

Contrôleur  
général  
des LIEUX  
de PRIVATION  
de  
*Liberté*

---

**Rapport de visite :**

7 au 10 octobre 2019 – Deuxième visite

Centre hospitalier spécialisé

Albert Bousquet

*(Nouméa – Nouvelle-Calédonie)*



## SYNTHESE

Sept contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé (CHS) Albert Bousquet, établissement public hospitalier autonome de Nouméa (Nouvelle-Calédonie), du 7 au 10 octobre 2019. Une précédente visite de l'établissement avait été effectuée du 18 au 20 octobre 2011.

Seul établissement de santé mentale de l'archipel calédonien, le CHS a structuré, au cours des vingt dernières années, une filière de santé mentale offrant à la population une réponse graduée à ses besoins de soins malgré les contingences d'un territoire étendu, parfois peu peuplé et comprenant plusieurs îles difficiles d'accès. A Nouméa, l'établissement compte 131 lits de psychiatrie générale répartis en trois unités d'admission, dont deux fermées, et trois unités de soins et de réhabilitation psychosociale, dont une fermée qui accueille uniquement des personnes en soins sans consentement. Un dernier service accueillait, au moment de la visite, les patients en long séjour psychiatrique ; sa requalification en maison d'accueil spécialisée était sur le point d'aboutir. La situation financière du CHS reste saine mais, en l'absence d'engagement financier pluriannuel des autorités qui en exercent la tutelle<sup>1</sup>, l'établissement ne peut pas programmer d'investissement à moyen ou long terme.

**La prise en charge médicale est apparue attentive et les équipes soignantes intervenant dans les unités, très investies et soucieuses du bien-être et de la dignité des patients.** L'accès aux soins psychiatriques et somatiques est adapté aux besoins essentiels et la direction développe des efforts certains pour assurer l'affectation des postes, malgré les difficultés que connaît le territoire à cet égard s'agissant, en particulier, des emplois infirmiers. Cependant, l'offre de soins d'addictologie est apparue insuffisante et l'intégration des activités thérapeutiques dans les projets de soins, limitée.

**De nombreuses violations des droits et libertés fondamentaux des patients en soins sans consentement ont été constatées.** Plusieurs d'entre elles avaient déjà été relevées lors de la visite du CGLPL d'octobre 2011, dont le rapport n'a donné lieu à quasiment aucune action corrective de la part de l'établissement non plus que d'un quelconque suivi de la part de ses autorités de tutelle, qu'elles soient locales ou nationales. Ces observations ne peuvent donc qu'être reprises parmi les recommandations préconisées à l'issue de cette deuxième visite de l'établissement.

**En premier lieu, les conditions matérielles de prise en charge sont apparues inadaptées dans les unités fermées accueillant l'essentiel des patients en soins contraints.** Au-delà de la vétusté manifeste de certains bâtiments historiques pour lesquels un programme de rénovation progressive est en cours, les trois unités fermées où sont hospitalisés la plupart des patients en soins sans consentement sont apparues à bien des égards attentatoires à leur dignité, à la décence et à l'intimité (entretien général insuffisant, caractère particulièrement spartiate des chambres, fenestrons ou persiennes donnant sur les lits voire œillette ouvrant sur les toilettes

---

<sup>1</sup> La santé publique relève des compétences d'attribution des autorités de Nouvelle-Calédonie ; le président du Gouvernement calédonien en assure la tutelle, cependant que la direction des affaires sanitaires et sociales de Nouvelle-Calédonie assure localement le rôle dévolu aux agences régionales de santé sur le territoire métropolitain. Les autorités nationales, représentées par le haut-commissaire pour la République en Nouvelle-Calédonie, demeurent compétentes au titre des pouvoirs régaliens de l'État : à ce titre, cette autorité a notamment compétence en matière de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État et le ministre chargé de la santé, en matière de suivi de la mise en œuvre des dispositions concernées du code de la santé publique qui sont applicables sur le territoire calédonien.

des chambres dédiées à l'isolement). En outre, ces unités ont été créées et aménagées sur un modèle carcéral : présence de caméras de surveillance, espaces extérieurs surchargés de barbelés, concertinas et murs rehaussés de plaques de fer. Dans l'une des unités d'admission concernées, les chambres sont desservies par deux accès qui sont équipés d'un double verrou extérieur en plus de la serrure, à l'image des équipements pénitentiaires.

**Cette situation s'inscrit, en deuxième lieu, dans une approche sécuritaire des patients en soins contraints qui méconnaît leurs droits élémentaires et les exigences de la prise en charge médicale.** Cette logique s'illustre notamment par les fouilles qui sont régulièrement menées sur les patients, avec utilisation de détecteurs manuels de métaux ; par l'intervention du maître-chien chargé de la sécurité nocturne du site à l'intérieur de certaines unités ; par l'intervention des forces de l'ordre, rendue possible par convention, pour l'admission et la mise à l'isolement de patients en soins contraints à la demande du représentant de l'État ; par l'intervention régulière d'une équipe cynophile des services de douane dans les unités pour la recherche de toxiques. A plusieurs égards, cette approche est apparue se substituer à la démarche de soins, à l'image des recherches de toxiques alors que l'offre médicale d'addictologie est en déshérence.

**En troisième lieu, les droits des patients en soins sans consentement sont largement ignorés :** les textes régissant ces soins sont peu connus des équipes administratives et soignantes et s'avèrent de ce fait particulièrement mal mis en œuvre faute de formations, d'organisation et d'outils adaptés pour ce faire. Deux séries de violations des droits ont ainsi été constatées.

**D'une part, les garanties juridiques des patients sont bafouées :** la notification des décisions de soins contraints (admission, maintien ou levée de la mesure) est inexistante, tout comme est absente la notification des droits garantis aux patients à ce titre. Si quelques documents de l'établissement évoquent certains d'entre eux, ils sont antérieurs à l'année 2011 et les informations qu'ils apportent sont désormais obsolètes. Par ailleurs, la décision du juge n'est pas remise aux patients et les registres de la loi sont largement incomplets et ne permettent pas d'assurer le contrôle prévu par les textes.

Globalement, l'organisation générale mise en place par l'établissement pour le suivi des mesures de soins sans consentement est défailante, ce qui conduit également à l'édiction de décisions antidatées et à la « disparition » des fichiers de personnes hospitalisées à temps complet en soins contraints, qui échappent de ce fait au contrôle judiciaire. A cet égard, les équipes – qu'elles soient médicales, paramédicales ou administratives – ne sont pas en cause : elles n'ont jamais été mises en mesure d'assurer cette mission de façon satisfaisante, faute de formation adaptée et d'outils pertinents.

**D'autre part, les pratiques en matière d'isolement et de contention ne sont pour l'essentiel conformes ni à la réglementation, ni aux recommandations de bonnes pratiques du CGLPL et de la Haute autorité de santé.** Matériellement, tout d'abord, puisque les espaces dédiés à l'isolement sont démunis de bouton d'appel et de tout dispositif équivalent ; ils ne permettent en outre aucun accès à l'air libre. Par ailleurs, les chambres dites de sécurité des unités fermées – qui ne constituent pas des espaces dédiés à l'isolement – sont quotidiennement utilisées à des fins d'enfermement nocturne, sans qu'il soit possible d'en vérifier la traçabilité faute de registre *ad hoc*. Ensuite, de nombreuses décisions de mise à l'isolement de patients en soins sans consentement sont illégales, portant sur une durée supérieure à douze heures pour les premières et à vingt-quatre heures pour les suivantes. En outre, il existe des décisions « si besoin » de placement à l'isolement et de mise en contention. Enfin, le placement à l'isolement de patients

en soins libres – pour rare qu’il puisse être selon les informations communiquées – ne donne pas lieu à changement de statut bien qu’il puisse parfois dépasser les douze heures. Et l’outil mis en place à titre de registre d’isolement ne permet pas le contrôle de ces mesures prévu par les textes.

**Ces nombreuses atteintes aux droits trouvent l’une de leurs causes dans l’insuffisance manifeste de la réflexion institutionnelle, tant s’agissant des droits et libertés fondamentaux des patients et des projets de soins qu’en ce qui concerne le projet d’établissement et la qualité de la prise en charge.** Des questions essentielles telles que la préservation de la dignité des patients, l’utilité de l’enfermement dans le soin, la pratique de l’isolement, l’hospitalisation des jeunes patients, la sexualité, l’éducation thérapeutique ou la contraception ne sont pas suffisamment réfléchies, discutées et questionnées ; aucune instance ne s’en empare et notamment pas un comité d’éthique que l’établissement a fait le choix de mettre en sommeil. Il est en conséquence indispensable que la commission médicale d’établissement et les autres instances du CHS se saisissent de chacun de ces champs de réflexion ; l’édiction d’un projet d’établissement et d’un projet médical actualisés, rendue indispensable compte tenu de l’expiration des précédents, constitue l’occasion offerte à l’établissement de tendre vers ces objectifs – tout comme le nouveau processus de certification mis en œuvre. En tout état de cause, malgré la docilité de la plupart des patients qu’il prend en charge et le cadre agréable résultant de sa situation en bord d’océan, le CHS Albert Bousquet doit sans délai se mettre en conformité avec les exigences du code de la santé publique et accorder intérêt aux recommandations du CGLPL et de la Haute autorité de santé, un tel cumul d’atteintes aux droits et libertés fondamentaux des patients hospitalisés en soins sans consentement étant rarement observé.

**Dans ses observations relatives au rapport provisoire de visite qui lui a été adressé, le directeur du CHS ne conteste ni la réalité des constats arrêtés ni le bien-fondé des recommandations émises en conséquence.** Pour un tiers d’entre elles, il fait état de projets d’évolution envisagés à moyen et long termes ou, parfois, d’actions correctives dont la mise en œuvre a été engagée depuis la visite du CGLPL – dans le cadre notamment du processus de certification qu’il a sollicité auprès de la Haute autorité de santé. Cependant, pour de nombreuses autres recommandations, ces observations, souvent floues et générales sur les termes et les modalités des actions évoquées, restent largement en deçà de ce qui est nécessaire pour mettre fin aux atteintes portées aux droits et libertés fondamentaux des patients. Au surplus, nombre de ces observations trahissent une mécompréhension manifeste du sens et des enjeux des recommandations émises, ce qui interroge sur la capacité de l’équipe dirigeante de l’établissement à engager effectivement et rapidement les actions correctives indispensables. Les autorités calédoniennes et nationales chargées de la tutelle du CHS Albert Bousquet devront donc être particulièrement attentives, comme le CGLPL, aux suites qui seront données au présent rapport par cet établissement.

## SYNTHESE DES OBSERVATIONS

### BONNES PRATIQUES

*Ces pratiques originales qui sont de nature à favoriser le respect des droits des personnes privées de liberté peuvent servir de modèle à d'autres établissements comparables. L'administration est invitée à mettre en œuvre toute mesure utile (circulaire, guide technique, formation, etc.) pour les faire connaître et imiter.*

#### **BONNE PRATIQUE 1 ..... 45**

Les frais d'expertise pour les décisions de protection juridique ne sont pas à la charge du patient.

#### **BONNE PRATIQUE 2 ..... 92**

L'équipe de psychiatrie de liaison présente aux urgences générales propose des consultations externes rapprochées pour des patients examinés aux urgences et nécessitant une surveillance et des soins accentués après leur retour à domicile.

#### **BONNE PRATIQUE 3 ..... 95**

L'établissement a développé une offre territoriale de soins extra hospitaliers au plus près des habitants dans le contexte difficile d'un territoire étendu, souvent peu peuplé et incluant plusieurs îles.

### RECOMMANDATIONS

*Ces recommandations justifient un suivi par le ministre qui exerce l'autorité ou la tutelle sur l'établissement visité. Trois ans après la visite, ce ministre sera interrogé par le CGLPL sur les suites données à ces recommandations*

#### **RECOMMANDATION 1 ..... 19**

La direction du centre hospitalier devrait, sous le contrôle de ses autorités de tutelle, mettre en œuvre les recommandations émises par le CGLPL à l'issue de sa première visite ou *a minima* être en mesure d'expliquer pourquoi elles ne le sont pas.

#### **RECOMMANDATION 2 ..... 25**

Le mode de financement du centre hospitalier doit permettre des perspectives d'investissement et de péréquation sur le temps quinquennal du projet d'établissement.

#### **RECOMMANDATION 3 ..... 27**

Pour chaque unité, l'organisation des soins et des effectifs doit être définie en fonction des besoins des patients, compte tenu de leurs caractéristiques cliniques et de leur nombre.

#### **RECOMMANDATION 4 ..... 30**

Rien n'impose que les patients en soins sans consentement soient hébergés en unité fermée. Ils ne doivent l'être en aucun cas si cette décision a pour effet d'induire l'installation de matelas au sol, pratique qui doit être strictement prohibée.

#### **RECOMMANDATION 5 ..... 32**

L'établissement doit sans délai mettre en place une organisation de ses services de nature à permettre l'administration et le suivi rigoureux des mesures de soins sans consentement, tant en hospitalisation complète qu'au titre de programmes de soins éventuels. Une réflexion d'ensemble impliquant les différents services du centre hospitalier est en ce sens nécessaire, tout comme la mise en place de formations spécialisées des agents chargés de cette mission et d'outils adaptés leur permettant de l'assurer effectivement.

**RECOMMANDATION 6 ..... 35**

L'ensemble des patients doit recevoir un document leur présentant l'hôpital, son organisation et son fonctionnement ainsi que leurs droits et obligations pendant leur séjour ; de plus, et comme cela avait déjà été recommandé à l'issue de la première visite de l'établissement, ces informations doivent être complètes et ne contenir aucune erreur sur le droit applicable.

**RECOMMANDATION 7 ..... 37**

Un travail d'ensemble doit être mené autour des documents d'information générale destinés aux patients. Comme cela avait déjà été recommandé à l'issue de la visite de 2011, un règlement intérieur actualisé doit en premier lieu être établi. Une partie des règles de vie collectives doit y être fixée, pour éviter des différences de fonctionnement non justifiées entre unités. Les modalités de vie propres aux unités doivent ensuite être déclinées, en référence au règlement intérieur général. Enfin, les modes de diffusion de l'ensemble de ces documents doivent être arrêtés, dans le sens d'une distribution systématique et d'une accessibilité accrue pour les patients.

**RECOMMANDATION 8 ..... 38**

Les décisions ordonnant ou prolongeant des soins sans consentement doivent exposer les motifs de fait et de droit qui en constituent le fondement et doivent être effectivement communiquées aux patients qui en font l'objet. Elles doivent être accompagnées de la liste des droits afférents à ce statut d'admission. Comme pour les ordonnances du juge des libertés et de la détention, cette notification doit inclure la remise effective aux patients des actes qui les concernent et s'accompagner de toute explication utile à leur compréhension.

**RECOMMANDATION 9 ..... 47**

Une consigne relative à la mise en œuvre du droit à la confidentialité de l'hospitalisation doit être rédigée et largement diffusée au sein de tous les services qui peuvent être contactés de l'extérieur.

**RECOMMANDATION 10 ..... 51**

Les patients et leurs proches doivent être mieux informés qu'ils peuvent formuler des réclamations auprès du directeur.

**RECOMMANDATION 11 ..... 53**

Les registres de la loi doivent comporter l'ensemble des informations prévues par l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, être renseignés dans le délai légal et permettre le contrôle du suivi des mesures de soins sans consentement.

**RECOMMANDATION 12 ..... 53**

L'existence, le rôle, les pouvoirs et les modalités de saisine de la commission des soins psychiatriques doivent faire l'objet d'une information générale dans l'établissement. Les patients astreints à des soins sans consentement, quelle qu'en soit la forme, doivent être informés des visites de l'établissement organisées par cette commission dans un délai préalable suffisant pour leur permettre, s'ils le désirent, de demander à en rencontrer les membres.

**RECOMMANDATION 13 ..... 54**

La commission des soins psychiatriques doit, conformément aux dispositions de l'article L. 3223-1 du code de la santé publique dans sa rédaction applicable à la Nouvelle-Calédonie, établir un rapport annuel d'activité qui doit être transmis au juge des libertés et de la détention, au haut-commissaire de la République, au procureur de la République et au CGLPL.

**RECOMMANDATION 14 ..... 54**

Conformément à l'article L. 3222-4 du code de la santé publique dans sa rédaction applicable en Nouvelle-Calédonie, le haut-commissaire de la République, le président du tribunal de première instance, le procureur de la République, le maire de la commune ou leurs représentants doivent

visiter l'établissement au moins une fois par an et exercer effectivement la mission de contrôle qui leur est impartie par la loi.

**RECOMMANDATION 15 ..... 56**

Conformément aux dispositions de l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique, si une prise en charge sous forme de programme de soins prévoit des périodes d'hospitalisation, celles-ci doivent être très brèves. Dans le cas contraire, la prise en charge revêt le caractère d'une hospitalisation complète et le patient doit alors bénéficier du contrôle du juge des libertés et de la détention.

**RECOMMANDATION 16 ..... 57**

Le collège des professionnels de santé doit être convoqué par le directeur de l'établissement conformément à l'article L. 3211-9 du code de la santé publique. Le collège doit se réunir formellement et recueillir les observations du patient.

**RECOMMANDATION 17 ..... 58**

L'établissement doit mettre à la disposition de la justice une salle d'audience spécialement aménagée, conformément aux dispositions de l'article L. 3211-12-2 alinéa 3 du code de la santé publique.

**RECOMMANDATION 18 ..... 59**

Les personnes hospitalisées sans consentement gagneraient à se voir exposer lors de l'audience devant le juge des libertés et de la détention, d'une part, l'avis motivé du procureur de la République sollicitant la poursuite de leur hospitalisation afin de leur permettre d'en connaître la teneur et de pouvoir y répondre si elles le désirent et, d'autre part, les voies de recours dont elles disposent et notamment la possibilité qui leur est faite de saisir à tout moment le juge d'une demande de mainlevée de la mesure qui les concerne.

**RECOMMANDATION 19 ..... 63**

La pratique des fouilles des chambres des patients par les forces de l'ordre et la direction de l'établissement à la recherche de toxiques doit être revue et discutée par les instances concernées afin d'en arrêter un cadre respectueux du consentement de la personne.

**RECOMMANDATION 20 ..... 64**

Il est inadmissible que la décision de procéder au contrôle d'un patient et de ses effets personnels donne lieu à l'utilisation d'un détecteur de métaux et qu'une autorisation de sortie puisse être conditionnée par l'exigence de l'accord préalable du patient à l'inventaire de ses biens lors de son retour.

**RECOMMANDATION 21 ..... 65**

Toute éventuelle décision sécuritaire de fouille ou de contrôle des effets personnels des patients doit être individualisée, nécessaire, proportionnée et mise en œuvre par une personne dûment formée et habilitée qui ne participe pas aux soins du patient.

**RECOMMANDATION 22 ..... 65**

Les restrictions imposées aux patients, notamment l'accès à leur chambre, doivent être des décisions médicales individualisées régulièrement réévaluées en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient.

**RECOMMANDATION 23 ..... 69**

Les patients doivent pouvoir correspondre librement et directement, notamment avec les autorités et les juridictions. Les courriers qu'ils adressent au juge des libertés et de la détention ne doivent ainsi, en particulier, pas être d'abord communiqués à la direction de l'établissement.

**RECOMMANDATION 24 ..... 70**

Comme cela avait déjà été recommandé après la visite de 2011, l'établissement doit assurer la liberté d'accès des patients à un téléphone et la confidentialité des conversations. La restriction d'usage de ce moyen de communiquer ne peut résulter que d'une décision médicale individualisée et régulièrement révisée.

**RECOMMANDATION 25 ..... 70**

Sauf incompatibilité médicale dûment constatée, les patients doivent pouvoir conserver leur téléphone portable même s'ils sont admis en soins sans consentement. En tout état de cause, le coût de leurs communications téléphoniques ne doit pas leur être facturé dès lors que celles-ci sont la conséquence de la saisie de leur appareil personnel.

**RECOMMANDATION 26 ..... 71**

Tous les patients dont l'état clinique le permet doivent pouvoir conserver, s'ils en possèdent, leur terminal informatique personnel. En tout état de cause, l'ensemble des patients doit être mis en mesure d'accéder à internet afin de consulter sa messagerie, de se former ou de s'informer et d'initier des démarches, en toute autonomie. Toute restriction doit être motivée et justifiée par l'état clinique du patient.

**RECOMMANDATION 27 ..... 72**

L'établissement doit aménager des espaces permettant aux patients de recevoir la visite de leurs proches sans restriction d'âge, à différents moments de la journée et dans des conditions préservant l'intimité et la confidentialité des échanges.

**RECOMMANDATION 28 ..... 74**

L'établissement doit développer une réflexion institutionnelle sur la sexualité des patients et assurer la formation du personnel à ce sujet. En outre, un espace de dialogue pourrait utilement être mis en place entre le personnel soignant et les patients.

**RECOMMANDATION 29 ..... 76**

Les espaces extérieurs des unités d'admission des patients en soins sans consentement doivent être entretenus et aménagés, même à moindres frais, afin de limiter l'impression carcérale injustifiable qui s'en dégage et, notamment, offrir une perspective visuelle aux patients qui y sont pris en charge. En ce sens, le retrait des plaques de fer, herses anti-évasion et rouleaux de *concertina* installés sur l'enceinte de ces espaces constitue un prérequis.

**RECOMMANDATION 30 ..... 77**

Rien ne justifie que les patients de l'unité d'admission fermée se voient interdire l'accès de leur chambre en journée. En tout état de cause, ces patients doivent avoir un accès libre et permanent à des toilettes.

**RECOMMANDATION 31 ..... 79**

La configuration des chambres d'hébergement des unités fermées d'admission doit être repensée dans son ensemble afin d'en écarter la logique carcérale qui a prévalu lors de leur conception. En particulier, la dépose des portes équipées d'un double verrou extérieur doit être envisagée à court terme, comme tout aménagement de nature à préserver l'intimité des patients et à limiter l'austérité des lieux et l'aspect punitif qui s'en dégage.

**RECOMMANDATION 32 ..... 82**

Les patients de l'unité de postcure et de réhabilitation psychosociale sans consentement ont le droit de voir leur intimité préservée comme l'ensemble des personnes hospitalisées ; l'établissement doit leur proposer les aménagements mobiliers nécessaires pour ce faire.

- RECOMMANDATION 33** ..... 87  
Toutes les chambres des unités d'hospitalisation doivent être équipées d'un système d'appel.
- RECOMMANDATION 34** ..... 87  
Des toilettes et des lavabos collectifs dotés de l'équipement et du matériel d'hygiène nécessaires (savon, sèche-mains) doivent être accessibles dans toutes les unités de soins.
- RECOMMANDATION 35** ..... 88  
Chaque patient doit disposer dans sa chambre d'un placard individuel fermant à clé auquel il a librement et constamment accès.
- RECOMMANDATION 36** ..... 93  
Le service d'urgence doit disposer d'une chambre individuelle permettant l'apaisement d'un patient en soins sans consentement sans risque pour sa sécurité ou celle d'autrui. Un protocole doit préciser les modalités de travail conjoint entre les équipes des deux hôpitaux et la gestion des isolements ou contentions de patients relevant de la psychiatrie, y compris pour les phases de transports vers les urgences et entre les urgences et le CHS.
- RECOMMANDATION 37** ..... 94  
Une mesure de soins sans consentement ne peut être prise pour des motifs d'ordre administratif sans lien avec la situation clinique du patient.
- RECOMMANDATION 38** ..... 101  
Le projet médical et le projet d'établissement doivent prévoir une offre d'activités consistante et diversifiée dans les unités et offrir une juste place à la réhabilitation psychosociale et aux ateliers thérapeutiques. Les moyens humains et matériels nécessaires, proportionnés aux besoins des patients, doivent être affectés en conséquence dans l'ensemble des services hospitaliers.
- RECOMMANDATION 39** ..... 105  
La dispensation des médicaments, qui relève du secret médical, doit s'effectuer de manière individuelle et confidentielle pour offrir aux patients la possibilité d'un échange verbal s'y rapportant. L'établissement doit assurer cette confidentialité, notamment par tout aménagement qui pourrait s'avérer nécessaire des salles de soins de chacune des unités d'hospitalisation.
- RECOMMANDATION 40** ..... 108  
Aucun des lieux servant à l'isolement des patients n'est conforme aux recommandations de bonnes pratiques. L'utilisation des deux chambres de l'unité de postcure et de réhabilitation sociale, indignes, doit être proscrite. Les autres doivent être réaménagées.
- RECOMMANDATION 41** ..... 109  
Les patients placés en isolement doivent conserver leurs vêtements sauf si leur état clinique nécessite d'autres vêtements.
- RECOMMANDATION 42** ..... 110  
Les décisions « si besoin » de contention ou d'isolement doivent être proscrites.
- RECOMMANDATION 43** ..... 111  
Le statut du patient doit figurer au registre d'isolement et de contention afin que l'hôpital soit en mesure de vérifier que les patients en soins libres ne sont placés en chambre d'isolement qu'à titre exceptionnel et que leur statut est modifié si ce placement excède douze heures.
- RECOMMANDATION 44** ..... 112  
L'établissement doit proscrire les enfermements en chambre dite hôtelière, y compris dans les unités d'admission fermées. Il doit également proscrire l'enfermement en « chambre sécurisée » en dehors de toute décision médicale enregistrée et suivie en tant que telle.

**RECOMMANDATION 45 ..... 112**

L'établissement doit mettre en œuvre un outil fiable d'observation des pratiques d'isolement et de contention pour évaluer leur réalité et s'y fonder pour conduire, ensuite, une politique de réduction du recours à ces pratiques.

**RECOMMANDATION 46 ..... 114**

Comme cela avait déjà été relevé lors de la visite de 2011, il n'est pas acceptable que des patients mineurs soient systématiquement hébergés parmi des majeurs. Une unité réservée à l'accueil des jeunes patients doit être créée.

**RECOMMANDATION 47 ..... 115**

La prise en charge thérapeutique spécifique des jeunes patients ne doit pas être limitée à la liaison pédopsychiatrique et à l'intervention spécialisée de la seule éducatrice. Le groupe des jeunes patients doit bénéficier d'une équipe soignante spécialement formée qui lui soit réservée, comprenant éducateurs et psychologues, et qui lui offre une prise en charge dense et continue.

## RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

*Ces recommandations formulées oralement en fin de visite ou inscrites dans le rapport provisoire ont, selon les informations données au CGLPL, déjà été prises en compte par l'établissement visité. Il semble toutefois utile de les rappeler ici pour mémoire, notamment en raison de leur utilité pour des établissements comparables.*

**RECO PRISE EN COMPTE 1 ..... 28**

Des formations aux droits des patients et portant sur les pratiques d'isolement et de contention doivent être proposées de manière prioritaire aux soignants.

**RECO PRISE EN COMPTE 2 ..... 28**

L'établissement doit proposer une formation systématique aux spécificités de la psychiatrie à tous les nouveaux infirmiers et aides-soignants prenant leur fonction pour la première fois dans cette discipline.

**RECO PRISE EN COMPTE 3 ..... 39**

L'établissement doit actualiser et compléter l'information qu'il fournit à ses équipes médicales et paramédicales relativement aux procédures de soins sans consentement et aux droits garantis aux patients concernés, et faire bénéficier tout ou partie de ce personnel de formations spécifiques à cet égard.

**RECO PRISE EN COMPTE 4 ..... 42**

Les questions éthiques soulevées par les membres du personnel dans leur exercice quotidien doivent pouvoir être abordées dans un comité de réflexion accessible à l'ensemble des soignants et ouvert à des personnalités extérieures à l'établissement. La direction doit favoriser la renaissance de ce comité.

**RECO PRISE EN COMPTE 5 ..... 43**

Il doit être systématiquement proposé aux patients la désignation d'une personne de confiance – voire de deux pour tenir compte des spécificités coutumières. La personne désignée doit être informée par l'établissement de sa désignation et des conséquences en découlant, et invitée à confirmer son accord sur cette désignation. Par ailleurs, il ne doit plus être interdit, de fait, aux patients protégés de désigner une personne de confiance.

**RECO PRISE EN COMPTE 6 ..... 49**

Même si l'article L. 1112-3 du code de la santé publique relatif à la commission des usagers n'est pas applicable en Nouvelle-Calédonie, un dispositif permettant de recueillir l'avis des malades et de leurs

proches sur la qualité de leur prise en charge doit être mis en œuvre. Par ailleurs, les associations d'usagers doivent être mieux associées à la vie de l'hôpital et pouvoir rencontrer des patients au sein de celui-ci.

