils ne sont pas remplaçables, le médecin est alors contacté pour modifier le traitement. Les entretiens lors du contrôle, comme le recueil des événements indésirables (EI), identifient quelques médicaments ou matériels ayant connu des ruptures : Risperdal®, Atarax®, neuroleptiques à action prolongée, Loxapac®, Nozinan®, Loxen®, bandelettes glycémiques, boîtes de gants. Il arrive parfois qu'une ordonnance soit faite pour que la famille aille acheter le médicament dans une pharmacie de ville ; quelquefois l'injection du neuroleptique d'action prolongée est décalée de deux à trois jours pour attendre la livraison du médicament.

Par ailleurs et malgré plusieurs signalements y compris au titre des événements indésirables, les médicaments d'une unité sont entreposés dans le réfrigérateur alimentaire du personnel, celui des médicaments étant en panne depuis le 5 mai 2017. Ce stockage est source d'insécurité sanitaire par défaut de contrôle du respect des températures de conservation des médicaments.

Recommandation

La sécurité sanitaire relative aux modalités de stockage des médicaments dans les unités doit être respectée. Les mesures nécessaires pour éviter toute rupture de traitement doivent être prises.

La délivrance des médicaments s'effectue en salle de soins, patient par patient, et la porte est fermée entre chaque personne en G05 et G06 – elle demeure ouverte en G04 –, sauf aux urgences où les traitements sont donnés sur le brancard dans le couloir au vu de tous.

Les refus de traitement sont décrits comme assez rares. Aux urgences, il est rapporté des injections forcées environ trois fois par mois après plusieurs tentatives pour convaincre le patient.

Pour les examens de laboratoire, les infirmiers du service effectuent eux-mêmes les prélèvements qui sont rassemblés pour les trois unités à l'entrée du bâtiment et ramassés à 9h30 tous les jours ; en dehors de cet horaire, les tubes sont emmenés par les soignants au laboratoire du CHU ; les résultats sont transmis par informatique directement aux unités.

7.2.3 La préparation à la sortie

Chaque secteur compte deux assistantes sociales qui assistent aux réunions de synthèse hebdomadaires des unités et envisagent à ce moment les mesures de protection (cf. *supra* § 3.7). La réponse à un envoi d'un dossier à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) est obtenue dans des délais de l'ordre d'un an et demi.

Les sorties vers des structures adaptées sont insuffisantes en raison de leur faiblesse numérique : il n'existe pas d'appartement thérapeutique, ni de famille d'accueil thérapeutique ; l'hôpital gériatrique régional (HGR) dispose de capacités qui sont saturées. Le plus souvent les patients sont repris par leurs familles. En octobre 2017, les trois secteurs avaient chacun trois patients ne relevant plus de l'hospitalisation en psychiatrie.

Recommandation

Les délais de réponse de la MDPH, trop longs, et la faiblesse numérique des structures d'accueil pour les patients hospitalisés en psychiatrie, allongent les durées d'hospitalisation.

Ce sont les soignants de l'UREPS qui se chargent des accompagnements des sorties à l'extérieur en vue de préparer la réinsertion.

L'UREPS est une structure intersectorielle constituée de deux unités : un pôle psycho-social intra hospitalier et un pôle psycho-social situé aux Abymes, villa Lambert, en extra hospitalier. Cette structure a pour mission d'accompagner les patients dans la réadaptation sociale et professionnelle, d'évaluer les aptitudes sociales dans leur milieu de vie habituel et de viser au développement de l'autonomie sociale.

Elle dispose à cette fin d'une équipe associant un cadre de santé à 0,5 ETP (son autre mi-temps est affecté à l'équipe mobile et l'atelier thérapeutique), deux IDE, deux AS, un ergothérapeute, un éducateur spécialisé, un ASH, un médecin à 0,1 ETP. Le projet initial comportait, en plus de ces effectifs, deux ergothérapeutes, un éducateur, deux IDE et un psychologue. Son territoire d'action devait comprendre tout Grande-Terre sans avoir pu y parvenir.