**RECO PRISE EN COMPTE 7 ..... 62**

Le personnel chargé de la sécurité incendie de l'établissement doit être informé en permanence et de manière actualisée de tout placement d'un patient en isolement, en espace dédié comme en espace non dédié.

**RECO PRISE EN COMPTE 8 ..... 68**

Les patients doivent rester libres de choisir leur tenue vestimentaire.

**RECO PRISE EN COMPTE 9 ..... 68**

Les patients en soins sans consentement ne doivent se voir imposer aucun signe distinctif susceptible de les stigmatiser et de porter atteinte à leur dignité.

**RECO PRISE EN COMPTE 10 ..... 73**

Le droit des patients à une vie affective et sexuelle ne peut faire l'objet d'une interdiction générale. Les patients doivent bénéficier d'un accès libre à des préservatifs et aucun moyen de contraception ne peut être imposé.

**RECO PRISE EN COMPTE 11 ..... 102**

Les patients placés en chambre d'isolement doivent bénéficier d'un examen somatique par le médecin généraliste.

## PROPOSITIONS

*Ces propositions sont de nature à améliorer le respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté sans toutefois nécessiter un suivi de niveau ministériel. Leur application sera évaluée par le CGLPL au cours d'une visite ultérieure de l'établissement.*

**PROPOSITION 1 ..... 36**

Les règles de vie propres aux unités doivent être harmonisées et ne pas contenir de prescription illégale.

**PROPOSITION 2 ..... 40**

Face à l'augmentation des faits de violence entre patients, une réflexion doit être entreprise afin de mieux prévenir les conflits interpersonnels et mieux faire face aux situations de crise.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>2</b>
<b>SYNTHESE DES OBSERVATIONS .....</b>	<b>5</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>12</b>
<b>RAPPORT .....</b>	<b>15</b>
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE .....</b>	<b>15</b>
<b>2. OBSERVATIONS ISSUES DE LA VISITE PRECEDENTE .....</b>	<b>17</b>
<b>3. LES OBJECTIFS ET MOYENS DE L'ETABLISSEMENT .....</b>	<b>22</b>
3.1 Seul établissement de santé mentale de l'archipel calédonien, le centre hospitalier poursuit la structuration d'une filière de soins extra hospitalière adaptée aux contraintes du territoire .....	22
3.2 Le budget de l'établissement lui permet l'exercice de ses missions mais pas la planification à long terme.....	25
3.3 Les effectifs soignants ne sont pas organisés en fonction du besoin des patients .....	26
3.4 Les mesures de soins sans consentement font l'objet d'un suivi administratif défaillant faute d'organisation précise.....	29
<b>4. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS .....</b>	<b>34</b>
4.1 Les documents d'information générale sont obsolètes et peu accessibles, leur contenu est imprécis et parfois erroné .....	34
4.2 L'information des patients sur leur situation est défaillante, seules les décisions du juge des libertés et de la détention sont formellement notifiées .....	37
4.3 La gestion des incidents et des violences est marquée par l'absence de plan de prévention des violences entre patients malgré leur nette augmentation .....	39
4.4 Il n'existe plus de comité d'éthique depuis 2016 .....	42
4.5 La notion de personne de confiance reste très peu investie .....	42
4.6 Les patients ne sont pas incités à voter.....	43
4.7 Les patients ont accès à deux aumôneries au sein de l'établissement.....	44
4.8 Les demandes de protection juridique des majeurs sont nombreuses et les frais d'expertise médicale exposés dans cette procédure ne sont pas à la charge du patient.....	45
4.9 La confidentialité de l'hospitalisation n'est pas uniformément assurée .....	47
<b>5. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....</b>	<b>48</b>
5.1 L'hôpital n'a pas mis en œuvre de dispositif particulier lui permettant d'être réellement à l'écoute des patients et de leurs proches.....	48
5.2 Les réclamations sont suivies avec rigueur, mais leur faible nombre pose question .....	50

5.3	Les registres ne contiennent pas toutes les mentions prévues par la loi et ne permettent pas un contrôle aisé de la régularité des procédures de soins sans consentement.....	51
5.4	Le contrôle institutionnel est insuffisamment exercé.....	53
5.5	Le manque de structures extérieures est un frein à la préparation à la sortie et la notion de programmes de soins est appliquée trop extensivement .....	55
5.6	Le contrôle du juge des libertés et de la détention s'exerce dans des locaux inadaptés .....	57
<b>6.</b>	<b>LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....</b>	<b>61</b>
6.1	Les mesures de sécurité rapprochent les unités fermées d'un fonctionnement pénitentiaire .....	61
6.2	Dans les unités fermées, les patients ne peuvent se déplacer seuls ni accéder librement à leur chambre .....	65
6.3	Les relations des patients avec l'extérieur sont possibles mais demeurent limitées .....	68
6.4	La sexualité est illégalement interdite et ne fait l'objet d'aucune réflexion institutionnelle.....	73
<b>7.</b>	<b>LES CONDITIONS DE VIE.....</b>	<b>75</b>
7.1	Les locaux sont austères, certains inconfortables et ceux des unités d'admission sans consentement sont calqués sur un modèle carcéral .....	75
7.2	L'hygiène générale est assurée mais certains équipements sanitaires font défaut .....	87
7.3	Seules quelques chambres sont équipées d'armoires individuelles qui sont dépourvues de serrure .....	88
7.4	Les repas sont variés et appréciés .....	89
<b>8.</b>	<b>L'ACCES AUX SOINS.....</b>	<b>91</b>
8.1	Les urgences psychiatriques et les admissions sont peu organisées .....	91
8.2	Les soins psychiatriques sont bien formalisés dans le projet médical mais pas encore à la hauteur des espoirs affichés .....	94
8.3	L'accès aux soins somatiques est assuré .....	102
<b>9.</b>	<b>L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION.....</b>	<b>106</b>
9.1	Les lieux d'isolement sont pour la plupart inadaptés ; certains sont indignes .	106
9.2	Les modalités de prise en charge ne sont pas toujours régulières .....	109
9.3	Aucune politique relative à l'isolement et à la contention n'est conduite au niveau institutionnel.....	110
<b>10.</b>	<b>LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....</b>	<b>113</b>
10.1	Les spécificités des mineurs ne sont que partiellement respectées.....	113
10.2	La prise en charge thérapeutique et éducative pâtit de l'éparpillement des jeunes patients et de l'absence d'une équipe complète spécialisée.....	115

10.3 Les patients détenus sont toujours admis en unité fermée, mais pas systématiquement en chambre d'isolement .....	116
<b>11. CONCLUSION.....</b>	<b>117</b>

# Rapport

Contrôleurs :

- Mathieu Boidé, chef de mission ;
- Alexandre Bouquet ;
- Kévin Chausson ;
- Luc Chouchkaieff ;
- Agnès Lafay ;
- Anne Lecourbe ;
- Cédric de Torcy.

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), sept contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé (CHS) Albert Bousquet de Nouméa (Nouvelle-Calédonie) du 7 au 10 octobre 2019.

A cette occasion, le service des urgences du centre hospitalier territorial (CHT) Gaston-Bourret a également été visité.

Une précédente visite de l'établissement avait été organisée du 18 au 20 octobre 2011.

Les contrôleurs sont arrivés sur le site du CHS, situé sur la presqu'île de Nouville à Nouméa, le 7 octobre 2019 à 9h. Ils l'ont quitté le 10 octobre suivant à 16h.

La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction du centre hospitalier : sollicitée à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2019, celle-ci a donné suite aux appels du CGLPL les 3 et 4 octobre.

Le directeur de cabinet du haut-commissaire de la République en Nouvelle-Calédonie, le secrétaire général adjoint du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, le président du tribunal de première instance de Nouméa et le procureur de la République près cette juridiction, le directeur des affaires sanitaires et sociales de Nouvelle-Calédonie et le bâtonnier de l'ordre des avocats de ce territoire ont été informés de la visite.

Le directeur de l'établissement n'a pas jugé utile d'organiser une réunion de présentation de la mission au bénéfice du personnel du CHS mais il a, en revanche, accueilli et reçu les contrôleurs à leur arrivée et leur a présenté ses services. Les contrôleurs ont ensuite 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 de Nouville et aux urgences du CHT. Les documents qu'ils ont sollicités leur ont été communiqués et une salle de travail a été mise à leur disposition. Aucun affichage informant le personnel et les patients de leur visite n'a cependant été constaté malgré la demande qui avait été adressée en ce sens.

Une réunion de fin de visite s'est tenue le 10 octobre 2019 en présence du directeur du CHS, du chef du service de psychiatrie générale, de psychiatres intervenant en secteurs fermés, des cadres de santé des unités et d'autres membres de la direction. Une représentante de la direction des affaires sanitaires et sociales du gouvernement de Nouvelle-Calédonie était également présente.

Un rapport provisoire de la visite a été adressé le 27 mai 2020 au directeur de l'établissement, à la direction des affaires sanitaires et sociales de Nouvelle-Calédonie, au haut-commissariat de la République et aux chefs du tribunal de première instance de Nouméa.

Le 22 juin 2020, la direction de l'établissement a accusé réception de ce rapport ; elle a ensuite présenté, le 27 juillet suivant, des observations qui sont intégrées en caractères de couleur verte dans le présent rapport définitif, comme les éventuels commentaires du CGLPL en découlant.

## 2. OBSERVATIONS ISSUES DE LA VISITE PRECEDENTE

Le rapport de la visite de l'établissement effectuée par le CGLPL au mois d'octobre 2011 a été transmis au ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et au président du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie<sup>2</sup>.

En guise de conclusion, ce rapport énonçait les observations suivantes :

*1. Une unité d'hospitalisation pour adolescents devrait être mise en place afin de permettre une prise en charge adaptée, en particulier pour l'accès à la scolarité et aux activités thérapeutiques.*

*2. L'entretien d'accueil infirmier des personnes hospitalisées dans l'unité fermée devrait pouvoir se faire dans un bureau permettant la confidentialité de celui-ci.*

*3. Les droits des patients devraient être énoncés dès l'entretien d'admission par le psychiatre et renouvelés à la 72<sup>ème</sup> heure.*

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

*5. Les adresses des autorités de recours devraient être affichées à la vue de tous dans l'unité d'admission sous contrainte.*

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

*7. Le choix de faire tenir les audiences du juge des libertés et de la détention au sein de l'hôpital et non au siège du tribunal, de même que celui de ne pas recourir à la visioconférence, marque la priorité donnée, dans la mise en œuvre de la réforme, à l'intérêt des patients.*

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

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

*10. Une procédure devrait être mise en place qui permette, sans consulter le dossier médical de chaque patient, une traçabilité des sorties de moins de douze heures.*

---

<sup>2</sup> Le rapport de cette visite est accessible à l'adresse : <https://www.cglpl.fr/2016/rapport-de-visite-du-centre-hospitalier-specialise-albert-bousquet-a-noumea-nouvelle-caledonie/>

*11. Les livres de la loi ne sont pas tenus correctement :*

*- le registre de soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers est un simple cahier sans rubrique pré-imprimée. Les arrêtés et certificats ne sont pas collés dans le cahier mais rangés dans des classeurs. Il conviendrait d'ouvrir un registre conforme à ceux qu'on trouve dans tous les hôpitaux psychiatriques ;*

*- le registre des soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'Etat est le document spécifique habituel mais il ne comporte pas les certificats qui sont répertoriés dans des classeurs. Parfois, aucune référence de certificat n'est indiquée dans le registre et les certificats en question sont introuvables dans les classeurs ; cette lacune ne concerne pas que des patients hospitalisés depuis longtemps.*

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

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

*14. Une attention particulière à la désignation de la personne de confiance devrait être effectuée dans l'unité d'admission sous contrainte.*

*15. Préalablement à la visite de la commission des hospitalisations psychiatriques en Nouvelle-Calédonie, une information devrait être diffusée en direction des patients afin qu'ils soient avisés de la possibilité de s'entretenir à cette occasion avec un des membres.*

*16. Les visites des patients avec leurs proches se déroulent dans des pièces « à l'aveugle » et sans fenêtre. Un aménagement du salon d'accueil devrait être mis en place afin d'assurer des espaces d'intimité plus agréables pour les patients et leurs familles.*

*17. Un poste téléphonique situé en dehors des salles de soins devrait être mis à disposition des patients pour leur permettre d'entrer en contact avec leur famille en toute confidentialité.*

*18. Il conviendrait de réactualiser le règlement intérieur afin notamment de prendre en compte la loi du 5 juillet 2011.*

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

*20. Le temps de psychologue devrait permettre une prise en charge de tous les patients.*

*21. Un effort particulier devrait être fait afin de recruter un ergothérapeute.*

*22. L'intervention d'un psychologue pour le personnel devrait être mise en place dans l'unité sécurisée qui ne connaît ni réunion de synthèse, ni supervision d'équipe.*

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

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

25. Une procédure d'utilisation des moyens de contrainte physique devrait être rédigée au sein de l'établissement et accessible à tous sur intranet. Elle devrait notamment en spécifier les modalités de surveillance.

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

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

Le président du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie a répondu à ce rapport le 15 septembre 2015, par un courrier évoquant un « plan d'actions correctives » qui aurait été proposé par l'établissement. Toutefois, ce document n'est pas parvenu au CGLPL.

En tout état de cause, il ressort des propos du directeur de l'établissement recueillis en octobre 2019 qu'aucune suite n'a été donnée, par quiconque, au rapport de la visite effectuée en 2011.

## RECOMMANDATION 1

La direction du centre hospitalier devrait, sous le contrôle de ses autorités de tutelle, mettre en œuvre les recommandations émises par le CGLPL à l'issue de sa première visite ou *a minima* être en mesure d'expliquer pourquoi elles ne le sont pas.

En tant que de besoin, il sera fait référence, dans le présent rapport, aux observations émises à l'issue de cette première visite.

Dans ses observations présentées le 27 juillet 2020, le directeur de l'établissement fait valoir les éléments suivants en réponse à certaines des observations énumérées dans le rapport de la visite d'octobre 2011 :

- s'agissant de l'observation n° 2 relative à la confidentialité de l'entretien d'accueil infirmier dans l'unité fermée : « l'entretien avec le patient est habituellement effectué en chambre individuelle », sauf si l'état clinique du patient permet de le tenir dans un bureau avec le médecin ; cependant, un « travail de protocolisation est en cours pour revoir les différentes étapes de l'accueil du patient dans l'unité en fonction de son état clinique ». Deux plaquettes d'informations relatives aux unités fermées d'admission, à destination des patients et de leurs familles, sont produites ainsi qu'une « synthèse des axes prioritaires pour la certification V5 » de la Haute autorité de santé, datée du 6 novembre

2019 et un projet de « protocole d'accueil du patient à l'unité d'admission sans consentement » qui est daté du 8 mars 2018 et distingue les situations des patients « sédaté », « agité » et « calme » et prévoit, pour cette dernière catégorie, un « *entretien d'accueil dans le bureau de l'unité ou dans la chambre d'isolement* » ;

- s'agissant de l'observation n° 3 relative à l'énonciation aux patients de leurs droits : ces droits sont énoncés lors de l'admission, sous réserve de l'état clinique des patients ; un « *travail de protocolisation est en cours pour revoir les différentes étapes de l'accueil du patient dans l'unité en fonction de son état clinique, incluant l'information du patient* », auquel doivent être intégrées les modalités de distribution de la plaquette d'information relative aux droits des patients qui est disponible sur le logiciel de gestion documentaire interne de l'établissement, utilisé par les soignants de l'unité d'admission sans consentement. La direction précise que sept groupes thématiques doivent être lancés au troisième trimestre 2020 dans le cadre de la préparation à la certification « V5 », après un report dû à la pandémie de coronavirus : un groupe de travail « droits des patients » est prévu, un autre relatif au parcours patient et un troisième à la liberté d'aller et de venir, qui traitera des sujets de l'isolement et de la contention. Enfin, un « *espace de traçabilité de la délivrance de l'information au patient concernant ses droits va être inclus au dossier patient informatisé.* » Les mêmes documents que ceux énumérés ci-dessus sont produits à l'appui de ces observations ;
- s'agissant de l'observation n° 5 relative à l'affichage des coordonnées des autorités de recours : elles sont affichées dans les deux unités fermées, selon les observations du directeur qui produit pour en justifier une photographie de l'affichette transmise par le CGLPL aux fins d'annonce de sa visite du 7 au 10 octobre 2019 – sur l'information des patients, voir *infra*, § 4.1 et 4.2 ;
- s'agissant de l'observation n° 13 relative aux moyens du service en charge de la protection juridique des majeurs : « *depuis 2011, le personnel de la tutelle (association de coopération sociale et médico-sociale) a vu ses effectifs augmenter de façon notable. Quatre gérantes de tutelle ainsi qu'une secrétaire sont actuellement en poste.* » – sur ce point, voir *infra*, § 4.8 ;
- s'agissant de l'observation n° 17 relative aux postes téléphoniques : un poste a été installé à l'unité d'admission sans consentement, dont l'accès est réglementé, et « *le téléphone de l'unité 5 bis n'est plus équipé de cabine (destruction systématique de cette dernière par les patients)* » ; il est en outre mentionné qu'à « *court terme (18 mois)* » doit être organisé « *un temps également en matinée pour permettre l'accès des patients [de l'unité d'admission sans consentement] au téléphone* » ; une « *recherche d'une solution pour aménager un espace confidentiel pour les appels* » doit être lancée, comme doit être mis en place un « *téléphone spécifique identifié pour les patients [des deux unités fermées d'admission] permettant la confidentialité des communications* » qui, donc, n'est toujours pas installé – voir *infra*, § 6.3.2 ;
- s'agissant de l'observation n° 21 relative à la vacance du poste d'ergothérapeute des ateliers thérapeutiques : un recrutement à temps plein a été assuré en 2012 et l'équipe a ensuite été complétée par un éducateur spécialisé, un infirmier recruté en 2018 et une monitrice éducatrice recrutée « *pour août 2020* » ;
- s'agissant de l'observation n° 22 relative à l'absence de supervision et de psychologue pour le personnel de l'unité d'admission dite sécurisée : « *un temps de psychologue a été*

*instauré en 2012. Depuis 2014 jusqu'à ce jour, c'est un neuropsychologue qui intervient à hauteur de 0,2 équivalent temps plein. Des groupes d'analyses de pratique avaient été déployés de 2014 à 2016. Ils ont ensuite été remplacé[s], en 2019 par une supervision, toujours effective à ce jour ». Un planning des interventions de supervision (une heure et demie par semaine et par service) est joint – voir *infra*, § 3.3 ;*

- s'agissant de l'observation n° 23 relative au contrôle de la consommation de stupéfiants par le personnel : « *le protocole auquel il est fait référence n'est plus en vigueur* » et le groupe de travail chargé des droits des patients dans le cadre de la certification « V5 » « *aura notamment pour objectif de produire une organisation formalisée compatible avec les droits du patient sur ce thème* » – sur le sujet, voir aussi *infra*, § 6.1.2 ;
- s'agissant de l'observation n° 25 relative à l'absence de procédure d'utilisation des moyens de contrainte physique : « *un protocole (...) a été fait en 2015 et est accessible via le logiciel de gestion documentaire* » ; sont produits deux protocoles du 25 novembre 2015, relatifs à la mise en isolement et à la pratique de la contention. Le groupe de travail chargé des droits des patients dans le cadre de la certification « V5 » « *aura notamment pour objectif de produire une politique institutionnelle sur le thème et une mise à jour [de ces protocoles] dans le respect des droits du patient en adéquation avec les recommandations de bonnes pratiques de la haute autorité de santé* » – sur le sujet, voir aussi *infra*, chapitre 9.

### 3. LES OBJECTIFS ET MOYENS DE L'ETABLISSEMENT

#### 3.1 SEUL ETABLISSEMENT DE SANTE MENTALE DE L'ARCHIPEL CALEDONIEN, LE CENTRE HOSPITALIER POURSUIT LA STRUCTURATION D'UNE FILIERE DE SOINS EXTRA HOSPITALIERE ADAPTEE AUX CONTRAINTES DU TERRITOIRE

##### 3.1.1 Contexte général

La santé publique relève des compétences dites d'attribution des autorités de Nouvelle-Calédonie. Ainsi, c'est le président du Gouvernement calédonien qui exerce la tutelle du CHS Albert Bousquet, établissement public hospitalier autonome depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1990.

La direction des affaires sanitaires et sociales de Nouvelle-Calédonie assure sur ce territoire le rôle dévolu, sur le territoire métropolitain, aux agences régionales de santé.

Les autorités nationales, représentées dans l'archipel par le haut-commissaire pour la République en Nouvelle-Calédonie, demeurent cependant compétentes au titre des pouvoirs régaliens de l'Etat. A cet égard, cette autorité a compétence en matière de soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'Etat et le ministre des solidarités et de la santé est chargé du suivi de la mise en œuvre des dispositions concernées du code de la santé publique, qui sont applicables sur le territoire calédonien.

Bien que la Haute autorité de santé (HAS) n'ait pas une compétence de principe sur ce territoire, le directeur du CHS a souhaité dès sa prise de fonctions se projeter dans une démarche qualité. Une première certification HAS a ainsi été obtenue en 2004, renouvelée en 2010 mais abandonnée ensuite en raison, selon les informations communiquées aux contrôleurs, de l'absence à l'époque de département d'information médicale dans l'établissement.

Le CHS Albert Bousquet est le seul établissement de santé mentale de l'archipel calédonien ; son directeur est délégué régional du secteur psychiatrique de la fédération hospitalière de France pour la zone Pacifique et une convention lie l'établissement à la collectivité de Wallis-et-Futuna.

Au cours des vingt dernières années, le CHS est parvenu à structurer, autour du site intra hospitalier, une filière de santé mentale lui permettant d'apporter une réponse graduée aux besoins de soins sans recours systématique à l'hospitalisation (voir aussi *infra*, § 8.2 Au moment du contrôle, le renforcement et le développement de ce maillage territorial se poursuit.

##### 3.1.2 Le secteur intra hospitalier

Lors de la précédente visite du CGLPL, l'établissement comptait 208 lits d'hospitalisation complète sur le site de Nouville. A la fin de l'année 2019, cette capacité est réduite à 130 lits, auxquels s'ajoutent officiellement trois lits dits « d'urgence » : il s'agit de chambres d'isolement (voir *infra*, § 9.1). Cette offre hospitalière se répartit comme suit :

- vingt lits dans l'unité d'admission libre (UAL, « pavillon 7 ») dans laquelle, ainsi que son nom l'indique, ne sont hospitalisés que des patients en soins libres ;
- trente lits répartis dans deux unités d'admission sans consentement, l'une dite fermée (UASC-UF dite « pavillon 5 » comptant vingt et un lits) et l'autre dite sécurisée (UASC-US dite « pavillon 5 bis » regroupant neuf lits) – chacune de ces unités est en outre dotée d'une chambre d'isolement répertoriée ;
- vingt lits dans l'unité de long séjour psychiatrique (ULSP, « pavillon 4 ») ;

- quarante lits dans l'unité de postcure et de réhabilitation psychosociale (UPCRPS, pavillons 2 et 3, communément désignés sous le vocable « unité 3-2 ») ;
- vingt lits dans l'unité de postcure et de réhabilitation psychosociale sans consentement (UPRPSC, « pavillon 6 »), auxquels s'ajoute une chambre d'isolement ainsi qualifiée.

Conformément à l'intitulé de ces services, les patients en soins sans consentement sont pris en charge dans les deux unités d'admission dites « fermée » et « sécurisée » (5 et 5 bis) et dans une unité, tout aussi fermée, de postcure et de réhabilitation psychosociale (pavillon 6) qui leur est réservée. Ponctuellement, notamment lors des hospitalisations séquentielles mises en place dans le cadre des programmes de soins auxquels ils peuvent être astreints au terme de leur hospitalisation complète (voir *infra*, § 5.5.2), leur suivi peut être assuré par l'unité dite « 3-2 ».

Chacune des unités 5, 5 bis et 6 compte une chambre d'isolement identifiée comme telle, auxquelles s'ajoutent deux chambres d'isolement situées dans l'unité 3-2. L'isolement en espace non officiellement dédié est néanmoins fréquent (voir *infra*, § 9.2).

S'ajoute à cette offre de psychiatrie générale un pôle gériatrique de soixante-dix-sept lits comprenant une unité Alzheimer (trente lits), une unité de soins de suite et de réadaptation (vingt lits) et une unité consacrée à la fin de vie (vingt-sept lits). Enfin, une unité d'accueil, d'orientation et d'urgence de psychiatrie est en place au CHT Gaston-Bourret (voir *infra*, § 8.1.1).

### 3.1.3 Le secteur extra hospitalier

Au moment de la visite des contrôleurs, le CHS propose des structures extra hospitalières en psychiatrie générale et en psychiatrie infanto-juvénile, pour l'essentiel situées dans l'agglomération nouméenne (qui regroupe les deux tiers de la population du territoire calédonien) et pour certaines sur le site hospitalier lui-même.

Au titre de la psychiatrie générale, il s'agit d'une soixantaine de places d'hospitalisations à temps partiel, de centres et d'antennes médico-psychologiques ainsi que de consultations ambulatoires, savoir :

- à Nouméa, vingt-cinq places en hôpital de jour et quatre places en hôpital de nuit, seize places en ateliers thérapeutiques (sur le site de Nouville au jour du contrôle), quatre places par convention avec une association pour la réinsertion des anciens prisonniers dans une société accueillante (RAPSA), dix places d'activités à temps partiel et un centre médico-psychologique (CMP) ;
- trois antennes médico-psychologiques à Koné, Poindimié et Koumac (province Nord) ;
- des consultations ambulatoires à Païta, La Foa, Bourail, Thio, Yaté et sur l'île des Pins (province Sud) ;
- des missions dans la province des Iles Loyauté (Ouvéa, Lifou et Maré).

L'antenne médico-psychologique de Koné s'est développée en soutien au centre hospitalier du Nord qui a ouvert ses portes dans cette localité courant 2018 ; elle propose également une offre de soins de pédopsychiatrie, laquelle comprend par ailleurs :

- à Nouméa, quinze places en hôpital de jour, dix places en activités à temps partiel, deux CMP et un centre d'accueil et de soins pour adolescents ;
- une antenne médico-psychologique sur l'île de Lifou ;
- des consultations ambulatoires à Païta, La Foa et sur l'île des Pins ;
- des mission sur les îles Ouvéa et Maré.



Offre de soins visée par le projet d'établissement 2015-2019 – source : CHS Albert Bousquet

### 3.1.4 Les projets

Le CHS Albert Bousquet ne dispose d'aucun contrat d'objectifs et de moyens depuis l'année 2010 ; un projet d'établissement pour la période 2015-2019, communiqué aux contrôleurs, inclut le projet médical. Ambitieux, il n'a pas été entièrement mené à bien et sa refonte pour la période 2020-2025 n'est pas présentée comme une priorité au moment de la visite, la direction privilégiant alors l'aboutissement de trois projets, dont deux menés conjointement avec le CHT Gaston-Bourret. Il s'agit :

- d'abord, de la construction et de l'ouverture d'une maison d'accueil spécialisée (MAS) à Païta où doivent être transférés les patients de l'unité de long séjour psychiatrique (pavillon 4). Cette nouvelle structure doit également permettre la réduction de dix lits de l'unité de réhabilitation psycho-sociale (pavillon 3-2) ;
- ensuite, en lien avec le CHT Gaston Bourret, de la mise en place d'un pôle infanto-juvénile réunissant, en plus des structures existantes, un hôpital de jour à proximité du CHT et une maison des adolescents à Dumbéa ;
- enfin, d'un projet intitulé « Bien vieillir » mené en partenariat avec le CHT.

L'édition d'un nouveau projet d'établissement est néanmoins évoquée ; selon les informations communiquées, il pourrait notamment porter sur d'autres projets, telles la mise en place d'une convention avec la clinique Kuindo-Magnin située sur la presqu'île de Nouville, l'installation d'une dizaine de lits d'hospitalisation en province Nord (quatre à six lits d'hospitalisation complète et

huit lits de réhabilitation psychosociale à Koumac), voire la création d'un centre de jour dans les locaux de l'ancien hôpital de Magenta (à Nouméa) et d'un nouvel hôpital de jour à proximité. Ces perspectives sont, toutes, de nature à limiter le risque de sur occupation des unités du site hospitalier (voir *infra*, § 3.4). Cependant, si la mise en place du pôle infanto-juvénile projeté en lien avec le CHT est effectivement en cours au moment du contrôle, les autres projets n'ont pas encore été discutés au niveau institutionnel.

### 3.2 LE BUDGET DE L'ETABLISSEMENT LUI PERMET L'EXERCICE DE SES MISSIONS MAIS PAS LA PLANIFICATION A LONG TERME

En 2018, le CHS a disposé en recettes de 5 438 915 748 francs pacifiques (CFP<sup>3</sup>), comprenant une dotation de la CAFAT<sup>4</sup> de 4 078 296 619 CFP (+4,3 % en un an), d'un titre 2 (forfait journalier, conventions, etc.) de 415 611 639 CFP, d'autres recettes (remboursement des prestations au centre pénitentiaire) à hauteur de 511 217 370 CFP et d'un financement soins de suite et réadaptation (SSR) de 433 790 120 CFP.

La même année, les dépenses étaient de 5 257 899 907 CFP ; elles comprenaient 3 727 754 573 CFP sur le titre 1 (personnel), 159 607 166 CFP sur le titre 2, 933 641 147 CFP sur le titre 3 et 436 897 023 CFP sur le titre 4.

Le budget est ainsi clôturé chaque année avec un léger excédent (181 millions de CFP soit 1,4 million d'euros). La capacité d'autofinancement est positive (+ 496 millions de CFP) ; les emprunts, peu élevés, se montent actuellement à 125 millions de CFP.

Si la situation de l'établissement est donc saine au moment de la visite des contrôleurs, il ressort des explications qui leur ont été apportées que le gouvernement calédonien ne propose au vote du congrès, chaque année, que le taux d'évolution des dépenses du CHS : ainsi, en l'absence d'engagement financier pluriannuel, l'établissement ne peut pas programmer d'investissement à moyen ou long terme.

#### RECOMMANDATION 2

Le mode de financement du centre hospitalier doit permettre des perspectives d'investissement et de péréquation sur le temps quinquennal du projet d'établissement.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, la direction du CHS fait valoir que « *contrairement au premier projet d'établissement (2005-2010) qui a fait l'objet d'un CPOM (2007-2010), notre dernier projet d'établissement 2015-2019 est resté en l'état. En revanche, seule la délibération n° 196 du 9 décembre 1996 fixe à ce jour les principes accompagnant l'offre de soins 2017-2022. En outre, depuis 2019, le taux directeur des centres hospitaliers est nul, hormis pour le CHS une mesure*

<sup>3</sup> Soit environ 45 637 870 euros avec 1 CFP = 0,0084 euro

<sup>4</sup> La Caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de Nouvelle-Calédonie (CAFAT) est l'organisme qui gère le régime général de sécurité sociale de Nouvelle-Calédonie, le régime unifié d'assurance maladie maternité et trois régimes particuliers (les allocations familiales de solidarité / le régime handicap et perte d'autonomie / le complément retraite de solidarité), le recouvrement des cotisations, ainsi que le contrôle et le contentieux ayant trait à ces cotisations. Il s'occupe également du versement de la dotation globale de financement aux établissements hospitaliers publics, de la gestion et le contrôle des dépenses des assurés et des professionnels de santé, du contrôle médical, de la prévention des accidents du travail et de l'action sanitaire et sociale.  
Source : <https://service-public.nc>

*nouvelle de 335 200 euros. Le taux directeur 2020 enregistre quant à lui une évolution de - 3,32% de la DGF et de - 3% des crédits autorisés. »*

### 3.3 LES EFFECTIFS SOIGNANTS NE SONT PAS ORGANISES EN FONCTION DU BESOIN DES PATIENTS

L'effectif médical des unités d'hospitalisation complète comprend 3,8 équivalents temps plein (ETP) de praticien hospitalier (PH) en psychiatrie<sup>5</sup> et 1 ETP de médecin généraliste<sup>6</sup>.

Sur l'ensemble des services intra et extra hospitaliers, l'établissement compte, au moment du contrôle, 12,5 ETP de médecins psychiatres et 4 ETP de gériatres ; le centre d'addictologie, situé en ville à côté du CMP, compte 3 ETP de médecins mais un seul est opérationnel au moment du contrôle, les autres étant arrêtés pour raison de santé. A la même date, aucun poste n'est vacant au sein de l'établissement.

Les médecins n'ont pas d'activité d'intérêt général ni de temps de travail additionnel.

Un interne était en poste en 2011 et il n'y en a plus au moment de la visite des contrôleurs, malgré l'ouverture de deux postes en psychiatrie adulte et un de pédopsychiatrie ; un interne de médecine générale a été recruté en remplacement.

La permanence des soins est organisée par une ligne d'astreinte de jour jusqu'à 17h30 suivie d'une astreinte à domicile pour la nuit et les week-ends, ces astreintes étant réalisées par l'un des médecins psychiatres.

Lors de la mission, l'effectif comprend également 5 ETP de cadres de santé, 68 ETP d'infirmiers, 28 ETP d'aides-soignants diplômés, 18 ETP d'agents des services hospitaliers (ASH), 1 ETP de kinésithérapeute, 1 ETP d'ergothérapeute (pavillon 3-2), 3 ETP d'éducateurs spécialisés, 1 ETP d'éducateur sportif, 1 ETP de psychologue (sur quatre unités mais pas l'unité de long séjour psychiatrique), 0,3 ETP de psychomotricien (0,1 à l'unité d'admission libre et 0,2 au pavillon 3-2), 1 ETP d'assistant de service social (pour toutes les unités sauf l'unité de long séjour) et 2 ETP de secrétaires pour tous les services.

L'unité 3-2 de postcure et de réhabilitation sociale présente quatre postes vacants d'infirmiers.

L'analyse des plannings des trois mois précédant le contrôle montre une présence de soignants très majoritairement à trois par demi-journées dans les unités 3-2 et 6.

En effet, concernant le pavillon 6 (unité de postcure sans consentement), sur soixante-deux demi-journées du mois d'août 2019, deux demi-journées sont assurées par six soignants, huit par cinq soignants, quinze à quatre soignants, trente-sept à trois soignants. Concernant le pavillon 3-2, sur les mêmes soixante-deux demi-journées du mois d'août 2019, une a été assurée par six soignants, sept par cinq soignants, dix-huit par quatre soignants, trente-six par trois soignants.

Concernant les pavillons 5 et 5 bis dont les effectifs sont globalisés, sur ces soixante-deux demi-journées du mois d'août 2019, quatre demi-journées sont gérées par huit soignants, dix par sept soignants, quarante-six par six soignants, deux par cinq soignants.

La lecture de ces plannings montre ainsi que les effectifs sont majoritairement à trois soignants par unité, soit l'effectif de sécurité, et anecdotiquement supérieurs à quatre.

<sup>5</sup> Répartis comme suit : 1,2 ETP à l'unité d'admission libre ; 1,3 ETP dans les unités d'admission sans consentement 5 et 5 bis ; 0,8 ETP à l'unité 3-2 ; 0,4 ETP à l'unité de postcure sans consentement ; 0,1 ETP à l'unité de long séjour.

<sup>6</sup> Ainsi partagé entre les unités : 0,2 ETP à l'unité d'admission libre ; 0,2 ETP pour les pavillons 5 et 5 bis ; 0,2 ETP à l'unité 3-2 ; 0,1 ETP au pavillon 6 de postcure sans consentement et 0,3 ETP à l'unité de long séjour.

Les temps de superposition des équipes du matin et de l'après-midi (*a minima* six soignants) sont très étendus mais à la mi-journée seulement (11h15-14h30), ce qui ne permet guère aux soignants d'organiser des activités avec les patients ; ces effectifs peuvent rarement être mis à profit pour développer des repas thérapeutiques. Cette observation avait déjà été formulée par le CGLPL à l'issue de sa précédente visite.

### RECOMMANDATION 3

Pour chaque unité, l'organisation des soins et des effectifs doit être définie en fonction des besoins des patients, compte tenu de leurs caractéristiques cliniques et de leur nombre.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, la direction de l'établissement fait valoir :

- que « 1,3 ETP d'assistante sociale est en fonction depuis 2012 » et non seulement 1 ETP ; que « un ETP d'ergothérapeute est également en place aux ateliers thérapeutiques depuis 2012 (mais n'intervient pas à l'UPCRPS). Il n'y a pas d'ETP éducateur sportif mais l'activité est assurée par un kinésithérapeute. Un ETP psychologue est déployé sur les unités d'admission et 0,5 ETP de neuropsychologue pour l'UPCRPS et l'UPCSC. » ;
- qu'un « contexte particulier est à souligner car lors de la visite l'établissement faisait face à un problème de recrutement récurrent sur le territoire calédonien » ; à cet égard, une mention en exergue des observations de la direction évoque en octobre 2019 l'« absence de personnels soignants disponibles sur le territoire pour répondre aux besoins en ressources humaines pendant la période comprise entre les mois de mai et novembre 2019. Cette contrainte externe explique les insuffisances observées au niveau des effectifs. Impossibilité à l'IFPSS de former le nombre suffisant de soignants pour le besoin en soins, cela a nécessité dans certaines unités des fermetures de lits (comme en gériatrie), un remaniement des horaires (comme en ULSP), un recrutement en détachement d'infirmiers depuis la métropole. » ;
- que, « concernant l'UPCRPS, le taux d'occupation n'était que de 75% au moment de la visite. » ;
- qu'à « court terme (18 mois) », « l'état prévisionnel des recettes et des dépenses est adapté aux besoins en personnel en lien avec les moyens budgétaires actuels (augmentation de la présence soignante si nécessaire).

Le CGLPL prend acte des modifications apportées s'agissant des temps de présence des soignants et ne méconnaît pas les difficultés de recrutement évoquées mais maintient que les efforts doivent être poursuivis pour recruter des soignants sur les postes vacants et ainsi permettre une présence adaptée du personnel auprès des patients.

La durée des transmissions est de trente minutes entre l'équipe de la nuit et celle du matin.

Les crédits alloués à la formation s'élèvent en 2018 à 28 600 417 CFP, soit 239 671 euros environ. Parmi les sujets abordés, on note une formation de quatre jours sur le thème « Construire avec le carton » pour dix agents (onze en 2017), l'aquathérapie pour trois agents, l'entretien infirmier pour vingt-et-un agents, un groupe de parole pour sept agents, des séances de « méditation en pleine conscience » pour vingt-cinq agents et de « pédayoga » pour dix-neuf agents.

Aucune évaluation des pratiques professionnelles (EPP) n'a été effectuée depuis 2015. Par ailleurs, aucune EPP n'a porté sur les thèmes de l'isolement, de la contention ou des droits des patients depuis 2008.

## RECO PRISE EN COMPTE 1

Des formations aux droits des patients et portant sur les pratiques d'isolement et de contention doivent être proposées de manière prioritaire aux soignants.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, la direction précise qu'une formation relative aux droits des patients était programmée en septembre 2019 mais a dû être ajournée sur décision du formateur ; qu'une nouvelle formation intitulée « droits des patients et responsabilité des soignants » est programmée en septembre 2020 et qu'un « *projet de plan de formation spécifique du nouvel arrivant en psychiatrie est actuellement en cours de formalisation avec la DRHF* » ; qu'en outre, « *une demande d'inscription dans le plan de formation 2021 d'une formation des professionnels sur la contention et l'isolement a été réalisée. Cette formation sera dispensée par des ressources internes.* » ; et qu'enfin, « *un dispositif de supervision est en place dans toutes les unités (...) à raison d'une séance toutes les 5 semaines.* » Sont joints une convention de prestation de service passée le 21 avril 2020 par le CHS avec une société devant assurer cette activité de supervision, le plan de formation du CHS pour l'année 2019/2020 et différents calendriers de formation. Le CGLPL prend acte de ces engagements.

La supervision n'était plus proposée depuis trois ans mais a été reprise courant 2019 dans les unités, à un rythme d'une séance toutes les cinq semaines. Cette supervision collective est réalisée par une psychologue extérieure à l'établissement qui adapte son intervention aux spécificités de chaque service.

Aucun tutorat ou formation particulière (du type consolidation des savoirs en psychiatrie) n'est prévu lors de la prise de poste ; parfois un simple travail en doublure de quelques jours est possible. Le projet d'établissement 2015-2020 indique que l'établissement doit intégrer le développement personnel continu (DPC) dans sa politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et suivre la réalisation de l'obligation du DPC des professionnels de santé.

## RECO PRISE EN COMPTE 2

L'établissement doit proposer une formation systématique aux spécificités de la psychiatrie à tous les nouveaux infirmiers et aides-soignants prenant leur fonction pour la première fois dans cette discipline.

Dans ses observations, la direction de l'établissement fait valoir qu'une « *formation sur l'approche culturelle de la maladie dans le monde océanien et kanak est proposée aux soignants. Cette formation revêt une importance certaine au vu du contexte culturel local* » et précise que :

- à « *court terme (18 mois)* », les formations suivantes seront accessibles et systématiquement proposées à tout professionnel soignant : psychose (débutée en juillet 2020), risque suicidaire, être infirmier en psychiatrie (octobre 2020) ; en outre, un projet de grille d'évaluation pour le nouvel arrivant comportant les éléments spécifiques à connaître par unité est en cours ; enfin, « *un projet de constitution d'une enveloppe de thématiques de formations spécifiques qui seraient dispensées par les cadres de soins au bénéfice des professionnels est actuellement à l'étude.* » ;
- à « *moyen / long terme (> 18 mois)* », un projet de plan de formation spécifique du nouvel arrivant en psychiatrie est actuellement en cours de formalisation.

Le CGLPL prend acte de ces engagements.

### 3.4 LES MESURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT FONT L'OBJET D'UN SUIVI ADMINISTRATIF DEFAILLANT FAUTE D'ORGANISATION PRECISE

L'activité du CHS au cours des années 2017 et 2018 est reportée dans le tableau ci-dessous, établi à partir des données communiquées aux contrôleurs ; il en ressort qu'avec 1 306 admissions en 2018, la file active intra hospitalière du CHS s'est révélée stable sur un an, bien qu'en légère augmentation (+ 3,2%).

Le taux d'occupation global de l'établissement atteint 86,1 % en 2018, en augmentation de 4,5 % en un an. La durée moyenne d'hospitalisation n'a pas été communiquée pour l'année 2018 ; elle était de 37,3 jours en 2017. La durée moyenne de séjour, de 30,8 jours la même année, a augmenté pour atteindre 31,36 jours en 2018.

	2017	2018
Admissions	1 263	1 306
- dont entrées directes	869	899
Taux d'occupation	81,6 %	86,1 %
Durée moyenne d'hospitalisation	37,3 jours	-
Durée moyenne de séjour	30,8 jours	31,36 jours

*Données d'activité globale, CHS Albert Bousquet*

Selon les propos rapportés aux contrôleurs, la gestion des flux d'entrée présenterait des difficultés ponctuelles et l'établissement connaîtrait de régulières périodes de sur occupation, au cours desquelles les équipes sont contraintes de recourir à des matelas installés au sol. Durant ces périodes, la gestion des lits pourrait également conduire à l'admission de patients en soins libres dans l'une des unités fermées ou encore à l'affectation, à un patient entrant, d'un lit théoriquement réservé à une hospitalisation séquentielle.

Les mêmes informations soulignent que ces situations, le plus souvent imprévisibles, pourraient être pour partie évitées si les personnes en soins contraints pouvaient plus facilement accéder aux autorisations de sortie de courte durée (ASCD) ou aux programmes de soins qui sont proposés par les équipes médicales et soignantes, voire à la levée des mesures les concernant que les psychiatres peuvent proposer. Il ressort en effet des témoignages recueillis une réticence certaine des services du haut-commissariat pour la République à l'octroi des ASCD et des alternatives à l'hospitalisation complète. Cette posture est susceptible de concourir, au même titre que d'autres facteurs comme l'absence d'une offre de structures d'aval suffisante sur le territoire (voir *infra*, § 5.5), à une « embolisation ponctuelle de l'établissement », selon les propos de la direction de l'établissement.

Ainsi, ces témoignages induisent une corrélation entre épisodes de sur occupation et affectation des patients en soins sans consentement (SSC) exclusivement dans trois unités. Si les moyennes annuelles d'occupation des unités 5, 5 bis et 6 qui ont été communiquées aux contrôleurs ne permettent ni de confirmer ni d'infirmer l'exactitude de ce rapprochement, l'analyse n'apparaît pas improbable dès lors que le centre hospitalier a fait le choix de principe de procéder, de façon systématique et prioritaire, à l'hospitalisation des patients en SCC en unités fermées – choix qui, au demeurant, n'est imposé par aucune disposition législative ou réglementaire.

#### RECOMMANDATION 4

Rien n'impose que les patients en soins sans consentement soient hébergés en unité fermée. Ils ne doivent l'être en aucun cas si cette décision a pour effet d'induire l'installation de matelas au sol, pratique qui doit être strictement prohibée.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, l'établissement fait valoir que « *cette pratique en mode dégradé relève d'une situation très exceptionnelle. En effet, à cette période, une forte contrainte en termes de flux de patient avait induit cette organisation regrettable.* » Au titre d'actions programmées « *à court terme (18 mois)* », sa direction précise que : « *situation rare, la mise en unité fermée s'impose en fonction de l'état clinique du patient (agitation, haut risque suicidaire...).* Si cette admission s'avère nécessaire, un transfert vers une autre unité est ensuite privilégié sous 24h, sous réserve d'une place disponible. » A long terme, sont évoqués « *un projet de formalisation du parcours de soins pour plus de fluidité lors de situations de saturation des unités d'admission* », dont le lancement est prévu au second semestre 2020 ; « *une réflexion au sein des équipes sur la mission de leur unité (...).* Le projet Focus, initié en 2019, sera finalisé fin 2020 par un livret retraçant pour chaque unité leur mission, leur organisation, leur fonctionnement... » ; « *des patients hospitalisés sans consentement sont également pris en charge dans d'autres unités dans la perspective d'une évaluation vers une hospitalisation libre.* » Un tableau retraçant les taux d'occupation des unités en psychiatrie en 2019 est joint à ces observations.

Le CGLPL maintient toutefois ses observations et sa recommandation car ces affirmations ne correspondent ni aux constats des contrôleurs ni aux témoignages qu'ils ont recueillis durant leur visite. A cet égard, la seule répartition – non modifiable – des lits d'admission est éloquente : trente en unités fermées (auxquels s'ajoutent les lits des deux chambres d'isolement de ces unités) et vingt en unité ouverte. Et le nombre de personnes en soins contraints hébergées en unité ouverte de réhabilitation n'est pas de nature à modifier l'analyse (trois sur trente patients au moment de la visite des contrôleurs, pour trente-deux lits effectivement ouvert – les huit lits restant correspondant à des chambres en travaux).

Les rapports d'activités 2017 et 2018 de l'établissement font par ailleurs ressortir, d'une part, que la proportion des admissions directes dans l'établissement est stable sur la période envisagée et, d'autre part et ainsi que cela ressort du tableau reproduit ci-après, que 362 patients ont été admis en SSC au cours de l'année 2018, contre 280 l'année précédente.

Selon ces données, le nombre total de patients en soins contraints a ainsi augmenté de 22,6 % en un an ; ils représentent 27,7 % de l'ensemble des personnes admises au CHS en 2018, contre 22,1 % l'année précédente.

Ces admissions en SSC résultent essentiellement de décisions du directeur sur demande d'un tiers (63,2 %), éventuellement en urgence (2,6 %) ; mais la part des patients admis en raison d'un péril imminent marque une augmentation de plus de 30 % en un an et représente, en 2018, un tiers du total des patients en SSC (33,4 %).

Activité par statut d'hospitalisation	Nombre de mesures		Nombre de patients	
	2017	2018	2017	2018
<b>Soins sur décision du directeur</b>	<b>313</b>	<b>306</b>	<b>248</b>	<b>305</b>
Dont demande d'un tiers (SDT)	210	193	180	193
Dont SDT en urgence	9	9	8	8
Dont péril imminent	85	103	71	102
<b>Soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)</b>	<b>45</b>	<b>57</b>	<b>32</b>	<b>57</b>
Dont à la demande du maire	28	26	21	26
Dont personnes détenues	11	25	8	21
Dont décision judiciaire	6	5	3	10
Dont transformation SDT en SDRE	n/c	n/c	n/c	n/c
Total des patients hospitalisés	-	-	1 263	1 306

#### *Données d'activité par statut d'hospitalisation*

Curieusement, il a été particulièrement complexe pour les contrôleurs de connaître le nombre exact de patients en SSC hospitalisés à temps complet dans l'établissement au moment de leur visite, ainsi que le nombre de ceux bénéficiant d'un programme de soins.

En effet, selon les données qui leur ont été communiquées par les unités, dix-sept patients sont hospitalisés en SSC au premier jour du contrôle : dix le sont à la demande d'un tiers, sept sur décision du représentant de l'État, dont une personne détenue et une autre jugée irresponsable pénalement ; un patient bénéficie d'un programme de soins. Selon ces informations, à trois exceptions près, ces personnes sont hospitalisées dans l'une des unités d'admission fermées, en particulier le pavillon 5.

Toutefois, la « *situation en lits journalière* » transmise, à leur demande, aux contrôleurs par le bureau des admissions du CHS fait apparaître une réalité différente des prises en charge à la date envisagée : selon ce document, au matin du 7 octobre 2019, quatorze patients sont hospitalisés à la demande d'un tiers et dix-neuf sur décisions du représentant de l'État. A ces derniers, s'ajoutent trois autres patients hospitalisés au titre d'un péril imminent et deux personnes détenues ou jugées irresponsables pénalement – soit un total de trente-huit patients en SSC.

La « *situation en lits journalière* » au matin des jours suivants (8 octobre à 8h45 et 9 octobre à 8h) comme celle éditée à la fin de chacune de ces journées, qui ont également été communiquées aux contrôleurs, sont cohérentes avec ces dernières données.

Ces différences importantes de référencement des statuts d'hospitalisation n'ont pas été clairement expliquées malgré les nombreux questionnements des contrôleurs. Il leur est finalement apparu que le suivi, par l'établissement, des procédures de soins sans consentement est globalement défaillant, faute de mise en œuvre d'une organisation réfléchie pour ce faire et en l'absence tant d'outils adaptés que de formation du personnel.

Alors, en effet, que le bureau des admissions est censé organiser l'ensemble des prises en charge initiales de l'établissement, c'est le secrétariat du service de psychiatrie générale qui assure le suivi administratif des procédures de SSC : rédaction de la décision du directeur ordonnant de tels soins ou transmission à l'unité d'admission concernée (5 ou 5 bis, voire 6) de celle du représentant de l'Etat et suivi ultérieur des procédures.

Le bureau des admissions n'est ainsi informé de la présence de patients admis sur décision du haut-commissaire que par les secrétariats des unités concernées, au titre du suivi de l'occupation des lits et de la facturation. Quant aux agents du secrétariat du service de psychiatrie générale, ils n'ont tout simplement jamais été mis en mesure d'assurer le suivi qui leur est imparti des mesures de SSC. En effet, alors qu'ils sont chargés de l'admission dans les unités 5 et 5 bis, puis du suivi – dans ces unités, mais aussi dans l'unité 6 et éventuellement le pavillon 3-2 – des patients en SSC, aucun outil pertinent n'a été mis en place pour leur permettre d'assurer cette mission. Ces agents ne se sont, en outre, jamais vu proposer de formation spécialisée pour ce faire. Au moment du contrôle, deux personnes ont la charge de ce secrétariat : la première remplace depuis un mois un agent en arrêt de travail et la seconde, en poste depuis une année, n'a pas reçu de formation et précise que sa prédécesseure « *est partie avec le cahier de consignes* ».

Si les contrôleurs ont pu apprécier l'investissement manifeste et indiscutable de ces agents ainsi que leur bonne volonté et leurs initiatives pertinentes pour tenter d'élaborer des tableaux de bord à même de permettre l'amélioration du suivi des mesures de SSC (à partir d'un fichier Excel®), l'organisation générale de ce suivi est manifestement insuffisante, faute de réflexion d'ensemble au niveau de l'établissement.

Il en résulte la « *disparition* » dudit fichier informatique de patients en SSC, notamment lorsqu'ils sont transférés des unités 5 et 5 bis vers d'autres pavillons, ou encore lorsqu'un programme de soins est mis en œuvre ; mais également une tenue imparfaite des registres de la loi et l'absence de présentation au juge des libertés et de la détention de patients relevant pourtant de sa compétence (voir *infra*, § 5.3, 5.5 et 5.6).

Ces multiples défaillances, dont l'impact sur les droits propres de ces patients ne doit pas être sous-estimé, ne sont pas contestées par la direction de l'établissement qui admet qu'il « *y a quelque chose à parfaire* » tant à cet égard qu'à celui de la situation immobilière des unités fermées 5 et 5 bis (voir *infra*, § 7.1) ou en matière d'isolement et de contention (voir *infra*, § 9). Plusieurs de ces lacunes avaient pourtant déjà fait l'objet d'observations de la part du CGLPL à l'issue de la visite organisée en 2011.

## RECOMMANDATION 5

L'établissement doit sans délai mettre en place une organisation de ses services de nature à permettre l'administration et le suivi rigoureux des mesures de soins sans consentement, tant en hospitalisation complète qu'au titre de programmes de soins éventuels. Une réflexion d'ensemble impliquant les différents services du centre hospitalier est en ce sens nécessaire, tout comme la mise en place de formations spécialisées des agents chargés de cette mission et d'outils adaptés leur permettant de l'assurer effectivement.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, la direction de l'établissement évoque :

- au titre des actions programmées dans les dix-huit mois : « *une analyse du processus complet de l'hospitalisation sans consentement est prévue en août 2020. Un infirmier stagiaire de niveau master 2 "Santé publique parcours évaluation de santé" a été recruté pour effectuer*

son stage de fin d'étude au sein de l'établissement avec cet objectif. Les éléments produits par le CGLPL lors de ses visites seront bien sûr intégrés à ce travail. » ;

- au titre des actions programmées au-delà de dix-huit mois : « un plan d'actions exhaustif incluant notamment la création d'outils adaptés et les formations ad hoc pour les agents concernés, issu de l'analyse du processus complet de l'hospitalisation sans consentement, sera défini et mis en place. Le dispositif fera ensuite l'objet de contrôles internes réguliers pour garantir un fonctionnement optimal. »

Le CGLPL prend acte de ces observations dont il déplore cependant le caractère encore abstrait, plus de huit mois après la visite de l'établissement à l'issue de laquelle cette recommandation avait, comme d'autres du présent rapport, été formulée oralement.

S'il résulte de ce qui précède que ces données doivent être prises avec une certaine précaution, le rapport d'activité du CHS pour l'année 2018 propose un tableau des hospitalisations sous contrainte en Nouvelle-Calédonie entre 2004 et 2018 qui est reproduit ci-après.

Selon ces données, le nombre global de ces hospitalisations serait en diminution constante depuis 2013, pour atteindre le nombre de 362 en 2018 – ce qui correspond aux informations transmises par ailleurs, citées précédemment ; toutefois, les données mentionnées par statut d'hospitalisation ne correspondent pas à celles également communiquées et le total des nombres indiqués dans ce tableau par statut d'hospitalisation ne correspond pas à 362. L'exactitude de ces statistiques est donc également sujette à réserves, bien qu'elles offrent une vue d'ensemble approchant sans doute la réalité, dont il ressort là encore un taux élevé d'hospitalisations au titre d'un péril imminent.