Les locaux, au sein du CHU, comprennent une salle pour coiffure et soins esthétiques, une buanderie, une salle de gymnastique, une salle d'ergothérapie, trois salles d'entretien, une cuisine thérapeutique (mais le four et la plaque chauffante sont hors service), une salle de détente pour le personnel, une salle de télévision, une salle de bibliothèque et groupe de parole, un bureau pour le cadre de santé, des douches et vestiaires pour le personnel, une salle pour les activités manuelles. L'unité est fermée à clef et la porte est dépourvue de sonnette.

L'activité recensée montre une file active intra hospitalière de trente-neuf patients en 2016 (quarante-deux en 2015 et trente-trois en 2014), dont vingt et un en soins libres, quatorze en SDTU et trois en SDRE. L'essentiel de l'activité est réalisé en extra hospitalier et en bilan d'autonomie. Au total sur 2016, le service a suivi 129 patients dont 28 femmes ; la moitié pour des évaluations, un quart pour le suivi en intra hospitalier, un quart pour l'extra hospitalier. 3 135 actes ont ainsi été réalisés (12 actes par patients en intra hospitalier, 25 en extra hospitalier).

Initialement, des crédits étaient affectés chaque année à la gestion des activités ainsi que 150 euros par mois pour les sorties ; les deux ont fini par être supprimés et il ne reste désormais que la bonne volonté des soignants pour maintenir quelques activités : mobilisation corporelle, vidéo (par apport de films par les soignants), groupe de parole, coiffure et d'autres très occasionnelles sur financement des agents.

Au départ, des véhicules étaient affectés à la psychiatrie pour le lien intra/extra hospitalier, dont un minibus. Les véhicules ont ensuite été intégrés au garage du CHU et les soignants ont désormais du mal à disposer d'un véhicule pour les activités extra hospitalières. Certains véhicules ne sont pas réparés faute d'argent.

L'accès à l'UREPS est organisé sur prescription des psychiatres des unités, qui remplissent une fiche spécifique. Le cas du patient est présenté devant toute l'équipe de l'UREPS lors de la réunion du mardi matin pour décider de la prise en charge. Le patient bénéficie d'un entretien avec le médecin de cette unité pour valider l'activité proposée. Plus souvent, c'est un bilan d'autonomie qui est demandé en vue du retour à domicile ; les soignants en rendent compte à leurs collègues des unités d'hospitalisation en ramenant le patient ; un référent va par ailleurs aux réunions de synthèse dans les unités pour le suivi. Les sorties extérieures des patients en soins sans consentement représentent un quart de toutes les sorties.

Recommandation

Les activités occupationnelles comme thérapeutiques sont, en psychiatrie, parties intégrantes du soin ; l'établissement doit assurer leur financement de manière pérenne.

7.3 LES PATIENTS ONT UN ACCES FACILE AUX SOINS SOMATIQUES

Aux urgences, le patient est systématiquement examiné par l'urgentiste avant l'orientation vers la prise en charge psychiatrique.

Dans les unités de psychiatrie, un médecin généraliste effectue une visite tous les matins et peut voir les patients signalés par les soignants ou ceux le souhaitant directement ; il voit les patients en chambre d'isolement sur demande du patient ou du psychiatre, de manière fréquente et sans difficulté rapportée.

Les patients ont accès à toutes les autres spécialités prises en charge par le CHU en médecine et chirurgie dans des délais normaux, mais sous forme de permissions de sorties accompagnées.

L'addictologie est prise en charge par un service d'addictologie de liaison présent au CHU ; les soignants emmènent les patients auprès du médecin de ce service. Des groupes de paroles pour les soignants et les patients ont un temps été envisagés mais le projet n'a pas abouti.

Enfin, concernant les urgences vitales, le chariot d'urgence est opérationnel. Un défibrillateur était prévu au sein de l'unité G05 mais il a finalement été installé au niveau de l'hôpital de jour.

8. L'ORGANISATION ET LES PRATIQUES DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION

8.1 L'ISOLEMENT EST RAISONNE MAIS ENCORE PARFOIS REALISE SUR LE FONDEMENT DE CONSIDERATIONS NON CLINIQUES

Dans les trois unités l'isolement s'effectue au sein de trois entités fermées, identiques et récemment rénovées en 2017. Chaque entité est composée de deux chambres d'isolement (CI), deux chambres d'apaisement (CA) et, devant ces quatre chambres, d'un espace commun avec une table et quatre chaises. Cet espace commun donne accès, par une porte fermée à clef, à un petit jardin spécifique entouré de grillages. Les chambres disposent d'une fenêtre à petits carreaux rectangulaires donnant sur l'espace commun et sont climatisées.

Elles comportent toutes un lit fixé au sol ; il n'y a aucun interrupteur permettant d'allumer ou d'éteindre la lumière, sauf pour la lumière des toilettes dans les deux chambres dite d'apaisement. Aucune chambre ne dispose d'un bouton d'appel, y compris au lit en cas de contention. Il n'y a aucune horloge. Les deux chambres d'isolement (par unité) disposent d'un sas avec un deuxième accès pour les soignants ; ce sas comporte une porte avec un hublot ayant une visibilité directe soit sur les toilettes, soit sur la douche. De fait, les conditions d'isolement sont, pour le patient, identiques dans les chambres d'isolement et d'apaisement.

Les patients ne peuvent pas fumer dans les chambres ni dans l'espace commun et la cour privative n'est quasi jamais ouverte par peur des fugues, l'espace commun faisant office de cour de promenade. Les visites de famille ne sont pas autorisées dans les chambres.



Toilettes d'une chambre d'isolement à travers le hublot de la porte



Espace commun aux quatre chambres d'isolement



Chambre d'isolement d'une unité



Espace toilettes de la chambre

Les repas sont servis en chambre, voire parfois dans l'espace commun sur décision du médecin. Le pyjama n'est plus utilisé (sauf absence de vêtements propres du patient), mais davantage par épuisement du stock qu'après une réflexion collégiale sur son utilité.

La prise en charge médicale est réalisée chaque jour par une visite d'un psychiatre du service, ainsi que du médecin généraliste sur demande du patient ou du psychiatre. La surveillance des soignants est uniquement basée sur les visites toutes les heures en chambres ; en effet, la salle de soins est éloignée et séparée de plusieurs portes et, en l'absence de bouton d'appel, un appel du patient ne serait pas entendu depuis la salle de soins.

Au moment du contrôle, six personnes occupent les douze chambres d'isolement ou d'apaisement des trois unités. Deux chambres ne sont pas utilisées car comportent des vitres brisées. Aucun patient n'est contentonné. A l'unité G05, les trois personnes placées en isolement n'ont plus de chambres libres et ne pourraient réintégrer l'unité d'hospitalisation normale.

Il est précisé aux contrôleurs que les patients en soins libres ne sont pas placés en isolement. Si une crise survient pour un tel patient, un tiers est contacté pour le placer en SDTU. L'analyse comparée des extractions opérées par le département d'information médicales sur l'année 2017 et des registres des unités, indiquent à quatre reprises des statuts de soins libres en isolement, qui n'ont peut-être pas été actualisés dans le logiciel *caratides*.

Les soignants ajoutent que l'absence de toute chambre d'isolement durant un an de travaux dans les trois unités a fait considérablement changer les pratiques et diminuer les durées d'isolement, autrefois de plusieurs semaines voire mois. Les chambres sont de nouveau opérationnelles depuis fin août 2017. Durant les travaux, les patients nécessitant un isolement étaient transférés vers le CH de Montéran.

L'isolement en chambre de dégrisement, aux urgences, est effectué dans des conditions indignes (cf. *supra* § 7.1).

Recommandation

Les chambres d'isolement des unités doivent disposer d'un bouton d'appel, d'interrupteur permettant d'éteindre ou d'allumer la lumière et d'une horloge.

La chambre d'isolement des urgences doit disposer, en plus, d'un point d'eau, de toilettes et d'une ventilation. La mise en isolement d'un patient aux urgences doit respecter la dignité et les recommandations de la Haute autorité de santé en la matière.

La surveillance régulière des soignants doit être partout protocolisée et tracée.

La durée du placement en chambre d'isolement doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle.

8.2 LA CONTENTION EST RAISONNEE SAUF AUX URGENCES

L'absence de traçabilité de la contention sur les derniers mois et années empêche une réelle appréciation des pratiques de contention au CHU.

Ces pratiques semblent assez fréquentes aux urgences où les personnes en soins sans consentement sont trop fréquemment attachées au brancard, la plupart du temps sans isolement associé puisque, pour mémoire, le brancard se trouve dans le couloir des urgences.