### Les hospitalisations sous contrainte en Nouvelle-Calédonie (entre 2004 et 2018) :

Années	H.O.	H.O./P.J.	D.398 CPP		HDT		Mineurs	TOTAL	Entrées Dir.	% Entrées
2004	29	6	10		225		-	270	801	33,7 %
2005	45	4	6		267		5	327	831	39,3 %
2006	29	1	17		213		2	262	735	35,6 %
2007	29	1	15		278		7	330	764	43,2 %
2008	33	3	13		241		4	294	755	38,9 %
2009	36	2	15		252		4	309	729	42,4 %
2010	58	1	15		214		8	296	718	41,2 %
Années	SPSCDRE	PJ	D.398 CPP	SPI	SPSCDI	SPSCDTU	Mineurs	TOTAL	Entrées Dir.	% Entrées
2011	62	3	19	-	226		9	316	706	44,7 %
2012	52	13	22	5	250		8	350	791	44,3 %
2013	44	15	15	22	297		13	406	827	49,1 %
2014	45	15	15	37	271		16	399	821	48,6 %
2015	56	16	19	40	262		7	400	773	51,7 %
2016	35	16	20	48	241	9	6	375	736	50,1 %
2017	35	19	11	91	223	9	9	397	869	45,6 %
2018	27	9	25	102	193	8	2	362	899	40,3 %

### *CHS Albert Bousquet, Rapport d'activité du service de psychiatrie générale, année 2018*

Légende :

H.O. : hospitalisation d'office - P.J. : judiciaire / D. 398 CPP : personnes détenues / HDT : hospitalisation à la demande d'un tiers

SPSCDRE : soins psychiatriques sous contrainte sur décision du représentant de l'Etat

PJ : irresponsabilité pénale

SPI : soins ordonnés par le représentant de l'Etat au titre d'un péril imminent

SPSCDT - U : soins psychiatriques sous contrainte à la demande d'un tiers – en urgence

## 4. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS

### 4.1 LES DOCUMENTS D'INFORMATION GENERALE SONT OBSOLETES ET PEU ACCESSIBLES, LEUR CONTENU EST IMPRECIS ET PARFOIS ERRONE

#### 4.1.1 Le règlement intérieur

Le règlement intérieur actuellement en vigueur date du 15 décembre 2006. Il compte quarante-trois pages et quatre-vingt-onze articles.

Du fait de l'absence de mises à jour, il comprend aujourd'hui un certain nombre d'erreurs ou d'inexactitudes.

Par ailleurs, s'agissant du quotidien des patients, il manque de précision et renvoie très fréquemment aux règles de vie des unités.

Ce document long, parfois technique, souvent obsolète, ne peut être considéré comme un document utile pour les patients ou leurs proches.

S'agissant de la partie du règlement relative aux patients, une réactualisation est en cours. Un projet, daté du 7 octobre 2019 – soit le premier jour de la visite – a été transmis aux contrôleurs. Il ne leur a pas été communiqué de date prévisible de validation et de diffusion de ce document.

#### 4.1.2 Le livret d'accueil

Le livret d'accueil a été refait il y a quelques années par le directeur, la directrice des soins et la précédente responsable de la qualité.

Il s'agit d'un document didactique, illustré et facile à lire. Toutes les informations de base y sont présentes. Elles sont toutes pertinentes à l'exception de celles contenues dans le paragraphe sur « *le droit de faire appel* ». Il est en effet indiqué, page 17 : « *Conformément à l'ordonnance du 28/08/2008, lorsque vous faites l'objet d'une hospitalisation sans consentement, vous êtes en droit de faire appel en adressant une requête ou une réclamation au directeur de l'établissement. Ce dernier se chargera de la transmettre aux autorités judic[i]aires et administratives compétentes* ».

Ce filtre par le directeur de l'hôpital, déjà dénoncé par le CGLPL dans son rapport relatif à la visite de l'établissement réalisée en 2011, n'a aucun fondement : les patients doivent pouvoir écrire librement, directement et sans contrôle, notamment au juge des libertés et de la détention ou à toute autre juridiction ainsi qu'aux autorités telles que le CGLPL.

En outre, ce livret n'est plus diffusé aux patients au sein des unités d'admission sans consentement (5 et 5 bis). Le directeur a indiqué qu'il en avait stoppé la remise « *car les patients bouchent les toilettes avec* ».

Dans les unités de soins de suite (pavillons 3-2 et 6), les soignants n'en assurent pas non plus la diffusion car ils estiment que toutes les informations ont été communiquées dans les unités d'admission.

Un projet de document plastifié, de taille A3, serait à l'étude. A terme, il serait mis à disposition de tous les patients dans toutes les unités. Les contrôleurs s'interrogent sur la possibilité de transmettre autant d'informations dans un document A3, même *recto-verso*, que dans un livret d'accueil de dix-neuf pages. Surtout, ils constatent qu'au moment du contrôle, ni le livret d'accueil ni le document plastifié ne sont remis. Le patient ne bénéficie donc à son arrivée d'aucun document écrit à vocation généraliste sur le fonctionnement de l'hôpital.

## RECOMMANDATION 6

L'ensemble des patients doit recevoir un document leur présentant l'hôpital, son organisation et son fonctionnement ainsi que leurs droits et obligations pendant leur séjour ; de plus, et comme cela avait déjà été recommandé à l'issue de la première visite de l'établissement, ces informations doivent être complètes et ne contenir aucune erreur sur le droit applicable.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, l'établissement fait valoir que le livret d'accueil à destination des patients et des familles « *est accessible dans les salles de visite mais pas au sein de l'unité* » d'admission sans consentement « *au vu du risque de détérioration* » et qu'un « *affichage des droits et recours du patient est fait à l'UASC et à l'UPCSC mais ne fait pas l'objet d'une distribution.* » Il évoque en outre, au titre des actions programmées dans les dix-huit mois :

- « *une mise à jour du règlement intérieur de l'unité et des règles de vie associées sera réalisée après validation du projet par le conseil d'administration.* » ;
- « *un travail de protocolisation est en cours à l'UASC pour revoir les différentes étapes de l'accueil du patient (...) incluant l'information du patient. Une plaquette d'information sur les droits du patient hospitalisé sans consentement est également disponible sur le logiciel documentaire internet et est utilisé par les soignants de l'UASC. Toutefois les modalités de distribution de ce support doivent être intégrées dans le protocole d'accueil en cours d'élaboration et ce support mérite d'être développé concernant la partie droits et recours.* » ;
- « *le livret d'accueil général de l'établissement est en cours de réactualisation et devrait être disponible d'ici décembre 2020. Une réflexion spécifique sur l'accès à ce document des patients de l'UASC et à l'UPCSC sera menée en lien avec la protocolisation de l'accueil du patient précitée.* » ;
- « *de façon immédiate, 4 exemplaires du livret d'accueil de l'unité UASC pour chaque salon patient ont été plastifiés et mis à disposition.* » ;
- « *mettre à disposition un formulaire droits et recours mentionnant les coordonnées nécessaires à l'attention des patients.* »

Les livrets d'information destinés aux patients et aux familles des unités d'admission sans consentement ainsi que le projet de livret d'accueil général de l'établissement sont produits à l'appui de ces développements.

Le CGLPL prend acte de ces éléments mais déplore le report à plus de dix-huit mois – soit à près de deux années après la visite – des actions envisagées et la volonté affichée de ne pas remettre individuellement de livret d'information à chaque patient, notamment en SSC.

### 4.1.3 Le formulaire « *quels sont vos droits et recours ?* »

Un formulaire intitulé « *Quels sont vos droits et recours ?* » est accessible au sein des deux unités d'admission sans consentement (5 et 5 bis) ainsi que dans l'unité de postcure et de réhabilitation psychosociale sans consentement (pavillon 6).

Il n'est pas distribué à tous les malades mais disponible sur présentoir. Daté de décembre 2013, il est à jour des lois du 5 juillet 2011<sup>7</sup> et du 27 septembre 2013<sup>8</sup>. Il est assez complet quant aux droits et recours possibles mais une actualisation est nécessaire sur certains points : par exemple, il est désormais erroné d'indiquer que la possibilité de désigner une personne de confiance ne s'applique pas aux patients sous tutelle – cf. nouvel article L. 1111-6 du code de la santé publique modifié par l'ordonnance du 17 janvier 2018.

Il est en outre regrettable qu'il contienne une adresse inexacte s'agissant du Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Cette erreur explique peut-être la quasi-absence de saisines individuelles des patients de l'établissement.

#### 4.1.4 Les règles de vie des unités

Dans les unités 5 et 5 bis, un « *livret d'information patient* » existe mais il n'est ni remis ni accessible. Les contrôleurs n'ont constaté que quelques affichages sur les vitres des salles de soin, sans qu'il s'agisse d'un document récapitulant les règles de vie au sein de ces unités.

Au pavillon 6, un document intitulé « *modalités de vie* » est remis à chaque patient à son arrivée dans l'unité. Ce document n'est pas daté mais les soignants ont indiqué que sa rédaction datait d'il y a environ huit ans, sans mise à jour. Il contient certaines mentions inadaptées ou imprécises (les heures de repas n'y figurent pas). L'une d'entre elles est gravement attentatoire aux droits des patients : à l'issue d'un chapitre expliquant aux patients qu'ils n'ont pas le droit de fumer dans les chambres, de dégrader les locaux ou d'écouter de la musique trop fort, il est précisé : « *Si ces règles ne sont pas respectées, l'équipe pourra prendre des mesures telles que l'isolement, le report de sortie...* ». Or le placement en chambre d'isolement ou même le report de sortie ne peuvent constituer une réponse à un manquement aux règles de vie collectives. De plus, le placement en isolement doit être décidé par un médecin et non par l'équipe soignante.

A l'unité 3-2, un règlement intérieur est affiché. Par ailleurs, des règles de vie propres à l'unité sont remises au patient à son arrivée. Ce document a le mérite de poser un cadre mais contient lui aussi une prescription illégale : l'interdiction des relations sexuelles.

#### PROPOSITION 1

Les règles de vie propres aux unités doivent être harmonisées et ne pas contenir de prescription illégale.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, la direction du CHS fait valoir qu'une « *révision des règles de vie des unités sera effectuée dès que le règlement intérieur général sera publié. Il s'agira d'harmoniser celles-ci et de retirer les mentions non conformes aux droits et libertés fondamentales comme l'interdiction des relations sexuelles entre patients.* »

Le CGLPL prend acte de cet engagement.

<sup>7</sup> Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

<sup>8</sup> Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

#### 4.1.5 L'éparpillement de l'information générale

L'ensemble de ces documents – dont une partie seulement est directement accessible aux malades – donne l'impression d'une information éparse et souvent obsolète. Ils ont tous été établis à des époques différentes, sans coordination d'ensemble ; leur mode de diffusion n'est pas harmonisé. Cet éparpillement résulte d'une gestion documentaire fragile, pour ne pas dire inexistante. La nouvelle responsable de la qualité et de la gestion des risques a déjà identifié cette difficulté et compte rapidement améliorer la situation.

#### RECOMMANDATION 7

Un travail d'ensemble doit être mené autour des documents d'information générale destinés aux patients. Comme cela avait déjà été recommandé à l'issue de la visite de 2011, un règlement intérieur actualisé doit en premier lieu être établi. Une partie des règles de vie collectives doit y être fixée, pour éviter des différences de fonctionnement non justifiées entre unités. Les modalités de vie propres aux unités doivent ensuite être déclinées, en référence au règlement intérieur général. Enfin, les modes de diffusion de l'ensemble de ces documents doivent être arrêtés, dans le sens d'une distribution systématique et d'une accessibilité accrue pour les patients.

Dans ses observations, la direction du CHS fait valoir qu'il « s'agit de concilier les droits fondamentaux des personnes avec la protection des personnes vulnérables (femmes, mineurs adolescents). En effet la mixité présente dans certaines unités peut augmenter le risque d'agressions sexuelles et de rapports non consentis. » Par ailleurs, elle annonce dans les dix-huit mois :

- « une révision des règles de vie des unités » après publication d'un nouveau règlement intérieur ; « il s'agira d'harmoniser celles-ci et de retirer les mentions non conformes aux droits et libertés fondamentales (...). Cette mise à jour sera assortie d'une réflexion sur les modalités de diffusion de ce support. » ;
- « dans le cadre du chantier "V5" droits du patient, la thématique de l'information apportée au patient sera traitée dans sa globalité. » ;
- « une réflexion sur l'intégration du droit à la sexualité des patients dans le respect de la protection des patients sera engagée. »

#### 4.2 L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEUR SITUATION EST DEFILLANTE, SEULES LES DECISIONS DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION SONT FORMELLEMENT NOTIFIEES

S'agissant de sa situation personnelle, l'information du patient admis en soins sans consentement (SSC) doit porter sur sa situation juridique ainsi que sur les droits et voies de recours qui lui sont garantis.

Les décisions de soins sans consentement sont transmises par le secrétariat médical de la psychiatrie générale aux unités concernées ; le greffe du tribunal communique les décisions prises par le juge des libertés et de la détention (JLD) au même secrétariat qui les fait suivre aux unités.

Il a été indiqué aux contrôleurs que lors d'une admission en SCC, le médecin ou un soignant donne au patient une information sur son statut ; le médecin lui explique quels sont ses droits ainsi que les recours possibles. Cependant, aucun document n'est remis au patient, qu'il s'agisse d'une décision initiale du directeur ordonnant des SSC, d'un arrêté du représentant de l'Etat ordonnant de tels soins ou d'actes ultérieurs les renouvelant.

De plus, alors que ces décisions et arrêtés ne contiennent aucune motivation en fait, exposant les raisons d'ordre médical qui les justifient, le certificat médical sur lequel ces actes se fondent n'est jamais porté à la connaissance du patient.

En outre, il n'existe aucun formulaire énumérant les droits garantis aux patients admis en SSC par l'article L. 3211-3 du code de la santé publique.

Par voie de conséquence, malgré une note de service datée du 4 juin 2014 rappelant le caractère indispensable de la notification des décisions et arrêtés ordonnant ou prolongeant des SSC, celle-ci n'est pas formellement réalisée. Aucun justificatif ne peut d'ailleurs en être fourni par l'établissement.

Seules les décisions prises par le JLD sont formellement notifiées par le médecin ou un soignant – c'est-à-dire que la signature du patient est recueillie sur le formulaire idoine ; mais aucune copie de l'ordonnance du juge n'est, là encore, remise à la personne concernée.

### RECOMMANDATION 8

Les décisions ordonnant ou prolongeant des soins sans consentement doivent exposer les motifs de fait et de droit qui en constituent le fondement et doivent être effectivement communiquées aux patients qui en font l'objet. Elles doivent être accompagnées de la liste des droits afférents à ce statut d'admission. Comme pour les ordonnances du juge des libertés et de la détention, cette notification doit inclure la remise effective aux patients des actes qui les concernent et s'accompagner de toute explication utile à leur compréhension.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, l'établissement fait valoir que « *les informations sont faites de façon orale. Cependant, le patient compte tenu de son état n'intègre pas toujours les informations. La signature du document de notification de maintien ou de levée de la mesure de soins sans consentement après l'audience du JLD par les patients est systématiquement réalisée. La copie de la notification de l'ordonnance du juge est scannée dans le DPI du patient.* » ; et annonce, à dix-huit mois, la mise en place d'« *une formalisation dans le DPI de l'information donnée ainsi que de la copie du document expliquant les motifs de fait et de droit au patient. (...)* » puis, à plus long terme, l'objectif tendant à « *améliorer les extractions des indicateurs à partir du DPI* ».

Le CGLPL prend acte des intentions ainsi rapportées mais relève que ces observations révèlent la mauvaise compréhension apparente de la recommandation émise. A tout le moins, elles n'y apportent aucune réponse appropriée.

Par-delà l'absence de mise en place d'une information verbale et écrite suffisante et d'une procédure de notification efficiente, il ressort des renseignements communiqués aux contrôleurs qu'aucune formation particulière n'est délivrée aux soignants relativement aux SSC et aux droits des patients qui en font l'objet. Or les échanges intervenus avec les équipes font apparaître que les procédures relatives à ce type de soins contraints et à la situation des patients qui en font l'objet sont mal connues et peu investies des soignants. A cet égard, la « *note d'information* » datée du 23 août 2011 que la direction de l'établissement a communiquée aux contrôleurs gagnerait non seulement à être actualisée pour intégrer l'état actuel du droit et de sa mise en œuvre par le juge judiciaire, mais aussi à être complétée s'agissant des droits garantis aux patients admis en SSC, en particulier en ce qui concerne les voies de recours dont ils disposent.

### RECO PRISE EN COMPTE 3

L'établissement doit actualiser et compléter l'information qu'il fournit à ses équipes médicales et paramédicales relativement aux procédures de soins sans consentement et aux droits garantis aux patients concernés, et faire bénéficier tout ou partie de ce personnel de formations spécifiques à cet égard.

Dans ses observations, la direction du CHS fait état des éléments suivants :

- dans le délai de dix-huit mois : une formation « droits des patients et responsabilité des soignants » prévue en septembre 2020 ; « *en parallèle, une demande d'inscription dans le plan de formation 2021 d'une formation des professionnels sur la contention et l'isolement a été réalisée. Cette formation sera dispensée par des ressources internes.* » ; un « *plan de formation en cours d'élaboration pour le nouvel arrivant en psychiatrie* » ; et « *une grille d'évaluation du nouvel qui trace l'information donnée concernant la connaissance des protocoles spécifiques des unités a été mise en place en février 2020, ces grilles seront ensuite intégrées au dossier ressources humaines des agents.* » ;
- à plus long terme, « *la formation sur les procédures et réglementations fera partie des formations obligatoires à suivre par le personne nouvel arrivant.* »

Sont joints à ces observations le plan de formation 2019-2020 du CHS évoquant le projet de formation contention et isolement et le projet de formation sur l'accueil du nouvel arrivant, une page de présentation d'une formation intitulée « droit des patients et responsabilité professionnelle des soignants en psychiatrie », une grille d'évaluation « accueil nouveau professionnel IDE : UPCSC » et une autre page de présentation d'une formation intitulée « être infirmier en psychiatrie ».

#### 4.3 LA GESTION DES INCIDENTS ET DES VIOLENCES EST MARQUEE PAR L'ABSENCE DE PLAN DE PREVENTION DES VIOLENCES ENTRE PATIENTS MALGRE LEUR NETTE AUGMENTATION

##### 4.3.1 Les événements indésirables

L'ensemble des incidents est signalé par fiche d'événement indésirable (EI). Chaque agent peut remplir une fiche d'EI : il doit utiliser une application informatique baptisée Yesteam®. Les EI sont classés par type de risque : le déclarant doit donc choisir précisément le risque dans un menu déroulant avant de saisir le texte.

Il est possible de procéder à une déclaration anonyme. Ce dispositif est néanmoins très peu utilisé. A l'échelle de l'hôpital, 510 EI ont été signalés en 2018 ; ce chiffre est en baisse par rapport aux deux années précédentes<sup>9</sup>. Les risques les plus déclarés sont la non-conformité des admissions (trente-neuf EI), l'introduction de substances toxiques (trente-trois EI), le dysfonctionnement des alarmes ou des boutons d'appel (vingt-neuf EI) et les problèmes d'acheminement de patients (vingt-cinq EI). Sur ces 510 EI, 276 concernent la psychiatrie générale. Les risques déclarés sont protéiformes mais les trois plus signalés sont l'admission non conforme (trente-sept EI), l'introduction de substances toxiques (trente-deux EI, dont vingt au pavillon 6 et six pour les unités 5 et 5 bis) et les violences entre patients (douze EI, dont six au pavillon 6).

<sup>9</sup> 588 EI signalés en 2017 et 634 en 2016 (source pour les statistiques de l'ensemble de ce paragraphe, sauf mention contraire : rapport d'activité 2018 du bureau de la qualité et de la gestion des risques).

### 4.3.2 Les violences

Les violences sont en partie saisies au titre des EI, en partie traitées par d'autres biais. Le bureau de la qualité et de la gestion des risques tient des statistiques propres aux violences, en distinguant celles commises entre patients de celles commises par les patients ou leurs proches à l'encontre du personnel.

S'agissant des violences entre patients, les chiffres augmentent chaque année : douze faits signalés en 2017, vingt en 2018 et déjà vingt-cinq pour les neuf premiers mois de 2019. Un viol présumé a été déclaré à l'unité 3-2 ; l'enquête de police est toujours en cours.

Malgré cette inquiétante évolution, il n'existe pas de plan de prévention des violences entre patients. Seul un projet de protocole de prise en charge d'un patient en cas d'agression sexuelle a pu être transmis aux contrôleurs. Daté de juillet 2019, il n'était pas validé au moment de la mission. Certains infirmiers ont reconnu qu'ils méconnaissaient les procédures à suivre en cas de déclaration d'agression sexuelle par un patient.

C'est au pavillon 6 que la progression est la plus alarmante : aucune violence recensée en 2017, six en 2018 et déjà quinze pour les neuf premiers mois de 2019.

#### PROPOSITION 2

Face à l'augmentation des faits de violence entre patients, une réflexion doit être entreprise afin de mieux prévenir les conflits interpersonnels et mieux faire face aux situations de crise.

Au titre de ses observations du 27 juillet 2020, l'établissement fait valoir :

- que « *la grille d'évaluation du risque de passage à l'acte utilisée en UPCSC est intégrée dans le DPI* » ;
- que « *cette grille est peu applicable dans les autres unités en raison du turn-over des patients. Des groupes de parole au sein des unités permettent de reprendre les actes de violence avec les patients, des groupes de techniques cognitivo-comportementales (TCC) comme "mieux gérer ses émotions", "affirmation de soi" sont proposés en transversalité au sein du CHS.* » ;
- que « *les personnes ayant commis des actes de violence sont repris en entretien systématiquement par le médecin référent. La prise en charge des violences sur le personnel est formalisée (accompagnement des soignants, suivi psychologue.)* » ;
- que, cependant, dans les dix-huit mois, « *un groupe de réflexion sur les violences (thérapeutique, prise de toxique...) sera mis en place avec les professionnels ; un travail sur une grille de désescalade est à mener dans certaines unités (comme UPCSC, UPCRPS) afin de permettre à chaque professionnel d'avoir les mêmes réponses face aux comportements difficiles de certains patients suivis.* ».

Le CGLPL prend acte de ces observations et du projet de groupe de réflexion évoqué, dont il déplore cependant, notamment, le délai de mise en œuvre envisagé.

La situation est différente quant aux violences subies par le personnel. L'augmentation des agressions en 2017 et 2018 a provoqué une prise de conscience. Par ailleurs, le sentiment de vulnérabilité des agents a été étudié dans le cadre d'une réflexion sur la qualité des relations de travail en lien avec le comité d'hygiène et de sécurité. Dans un document élaboré en 2018 à la suite d'un questionnaire adressé au personnel, on peut notamment lire que « *13 % des sondés sont exposés à des agressions physiques, soit une trentaine de personnes ; 21 % des salariés vivent des*

tensions avec un public (usagers, patients, élèves, fournisseurs) ; 24 % des agents sont exposés à des agressions verbales, des injures et des menaces »<sup>10</sup>.

Au regard de l'ensemble de ces éléments, une campagne sur la prévention et la gestion de la violence contre le personnel a été lancée fin 2018, accompagnée d'une plaquette intitulée « *La violence, ne la banalisons plus, agissons !* », largement diffusée. Cette plaquette, sous forme de triptyque, explique comment l'hôpital « *a décidé de recenser et d'identifier la violence sous toutes ses formes, pour que chacun soit en capacité de mieux la prévenir, voire la gérer* ». Elle précise : « *Les conditions d'accueil des patients, la place donnée au patient et à son entourage, la gestion des équipes, la réflexion pluridisciplinaire dans la prise en charge de ces situations, sont autant de facteurs qui peuvent limiter les risques de violence et le recours aux mesures de contention et d'isolement* ». Une grille de prévention du passage à l'acte a été développée et diffusée, recensant certains facteurs de risque avec une cotation possible, patient par patient. Une cellule d'aide psychologique a été mise en place fin 2018. Par ailleurs, un lieu (« La Palmeraie ») est offert au personnel pour prendre du recul, s'apaiser ou encore faire face au contrecoup d'une agression verbale ou physique. Y sont pratiqués des massages, le yoga, la sophrologie. Consécutivement à une agression en 2018, le bureau de la qualité et de la gestion des risques a également élaboré un protocole de prise en charge en cas d'agression d'un personnel par un patient<sup>11</sup>. Ce protocole n'était toujours pas finalisé lors de la mission en octobre 2019. Au sein des unités néanmoins, les cadres de santé le connaissent et le mettent en œuvre, en lien avec la direction des ressources humaines.

Le rôle de l'observatoire national des violences en matière de santé (ONVS) a également été rappelé aux équipes, ce que les contrôleurs ont pu constater en échangeant avec certains infirmiers diplômés d'Etat (IDE). Néanmoins, aucun signalement à l'ONVS n'a pour le moment été effectué.

A l'échelle de l'hôpital en son ensemble, cinquante-six actes de violence commis par des patients sur le personnel ont été signalés en 2018, contre vingt-deux en 2017. Pour les neuf premiers mois de 2019, ce chiffre s'établissait à trente-sept. La campagne de prévention commence donc à porter ses fruits, au moins en partie, puisque le nombre d'actes recensés est en baisse de 12 % par rapport à celui de l'année 2018 à la même époque. Les violences physiques ou verbales commises par les proches des patients (familles, visiteurs) sont également en baisse, de plus de 40 %.

S'agissant des services de psychiatrie générale, le chiffre des violences contre le personnel est variable d'une unité à l'autre mais il est constant d'observer que plus le degré de contrainte sur les patients est important, plus le nombre d'actes signalés est élevé :

- vingt-deux actes dans les deux unités d'admission fermées entre 2017 et le 1<sup>er</sup> octobre 2019 ;
- dix-neuf au pavillon 6 de postcure sans consentement sur la même période ;
- six à l'unité 3-2 de réhabilitation psychosociale.

Par ailleurs, dans ces quatre unités, la campagne de prévention ne s'est pas traduite uniformément. Si une baisse des actes recensés est constatée dans les deux unités fermées 5 et 5 bis (- 27 %) entre les neuf premiers mois de 2018 et les neuf premiers mois de 2019, ce n'est pas le cas au pavillon 6 (+ 71 %) ni à l'unité 3-2 (+ 200 %). Ces statistiques concernent de faibles nombres et peuvent difficilement exprimer une tendance. Néanmoins, l'attention de la direction doit être appelée sur le fait que dans les unités accueillant des patients en SSC, la campagne de prévention a pour l'instant des effets limités. Le travail doit donc être approfondi et développé, notamment autour des

<sup>10</sup> Plan d'action « qualité des relations de travail » du CHS Albert Bousquet, 2018-2020, p. 51

<sup>11</sup> Rapport d'activité 2018 du bureau de la qualité et de la gestion des risques, p. 10

conditions d'accueil et de place accordée au patient, évoquées plus haut et pour lesquels il est judicieusement indiqué dans la plaquette qu'ils sont des facteurs limitant les risques de violence. Le présent rapport émet un certain nombre de recommandations sur ces questions (cf. *supra*, § 4.1 et 4.2).

#### 4.4 IL N'EXISTE PLUS DE COMITE D'ETHIQUE DEPUIS 2016

Selon les témoignages recueillis, un comité de réflexion éthique s'est réuni au CHS Albert Bousquet jusqu'en 2016. Il n'a pas été donné d'explications aux contrôleurs sur les raisons de sa disparition. Aucun médecin ou personnel d'encadrement n'a souhaité spontanément le remettre en place depuis. Il n'existe pas d'impulsion de la direction ou du chef de service de psychiatrie générale sur ce sujet.

#### RECO PRISE EN COMPTE 4

Les questions éthiques soulevées par les membres du personnel dans leur exercice quotidien doivent pouvoir être abordées dans un comité de réflexion accessible à l'ensemble des soignants et ouvert à des personnalités extérieures à l'établissement. La direction doit favoriser la renaissance de ce comité.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, l'établissement annonce, dans les dix-huit mois, un « *projet de constitution d'un comité d'éthique actuellement à l'étude. La possibilité de faire un comité d'éthique mixte avec le CHT Gaston Bourret qui vient de réactiver le sien et permettrait d'enrichir les réflexions encouragerait la mixité des points de vue.* » ; « *en parallèle, un projet de délibération relatif à la constitution d'une commission des usagers sera présenté en conseil d'administration en juillet 2020.* » Ledit projet de délibération est joint à ces observations.

#### 4.5 LA NOTION DE PERSONNE DE CONFIANCE RESTE TRES PEU INVESTIE

Lors de la précédente visite, en 2011, les contrôleurs avaient constaté qu'une procédure était mise en place sur informatique à cet effet, appuyée par une note de service du directeur, mais qu'en réalité il n'était pas demandé aux patients de désigner une personne de confiance. Ce rapport recommandait donc, en conclusion, une attention particulière en la matière.

La situation a peu évolué en huit ans. Les soignants reconnaissent ne pas demander systématiquement aux patients s'ils souhaitent désigner une personne de confiance (pavillon 6), voire déclarent « *être mauvais là-dessus* » (unité 3-2).

Les contrôleurs n'ont pu obtenir le nombre de désignations qu'à l'échelle d'une unité (le pavillon 6) : cinq désignations sur dix-neuf patients.

En outre, lorsqu'une personne est désignée, elle n'est pas avertie de cette désignation. Ce dispositif est surtout perçu par les soignants comme une obligation administrative non prioritaire. Ce n'est qu'à titre exceptionnel que cette question intervient dans le soin (mention d'une personne de confiance dans une réunion clinique concernant un patient).

Plusieurs professionnels, qu'ils soient médecins, soignants ou administratifs, ont indiqué aux contrôleurs que la notion de personne de confiance ne serait pas adaptée à la culture kanak.

En effet, l'autorité morale est traditionnellement désignée et non choisie : il s'agit en principe de l'oncle maternel, appelé ici oncle utérin. Dès lors, il serait peu pertinent de demander à un patient kanak de choisir une personne de confiance, celui-ci n'ayant pas d'autre choix que de désigner son

oncle utérin. Pour prendre en compte cette spécificité, une réflexion sur la possibilité de désigner deux personnes de confiance pourrait être entreprise.

Par ailleurs, les contrôleurs ont constaté que le livret d'accueil (p. 17) ne réservait la possibilité de désigner une personne de confiance qu'aux majeurs non protégés. Or l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, cité dans le livret, a été modifié en 2018. Désormais, lorsqu'une personne a fait l'objet d'une mesure de tutelle, « elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille ».

#### RECO PRISE EN COMPTE 5

Il doit être systématiquement proposé aux patients la désignation d'une personne de confiance – voire de deux pour tenir compte des spécificités coutumières. La personne désignée doit être informée par l'établissement de sa désignation et des conséquences en découlant, et invitée à confirmer son accord sur cette désignation. Par ailleurs, il ne doit plus être interdit, de fait, aux patients protégés de désigner une personne de confiance.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, la direction de l'établissement fait valoir que « le recueil de la personne de confiance est fait de façon systématique en gériatrie, toutefois ce n'est pas le cas en effet en secteur de psychiatrie. » Elle annonce, dans les dix-huit mois, « une sensibilisation générale du personnel (...) au 4<sup>e</sup> trimestre 2020. Dans le cadre de cette sensibilisation un support dédié sera créé (flyer personne de confiance) et la traçabilité de l'information transmise aux personnes désignées et aux patients sera prévue. L'efficacité de cette sensibilisation pourra ensuite être évaluée via le taux de remplissage de la rubrique (...) dans le DPI. » Un « guide pratique usagers » intitulé « A l'occasion de vos soins, vous pouvez être assisté d'une personne de confiance » et présenté comme une « édition 2020 » est joint à ces observations.

#### 4.6 LES PATIENTS NE SONT PAS INCITES A VOTER

Les services de l'hôpital n'ont pu donner aux contrôleurs aucun élément chiffré relatif au vote des malades. Il leur a été indiqué que les informations relatives aux scrutins électoraux leur étaient transmis le plus en amont possible pour que chacun puisse prendre ses dispositions, une note du directeur étant en outre affichée à cette fin. Les contrôleurs ont consulté la note réalisée dans le cadre des dernières élections : il s'agit en réalité d'un document adressé au personnel, pour permettre l'exercice du droit de vote des soignants qui travaillent le jour du scrutin. Ce type de note est donc affiché dans les salles de soin des unités et dans les locaux du personnel. En revanche, aucune information écrite n'est transmise aux patients. Seule une mention laconique figure au livret d'accueil (qui n'est plus distribué par ailleurs) : « Si vous êtes majeur, vous pouvez exercer votre droit de vote à condition d'être inscrit sur les listes électorales ».

Les informations recueillies sont très disparates. Selon le bureau des affaires générales, les patients ne bénéficieraient pas d'autorisations de sortie pour aller voter : c'est le système des procurations qui serait favorisé, pour ceux qui le peuvent. Il y aurait très peu de demandes.

Dans les unités, les contrôleurs ont reçu des témoignages contraires : les autorisations de sortie seraient fréquentes et l'accès au vote serait facilité et anticipé (unités 5 et 5 bis). Dans d'autres, il a pu être indiqué que le haut-commissaire refuserait les demandes de sortie pour les élections (unité 3-2). Les soignants n'ont pas pu indiquer si les demandes étaient tout de même formulées et se soldaient par un refus, ou si elles n'étaient même pas émises sachant que la réponse serait négative.

Au total, l'accès au vote n'est nullement piloté au niveau institutionnel, ce qui ne manque pas d'étonner dans le contexte particulier de la Nouvelle-Calédonie (référendum sur l'indépendance à venir en septembre 2020).

#### 4.7 LES PATIENTS ONT ACCES A DEUX AUMONERIES AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

L'article 41 du règlement intérieur précise : « *Les hospitalisés peuvent participer à l'exercice de leur culte. Ils peuvent recevoir, sur demande adressée à l'administrateur de garde de l'établissement, la visite du ministre du culte de leur choix. Un office religieux est célébré périodiquement dans la chapelle du CHS selon les horaires affichés dans les unités de soins* ». Ces dispositions ne sont plus à jour : ce n'est pas à l'administrateur de garde que le patient doit signaler son souhait d'être visité par un aumônier. Par ailleurs, si la chapelle sert bien de bureau aux aumôniers, il ne s'y célèbre plus de culte.

Même si sa formulation sur ce point est inchangée depuis la précédente visite du CGLPL en 2011, le livret d'accueil (p. 13) est moins obsolète. Des informations font cependant défaut. Il est indiqué que « *l'aumônier des hôpitaux est présent tous les lundis après-midi à 14h à la chapelle du centre* » mais il n'est pas précisé de quelle religion il s'agit, ou bien si cette phrase concerne tous les aumôniers quel que soit leur culte. Il est aussi fait référence au pasteur, « *qui visite le centre de façon régulière* », cependant on ne sait ni quand ni comment le joindre. Un affichage sur la porte de la chapelle mentionne son numéro : la ligne n'est plus attribuée. Surtout, rien n'est indiqué pour les patients qui ne sont pas autorisés à sortir de l'unité et ne peuvent donc se rendre à la chapelle.

L'aumônerie la plus implantée est l'aumônerie catholique, au titre de l'aumônerie générale des hôpitaux et cliniques de Nouvelle-Calédonie. L'aumônier, présent depuis six ans, reçoit à la chapelle ou se rend dans les unités. Même les deux unités d'admission fermées (5 et 5 bis) lui sont accessibles, ce qui constitue un progrès car tel n'était pas le cas lors de la première visite. Deux fois par mois, il célèbre une messe à l'unité de long séjour psychiatrique pour les patients en soins libres et, par exception, les patients en SSC des autres unités qui ont été autorisés à s'y rendre. Au sein de l'hôpital, son intervention est beaucoup plus fréquente en gériatrie.



La chapelle du CHS

Un aumônier protestant intervient également (son véritable numéro de téléphone se trouve dans le livret d'information mensuel *Espérance*, émanant de l'aumônerie catholique des hôpitaux et cliniques). Il n'y a pas d'aumônier pour les autres cultes ; selon l'aumônier catholique, il n'y a pas de demande pour ceux-ci.

En l'absence de document écrit concernant les aumôneries au sein des unités, les patients des unités fermées doivent s'adresser aux soignants pour obtenir des informations sur l'exercice du culte. C'est par leur seul intermédiaire qu'ils peuvent rencontrer l'aumônier catholique ou l'aumônier protestant, ce qui n'est guère adapté. Pour les patients en SSC, les rencontres ont lieu au sein des unités, jamais dans la chapelle.

#### 4.8 LES DEMANDES DE PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS SONT NOMBREUSES ET LES FRAIS D'EXPERTISE MEDICALE EXPOSES DANS CETTE PROCEDURE NE SONT PAS A LA CHARGE DU PATIENT

Dans les unités accueillant des patients en SSC, la proportion de patients placés sous curatelle ou tutelle est importante (les trois quarts au pavillon 6, par exemple).

Le repérage des patients susceptibles d'être placés sous protection juridique est assuré par les assistantes sociales (trois à l'échelle de l'hôpital).

L'expertise est effectuée par l'un des médecins agréés par la cour d'appel de Nouméa. Contrairement à la métropole (où elle coûte 160€), elle n'est ici pas facturée au patient. Les contrôleurs ne sont pas parvenus à savoir si l'expertise était gratuite ou si son coût était pris en charge par la collectivité, par exemple par le gouvernement de Nouvelle-Calédonie qui a compétence sur les affaires sanitaires et sociales de l'archipel.

#### BONNE PRATIQUE 1

Les frais d'expertise pour les décisions de protection juridique ne sont pas à la charge du patient.

Les juges des tutelles désignent comme mandataires l'association de coopération sociale et médico-sociale (ACSMS), l'association gestion tutelle Nouvelle-Calédonie (AGTNC) ou encore des mandataires familiaux. Pour les patients en psychiatrie, les juges des tutelles retiennent le plus souvent l'ACSMS.

L'ACSMS a remplacé la gérance de tutelle, décrite dans le précédent rapport de visite, en 2013. Elle est composée de quatre mandataires et dispose de bureaux au sein même de l'hôpital. Elle suit les dossiers, accueille et conseille le public et distribue l'argent en numéraire (elle dispose d'un coffre au sein de ses locaux). Les quatre mandataires (trois salariés sous contrat, la quatrième étant mise à disposition) sont tous issus de la filière médico-sociale : deux anciens éducateurs spécialisés, une ancienne assistante sociale, une ex-infirmière. Certains ont exercé au CHS Albert Bousquet comme soignants.



*Le bâtiment des mandataires*

L'ACSMS dispose d'un mandat pour 213 personnes, dont 36 patients hospitalisés à temps complet. La distribution d'espèces aux patients a lieu tous les lundis et vendredis. Ceux-ci se déplacent au bâtiment des mandataires, le cas échéant accompagnés par un soignant. Si les patients ne sont pas autonomes ou pour certains patients en SSC, les mandataires peuvent se déplacer au sein des unités. L'ACSMS assure aussi l'achat du tabac pour le compte des patients sous tutelle ou sous curatelle. Elle ne procède à aucune ponction sur leur compte bancaire.

L'AGTNC ne dispose pas de bureau au sein de l'hôpital. Elle est surtout implantée en ville et destinée à un public qui dispose de ressources ou d'un patrimoine. L'une des caractéristiques de l'AGTNC est de mettre en place un compte de vie quotidienne pour la plupart des personnes prises en charge, pour faciliter la gestion directe d'une part de leurs ressources et favoriser leur autonomie. Ce dispositif mériterait d'être étendu et développé.

Selon les mandataires judiciaires rencontrés, les demandes de mise sous protection sont trop nombreuses. Deux explications pourraient être avancées :

- d'une part, les solutions intermédiaires – comme les mesures d'accompagnement personnalisé<sup>12</sup> – disponibles en métropole ne sont pas accessibles en Nouvelle-Calédonie ;
- d'autre part, la réévaluation récente de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) – le montant de l'allocation passant de 20 000 à 89 000 francs CFA – aurait conduit à la sur sollicitation des personnes concernées pour qu'elles acceptent d'être placées sous curatelle ou tutelle. Les structures médico-sociales y auraient vu l'assurance que l'AAH, correspondant désormais à une somme conséquente, ne soit pas rapidement dépensée mais puisse notamment servir aux frais médicaux.

Il arrive par conséquent que les mandataires judiciaires (l'ACSMS en particulier) demandent au juge des tutelles le retrait de la mesure. Les juges y sont en général favorables : le certificat médical du médecin en ce sens serait plus difficile à obtenir. Par ailleurs, le nombre de mesures suivies par le juge est désormais très important, il lui est difficile d'individualiser autant que par le passé le suivi de la mesure.

Les tuteurs et curateurs ne sont pas associés à la prise en charge du patient uniformément dans toutes les unités. Dans les deux unités d'admission fermées, ils sont très rarement invités et ne sont pas partie prenante au projet de sortie (un patient sous curatelle, âgé et angoissé, a récemment bénéficié d'une autorisation de sortie sans que son curateur en soit informé). Inversement, ils sont conviés aux synthèses individuelles au pavillon 6, sont avisés des autorisations de sortie des patients dont ils ont la responsabilité et s'y rendent régulièrement. Le lien est en général assuré *via* l'éducateur spécialisé. Enfin, la situation est plus ambiguë à l'unité 3-2. Les mandataires (notamment l'ACSMS) sont associés et participent aux réunions cliniques individuelles, une fois par mois. Mais leur positionnement est parfois pris pour une immixtion dans le soin par le personnel paramédical de l'unité, voire par les médecins. Une situation individuelle, dans laquelle une tutrice de l'ACSMS s'est opposée à un programme de soins qu'elle ne croyait pas viable, a notamment cristallisé les tensions. Le juge des tutelles avait été saisi par écrit. Des réunions ont permis d'aplanir en partie les difficultés.

---

<sup>12</sup> Les mesures d'accompagnement sont destinées à aider des personnes majeures dont les facultés ne sont pas altérées, mais qui sont en grande difficulté sociale et perçoivent des prestations sociales. Il existe deux types de mesure : la mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP), mise en place en accord avec la personne en difficulté, et la mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ), imposée par la justice à la personne en difficulté.

Enfin, depuis l'été 2019, les tuteurs et curateurs sont de nouveau convoqués à l'audience par le juge des libertés et de la détention. Le juge leur donne la parole à l'audience s'ils le souhaitent.

#### 4.9 LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION N'EST PAS UNIFORMEMENT ASSUREE

L'article 29 du règlement intérieur prévoit que les patients peuvent « *demande à ce qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou de toute autre manière sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé* ». Lors du contrôle, cette procédure n'était mise en œuvre pour aucun patient ; mais compte-tenu du caractère peu accessible du règlement intérieur, les contrôleurs estiment qu'ils ignorent majoritairement cette disposition.

La mise en œuvre de celle-ci est suivie au bureau des entrées, qui reçoit environ une demande par an, transmise par le cadre de santé ou l'un des soignants de l'unité en cause.

En revanche, la question n'est pas connue du standardiste, à la guérite d'entrée du CHS. S'il peut basculer l'appel au bureau des entrées pendant ses heures d'ouverture (de 7h30 à 16h30 du lundi au vendredi), il est démuné le reste du temps. Il peut donc commettre une maladresse en transférant directement l'appel à l'unité concernée, par exemple, ce qui – quelle que soit la réponse de celle-ci, attestera bien de la présence de la personne à l'hôpital.

Par ailleurs, dans certaines unités, les infirmiers ont indiqué aux contrôleurs qu'ils ignoraient ce droit.

#### RECOMMANDATION 9

Une consigne relative à la mise en œuvre du droit à la confidentialité de l'hospitalisation doit être rédigée et largement diffusée au sein de tous les services qui peuvent être contactés de l'extérieur.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, la direction de l'établissement annonce qu'à l'horizon de dix-huit mois, un « *document informatif à destination des différentes catégories de personnel concernées dont le personnel du standard sera rédigé, présenté et diffusé pour améliorer le respect de la confidentialité des informations relatives à la personne.* »

Le CGLPL prend acte de cet engagement, dont il déplore là encore le délai de mise en œuvre évoqué, mais tient à souligner que, par-delà la « *confidentialité des informations relatives à la personne* », c'est l'hospitalisation en elle-même qui doit pouvoir rester confidentielle si le patient en émet le vœu.

## 5. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 5.1 L'HOPITAL N'A PAS MIS EN ŒUVRE DE DISPOSITIF PARTICULIER LUI PERMETTANT D'ÊTRE REELLEMENT A L'ÉCOUTE DES PATIENTS ET DE LEURS PROCHES

#### 5.1.1 La prise en compte formelle de l'avis des usagers

A l'échelle de l'hôpital, il n'existe pas de conseil de vie en collectivité ou de réunion associant les usagers. En revanche, au sein des unités, des réunions soignants-soignés – parfois organisées à fréquence très rapprochée, comme dans les unités 5, 5 bis et 6 – permettent de prendre en compte la parole des malades au quotidien.

S'agissant de leurs familles, l'hôpital n'a pas mis en œuvre de dispositif formel lui permettant d'être spécifiquement à leur écoute. Depuis 2018, il développe néanmoins à leur attention un programme psychoéducatif (projet Profamille). Il s'agit de permettre aux personnes confrontées à la maladie psychiatrique d'un proche de mieux comprendre comment faire avec un malade dont les symptômes sont difficiles à gérer, et de réduire les conséquences du stress lié à cette situation sur leur propre santé.

Les questionnaires de satisfaction ont pour objet de recueillir leur avis mais aucune délivrance systématique n'est prévue, notamment faute de remise du livret d'accueil. Au niveau des unités d'admission fermées 5 et 5 bis, un distributeur de questionnaires a été installé dans le couloir accessible aux patients mais il est très peu utilisé. Ailleurs, le personnel dispose du document dans la salle de soins mais ne pense pas toujours à le remettre au patient le jour ou la veille de son départ. Partout, les soignants ont conscience de ne pas s'investir particulièrement sur ce sujet ; certains le jugent d'ailleurs mal formulé. Dans ces conditions, le taux de retour du questionnaire est naturellement très faible (190 questionnaires reçus pour toute l'année 2018, ce chiffre étant en outre en légère baisse par rapport à 2017). A titre d'exemple, en 2018, le bureau de la qualité et de la gestion des risques n'a pu analyser les retours que d'une vingtaine de patients des unités 5 et 5 bis alors qu'il s'agit des unités au *turn-over* le plus élevé. Les données du bilan annuel des questionnaires de satisfaction ne sauraient donc constituer des indicateurs fiables. Il est en outre peu exploitable compte-tenu d'incohérences dans les taux de satisfaction recensés, particulièrement en 2018.

#### 5.1.2 Les représentants des usagers

Deux associations interviennent au contact des patients de l'hôpital ou de leurs proches : l'union des amis et familles de malades et handicapés mentaux de Nouvelle-Calédonie (UAFAM-NC) et l'association Hippocampe.

L'UAFAM-NC ne représente pas directement les patients. Elle ne tient pas de permanence au CHS Albert Bousquet et ne les reçoit pas car elle n'est pas sollicitée. Cela tient essentiellement à l'absence de commission des usagers et au fait que les patients ignorent l'existence de cette association. Les contrôleurs ont rencontré l'un des bénévoles, présenté comme le principal représentant des usagers parce qu'il siège à la commission des soins psychiatriques. L'intéressé a indiqué qu'il était contacté une ou deux fois par an par des proches de patients hospitalisés, soit pour bénéficier d'un soutien ou d'une écoute, soit pour obtenir des conseils sur des structures médico-sociales. Il est à noter que l'UAFAM-NC gère deux maisons familiales, représentant dix lits au total (l'un des patients accueillis est en SSC, en programme de soins). Le bénévole de l'UAFAM-

NC n'est pas non plus destinataire des réclamations des usagers ni des demandes de consultation des dossiers médicaux.

L'association Hippocampe, basée à Nouméa, a pour objet de regrouper les familles et les amis des personnes – ainsi que les personnes elles-mêmes – souffrant de schizophrénie et de pathologies psychiatriques chroniques ou génératrices de handicap. Sa finalité est de promouvoir l'autonomie de ces personnes, leur insertion ou leur réinsertion. Comme pour l'UAFAM-NC, les bénévoles de celles-ci ne rencontrent pas les patients du CHS mais uniquement leurs proches. Aucun affichage au sein des unités ne permet aux malades de les solliciter.

Dans ce contexte, l'hôpital n'a pas construit de maison des usagers ou même mis à disposition un local pour les bénévoles de ces associations. Les rares rencontres avec les familles se font à l'extérieur du site.

### 5.1.3 La commission des usagers

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé n'a pas prévu que les dispositions relatives à la commission des usagers s'appliquent en Nouvelle-Calédonie. En vertu du principe de spécialité législative, l'article L. 1112-3 du code de la santé publique ne s'applique donc pas sur le territoire et aucune commission des usagers (CDU) n'a été constituée dans l'établissement.

Il n'est pas impossible d'en créer une pour autant : à la suite de la précédente visite du CGLPL (octobre 2011), le directeur avait indiqué dans sa réponse de mars 2012 au rapport de constat qu'il comptait mettre en place une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (ancienne dénomination de la CDU)<sup>13</sup>. Du reste, la clinique voisine de Kuindo-Magnin a installé une CDU au mois de juin 2018.

Interrogé sur cette question, le directeur a indiqué qu'il comptait proposer le principe d'une telle commission au prochain conseil d'administration de l'hôpital.

## RECO PRISE EN COMPTE 6

Même si l'article L. 1112-3 du code de la santé publique relatif à la commission des usagers n'est pas applicable en Nouvelle-Calédonie, un dispositif permettant de recueillir l'avis des malades et de leurs proches sur la qualité de leur prise en charge doit être mis en œuvre. Par ailleurs, les associations d'usagers doivent être mieux associées à la vie de l'hôpital et pouvoir rencontrer des patients au sein de celui-ci.

Dans ses observations présentées le 27 juillet 2020, la direction de l'établissement fait valoir que, « malgré un taux de retour faible, un questionnaire de sortie est en place pour recueillir la satisfaction des patients » et énumère les éléments suivants programmés dans les dix-huit mois :

- « un projet de délibération relatif à la constitution d'une commission des usagers sera présenté en comité d'administration en juillet 2020 » ;
- « une cellule d'écoute et d'information sera déployée en septembre 2020 par les infirmiers de réhabilitation » ;

<sup>13</sup> Rapport de la première visite du CGLPL, 2011, p. 22

- « la nouvelle version du livret d'accueil et des questionnaires de satisfaction sera disponible au 3<sup>e</sup> trimestre 2020. En sus du questionnaire de satisfaction général, un questionnaire spécifique est prévu pour les consultations. » ;
- « une réflexion sera également menée sur les seuils de satisfaction recueillis pour chacun des items ainsi que sur les modalités d'accès aux questionnaires pour les patients afin de favoriser leur utilisation. »

Sont joints à ces observations le « Bilan 2019 des questionnaires de satisfaction » et une affichette d'information aux familles de patients proposant une écoute par des infirmières de réhabilitation sociale. Le projet de délibération créant une commission des usagers, censé être présenté au conseil d'administration le 24 juillet 2020, est également transmis.

## 5.2 LES RECLAMATIONS SONT SUIVIES AVEC RIGUEUR, MAIS LEUR FAIBLE NOMBRE POSE QUESTION

Les patients saisissent par oral les soignants de leur unité, notamment les cadres de santé, pour toutes les demandes courantes (changement de chambre par exemple). Par ailleurs, il a été indiqué que le directeur se rendait régulièrement au sein des unités, répondant ainsi directement à certaines réclamations exprimées oralement. De même, les patients en soins libres peuvent se présenter à son bureau, en zone administrative. Ils sont reçus par lui-même ou par la responsable du bureau des affaires générales (BAG). Une partie des réclamations des patients est ainsi traitée sans traçabilité particulière.

Il est également possible de saisir par écrit le directeur. Cette éventualité est prévue par le livret d'accueil (p. 18) – malheureusement non diffusé aux patients en SSC (cf. *supra*, § 4) – et par l'article 27 du règlement intérieur.

Toutes les saisines sont transmises à la responsable du BAG qui est chargée de leur recensement et de leur suivi. Selon des critères non écrits qui n'ont pu être expliqués avec précision aux contrôleurs, ces saisines sont réparties en deux catégories : les plaintes et les réclamations. Leur traitement est identique. Toutes sont enregistrées sur un fichier numérisé que les contrôleurs ont pu consulter. Il n'est pas établi d'accusé-réception écrit. Chacune fait l'objet d'une analyse, souvent en lien avec le cadre de santé de l'unité concernée. Les éléments sont collectés par la responsable du BAG, qui met en forme une réponse à la signature du directeur. Si le patient a quitté l'hôpital, le courrier est envoyé à son adresse de sortie. Les délais de réponse sont très variables (entre 1 et 135 jours selon la complexité de l'affaire), la moyenne s'établissant autour de vingt jours ces cinq dernières années.

En l'absence de commission des usagers (cf. *supra*, § 5.1.3), il n'existe pas de médiateur nommé par celle-ci. Néanmoins, la question est en cours de réflexion au niveau de la direction et il a été indiqué que la nomination d'un médiateur médecin et d'un médiateur non-médecin constituait un objectif à moyen terme.

L'examen des cinquante-trois saisines recensées dans les fichiers des plaintes et des réclamations depuis 2013 permet d'établir les constats suivants :

- quatre saisines n'ont pas été émises par des patients ou leurs familles mais par des personnes extérieures (professionnels de santé, riverains, fournisseurs) et six ne concernent pas la direction mais des juridictions (quatre pour le juge des libertés et de la détention, deux pour le tribunal administratif), seule la transmission au greffe compétent ayant donc été effectuée. On peut donc considérer que ces fichiers contiennent en réalité quarante-trois saisines au sens de la réclamation interne, soit sept par an en moyenne ;

- la moitié de ces quarante-trois saisines a été formulée par des proches de patients et non les patients eux-mêmes ;
- sur ces quarante-trois saisines, dix-sept concernent des patients ou familles de patients des unités d'admission fermées 5 et 5 bis, les autres unités accueillant des patients en SSC étant très peu représentées (deux plaintes pour le pavillon 6 de postcure sans consentement, une seule pour l'unité 3-2 de réhabilitation psychosociale).

A l'échelle de l'hôpital, les réclamations les plus fréquentes concernent la facturation et les frais d'hospitalisation. S'agissant des saisines qui concernent les unités psychiatriques, ce sont aussi des difficultés du quotidien qui sont soulevées : perte d'une enveloppe contenant des espèces lors d'un transfert entre unités, problème de gestion du linge ou encore réclamation relative au manque d'activités. En tout état de cause, le faible nombre de réclamations, surtout de la part des patients, traduit une absence de communication sur la question.

### RECOMMANDATION 10

Les patients et leurs proches doivent être mieux informés qu'ils peuvent formuler des réclamations auprès du directeur.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, l'établissement fait valoir qu'une nouvelle version du livret d'accueil (dont copie est jointe) et des questionnaires de satisfaction seront disponibles au troisième trimestre 2020 et qu'une « réflexion pour augmenter les supports pertinents et la diffusion de l'information sera menée (règles de vie et règlement intérieur, campagne de communication...) » dans les dix-huit mois. Le CGLPL prend acte de ces informations mais relève que l'établissement précise par ailleurs que la remise systématique aux patients du nouveau livret d'accueil n'est pas envisagée. Dans ces conditions, ces observations restent insuffisantes.

### 5.3 LES REGISTRES NE CONTIENNENT PAS TOUTES LES MENTIONS PREVUES PAR LA LOI ET NE PERMETTENT PAS UN CONTROLE AISE DE LA REGULARITE DES PROCEDURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT

Les registres sont tenus au secrétariat médical de la psychiatrie générale par deux agents qui n'ont reçu aucune formation particulière pour occuper ce poste (voir *supra*, § 3.4).

Deux registres sont ouverts : l'un pour les soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'état (SDRE) et l'autre pour les soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers (SDT) et en cas de péril imminent (SPI).

Dans aucun des registres ne sont collées les copies des certificats médicaux et des décisions relatives au déroulé des soins sans consentement.

Dans le registre relatif aux SDT, une seule page est consacrée à chaque patient. Le secrétariat photocopie le cartouche prévoyant les renseignements d'état civil du patient et le colle sur une page initialement consacrée dans sa totalité à la transcription des certificats médicaux. Sur cette page figurent, dans la moitié gauche, l'identité du patient et éventuellement celle du tiers et, sur la moitié droite, la date des certificats médicaux et notamment celle du certificat médical des 24h puis la décision d'admission datée la veille « du docteur X », ce qui crée une confusion entre la date du certificat médical et celle de la décision d'admission prise par le directeur. Cette décision ne figure pas dans le registre. De même, lors de la fin de la mesure il est mentionné : « *certificat médical de levée du docteur X en date du...* » puis « *décision mettant fin à la mesure au ... (même date) du*

docteur X ». De façon générale, il existe une confusion entre la date de la décision et la date du certificat médical sur lequel elle s'appuie. Lorsqu'il n'y a plus de place pour inscrire les dates des certificats médicaux, une nouvelle page coupée en deux dans le sens de la longueur est collée sur le registre.