Dans les unités, les soignants rapportent que la contention est une pratique rare ; ils disposent de deux jeux de contention par unité, qu'ils nettoient dans le service. Au moment du contrôle, aucun patient n'est placé sous contention.

Un protocole de contention est constaté dans les classeurs de protocoles et date de 2005.

Aucun document ne permet de penser qu'une réappropriation de la pratique de la contention par les soignants a été faite dans les dernières années, abordant ses indications et contre-indications. Aux urgences, le *turn-over* important de médecins intérimaires, aux pratiques variées et l'absence de protocoles précis et actualisés partagés par tous les soignants amènent un risque évident de mauvaises pratiques.

Recommandation

La pratique de la contention aux urgences doit répondre aux recommandations de la HAS et du CGLPL, faire l'objet d'une formation pour les soignants et d'une actualisation des protocoles utilisés.

8.3 LE REGISTRE DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION EST EN COURS D'INSTALLATION

Dans les unités de psychiatrie, la réflexion sur l'isolement a préexisté à la loi puisqu'on trouve un recensement des isollements mis en place dès l'année 2013, malheureusement sans y avoir associé la contention.

Le registre de l'isolement et de la contention n'a pas été mis en place à l'unité G05 ni aux urgences ; il a été initié le 13 septembre 2017 à G06, et le 18 août 2017 à G04.

Les décisions médicales sont partout inscrites dans chaque dossier patient et les renouvellements y sont mentionnés.

A G06, le registre est anonymisé et comporte l'ensemble des indications nécessaires ; il est rempli le soir par le cadre qui projette de former prochainement les soignants pour qu'ils puissent le

renseigner en temps réel. Les contrôles toutes les heures sont notés sur une feuille de surveillance distincte. Six patients sont ainsi recensés du 13 septembre au 4 octobre 2017, pour des durées d'isolements allant de dix heures à sept jours, sans contention associée.

A G04, le registre indique depuis le 18 août, dix patients placés en isolement pour des durées comprises entre deux et dix jours, avec une moyenne de cinq jours, sans contention associée.

A G05, en l'absence de registre, le cadre de santé a pu retrouver les personnes placées en isolement depuis l'ouverture des chambres d'isolement le 15 juin 2017. Ainsi dix-sept patients en trois mois et demi ont été recensés ; avec deux séjours de longue durée ; le premier de quarante-deux jours pour un patient dont il a été rapporté aux contrôleurs qu'il ne voulait pas sortir, et le second de trente-neuf jours pour une personne détenue ; les autres sont restés deux à quinze jours, avec une moyenne de six jours. Sur les dix-sept patients, deux contentions sont notées dont une pour le temps d'une perfusion.

Enfin, aux urgences psychiatriques, une analyse des pratiques d'isolement et contention a pu être faite *via* les extractions du département d'information médicale (DIM) sur le mois de février 2017 ; on dénombre neuf patients placés en contention dont l'un avec isolement ; les durées de contention ont été de cinq heures pour la personne placée en chambre de dégrisement ; pour les autres, elles varient d'une à vingt-trois heures, les trois quarts étant inférieures à six heures.

Les extractions du DIM indiquent pour 2013, 121 séjours en isolement, prescrits pour des durées allant de 1 à 197 jours, 36 séjours de plus de 20 jours, et une moyenne à 17 jours. Pour 2014, les chiffres indiquent 106 placements en isolement, avec des durées allant de 1 à 284 jours, 34 séjours de plus de 20 jours et une moyenne de 22 jours. Ces données objectivent la diminution des durées de séjour en isolement depuis la réouverture des chambres en 2017.

Recommandation

Un registre opérationnel permettant de connaître en temps réel la pratique de l'isolement et de la contention dans toutes les unités concernées, doit être mis en place, conformément aux dispositions de l'article L 3222-5-1 du code de la santé publique.

Dans son courrier en date du 21 décembre 2017, le directeur général du CHU de Pointe-à-Pitre écrit « *le registre d'isolement et de la contention est en cours d'installation : faisant suite à la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, un registre d'isolement et de contention a été créé par le cadre administratif et le cadre de santé des urgences psychiatriques de l'époque. Il a été mis en circulation dès le mois de février 2016. Dans l'attente de la livraison des 12 chambres d'isolement en réfection, ce registre a été retravaillé avec l'ensemble des cadres de santé et du cadre administratif en mai 2017. La version finale a été mise à disposition de l'encadrement en juin 2017* ».