Dans le registre réservé aux SDRE, trois pages sont réservées à chaque patient ; sur la première figurent les renseignements d'état civil du patient ainsi que la date d'admission en soins psychiatriques et les dates des arrêtés du haut-commissaire et sur les pages suivantes figurent la date des certificats médicaux de situation ; aucune pièce n'est photocopiée et réduite pour être collée dans le registre ; les demandes de sortie ne sont pas mentionnées.

Pour consulter le contenu des certificats médicaux de même que celui des décisions du directeur ou du haut-commissaire, il est nécessaire d'aller dans le logiciel DXCare® au nom du patient qui permet de connaître « le numéro chrono » qui est attribué par le secrétariat pour chaque certificat médical et décision, puis d'aller ensuite dans le classeur où sont rangés les certificats médicaux et dans celui rassemblant les décisions du directeur qui sont classées en fonction de ce numéro. Les décisions du directeur et du haut-commissaire ne reprennent pas, même sommairement, sauf rares exceptions, le contenu des certificats médicaux mais s'en approprient les termes, étant précisé que lesdits certificats médicaux ne sont pas joints à la décision (voir *infra*, § 4.2). L'ensemble de ces éléments rend toute recherche longue et fastidieuse et il n'est pas possible de procéder à un contrôle général de la régularité juridique des mesures prises à la lecture des registres de la loi.

Lors d'une recherche effectuée par les contrôleurs pour connaître le statut d'un patient, il a été constaté que la dernière mention le concernant au registre était un arrêté du 12 mars 2012 fixant un programme de soins alors qu'il est apparu, après investigations dans le logiciel, dans les classeurs et dans le dossier du patient, que ce dernier a plus tard été réintégré en hospitalisation complète, en 2017 notamment, et que plusieurs autorisations de sortie lui ont ensuite été accordées avant qu'un nouveau programme de soins soit mis en place le 10 septembre 2019.

Par ailleurs, il n'est pas tenu en fin de registre un répertoire alphabétique permettant à partir du nom de retrouver les pages consacrées à ce patient.

Les quelques dossiers médicaux consultés ne permettent pas plus une recherche efficace car les pièces ne sont pas classées.

En méconnaissance des dispositions de l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, ne figurent pas dans le registre les dates de délivrance des informations aux patients et celles des décisions de placement ou de maintien en SSC, le dispositif des décisions du JLD, la mention de la décision de mise sous protection juridique s'il en existe une.

Il a été indiqué aux contrôleurs que le registre était renseigné une fois par semaine alors que la loi prévoit un délai de vingt-quatre heures pour accomplir cette formalité ; à la date du 8 octobre 2019, la dernière inscription remontait au 24 septembre 2019.

Les registres de la loi ne remplissent pas leur rôle qui est de permettre une visibilité totale du déroulé des soins sans consentement – ce, malgré la recommandation déjà émise à ce sujet à l'issue de la précédente visite du CGLPL, organisée en 2011 et donc restée sans suite à cet égard.

Le caractère sommaire voire inexistant des contrôles extérieurs prévus par la loi (voir *infra*, § 5.4) fait perdre une occasion de corriger ces lacunes.

## RECOMMANDATION 11

Les registres de la loi doivent comporter l'ensemble des informations prévues par l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, être renseignés dans le délai légal et permettre le contrôle du suivi des mesures de soins sans consentement.

Par ses observations du 27 juillet 2020, la direction de l'établissement fait état des points suivants :

- « une analyse du processus complet de l'hospitalisation sans consentement est prévue en août 2020. Un infirmier stagiaire de niveau master 2 "Santé publique parcours évaluation de santé" a été recruté pour effectuer son stage de fin d'étude au sein de l'établissement avec cet objectif. Les éléments produits par le CGLPL lors de ses visites seront bien sûr intégrés à ce travail. » ;
- « un travail de benchmarking pour optimiser la tenue pratique du registre sera également effectué auprès d'autres établissements psychiatriques français. » ;
- « l'organisation des registres et leur tenue par les assistantes médico-administratives de la psychiatrie générale sera améliorée. »

### 5.4 LE CONTROLE INSTITUTIONNEL EST INSUFFISAMMENT EXERCÉ

#### 5.4.1 La commission des soins psychiatrique (CSP)

Aux termes de l'article L. 3222-5 du code de la santé publique, applicable à la Nouvelle-Calédonie avec les modifications prévues par l'article L. 3844-2 dudit code, la commission des soins psychiatriques (CSP) tient lieu de commission départementale de soins psychiatriques.

Aucune information n'est donnée sur cette commission dans le livret d'accueil de l'établissement ou les règles de vie des unités, non plus que dans le règlement intérieur du CHS en vigueur à la date du contrôle ; en revanche, le projet de règlement intérieur présenté aux contrôleurs fait état de la possibilité de la saisir et précise son adresse.

## RECOMMANDATION 12

L'existence, le rôle, les pouvoirs et les modalités de saisine de la commission des soins psychiatriques doivent faire l'objet d'une information générale dans l'établissement. Les patients astreints à des soins sans consentement, quelle qu'en soit la forme, doivent être informés des visites de l'établissement organisées par cette commission dans un délai préalable suffisant pour leur permettre, s'ils le désirent, de demander à en rencontrer les membres.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, le CHS précise que « ce point sera évoqué avec le président de la commission des soins psychiatriques. Une communication sera préparée à l'occasion des visites semestrielles. Systématiquement, la commission effectue une visite en unité fermée. »

Le secrétariat de la CSP est assuré par la direction des sécurités du haut-commissariat pour la République en Nouvelle-Calédonie.

La CSP n'établit pas de rapport annuel d'activité mais des procès-verbaux de réunion.

Elle était présidée jusqu'à la fin de son mandat par un conseiller à la cour d'appel de Nouméa mais la présence du magistrat dans cette commission a été supprimée par la loi du 23 mars 2019 ; la commission ne s'est pas réunie en 2019.

Selon les procès-verbaux communiqués, elle s'est réunie quatre fois en 2017 dont deux au CHS et deux au centre administratif du haut-commissariat et deux fois en 2018 au CHS. Il résulte de ces comptes rendus que la commission faisait le bilan chiffré des hospitalisations sous contrainte sans analyse particulière, à tel point que lors de la réunion du 12 juin 2017 l'un des médecins membres s'est posé la question du rôle de la commission dans l'évolution des patients sachant qu'il n'était jamais fait appel à elle et que lors de la séance du 4 décembre 2017 il a été décidé que la commission se réunirait sur une base semestrielle.

Lors de la rencontre du 6 juillet 2018 le directeur du CHS présent a fait savoir qu'un patient du pavillon 6 souhaitait s'entretenir avec les membres de la commission ; il a été décidé que trois de ses membres le recevraient en entretien dans son unité et il a été précisé qu'une courte visite de l'établissement serait organisée avant cet entretien.

Lors de la réunion du 10 décembre 2018, les membres de la commission ont remarqué la recrudescence des admissions fondées sur des arrêtés municipaux, en provenance notamment des Iles Loyauté. Selon le compte-rendu de cette rencontre, ces admissions étaient analysées comme « à visée médico-sociale » et présentées comme « *garantiss[a]nt la tranquillité ainsi que la sécurité des dispensaires et des communes concernées le temps de l'hospitalisation* ». Compte-tenu des carences constatées dans le suivi des mesures de SSC mise en œuvre dans l'établissement (voir *supra*, § 3.4), les données communiquées aux contrôleurs ne permettent d'établir ni le bien-fondé ni l'actualité de ces constats au moment de leur visite. Le cas échéant, l'établissement gagnerait, en collaboration avec les services de l'Etat et les autorités locales concernés, à engager une réflexion à cet égard afin que toute alternative pertinente à de telles hospitalisations soit mise en œuvre.

Aucun compte rendu de visite des unités du CHS n'a été établi.

### RECOMMANDATION 13

La commission des soins psychiatriques doit, conformément aux dispositions de l'article L. 3223-1 du code de la santé publique dans sa rédaction applicable à la Nouvelle-Calédonie, établir un rapport annuel d'activité qui doit être transmis au juge des libertés et de la détention, au haut-commissaire de la République, au procureur de la République et au CGLPL.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, le CHS reprend les mêmes éléments que ceux évoqués ci-dessus.

#### 5.4.2 La visite des autorités

Aux termes de la loi, les établissements habilités à recevoir des personnes en SSC sont visités sans publicité préalable au moins une fois par an par le haut-commissaire de la République ou son représentant, le président du tribunal de première instance ou son délégué, le procureur de la République, le maire de la commune ou son représentant. En 2016, 2017 et 2018, le président de la commission des soins psychiatriques est venu deux fois et a visé le registre des soins sans consentement ; en 2018, le procureur de la République s'est rendu au CHS.

### RECOMMANDATION 14

Conformément à l'article L. 3222-4 du code de la santé publique dans sa rédaction applicable en Nouvelle-Calédonie, le haut-commissaire de la République, le président du tribunal de première instance, le procureur de la République, le maire de la commune ou leurs représentants doivent

visiter l'établissement au moins une fois par an et exercer effectivement la mission de contrôle qui leur est impartie par la loi.

## 5.5 LE MANQUE DE STRUCTURES EXTERIEURES EST UN FREIN A LA PREPARATION A LA SORTIE ET LA NOTION DE PROGRAMMES DE SOINS EST APPLIQUEE TROP EXTENSIVEMENT

### 5.5.1 La préparation à la sortie

S'agissant des patients admis en soins sur décision du représentant de l'Etat, il a été indiqué aux contrôleurs que, jusqu'en 2018, compte tenu des refus très fréquemment opposés par le haut-commissaire aux demandes d'autorisations de sortie présentées par les soignants, peu de demandes étaient finalement engagées. Une réunion organisée entre la direction de l'établissement et les services du haut-commissariat dans le courant de l'année 2018 aurait permis de débloquer la situation.

Au moment du contrôle, le haut-commissaire exige un délai de 48 heures pour traiter les requêtes ; la demande d'autorisation de sortie présentée en deçà de ce délai préalable à la sortie sera refusée par courriel. Lorsque le délai de traitement est respecté, il y a toujours une réponse du haut-Commissaire qui motive son éventuel refus en visant la situation particulière du patient – ainsi que, dans un des cas examinés par les contrôleurs, la fugue d'un autre patient à l'occasion d'une sortie non accompagnée.

De façon générale, selon les témoignages recueillis, si une fugue survient lors d'une sortie, la politique du haut-commissaire se durcit et les refus sont plus fréquents.

Lors de la visite, les sorties de moins de 12 h sont présentées comme fréquentes, sauf problème d'accompagnement par les soignants, de même que celles d'une durée maximale de 48 h.

S'agissant des patients admis en SSC sur décision du directeur, les tiers (souvent la famille) sont avisés des sorties non accompagnées car la plupart du temps, la demande de soins sans consentement émane de la famille qui vient chercher le patient.

Quel que soit le statut de l'hospitalisation, la préparation à la sortie se fait durant les réunions cliniques hebdomadaires ou les réunions de synthèse auxquelles participent le psychiatre, le psychologue, l'assistante sociale, un infirmier, éventuellement un aide-soignant.

Les assistantes sociales, qui assistent à ces rencontres, travaillent en liaison avec les familles, les centres médico-sociaux ainsi qu'avec les centres médico-psychologiques (CMP) ; elles organisent des entretiens familiaux pour préparer la sortie des malades avec retour en famille.

Le manque de structures accueillantes est souligné par l'ensemble des intervenants : il n'existe pas de foyer d'accueil médicalisé (FAM), peu d'appartements thérapeutiques et les places en maison d'accueil spécialisée (MAS) sont insuffisantes ; les unités de réhabilitation sont saturées.

Le haut-commissaire sollicite quasi systématiquement un deuxième avis pour la levée de la mesure, mais ne demande pas d'expertise en cas d'avis conforme.

### 5.5.2 Les modalités de programmes de soins

Au jour de la visite, trois patients étaient en programme de soins à l'unité de postcure et de réhabilitation psycho-sociale (pavillon 3-2) et douze à l'unité de postcure et de réhabilitation psycho-sociale sans consentement (pavillon 6).

Les modalités de ces programmes sont très variées et assez vagues dans la description des soins et des sorties ; ils sont modifiés et adaptés en fonction de l'état clinique du patient mais tous prévoient des séquences d'hospitalisation supérieures à trois jours par semaine.

Selon les propos recueillis, cette pratique permettrait de contourner les difficultés rencontrées auprès du haut-commissariat pour l'obtention d'autorisations de sortie de courte durée.

S'agissant des patients en SDRE, il ressort par ailleurs des informations communiquées qu'avant d'accepter la proposition faite par l'établissement de mettre en œuvre un programme de soins le haut-commissaire exige le plus souvent une expertise en application de l'article L. 3213-5-1 du code de la santé publique.

La pratique de l'établissement en matière de programmes de soins résulte donc, au moins partiellement, d'une confusion dans l'esprit des soignants qui l'utilisent pour contourner des difficultés administratives. En tout état de cause, cette pratique aboutit à une absence de contrôle judiciaire de mesures de SSC qui relèvent pourtant toujours de l'hospitalisation complète compte tenu de la durée hebdomadaire de cette prise en charge. Il s'ensuit un risque de dérives, de patients considérés à tort comme bénéficiant d'un programme de soins mais en réalité toujours hospitalisés dans l'établissement, mais non enregistrés comme tels dans les registres du CHS. Au moment du contrôle, c'était notamment le cas d'un patient anormalement regardé en programme de soins depuis 2012 et qui n'avait pas eu accès depuis lors au contrôle du JLD.

#### RECOMMANDATION 15

Conformément aux dispositions de l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique, si une prise en charge sous forme de programme de soins prévoit des périodes d'hospitalisation, celles-ci doivent être très brèves. Dans le cas contraire, la prise en charge revêt le caractère d'une hospitalisation complète et le patient doit alors bénéficier du contrôle du juge des libertés et de la détention.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, le directeur de l'établissement fait valoir que « *chaque demande d'hospitalisation est négociée avec le haut-commissariat, le médecin traitant et le patient. Les programmes de soins sont souples afin de pouvoir être révisés en fonction de divers paramètres (la famille, les dispensaires, les autorités).* »

Le CGLPL prend acte de ces remarques mais constate qu'elles ne répondent pas à la recommandation émise, qu'il maintient en conséquence – ce, à plus forte raison qu'il ressort du document annexé aux observations de l'établissement et qui est présenté comme le projet de nouveau livret d'accueil du CHS que le cadre légal des autorisations de sortie de courte durée et des programmes de soins reste totalement méconnu de l'établissement.

En effet, ce document mentionne, en page 31 et sous le titre « *Sortir provisoirement pendant votre hospitalisation* », d'une part, que : « *Si vous êtes hospitalisé(e) en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou sur décision du représentant de l'Etat, vous pouvez bénéficier d'un programme de soins vous permettant des sorties autorisées sur décision médicale.* » et, d'autre part, que, « *pour motif thérapeutique ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires* », les patients en SSC peuvent « *bénéficier d'autorisations médicales de sorties accompagnées de courte durée (n'excédant pas douze heures).* » Or, ainsi énoncées, ces mentions du projet de livret d'accueil envisagent des programmes de soins non conformes à la loi et déjà sanctionnés, sous cette forme, par la cour de cassation (Cour de cassation, 1<sup>ère</sup> ch. Civ., 4 mars 2015, n° 14-17824).

### 5.5.3 Le collège des professionnels de santé

Au centre hospitalier Albert Bousquet, le collège des professionnels de santé est appelé « collège des experts ». C'est une notion ignorée des patients mais également de beaucoup de soignants.

Personne ne se souvient y avoir été convoqué ou l'avoir vu se réunir et il a été indiqué aux contrôleurs que le collège ne se réunissait pas formellement, les médecins et le cadre de santé concernés « *en parlent en se croisant* » ; cependant, si le médecin qui doit en faire partie ne connaît pas le patient, il va le rencontrer dans son unité.

Or, dès lors que le code de la santé publique prévoit que le collège doit, avant d'émettre son avis, recueillir l'avis du patient concerné – et, éventuellement, constater son absence, la convocation de ce dernier et la réunion physique des trois professionnels composant le collège pour l'entendre sont obligatoires.

L'avis du collège fait l'objet d'un visa dans les certificats médicaux mais son contenu n'est pas mentionné, non plus que dans les registres de la loi.

L'examen des quelques programmes de soins consultés permet de constater que l'avis est sollicité quand la loi le prévoit.

#### RECOMMANDATION 16

Le collège des professionnels de santé doit être convoqué par le directeur de l'établissement conformément à l'article L. 3211-9 du code de la santé publique. Le collège doit se réunir formellement et recueillir les observations du patient.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, l'établissement fait valoir que « *dorénavant, le collège des experts se réunira sur convocation expresse du directeur d'établissement.* »

Le CGLPL prend acte de cette déclaration d'intention mais maintient sa recommandation dès lors que, par-delà la seule « convocation expresse du directeur », le collège des professionnels doit effectivement se réunir et recueillir à cette occasion, lors d'une audition, les dires du patient.

## 5.6 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION S'EXERCE DANS DES LOCAUX INADAPTES

### 5.6.1 Les locaux et l'organisation des audiences

Conformément aux dispositions législatives désormais applicables, les audiences du juge des libertés et de la détention (JLD) se tiennent dans l'enceinte de l'établissement.

Toutefois, à la différence des constats opérés lors de la visite du CGLPL de 2011, ces audiences ne sont plus réalisées dans la « salle des délibérations » du CHS qui se trouvait dans le bâtiment administratif situé à l'entrée du site hospitalier, mais de manière systématique dans la salle d'activité de l'unité 5 bis, laquelle se trouve pour l'occasion rangée et dont le matériel est dissimulé.

Une affiche mentionnant la salle d'activité est retournée pour informer de la tenue de l'audience ; la porte de l'unité est fermée et il faut donc sonner pour avoir accès à cette salle dite d'audience.

Aucune signalétique extérieure ne mentionne son existence ; la porte de la salle est fermée, ce qui contrevient au principe de la publicité des débats.



*Salle d'audience du JLD*



*Affiche sur la porte de la salle*

Les audiences se tiennent une fois par semaine le mercredi à 14h30.

Les saisines du JLD sont préparées par le secrétariat médical de la psychiatrie générale et transmises au tribunal ; les convocations sont envoyées par le greffe du tribunal au secrétariat qui les communique aux unités concernées ; le greffe convoque les mandataires de justice qui sont très rarement présents et avise les tiers en cas d'admission à la demande d'un tiers.

Les convocations sont notifiées par les soignants qui informent le patient de la possibilité de choisir un conseil ou de bénéficier d'un avocat d'office ; le tableau de l'ordre des avocats n'est affiché dans aucune unité ; en l'absence de choix d'un avocat personnel, le ministère d'avocat est assuré par le barreau de Nouméa qui délègue à chaque audience un avocat de permanence, les honoraires étant pris en charge dans ce cas par l'aide juridictionnelle.

Les avocats peuvent consulter les dossiers au greffe du tribunal la veille ou le matin de l'audience ; les entretiens avec l'avocat ont lieu soit dans la salle d'audience avant l'arrivée du magistrat, soit dans une salle proche qui habituellement sert de salle de visite pour les familles ; cette organisation, si elle n'est pas parfaite, permet cependant de préserver la confidentialité des échanges avec le conseil.

Un soignant affecté à cette tâche accueille l'avocat, les patients puis le juge et fait entrer les personnes convoquées dans la salle d'audience.

Les patients qui ne sont pas hébergés dans l'unité où se trouve la salle d'audience viennent avec leur infirmier référent qui reste avec eux puis les raccompagne.

### RECOMMANDATION 17

L'établissement doit mettre à la disposition de la justice une salle d'audience spécialement aménagée, conformément aux dispositions de l'article L. 3211-12-2 alinéa 3 du code de la santé publique.

*Dans ses observations du 27 juillet 2020, le CHS fait valoir que « la salle d'audience initialement proposée par l'établissement et plus adaptée à la configuration des salles d'audiences (salle des délibérations) a été refusée par le magistrat lui-même pour des raisons pratiques. En effet, la durée de la session d'audience s'en trouvait considérablement allongée du fait de l'éloignement des unités d'hospitalisation et générait des problématiques d'accompagnement paramédical des patients (les infirmiers détachés pour l'occasion n'étant plus en poste dans l'unité). » L'établissement annonce*

ensuite que, « *considérant le vœu du magistrat, il n'est pas prévu de changer la salle d'audience sauf contre-ordre de sa part. Toutefois, une amélioration de la signalétique horizontale est proposée (à l'entrée de l'établissement et devant la salle). De plus, une liste des avocats avec leurs coordonnées sera affichée dans les unités concernées à destination des patients. Ces éléments sont repris dans le nouveau livret d'accueil en cours d'édition.* »

Dans ces conditions, le CGLPL ne peut que maintenir sa recommandation – étant au surplus relevé que le document annexé aux observations du chef d'établissement et présenté comme le projet de nouveau livret d'accueil du CHS n'identifie pas de salle d'audience sur le plan du site hospitalier qu'il comprend, ni ne mentionne la saisine automatique du JLD pour le contrôle des mesures de SSC ou encore la possibilité pour les patients concernés d'être assisté d'un avocat dans ce cadre.

### 5.6.2 Le déroulement de l'audience

Les audiences sont tenues par un magistrat statutairement chargé des fonctions de JLD ; les contrôleurs ont pu assister à l'audience du 9 octobre 2019 et s'entretenir ensuite avec ce dernier.

Le juge et le greffier sont en tenue civile et l'avocat plaide en robe ; la porte de la salle d'audience est fermée. Les patients sont convoqués à 14h15 mais arrivent avant pour s'entretenir avec l'avocat ; ils sont en tenue de ville ; le ministère public n'est jamais présent et le juge ne mentionne pas son avis qui en réalité n'est qu'un simple visa avec la mention « *s'en rapporte* ».

Le juge rappelle le contexte du placement mais n'explique pas la procédure ; il demande si « *tout se passe bien* », se préoccupe des explications données par les médecins et parle de la maladie ; il est bienveillant et laisse le patient parler sans l'interrompre ; il donne ensuite la parole à l'avocat ; il rend en général sa décision sur le siège, explique qu'elle sera transmise le lendemain mais ne mentionne ni les voies de recours ni la possibilité de sa saisine à tout moment. Lors de l'audience du 9 octobre 2019, une décision a été mise en délibéré au lendemain, l'avocat ayant soulevé une nullité.

#### RECOMMANDATION 18

Les personnes hospitalisées sans consentement gagneraient à se voir exposer lors de l'audience devant le juge des libertés et de la détention, d'une part, l'avis motivé du procureur de la République sollicitant la poursuite de leur hospitalisation afin de leur permettre d'en connaître la teneur et de pouvoir y répondre si elles le désirent et, d'autre part, les voies de recours dont elles disposent et notamment la possibilité qui leur est faite de saisir à tout moment le juge d'une demande de mainlevée de la mesure qui les concerne.

Le JLD a expliqué aux contrôleurs qu'il ne soulève pas d'office les moyens de nullité car le système qui s'est installé est peu formaliste ; il estime qu'il est nécessaire d'avancer avec précaution, par petites touches, pour faire évoluer les pratiques. Il ajoute que se pose un réel problème pour obtenir des expertises puisqu'il n'y a que deux experts habilités sur le territoire.

Selon les renseignements donnés par l'établissement, 201 patients ont été convoqués et effectivement présents à l'audience en 2018 et 93 durant le premier semestre 2019 ; il n'y a eu aucun certificat attestant de l'impossibilité de comparaître.

En 2018, le JLD a prononcé 193 maintiens en hospitalisation et 9 mainlevées et, au terme des neuf premiers mois de 2019, un total de 91 maintiens et 2 mainlevées ; aucun appel n'a été présenté en 2018 et trois en 2019, lors desquels la cour a confirmé la décision du juge.

Le greffe du JLD a communiqué cinq décisions de mainlevée prises en 2018, les trois décisions de mainlevée prises durant le premier semestre 2019 et deux ordonnances de mainlevée prises postérieurement ; les motifs de mainlevée sont les suivants :

- la qualité du tiers est incertaine dans une admission à la demande d'un tiers ;
- le certificat médical n'est pas daté, ce qui empêche de vérifier que les conditions légales de son établissement sont remplies ;
- la saisine est postérieure au délai de 12 jours sans qu'il soit justifié de circonstances exceptionnelles ;
- dans trois cas, la décision entreprise évoque un certificat médical postérieur de 24 h à sa date supposée de rédaction ;
- à quatre reprises, le certificat médical ne se prononce pas sur les motifs empêchant le patient de consentir aux soins du fait de ses troubles mentaux.

Les décisions de mainlevée prévoient toutes qu'elles ne prendront effet que dans le délai de 24 h aux fins de mise en place d'un programme de soins.

## 6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 6.1 LES MESURES DE SECURITE RAPPROCHENT LES UNITES FERMEES D'UN FONCTIONNEMENT PENITENTIAIRE

#### 6.1.1 La sécurisation du site

##### a) Le contrôle du site

L'équipe de surveillance est composée de deux agents du CHS et de trois agents prestataires d'une société de surveillance privée. Un agent, au moins, se tient en permanence à la guérite d'accueil, chargé de répondre au standard téléphonique du centre, de contrôler l'accès des véhicules autorisés, de prévenir la sortie de patients sans autorisation et de répondre aux alarmes qui renvoient toutes à l'accueil. Un autre agent assure des rondes de sécurité sur l'ensemble du site.

Les agents de sécurité ne se rendent dans les unités que s'ils sont appelés par les équipes soignantes, ce qui demeure rare. Ils ne sont pas autorisés à avoir un contact physique avec les patients lors de ces interventions.

La nuit, un maître-chien est également présent et effectue des rondes sur le site. Selon certaines des informations recueillies, il n'entrerait pas dans les unités au cours de ses rondes. Cependant, d'autres témoignages, notamment entendus à l'unité 6, mentionnent une visite du maître-chien tous les soirs, sans qu'une quelconque justification de ce passage quotidien dans l'unité soit connue des soignants interrogés. En tout état de cause, le vigile a la clef des unités fermées.

Le centre hospitalier s'étend sur neuf hectares. L'ensemble du site est clôturé, y compris la partie qui longe une plage et la mer. Par endroits, la clôture est surmontée de barbelés et/ou de concertina, là où des intrusions ont déjà été constatées et où des incidents ont déjà eu lieu, jets de projectiles contre les patients ou le personnel notamment. Le centre est entouré de nombreux squats, notamment à proximité des unités du pôle gériatrique. Une barrière permet d'accéder au site ; elle est ouverte de 6h30 à 20h.



*Clôture d'enceinte du CHS*

Une fois passée l'entrée principale, il est possible d'accéder à un parking, aux bâtiments de l'administration et aux unités hébergées dans les bâtiments les plus récents de l'établissement, notamment (les deux unités d'admission en soins sans consentement et l'unité d'admission en soins libre).

L'accès aux autres bâtiments se fait par une entrée spécifique située au niveau de la guérite d'accueil qui sert de poste central de sécurité. Un passage est prévu pour les piétons et une barrière permet l'accès des véhicules autorisés (personnes à mobilité réduite et véhicules du CHS). Le visiteur accède ainsi, d'une part, aux unités du pôle gériatrique, situées sur la gauche du cheminement piétonnier et, d'autre part, aux bâtiments historiques du site, construits en « dents de peigne » et où sont situés certains services hospitaliers et les autres unités du pôle de psychiatrie adulte. Dans cet ensemble se trouvent également les locaux des ateliers thérapeutiques et la cafétéria, notamment. Les patients des unités ouvertes peuvent se déplacer librement au sein de ces espaces.

L'accès au site est libre : les agents ne contrôlent pas l'identité des visiteurs à l'entrée.

Le site n'est pas équipé d'un système de vidéosurveillance, à l'exception des unités d'admission en soins sans consentement (unités 5 et 5 bis), dotées de douze caméras filmant les espaces communs (couloirs, salles de télévision, cours) dont les images sont renvoyées, sans enregistrement, dans les salles de soins des unités. Les agents en poste à l'accueil du CHS n'ont pas accès à ces images.

En 2009, un projet d'installation de caméras sur la périphérie du site a été envisagé, avec un renvoi à la guérite d'accueil. Ce projet n'a pas été mené à terme faute de financement suffisant. Le projet a depuis lors été rediscuté à plusieurs reprises sans être mis en œuvre.

Les agents de sécurité sont tous formés à la sécurité incendie. Le CHS est doté d'un plan d'organisation interne des secours. En cas d'incendie, les unités appellent directement les pompiers et préviennent ensuite l'agent à la guérite d'entrée. Quatre points de rassemblement sont prévus pour les évacuations. Il n'y pas encore eu d'exercice sur l'ensemble du site, mais un exercice a eu lieu au pavillon 6 (unité fermée de postcure sans consentement) et l'exercice a été expliqué *a posteriori* à l'ensemble des patients. Il n'existe pas de liste centralisée des patients en chambre d'isolement : il revient au personnel de chaque unité de savoir quelles chambres d'isolement sont occupées et d'en évacuer les patients.

## RECO PRISE EN COMPTE 7

Le personnel chargé de la sécurité incendie de l'établissement doit être informé en permanence et de manière actualisée de tout placement d'un patient en isolement, en espace dédié comme en espace non dédié.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, la direction de l'établissement annonce, dans un délai de dix-huit mois : « une transmission des feuilles de mouvements journaliers au responsable de la sécurité incendie sera activée rapidement », « un plan de formation sécurité incendie sera mis en œuvre dès juillet 2020 » ; « des exercices de simulation pourront être organisés par le responsable de la sécurité incendie et permettront une re-sensibilisation du personnel. » Le plan de formation général incluant celle à la prévention et à la lutte des incendies est joint.

### b) Les incidents

Une convention a été conclue entre le CHS et la police nationale en 2002 ; la dernière actualisation date de 2015. Ce document établit les modalités de signalement d'incidents à la police et les personnes à contacter au commissariat en cas de difficulté ; il prévoit également l'organisation dans les unités de contrôles par une brigade douanière cynophile dans le cadre de la lutte contre les trafics de stupéfiants. Outre l'agent douanier et son chien, deux à trois policiers accompagnés par le directeur de l'établissement procèdent à cette occasion à des contrôles dans les unités, jusque

dans les chambres des patients. Cette opération est renouvelée deux à trois fois par an, sur demande de la direction.

### RECOMMANDATION 19

La pratique des fouilles des chambres des patients par les forces de l'ordre et la direction de l'établissement à la recherche de toxiques doit être revue et discutée par les instances concernées afin d'en arrêter un cadre respectueux du consentement de la personne.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, le CHS fait valoir que « *l'établissement est confronté à une problématique importante de trafic de cannabis en son sein malgré une surveillance à l'entrée du site. Cet accès facile à ce type de stupéfiant ayant un impact dans la prise en charge et les accès de violence, il est complexe mais primordial de définir des mesures aussi efficaces que possibles.* » L'établissement annonce ensuite qu'un « *groupe de travail en vue de réaliser un protocole pour assurer une sécurité maximale tout en respectant les droits du patient sera constitué.* »

Le CGLPL ne peut donc que maintenir sa recommandation, tout en conseillant à l'établissement d'envisager le développement de l'accès des patients à des soins d'addictologie.

Il ressort par ailleurs des propos recueillis que des marchands de kava<sup>14</sup> vendent leur marchandise autour du CHS et opèrent des projections dans les cours des unités fermées. En outre, entre mars et octobre 2019, deux intrusions nocturnes ont été constatées : un vol dans le véhicule d'un agent et le caillassage d'un rondier. En cas d'incidents la nuit, le rondier prévient le cadre de nuit qui appelle la police.

Aucun recensement spécifique des sorties non autorisées de patients (dites « fugues ») n'est effectué. Il a cependant pu être établi, à la demande des contrôleurs, qu'il y avait eu vingt-trois fugues en 2017, vingt-huit en 2018 et seize au cours des neuf premiers mois de 2019. Les forces de l'ordre sont systématiquement informées par courriel lorsqu'elles sont constatées.

#### 6.1.2 La sécurisation des unités

##### a) Les locaux

Les patients en soins sans consentement sont hospitalisés soit au sein des unités 5 et 5 bis, hébergées dans des locaux situés à proximité des bâtiments principaux de l'administration, soit au sein du pavillon 6 et du pavillon 3-2 qui sont installés dans certains des bâtiments originels de l'hôpital. Les pavillons 5, 5 bis et 6 sont des unités fermées qui présentent une architecture carcérale et sont pourvus d'équipements sécuritaires lourds : fils de fer barbelés, concertinas, plaques en métal pour rehausser les toits – sur les locaux, voir *infra*, § 7.1.

##### b) Les mesures de sécurité

Des mesures de sécurité sont prises à l'égard des patients hospitalisés dans les unités fermées, qui rappellent là aussi les pratiques pénitentiaires.

Les patients sont contrôlés lors de l'admission et à chaque fois qu'ils réintègrent l'établissement, notamment après d'éventuelles autorisations de sortie. Cette pratique, qualifiée d'« *inventaire de sécurité* » par un cadre de santé, consiste à demander au patient de vider ses poches et d'ouvrir son sac. A l'unité 6 de postcure sans consentement, il a été rapporté aux contrôleurs que les patients

<sup>14</sup> Kava : variété de poivrier de Polynésie. Une boisson enivrante est tirée de la racine de cet arbre.

qui sortent temporairement doivent, avant de quitter l'unité, signer un document par lequel ils accepteront un inventaire de leurs biens à leur retour.

Pour ces différents contrôles de sécurité, les unités fermées sont dotées d'un détecteur manuel de métaux auquel doivent se soumettre les patients. Pour tenter de justifier le recours à cet équipement, le directeur de l'établissement a expliqué aux contrôleurs que des lames et des armes par destination ont été retrouvées sur des personnes hospitalisées et que, l'évaluation et la prévention des risques professionnels étant une obligation de l'employeur, sa responsabilité pénale pourrait être engagée s'il ne mettait pas en œuvre les mesures nécessaires pour protéger le personnel.

### RECOMMANDATION 20

Il est inadmissible que la décision de procéder au contrôle d'un patient et de ses effets personnels donne lieu à l'utilisation d'un détecteur de métaux et qu'une autorisation de sortie puisse être conditionnée par l'exigence de l'accord préalable du patient à l'inventaire de ses biens lors de son retour.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, la direction de l'établissement fait valoir que « *l'utilisation d'un détecteur de métaux est une méthode utilisée dans plusieurs hôpitaux psychiatriques gérant des unités de patients difficiles : UMD du Rouvray (76), CHS de Sarreguemines (57), unité pour malades dangereux de Plouguernevel... Le CHS, confronté à un trafic d'armes blanches artisanales émanant de détenus, notamment, a pris l'option de disposer de détecteurs portatifs qui sont identiques à ceux utilisés par notre aéroport international. Il s'agissait aussi de prévenir un droit de retrait que les personnels pouvaient opposer. Il est utile de rappeler que le directeur est responsable autant des personnes (patients et personnels) que des biens. Ainsi, le risque d'introduction d'éléments dangereux étant élevé (des armes blanches sont régulièrement retrouvées à ces occasions), il s'agit donc d'un moyen non invasif de sécuriser les patients et les professionnels dont l'établissement se doit de garantir l'intégrité.* » Il est par ailleurs fait état de ce qu'un « *groupe de travail en vue de réaliser un protocole pour assurer une sécurité maximale tout en respectant les droits du patient sera constitué (chantier V5 droits des patients). Dans ce cadre, une mise à jour de la procédure concernant le document d'autorisation de fouille sera réalisée et l'utilisation du détecteur de métaux protocolaire (sic) pour garantir une uniformisation des pratiques dans le respect du patient.* »

Dans ces conditions, et sans qu'il soit besoin de relever les inexactitudes qui entachent ces observations du CHS, la recommandation est maintenue.

En outre, dans les modalités de vie signées par le patient à l'arrivée dans l'unité, après la liste des produits interdits en chambre, il est précisé : « *L'équipe se réserve le droit de vérifier la détention de ces produits et objets* ». Des contrôles en chambres sont ainsi effectués de temps en temps.

L'ensemble de ces contrôles est effectué par les infirmiers, ce qui est susceptible de nuire à la relation de confiance soigné-soignant nécessaire pour les soins. Certains infirmiers refusent d'utiliser le détecteur de métal. Des membres du personnel soignant ont également regretté l'accroissement des mesures de sécurité prises sans les consulter.

## RECOMMANDATION 21

Toute éventuelle décision sécuritaire de fouille ou de contrôle des effets personnels des patients doit être individualisée, nécessaire, proportionnée et mise en œuvre par une personne dûment formée et habilitée qui ne participe pas aux soins du patient.

Par ailleurs, l'établissement souhaite lutter contre l'usage de produits stupéfiants, principalement le cannabis, notamment introduits dans l'établissement par les patients en séjour séquentiel, selon les propos recueillis. Outre les fouilles des patients et de leurs chambres déjà évoquées, il ressort de ces témoignages qu'en cas de suspicion de l'usage de drogue, le personnel soignant pratique des tests salivaires sans chercher à obtenir le consentement du patient concerné. Si le résultat est positif, un rapport est adressé au psychiatre.

En cas de découverte de produits stupéfiants, le produit est saisi puis conservé par la direction avant d'être remis à la police sans que le nom du patient concerné ne soit communiqué. L'établissement dispose d'un registre des saisines. Le patient bénéficie ensuite d'un entretien avec le psychiatre et un infirmier.

## 6.2 DANS LES UNITES FERMEES, LES PATIENTS NE PEUVENT SE DEPLACER SEULS NI ACCEDER LIBREMENT A LEUR CHAMBRE

### 6.2.1 L'accès aux chambres et aux espaces

Dans les unités fermées, l'accès aux chambres est restreint. Au pavillon 6, les chambres sont fermées de 9h30 à 12h et de 15h30 à 17h pour « *favoriser les activités* », selon les explications apportées par les soignants. Dans les unités 5 et 5 bis, les chambres sont également fermées en journée ; les patients doivent solliciter le personnel pour y accéder. La nuit, les chambres sont toutes fermées dans ces dernières unités. Au pavillon 6, certaines le sont également sur prescription médicale. Par ailleurs, ces trois unités étant fermées, les patients ne peuvent pas en sortir librement.

## RECOMMANDATION 22

Les restrictions imposées aux patients, notamment l'accès à leur chambre, doivent être des décisions médicales individualisées régulièrement réévaluées en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, la direction fait valoir que « *les modalités de fermeture des chambres sont décidées lors des réunions soignants/soignés et seront désormais actées par le médecin dans le DPI. L'accès à la chambre est possible à la demande du patient selon l'organisation de service, cela permet de sécuriser les personnes vulnérables dans une promiscuité de patients (adolescents, femmes, hommes, détenus, personnes âgées...) et de pathologies. Un accès plus libre nécessiterait du personnel supplémentaire. Actuellement 3 soignants sont en poste la nuit pour 30 patients en UASC. Si l'ouverture des portes la nuit était pratiquée, cela nécessiterait 5 soignants pour effectuer la surveillance.* » Elle ajoute qu'une « *réflexion au sein de chaque unité, en lien avec les règles de vie et le règlement intérieur, sera menée.* »

Le CGLPL ne peut dès lors que rappeler que le principe est la liberté et la restriction, l'exception ; que toute mesure d'enferment décidée en méconnaissance des procédures légales est, *ipso facto*, illégale et engage, par suite, la responsabilité de l'établissement.

### 6.2.2 L'accès au tabac

Les modalités d'accès au tabac diffèrent selon les unités. Au sein des unités d'admission sans consentement (5 et 5 bis), le tabac est conservé par le personnel soignant qui le distribue à la demande, en journée, une fois par heure uniquement. Cette restriction vise à prévenir le racket, le troc et la surconsommation. Les patients fument dans les cours des unités, où ils disposent d'un allume-cigarette. Ils se trouvent privés d'accès au tabac durant la nuit.

Dans les unités de postcure sans consentement (pavillon 6) et de postcure et de réhabilitation psychosociale (pavillon 3-2), les patients peuvent disposer librement de leur tabac. Les soignants conservent cependant celui de certains patients vulnérables ou qui en font la demande. A l'unité 6, les patients peuvent laisser leur tabac dans un casier situé à proximité du bureau des soignants.

L'association ACSMS (voir *supra*, § 4.8) achète le tabac selon un calendrier fixé à l'avance pour les patients qui sont sous sa protection, lesquels récupèrent le tabac au jour fixé, dans les locaux de l'association. Pour les patients non autonomes, c'est la cadre de l'unité qui récupère le tabac et le confie au personnel soignant.

### 6.2.3 L'usage du pyjama

Durant la visite du CGLPL, le port du pyjama n'était imposé à aucun patient. Les équipes soignantes ont expliqué que le recours au pyjama était rare au sein de l'établissement, réservé le plus souvent aux personnes présentant des troubles suicidaires aigus et placés en chambres d'isolement. Pour autant, le placement en chambre d'isolement ne s'accompagne pas systématiquement d'une mise en pyjama (voir *infra*, § 9).

Cependant, au cours de la visite, les contrôleurs ont été informés qu'il était prévu d'imposer le port d'une tenue spécifique à l'ensemble des patients pris en charge en unités fermées (pavillons 5, 5 bis et 6). Environ 160 tenues ont à cette fin été achetées par l'établissement, qui devaient être imposées d'abord aux patients des deux unités d'admission 5 et 5 bis (avant la fin de l'année 2019) puis à ceux de l'unité de postcure sans consentement (pavillon 6) au début de l'année 2020.

Une note interne de la direction des soins du 29 septembre 2015, ayant pour objet « *Projet tenues des patients à l'UASC et l'UPCSC* », présente ce projet. Elle relève une série de problèmes liés à la tenue vestimentaire au sein de l'établissement : les patients manquent de linge faute de famille pour apporter des vêtements et assurer leur entretien, le linge fait l'objet de trafics entre patients, ces derniers dissimulent des objets interdits dans leurs vêtements (briquet, cannabis, etc.), ils ne sont pas aisément repérables en cas de « fugue », des tuniques permettraient le lavage à la buanderie et non au sein des unités, comme c'est le cas pour le linge personnel (voir *infra*, § 7.2).

Cette note propose en conséquence de doter tous les patients hospitalisés en unités fermées d'un « *trousseau de 5 ensembles (pantalon ou short avec haut ; robe)* ». Le linge personnel, ou « *linge civil* », serait réduit et uniquement réservé aux permissions, aux consultations extérieures et aux activités thérapeutiques en secteur extra hospitalier.

Une seconde note du 21 septembre 2016 atteste du suivi de ce projet, qui a fait l'objet d'une nouvelle présentation devant la commission des soins le 1<sup>er</sup> mars 2018, réunion lors de laquelle il a été précisé que les trousseaux seraient réceptionnés dans le courant de cette année et qu'ils « *ne sont pas là pour stigmatiser le patient mais pour sa dignité* ».

Enfin, une réunion s'est tenue le 9 octobre 2019 autour de la direction des soins, en présence notamment des cadres de santé des unités fermées. Dans le compte-rendu de cette rencontre, deux objectifs sont rappelés : « *permettre au patient quand il arrive en hospitalisation d'avoir des*

*vêtements propres après la douche, puis tout au long du séjour* » et « *diminuer les fugues pour les patients hospitalisés SC et autorisés à se déplacer uniquement en intra hospitalier* ». Au cours de cette réunion, il fut décidé que la démarche serait expliquée aux familles qui récupèreraient la majorité du linge de leur proche et que les cadres de santé présenteraient les tenues aux équipes.

Au cours de leur visite d'octobre 2019, plusieurs versions du projet ont été présentées aux contrôleurs : certains de leurs interlocuteurs ont confirmé que le port de ces tenues hospitalières n'était prévu que pour les patients hospitalisés en unités fermées, d'autres qu'il serait réservé aux patients qui n'auraient pas suffisamment de linge personnel et à ceux présentant des tendances suicidaires, quel que soit le statut de leur hospitalisation et leur unité de prise en charge. Il a également été précisé aux contrôleurs que les médecins s'étaient opposés à cette mesure et que la commission médicale d'établissement (CME) a voté contre le déploiement de ces tenues – précision étant toutefois faite que la CME a été informée tardivement, après l'achat de ces tuniques.



*Tuniques prévues pour les patients en unité fermée : haut, short, pantalon et robe (de g. à d.)*

Certains membres du personnel soignant contestent notamment la nécessité d'imposer ces tenues pour répondre à l'indigence, car selon eux la tradition de solidarité et d'entraide permet d'assurer que tout patient bénéficie en quantité suffisante de linge adapté à sa morphologie.

Interrogée sur ce sujet, la direction de l'établissement a précisé que les modalités d'utilisation des tuniques achetées n'étaient pas encore finalisées mais qu'une systématisation à l'ensemble des patients du centre hospitalier ne serait probablement pas retenue, ajoutant qu'il s'agissait de trousseaux mis à la disposition des équipes en cas de besoin mais qui ne seraient probablement pas imposés aux patients.

Le CGLPL rappelle que l'imposition d'une tenue spécifique à un groupe de patients, notamment sur le fondement du seul statut juridique de leur hospitalisation, est indigne et de nature à stigmatiser ces personnes. L'établissement doit clarifier les objectifs qu'il poursuit entre préoccupation d'hygiène et contrôle des présences, et mettre en œuvre séparément, pour les atteindre, des moyens respectueux de la dignité des patients et de leurs droits fondamentaux.

## RECO PRISE EN COMPTE 8

Les patients doivent rester libres de choisir leur tenue vestimentaire.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, la direction du CHS fait valoir que « *les patients sont entièrement libres de choisir leur vêtement mais souvent sont démunis. Le choix est fait par le patient au vu de ses propres affaires sauf en cas de risque particulier (risque suicidaire par exemple). Les tenues évoquées n'ont pas été mises en service et définissent un trousseau d'urgence afin de pallier l'absence de vêtements décents et propres à l'entrée du patient. Il n'est nullement prévu que les tenues soient portées de façon systématique au sein de l'unité. Actuellement les vêtements sont des dons. Ces tenues ont donc été commandées dans un objectif social en lien avec la dignité du patient. En effet certains patients très démunis et notamment sans domicile fixe arrivent parfois en guenilles et avec des pathologies en lien avec une faible hygiène (gale).* » Elle précise en outre qu'une « *procédure sera formalisée pour la disposition de tenues lorsque nécessaire et leur inclusion dans le circuit du linge.* »

Par ailleurs, les informations recueillies par les contrôleurs font apparaître une même hésitation s'agissant de l'obligation faite aux patients du CHS de porter un bracelet d'identification. Une telle mesure, présentée comme justifiée par l'objectif d'identitovigilance, est mis en œuvre, au moment de la visite, à l'unité 8 qui accueille les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Sa généralisation serait envisagée à d'autres patients de l'établissement : selon les propos recueillis auprès d'un membre de la direction, il s'agirait d'en doter tous les patients du service de psychiatrie générale, mais selon d'autres témoignages, seuls seraient envisagés les patients pris en charge dans les unités 5, 5 bis et 6 de soins sans consentement.

Si elle devait être confirmée, cette dernière hypothèse s'avèrerait également indigne et stigmatisante.

## RECO PRISE EN COMPTE 9

Les patients en soins sans consentement ne doivent se voir imposer aucun signe distinctif susceptible de les stigmatiser et de porter atteinte à leur dignité.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, le CHS fait valoir que « *le port du bracelet d'identification, développé en secteur de gériatrie, n'est pas prévu pour le secteur de psychiatrie à ce jour. Les vêtements "palliatifs" pour patients démunis ne seront affectés à aucune unité en particulier mais mis à disposition pour les patients dans le besoin.* » ; il précise que l'activation d'une cellule d'identitovigilance est prévue au troisième trimestre 2020.

### 6.3 LES RELATIONS DES PATIENTS AVEC L'EXTERIEUR SONT POSSIBLES MAIS DEMEURENT LIMITEES

#### 6.3.1 Le courrier

Les patients peuvent gratuitement envoyer des courriers, quel que soit le destinataire, bien qu'aucune précision ne soit apportée au sujet de la correspondance dans les livrets d'information remis aux patients et aux familles. Les soignants aident parfois les patients qui le souhaitent à rédiger leur courrier, notamment ceux adressés au juge des libertés et de la détention.

Cependant, à la demande de l'établissement, les requêtes adressées à ce juge sont remises au directeur du CHS. Cette procédure figure au règlement intérieur et est appliquée dans les unités – voir *supra*, § 4.

### RECOMMANDATION 23

Les patients doivent pouvoir correspondre librement et directement, notamment avec les autorités et les juridictions. Les courriers qu'ils adressent au juge des libertés et de la détention ne doivent ainsi, en particulier, pas être d'abord communiqués à la direction de l'établissement.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, la direction de l'établissement fait valoir que « *les courriers sont déjà transmis directement par le vagemestre à leurs destinataires. En aucun cas ceux-ci ne sont reçus préalablement par le directeur. Les frais d'expédition des courriers sont réglés par l'établissement.* »

Le CGLPL prend acte de ces affirmations, bien que les deux premières ne correspondent pas ni aux témoignages recueillis par les contrôleurs ni aux règles énoncées dans le règlement intérieur de l'établissement, dont la modification sur ce point n'est pas évoquée.

#### 6.3.2 Le téléphone et internet

Les familles peuvent téléphoner à leur proche hospitalisé, soit en appelant directement l'unité, soit en contactant le standard qui transfère l'appel à l'unité concernée. Le patient a accès au téléphone dans le bureau des soignants.

Les patients peuvent également joindre leurs proches. Dans les unités 5 et 5 bis, la possibilité de téléphoner est cependant restreinte. Les patients n'ont pas le droit de conserver un téléphone portable et ils doivent utiliser les cabines pour téléphoner, lesquelles ne sont accessibles que les après-midi à partir de 15h. Les patients attendent ainsi leur tour les uns à côté des autres près de la cabine. A l'unité 5, il s'agit d'un téléphone posé dans une boîte aux lettres fermée à clef disposée dans la grande salle de l'unité. L'unité 5 bis n'est plus équipée de cabine, les patients utilisent donc le téléphone du service dans l'unité de soins.



*Cabine téléphonique de l'unité 5 d'admission sans consentement*

Dans les unités 3-2 et 6, dans lesquelles aucun patient ne faisait l'objet d'une restriction médicale de communiquer au moment de la visite, les patients sont autorisés à conserver leur téléphone portable s'ils en possèdent un. Ils peuvent également téléphoner depuis les salles de soins, dans la limite de quatre appels aboutis pour les personnes hospitalisées à l'unité 6.

Les appels passés depuis les salles de soins, bureaux des infirmiers ou cabines téléphoniques ne permettent pas de bénéficier d'un échange confidentiel.

#### RECOMMANDATION 24

Comme cela avait déjà été recommandé après la visite de 2011, l'établissement doit assurer la liberté d'accès des patients à un téléphone et la confidentialité des conversations. La restriction d'usage de ce moyen de communiquer ne peut résulter que d'une décision médicale individualisée et régulièrement révisée.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, la direction du CHS fait valoir que « *le code wifi CHS GUEST permet un accès internet permanent potentiel des patients dans toutes les unités. Le téléphone portable personnel est en libre accès selon les unités et les prescriptions médicales. En termes d'organisation l'appel des patients est formalisé selon les heures et la disposition du personnel. Cependant, les appels entrant pour patient sont transmis tout au long de la journée.* » Elle précise que devra être prévu, dans les dix-huit mois, un « *temps d'appels pour les patients le matin également* » ; que, « *selon les unités, la limitation de la tranche horaire ou du nombre d'appel doit être précisée dans le DPI.* » A plus long terme, « *aménager un espace confidentiel pour les appels.* » Le CGLPL relève que l'accès au wifi évoqué n'est pas généralisé à l'ensemble de l'établissement et que, pour le reste, ces observations restent floues s'agissant tant des modalités des évolutions évoquées que leur délai de mise en œuvre. Par suite, il maintient la recommandation émise.

Les appels des patients depuis les postes étaient gratuits au moment de la visite. Une réflexion était cependant en cours au sein de l'établissement afin de modifier les modalités d'accès au téléphone. L'ensemble des appels sortant des unités est traité par le standard du centre ; les appels des patients à leurs proches provoquent parfois une saturation à l'accueil. En outre, ces communications ont un coût financier pour le CHS. Un courrier électronique a été envoyé aux unités afin qu'elles facturent les appels passés par les patients. Il est également envisagé de prévoir, au moins à l'unité 6, l'achat de téléphones portables par l'intermédiaire des associations de mandataires (ACSMS et AGTNC), ce qui n'est toutefois pas une demande exprimée par les patients. Cette solution serait exclue pour les unités 5 et 5 bis où les téléphones portables ne sont pas autorisés.

#### RECOMMANDATION 25

Sauf incompatibilité médicale dûment constatée, les patients doivent pouvoir conserver leur téléphone portable même s'ils sont admis en soins sans consentement. En tout état de cause, le coût de leurs communications téléphoniques ne doit pas leur être facturé dès lors que celles-ci sont la conséquence de la saisie de leur appareil personnel.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, le CHS objecte que « *le coût ne leur est pas facturé, l'accès au téléphone du service peut se faire à leur demande selon l'activité en cours.* » Il est en outre précisé que « *l'accès au téléphone portable doit être spécifié dans le DPI pour les hospitalisations en service fermé.* »

Le CGLPL rappelle que la liberté est la règle et la restriction, l'exception ; c'est donc la confiscation éventuelle du téléphone portable d'un patient qui peut être décidée médicalement et tracée au DPI.

En ce qui concerne l'accès à internet, il n'est pas possible au sein des unités 5 et 5 bis où les patients ne sont pas autorisés à conserver un quelconque équipement qui le permettrait et où aucun matériel informatique n'est proposé, ne serait-ce que ponctuellement et de manière accompagnée.

Dans les pavillons 3-2 et 6, les patients peuvent conserver leur téléphone portable s'ils en possèdent un et, alors, bénéficier d'un accès libre à un réseau *wifi* dont le code est renouvelé quotidiennement et affiché dans le bureau des soignants. La connexion à internet est cependant contrôlée au sein de l'unité 6, où les soignants souhaitent prévenir l'accès à des sites pornographique ou violents.

Aucune unité ne permet d'accéder à un ordinateur et un tel équipement n'est pas non plus accessible aux patients ailleurs dans l'établissement.

#### RECOMMANDATION 26

Tous les patients dont l'état clinique le permet doivent pouvoir conserver, s'ils en possèdent, leur terminal informatique personnel. En tout état de cause, l'ensemble des patients doit être mis en mesure d'accéder à internet afin de consulter sa messagerie, de se former ou de s'informer et d'initier des démarches, en toute autonomie. Toute restriction doit être motivée et justifiée par l'état clinique du patient.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, la direction de l'établissement fait valoir que « *selon l'état du patient et les prescriptions médicales, l'ordinateur ou le téléphone portable personnel sont conservés par le patient.* » Elle ajoute que « *la mise à disposition d'un poste informatique pour l'accès internet des patients par unité pourrait être réalisée. Un espace dans le DPI viendra préciser les modalités d'accès selon l'état clinique du patient.* »

Le CGLPL maintient toutefois sa recommandation dès lors que la première de ces observations ne correspond pas aux constats des contrôleurs, ainsi qu'il résulte de tout ce qui précède, cependant que la seconde, formulée au conditionnel, reste floue.

#### 6.3.3 La visite des familles

Les familles peuvent visiter leur proche sans prévenir l'établissement de leur venue tous les après-midis, sauf cas exceptionnels dûment justifiés. Les horaires demeurent peu adaptés pour les proches qui travaillent ainsi que pour les familles vivant loin de Nouméa.

Selon le règlement intérieur, seuls les enfants de moins de 12 ans ne sont pas autorisés à pénétrer dans l'établissement ; ceux de plus de 12 ans doivent être accompagnés d'une personne majeure. La direction des soins comme des cadres d'unité ont cependant confirmé aux contrôleurs que les visiteurs mineurs n'étaient pas autorisés à entrer, quel que soit leur âge.

Par ailleurs, les visiteurs ne peuvent pas apporter de denrées périssables et doivent obtenir l'accord préalable du personnel soignant pour remettre quelque chose à un patient (vêtement, tabac, etc.).