8.4 LA SECURITE DOIT ETRE RATIONALISEE

Une « brigade anti malveillance » compte 19 ETP d'agents pour 20 ETP budgétés. Elle gère la vidéosurveillance et les interventions dans les unités dont la psychiatrie. Trois caméras sont positionnées dans le service des urgences au niveau du couloir intérieur et du hall d'attente, et trois caméras le sont aux abords extérieurs du CHU ; les images sont enregistrées et la surveillance est continue devant les écrans par l'agent du poste de surveillance. Il n'y a pas de caméra en psychiatrie ; la seule qui était initialement installée à l'entrée n'a jamais fonctionné.

Les interventions dans les unités se font sur appels des soignants.

Parallèlement à cette brigade interne, le CHU a établi un contrat avec un service de sécurité privé avec 20 ETP pour gérer la régulation des accès à l'hôpital et un poste fixe en abri près des urgences et du garage ; ce service gère la sécurité des routes et des accès à l'intérieur du CHU mais aussi la sécurité à l'intérieur du service des urgences, dans lequel se positionnent en permanence deux agents. La présence de ces agents de sécurité au cœur même des locaux de soins, de même que leur intervention systématique auprès des malades lors de l'ouverture de la chambre de dégrisement doivent être revues (cf. *supra* § 7.1).

Concernant la sécurité incendie, elle est assurée par une équipe de 34 ETP, travaillant en quatre équipes de sept agents se relayant toutes les huit heures. Au sein du poste de sécurité incendie, situé à l'entrée des urgences, un écran permet de visualiser tous les appareils de détection incendie du CHU.

Le service dispose d'un véhicule léger ; les agents utilisent les bornes incendie et colonnes sèches. Les extincteurs ne sont pas fonctionnels dans une des unités de psychiatrie car, ne disposant pas d'installation de protection pour éviter les manipulations intempestives ; ils ont été tous remisés dans une pièce et n'ont, par ailleurs, pas été contrôlés.

Les agents de la sécurité incendie assurent les formations au maniement des extincteurs et à la gestion d'un début d'incendie. Les cours sur le secourisme sont donnés par le SAMU. Pour autant les soignants rapportent n'avoir reçu aucune formation aux gestes d'urgence depuis au moins cinq ans.

Le service de sécurité incendie n'est pas informé des personnes enfermées dans des chambres en psychiatrie, que ce soit en chambre normale ou d'isolement.

Recommandation

Le service en charge de la sécurité incendie doit connaître en temps réel la liste et la localisation des personnes enfermées dans une chambre.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 FAUTE D'UHSA⁸ EN GUADELOUPE, L'ETABLISSEMENT ACCUEILLE REGULIEREMENT DES PATIENTS DETENUS QUI PASSENT TOUT LEUR SEJOUR EN CHAMBRE D'ISOLEMENT

Un véhicule de police escorte l'ambulance qui prend en charge, au centre pénitentiaire de Baie-Mahault, les personnes détenues nécessitant une hospitalisation en service de psychiatrie. L'établissement indique avoir pris en charge sept personnes en 2014, une en 2015, 2016 et 2017. Durant la réfection des chambres d'isolement, les personnes détenues étaient orientées vers l'hôpital de Montéran. En effet, ces patients passent tout leur séjour en chambre d'isolement afin de prévenir les risques d'évasion. Une personne détenue a été hospitalisée récemment durant trente-neuf jours dans ces conditions. Cependant, lorsque leur état clinique le permet, ces patients peuvent prendre certains repas en commun au réfectoire, s'aérer dans l'espace commun (cf. *supra* § 8.1) et y recevoir des visites, sous réserve des autorisations de parloir, et exceptionnellement fumer dans le petit jardin attenant. L'établissement déplore ne pas recevoir, lors de l'admission, un dossier administratif complet comportant notamment le numéro de sécurité sociale et les autorisations de visite. Ces patients sont les seuls à disposer d'une chambre individuelle climatisée et, malgré l'absence de toute occupation, semblent satisfaits de leurs conditions de prise en charge et des soins prodigués.

Recommandation

Les personnes détenues hospitalisées ne doivent être placées dans les chambres d'isolement que sur décision médicale, comme un autre patient. Le statut de personne détenue ne doit pas emporter le placement systématique et durable en chambre d'isolement.

Un protocole doit être signé entre l'établissement hospitalier et l'administration pénitentiaire afin de définir les conditions de la mise en œuvre de l'hospitalisation (téléphone, visites, courrier).

Dans son courriel daté du 11 décembre 2017, le préfet de région de Guadeloupe écrit « L'hospitalisation d'un détenu, qu'il soit aliéné ou non, est à la charge de l'administration pénitentiaire en lien avec l'établissement hospitalier. Des protocoles doivent être rédigés afin de concilier les besoins médicaux et la nécessité d'éviter toute évasion. Sur la base de seules considérations sécuritaires, à défaut d'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) en Guadeloupe, le placement en chambre d'isolement répond aux critères minimum de sécurité attendus, le personnel médical n'étant pas formé pour la garde de détenus. A défaut, une escorte permanente de l'administration pénitentiaire devrait être assurée, ce qui est matériellement impossible au vu des moyens humains disponibles, et techniquement délicat (risques d'évasion ou de blessures). Le recours aux forces de l'ordre présente les mêmes difficultés de disponibilité, et n'est par ailleurs prévu que dans le cas de détenus particulièrement signalés (DPS) lorsque certaines conditions sont remplies ».

⁸ UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée

9.2 FAUTE D'UMD⁹ EN GUADELOUPE, DES PATIENTS SONT ENVOYES REGULIEREMENT EN METROPOLE AU MEPRIS DE LEURS LIENS FAMILIAUX

Selon les informations recueillies par les contrôleurs, les patients relevant d'hospitalisation en UMD sont dirigés vers la métropole. Cela concernerait annuellement de l'ordre d'un à deux patients par unité.

Indépendamment du fait que le transport mobilise un psychiatre et deux infirmiers pendant une durée voisine d'une semaine, ce transfert constitue une rupture des liens familiaux et un changement brutal d'environnement.

Il semble nécessaire qu'une réflexion soit lancée sur la création d'une prise en charge adaptée sur l'île pour les patients actuellement déplacés vers la métropole.

Recommandation

Une réflexion institutionnelle avec l'ensemble des parties prenantes mérite d'être organisée sur l'instauration d'une prise en charge locale des patients relevant d'une UMD.

⁹ UMD : unité pour malades difficiles

10. CONCLUSION

Malgré un personnel globalement attentif et bienveillant à l'égard des patients, l'hôpital ne parvient pas à pratiquer une prise en charge digne et respectueuse des droits. L'accueil aux urgences constitue à tous égards une atteinte à la dignité : contention systématique, durée de maintien trop longue, absence de psychiatre, insuffisance de surveillance somatique. Le défaut d'entretien des locaux de vie, chambres et sanitaires a conduit à la fermeture d'un tiers des chambres et la délivrance d'objets indispensables pour la vie quotidienne est totalement insuffisante en raison de difficultés logistiques. La fermeture totale des unités est incompréhensible, tout particulièrement pour les personnes en soins libres, ainsi que la faiblesse du nombre d'activité. La notification des pièces administratives et juridiques des personnes en soins sans consentement est inexistante, de sorte que l'impossibilité d'exercer les recours confine au déni de droit.

Avec une charge de personnel excessive en raison d'embauches massives et inutiles de personnel technique, le déficit structurel du CHU est tel qu'il ne peut ni emprunter, ni recruter le personnel médical et paramédical qui fait défaut et qui, du reste, hésiterait probablement à venir en raison du contexte de travail.

Le directeur, récemment nommé, se dit conscient de cette situation et considère que nombre d'observations du CGLPL alimenteront la feuille de route du pôle. Il estime que les difficultés relevées sont plus globalement celles de l'hôpital. Le projet de création, au 1^{er} janvier 2018, d'un EPSM rassemblant le CHS de Montéran et le pôle de psychiatrie du CHU, tout comme la construction du nouveau CHU qui serait livré dans cinq ans, focalisent beaucoup d'espoir.