Les modalités de visites diffèrent selon que le patient est hospitalisé dans une unité fermée (5, 5 bis et 6) ou une unité ouverte (3-2 notamment). Dans les unités fermées, les familles rencontrent leur proche dans des salons séparés des unités, sans accès à un espace extérieur, équipés de quelques fauteuils. Chaque unité dispose d'un espace pour les visites. Plusieurs familles peuvent être présentes en même temps dans un même salon, ce qui prive l'échange de tout intimité. Les horaires

affichés pour les visites au sein des unités 5 et 5 bis sont de 14h à 17h30, tandis que ceux de l'unité 6 sont de 14h à 18h.

### RECOMMANDATION 27

L'établissement doit aménager des espaces permettant aux patients de recevoir la visite de leurs proches sans restriction d'âge, à différents moments de la journée et dans des conditions préservant l'intimité et la confidentialité des échanges.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, le CHS répète que « *les mineurs de moins de 12 ans ne sont pas autorisés dans l'enceinte de l'établissement. Par contre les visites sont ouvertes selon les horaires définis en fonction des unités.* » Son directeur précise, en outre, qu'un « *aménagement du hall d'entrée de l'UASC en 2 petits salons individualisés avec plantes vertes de séparation ou paravent pour préserver l'intimité est en cours d'installation. Une uniformisation des règles de vie est prévue. La question des horaires de visite sera évoquée dans le but d'une harmonisation.* »

Outre l'insuffisance des modalités énoncées pour préserver l'intimité des patients et de leurs visiteurs (des plantes vertes ou un paravent assurant rarement la confidentialité des conversations), le CGLPL déplore le maintien de l'interdiction faite aux mineurs de douze ans de visiter leurs membres de famille hospitalisés. Cette interdiction, qui ne repose sur aucun fondement légal dès lors qu'elle n'est pas médicalement et individuellement justifiée, porte une atteinte disproportionnée aux droits des patients en SSC au respect de leur vie privée et familiale et au maintien de leurs liens familiaux.



*Salon pour les visites des familles dans l'unité 6 (unité de postcure sans consentement)*

Au pavillon 3-2, unité ouverte, le personnel fait preuve de souplesse pour les horaires de visite. Les soignants ont expliqué aux contrôleurs que les visites demeureraient rares au sein de l'unité car les pathologies psychiatriques font peur ; ils s'adaptent donc quand des familles se présentent pour rencontrer leurs proches. Il n'y a pas de salon au sein de l'unité, les proches et le patient se

rencontrent dans le faré servant de salle de télévision et dans les espaces extérieurs (voir *infra*, § 7.1.3). Ils ne peuvent pas, en principe se rendre dans les chambres, bien que cela arrive parfois.

Aucun patient, au moment de la visite, ne faisait l'objet d'une restriction de son droit à recevoir des visites ; ces décisions demeurent rares au sein de l'établissement et sont toujours décidées par un psychiatre, selon les propos recueillis.

#### 6.4 LA SEXUALITE EST ILLEGALEMENT INTERDITE ET NE FAIT L'OBJET D'AUCUNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

La possibilité pour les patients d'entretenir des relations sentimentales et sexuelles varie d'une unité à l'autre. Les relations sexuelles sont interdites par le règlement intérieur de l'établissement, ce qui constitue une illégalité à laquelle l'établissement doit mettre fin sans délai. Certaines équipes font le choix de laisser les patients avoir des relations sexuelles consenties, donnant parfois des préservatifs aux personnes concernées. Une équipe a au contraire expliqué aux contrôleurs qu'elle pratiquait « *un recadrage immédiat* » dès qu'un rapprochement entre patients était constaté et s'assure qu'il n'y ait pas de sexualité au sein de l'unité.

Les préservatifs ne sont disponibles qu'aux ateliers thérapeutiques, où une corbeille est régulièrement réapprovisionnée. Certains patients y prennent des préservatifs pour les apporter aux autres résidents de leur unité. Les préservatifs ne sont pas accessibles dans ces dernières.

Lors de l'entretien avec le médecin généraliste à l'arrivée des patientes, celui-ci fait le point avec elles sur l'usage ou non d'un contraceptif. Le suivi gynécologique et la contraception sont assurés en extra hospitalier, par les services de protection maternelle et infantile (PMI), sans périodicité établie dans le suivi. Les patientes peuvent demander à bénéficier d'un rendez-vous gynécologique à la PMI en s'adressant au personnel de l'unité. Le médecin généraliste peut également assurer un suivi gynécologique et contraceptif.

Lorsque les patientes n'ont pas de moyen de contraception, elles sont incitées par le personnel soignant à en utiliser un. Plusieurs membres du personnel soignant issus de différentes équipes ont précisé qu'ils identifiaient les patientes susceptibles d'avoir des relations sexuelles, qu'ils les incitaient à accepter la pose d'un implant contraceptif et qu'en cas de refus de leur part, elles étaient tout de même conduites à la PMI accompagnées par une infirmière pour qu'un implant leur soit posé. Une infirmière a expliqué aux contrôleurs que cette procédure avait lieu au moins trois ou quatre fois par an, ajoutant que certaines patientes n'étaient pas en mesure de consentir à la pose d'un moyen de contraception lors de leur admission. L'un des médecins rencontrés a apporté un témoignage différent, indiquant que la pose de l'implant n'était jamais imposée, un tel geste médical étant du reste impossible à pratiquer si la patiente n'est pas parfaitement immobile. Si elle était avérée, cette pratique méconnaîtrait gravement le droit des patientes de consentir à l'usage d'un moyen de contraception.

#### RECO PRISE EN COMPTE 10

Le droit des patients à une vie affective et sexuelle ne peut faire l'objet d'une interdiction générale. Les patients doivent bénéficier d'un accès libre à des préservatifs et aucun moyen de contraception ne peut être imposé.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, le directeur du CHS fait valoir qu'une « *sensibilisation est faite lors des réunions soignants/soignés, des interventions de l'Espace CMP à la demande des unités* »

*sont encouragées. Les modes de contraception font l'objet d'une concertation avec le patient afin qu'il puisse exprimer son souhait de façon éclairée. » Il précise par ailleurs que « l'accès aux préservatifs doit être disponible dans chaque unité en libre-service ou la demande selon les particularités des patients. » Enfin, il a été rapporté précédemment qu'à l'occasion de ses observations relatives à d'autres recommandations du présent rapport, ce directeur a précisé qu'une « révision des règles de vie des unités sera effectuée dès que le nouveau règlement intérieur général sera publié. Il s'agira d'harmoniser celles-ci et de retirer les mentions non conformes aux droits et libertés fondamentales comme l'interdiction des relations sexuelles entre patients. »*

Au niveau institutionnel, l'établissement ne mène aucune réflexion sur la sexualité et la vie affective des patients qu'il prend en charge. Un groupe de travail a été envisagé mais n'a pas été mis en place, malgré les demandes de certaines équipes qui ont été confrontées à des incidents. Il a été expliqué aux contrôleurs que le sujet demeure tabou au sein de l'établissement.

Aucun espace de dialogue n'est instauré avec les patients pour parler de sexualité. Ce sujet est cependant abordé lors de l'atelier thérapeutique « *vie sans drogue* ».

#### RECOMMANDATION 28

L'établissement doit développer une réflexion institutionnelle sur la sexualité des patients et assurer la formation du personnel à ce sujet. En outre, un espace de dialogue pourrait utilement être mis en place entre le personnel soignant et les patients.

*Dans ses observations du 27 juillet 2020, le CHS fait valoir qu'une « procédure est en cours de formalisation en cas d'agression sexuelle d'un patient. Une sensibilisation du personnel sera programmée sur le thème de la sexualité des patients. »*

Le CGLPL maintient sa recommandation, la réflexion qu'il évoque portant sur la sexualité des patients laquelle ne saurait n'être envisagée qu'au regard d'éventuelles agressions sexuelles.

Enfin, les équipes ne connaissent pas les procédures à suivre en cas d'agression à caractère sexuel : comment recueillir la parole, à qui adresser un signalement, comment accompagner vers un dépôt de plainte, etc. Plusieurs soignants rencontrés ont fait part de leur souhait de bénéficier d'une formation adaptée sur ce sujet.

## 7. LES CONDITIONS DE VIE

### 7.1 LES LOCAUX SONT AUSTERES, CERTAINS INCONFORTABLES ET CEUX DES UNITES D'ADMISSION SANS CONSENTEMENT SONT CALQUES SUR UN MODELE CARCERAL

#### 7.1.1 Les unités d'admission sans consentement

Les pavillons d'admission sans consentement regroupent deux unités fonctionnelles : l'unité 5 dite fermée et l'unité 5 bis dite sécurisée, inaugurées en août 2010.

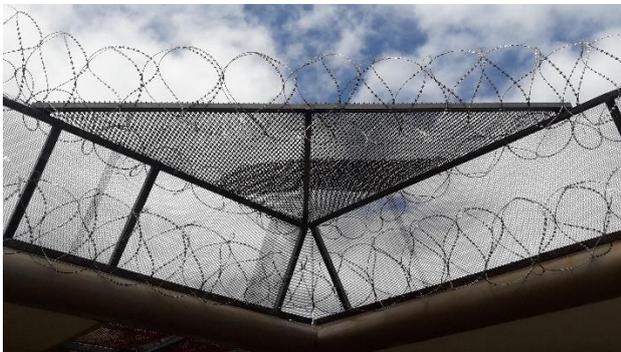
Ces locaux avaient été visités lors du premier contrôle du CGLPL en 2011 ; il peut être utilement renvoyé à leur description dans le rapport de cette précédente mission<sup>15</sup>, les développements suivants ne faisant qu'y ajouter.

La conception de ces bâtiments a été guidée par des impératifs d'ordre carcéral, sans qu'aucune des explications avancées à cet égard par la direction de l'établissement (tenant à l'éloignement du territoire, à l'absence de compétence architecturale locale et à des problèmes de maîtrise d'œuvre) soit de nature à les justifier.

De plus, à la fin de l'année 2019, les contrôleurs ont constaté que les cours de promenade de ces unités n'ont manifestement pas été entretenues de façon suffisante depuis leur ouverture et qu'elles ont fait l'objet d'ajouts sécuritaires au cours des années précédentes : désormais cernées de hauts murs surmontés de hermes anti-évasion, de rouleaux de concertina ou de plaques de métal, ces espaces dégagent une impression carcérale, voire punitive, qui est injustifiée et que les patients comme les représentants des usagers rencontrés n'ont pas manqué de déplorer.



*Cour de promenade aile A, unité 5*



*Autres installations sécuritaires, aile B, unité 5*

<sup>15</sup> Pages 26 et suivantes.



*Cour de promenade, unité 5 bis*

Est en particulier dénoncée la pose de plaques de fer sur les parois du mur d'enceinte de l'unité 5, qui interdit toute perspective visuelle. L'établissement doit sans délai, même à moindre frais et éventuellement au titre d'activités proposées aux patients, améliorer sensiblement leur environnement de soins, en commençant par la dépose des installations sécuritaires précitées.

#### RECOMMANDATION 29

Les espaces extérieurs des unités d'admission des patients en soins sans consentement doivent être entretenus et aménagés, même à moindres frais, afin de limiter l'impression carcérale injustifiable qui s'en dégage et, notamment, offrir une perspective visuelle aux patients qui y sont pris en charge. En ce sens, le retrait des plaques de fer, herses anti-évasion et rouleaux de *concertina* installés sur l'enceinte de ces espaces constitue un prérequis.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, la direction de l'établissement annonce, dans un délai de dix-huit mois, la « *prévision de l'aménagement de la cour avec des fresques sur les plaques métalliques* » et « *un aménagement du hall d'entrée de l'UASC en deux petits salons* », déjà évoqué au sujet des visites familiales.

Ces observations ne répondent que très partiellement, et *a minima*, à la recommandation émise, qui ne peut donc qu'être maintenue.

##### *a) L'unité fermée*

Cette unité accueille d'abord, dans une première aile, les femmes et les patients dits « vulnérables », dont les mineurs qui n'ont pu être hospitalisés à l'unité d'admission libre (pavillon 7). Ces patients sont hébergés dans quatre chambres individuelles et deux chambres doubles. L'unité accueille ensuite des hommes, dans une aile distincte où sont regroupées treize chambres individuelles. L'ensemble ne comporte aucun élément de décoration et donne une forte impression de froideur et d'austérité.

Chaque chambre, démunie de bouton d'appel, est climatisée et équipée d'une salle de douche incluant un WC, ainsi que de deux fenêtres dont aucune ne s'ouvre ; celles-ci sont barreaudées et les vitres sont recouvertes de film opacifiant pour protéger les lieux des regards extérieurs.

Selon les informations rapportées, et contrairement à ce qui avait été constaté lors de la première visite du CGLPL en 2011, si l'accès à ces chambres est théoriquement possible tout au long de la journée, leur porte est en réalité fermée du matin au soir. Ainsi, durant la journée, les patients doivent nécessairement solliciter un soignant pour y accéder, ce qui les place dans une situation de

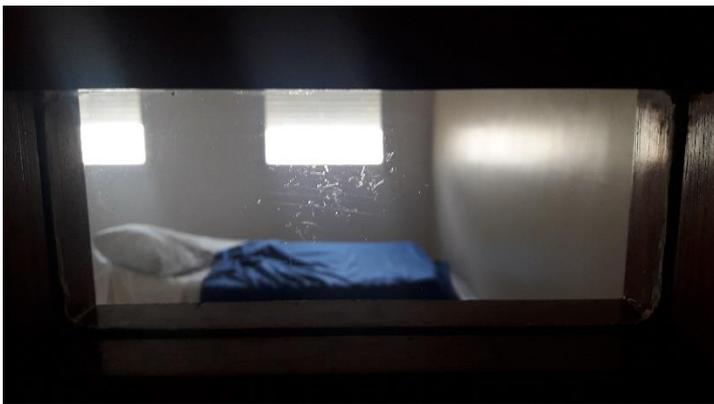
dépendance supplémentaire injustifiée – et dont il découle notamment que, en l’absence de WC communs librement accessible dans le reste de l’unité, il arrive que certains patients soient contraints d’uriner dans la cour faute de disponibilité d’un membre du personnel pour leur permettre accéder à leur chambre et sa salle d’eau au moment nécessaire.

### RECOMMANDATION 30

Rien ne justifie que les patients de l’unité d’admission fermée se voient interdire l’accès de leur chambre en journée. En tout état de cause, ces patients doivent avoir un accès libre et permanent à des toilettes.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, la direction du CHS fait valoir que « un accès à des toilettes est disponible pour les patients en permanence, à la salle télé et dans la salle commune. » Elle précise en outre qu’une « recherche pour trouver un système d’appel adapté (peut-être avec un voyant lumineux) pour un appel malade dans les chambres est en cours. »

Le CGLPL prend acte de cette recherche ; pour le reste, les observations de l’établissement ne correspondent pas aux constats des contrôleurs.



#### *Chambres de l’unité 5 vues depuis les fenestrons des portes*

Deux chambres de l’unité peuvent être utilisées comme chambres d’isolement. Cependant, dans cette unité 5 comme dans la 5 bis voisine, les portes des chambres sont systématiquement fermées chaque nuit ; cette situation n’est pas plus justifiée et s’apparente à une mise en isolement illégale – voir *infra*, § 9.3.2.

### *b) L'unité sécurisée*

S'agissant de cette seconde unité d'apparence carcérale, le rapport de la visite du CGLPL de 2011 relevait déjà son défaut de fonctionnalité à multiples égards :

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

Outre les espaces extérieurs ultra « sécurisés » déjà évoqués, les dix chambres individuelles de cette unité disposent, comme la chambre d'isolement dont elle est dotée, d'une double entrée :

*la porte habituelle donne sur le couloir central tandis qu'une deuxième porte, ouvrant sur un couloir d'intervention perpendiculaire, donne accès au local sanitaire de la chambre. Il en est fait exclusivement usage par les personnels en cas de nécessité ou de blocage de la porte principale. Chaque porte donnant sur le couloir est une porte blindée, à la serrure renforcée par deux verrous, percée d'une ouverture vitrée en son centre de 28 cm de côté, autorisant un contrôle visuel permanent de la pièce ; cette ouverture n'est dotée d'aucun système occultant.*



*Couloir d'hébergement, unité sécurisée 5 bis*

L'organisation et l'aménagement des chambres de cette unité, démunies de bouton d'appel, est à l'avenant :

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

*Le bloc sanitaire occupe un angle de la chambre. On y accède par une ouverture sans porte ; il comporte un lavabo surmonté d'un miroir incassable mais déformant, des wc sans abattant, et une douche. Un cabinet de toilette, situé au début du couloir d'accès aux chambres, dispose d'un lavabo et d'une véritable glace.*

L'ensemble de ces aménagements fait, comme la pratique précitée d'enfermement des patients dans leur chambre pendant chaque nuit, de ces lieux d'hébergement des chambres d'isolement *de facto*, non répertoriée comme telles et alors que rien ne justifie une telle configuration pénitentiaire.

### RECOMMANDATION 31

La configuration des chambres d'hébergement des unités fermées d'admission doit être repensée dans son ensemble afin d'en écarter la logique carcérale qui a prévalu lors de leur conception. En particulier, la dépose des portes équipées d'un double verrou extérieur doit être envisagée à court terme, comme tout aménagement de nature à préserver l'intimité des patients et à limiter l'austérité des lieux et l'aspect punitif qui s'en dégage.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, le CHS fait valoir que « *la mise en place d'un système occultant les fenestrons est en cours, une réflexion sur la fermeture des chambres (nécessitant une réorganisation de la présence soignante la nuit) doit être menée selon les moyens financiers possibles, la réfection des murs des chambres avec un pan de couleur sera envisagée lors des nouvelles réfections.* »

Le CGLPL prend acte de ces projets, évoqués plus de huit mois après la visite des contrôleurs. En l'absence de précision sur les modalités et les délais de réalisation des évolutions ainsi envisagées, il maintient cependant sa recommandation.

#### 7.1.2 L'unité de postcure et de réhabilitation psychosociale sans consentement

Cette unité fermée est, comme les unités d'admission 5 et 5 bis, dotée d'équipements sécuritaires dont émane une impression carcérale aussi peu commune qu'inopportune en milieu hospitalier.



*Pavillon 6 : le patio intérieur, à g ; la seule vue vers l'extérieur, à d.*



*Pavillon 6 : installations sécuritaires*

Cependant, à la différence des deux unités d'admission fermées, le pavillon 6 de postcure et de réhabilitation psychosociale sans consentement bénéficie d'une cour intérieure entretenue et arborée qui la rend moins austère que celles situées dans les unités 5 et 5 bis.



*Pavillon 6 : cour intérieure*

L'unité comporte douze chambres individuelles, dont une pour personne à mobilité réduite, et quatre chambres doubles. Elle n'accueille que des patients de sexe masculin.

Toutes les chambres sont équipées d'une climatisation réglable par le patient ; mais aucune n'est équipée de table ou même d'une table de nuit ; quelques-unes ont une chaise.

Le seul rangement est une étagère non fermable (voir *infra*, § 7.3). Tous les lits sont scellés au sol.



*Pavillon 6 : à g., une chambre double ; à d., casier de rangement d'une chambre individuelle*

Toutes les chambres ferment à clef mais les patients n'ont pas la clef, aucune n'a de système d'appel. L'éclairage – dont une veilleuse située en hauteur – se commande depuis l'extérieur.

Chaque chambre reçoit la lumière naturelle au travers de deux fenêtres : l'une qui n'ouvre pas, donnant sur l'extérieur de l'unité, l'autre, équipée d'une « jalousie » qui ouvre sur l'intérieur du patio mais n'offre aucune intimité. Selon l'installation de ces équipements, les patients ne disposent pas tous de la possibilité d'en manipuler eux-mêmes les clayettes puisque, pour certaines, les poignées de ces fenêtres sont installées du côté extérieur (voir photo ci-dessous). Quoiqu'il en soit, pour que leur intimité soit préservée, les patients sont contraints de fixer un tissu sur ces fenêtres. En effet, si la jalousie s'ouvre et donne ainsi de l'air dans la chambre, elle permet depuis le patio une vue directe sur le lit du patient, lequel est scellé au sol.



*Pavillon 6 : jalousie dont est dotée la fenêtre des chambres donnant sur le patio*

### RECOMMANDATION 32

Les patients de l'unité de postcure et de réhabilitation psychosociale sans consentement ont le droit de voir leur intimité préservée comme l'ensemble des personnes hospitalisées ; l'établissement doit leur proposer les aménagements mobiliers nécessaires pour ce faire.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, la direction de l'établissement souligne qu'une « réflexion sur les aménagements mobiliers est menée pour tenir compte de l'intimité du patient tout en permettant une surveillance facile par le personnel. Une solution de pose de store ou de rideau devant les jalousies est à l'étude. »

L'aménagement envisagé étant des plus simples, rien n'explique la nécessité d'une réflexion plus de huit mois après la visite des contrôleurs, réflexion en outre non encore aboutie. La recommandation est maintenue.

Les chambres sont dotées d'une partie sanitaire entièrement carrelée, avec douche à l'italienne, lavabo et WC, le tout en bon état mais sans protection de douche, patère, tablette, porte-serviettes, porte-manteau ni éclairage.



*Chambres du pavillon 6 : WC et douche, à g. ; douche et lavabo, à d.*

Quatre des chambres individuelles, dites chambres de mise en sécurité, présentent quelques différences par rapport aux autres. Elles ne sont pas dotées de douche, ni dans la chambre ni dans le sas. Ces chambres ressemblent à des chambres d'isolement : sas d'entrée fermable, biens à l'extérieur de la chambre (dans le sas), WC à la turque derrière un muret, arrivée d'eau et chasse d'eau commandées de l'extérieur, pas de point d'eau dans la chambre, pas d'autre mobilier que le lit – pouvant supporter des contentions –, aucune possibilité d'ouvrir la fenêtre ; cependant, elles n'en ont pas tous les attributs : pas de double entrée, pas de meubles mous pour servir de table, pas d'horloge. Elles ont deux usages :

- en porte ouverte : pour les patients qui viennent d'arriver dans l'unité, en temps d'observation avant d'être affectés dans une chambre individuelle normale ; cela peut durer quinze jours, voire plus en raison du faible *turn-over* ;
- en porte fermée : pour les mesures d'isolement (voir *infra*, § 9) ; c'était le cas d'un patient au moment de la visite du CGLPL.



*Pavillon 6 : sas d'accès à une chambre « de « mise en sécurité ». A d., étagères de rangement*



*Chambre « de mise en sécurité » de l'unité 6*

Une salle de douche commune comprend une douche et deux toilettes. Elle ne dispose pas de patère ni de banc. Au moment de la visite, la lumière ne fonctionnait pas.

### 7.1.3 L'unité de postcure et de réhabilitation psychosociale

Formée d'un regroupement de deux anciennes unités, cette unité dite 3-2 regroupe deux anciens services et se présente la forme d'un U :

- les deux ailes extérieures hébergent des chambres ; en principe une aile est réservée aux femmes et l'autre aux hommes ; au moment de la visite, l'aile des femmes recevait aussi des hommes, les femmes étant regroupées à l'extrémité de l'aile ; ces ailes comportent également des sanitaires, ainsi qu'une bibliothèque dans une aile et un « local goûter » dans l'autre ;
- la base du U regroupe le bureau des infirmiers, l'espace de soins, la salle de réunion, le bureau du cadre de santé, un bureau de consultation, la buanderie et les chambres d'isolement.

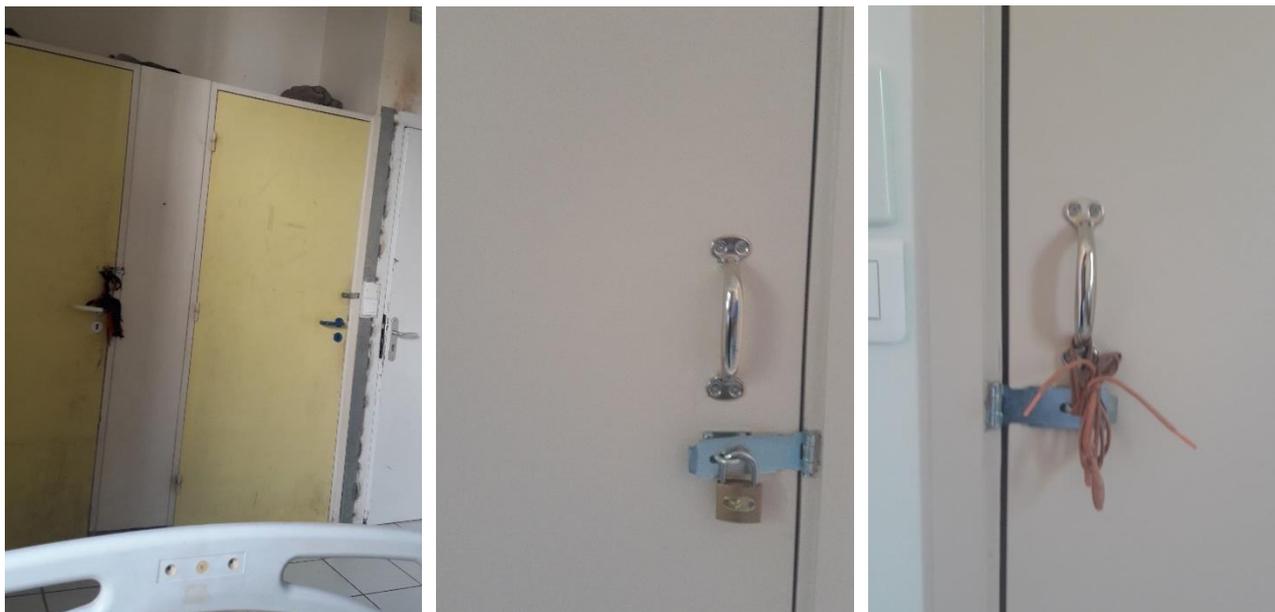
Chaque aile d'hébergement comporte deux blocs de quatre chambres doubles chacun et un bloc de trois chambres individuelles, auxquelles s'ajoutent deux chambres d'isolement – soit un total de quarante lits pour l'ensemble de l'unité, dont trente-huit d'hébergement parmi lesquels seuls six sont installés en chambre individuelle. Quatre chambres doubles étaient cependant en travaux au moment de la visite des contrôleurs et seuls onze des lits installés en chambre double étaient occupés à cette période.

Seules les six chambres individuelles sont dotées d'un WC et trois chambres sont dotées d'une douche individuelle. Les autres patients disposent de quatre salles d'eau collectives, chacune comportant trois douches, deux lavabos avec eau chaude et eau froide, et deux WC. Une des salles comporte une baignoire dont l'isolation est assurée par un simple rideau de douche.



*Chambres individuelle et double de l'unité de postcure et de réhabilitation sociale*

Chaque chambre est équipée d'un verrou de confort et d'un brasseur d'air ou d'un ventilateur portable. Les lits, médicalisés, sont vétustes ; il a été indiqué aux contrôleurs que leurs freins ne fonctionnaient plus. Chaque patient dispose d'une armoire, qu'il peut verrouiller à condition d'acheter un cadenas ; la plupart des armoires sont fermées « avec les moyens du bord ».



*Armoires de rangement individuelles*

Les patients n'ont pas le choix de leur chambre ; ils sont installés dans la chambre simple ou double qui dispose d'un lit inoccupé. S'il s'agit d'une chambre double, il est vérifié que l'autre lit est occupé par une personne du même sexe. Dans la mesure du possible, les affinités sont prises en compte ainsi que d'éventuelles nécessités médicales.

L'espace extérieur situé au cœur du U comporte un étendage à linge, deux terrasses avec table et banc en bois, et un faré fermé servant de salle de télévision et salle d'activités.

L'unité fait l'objet de travaux de rénovation, qui étaient en cours au moment de la visite du CGLPL.

#### 7.1.4 L'unité de long séjour psychiatrique

Cette unité reçoit des patients en soins libres présentant des pathologies psychiatriques lourdes, anciennes et fixées ou des handicaps mentaux sévères, assortis de troubles du comportement.

L'unité comporte huit chambres doubles, ainsi que trois chambres individuelles équipées de matelas du type de ceux traditionnellement utilisés en chambre d'isolement. Chaque chambre dispose d'un lavabo, parfois deux dans certaines chambres doubles. Les chambres sont spacieuses, propres, en bon état et l'unité comporte deux salles de douche – une avec une douche et une avec deux douches – et trois WC.

L'unité ne comporte pas de chambre d'isolement ; des mesures de contention ponctuelles sont cependant mises en œuvre (voir *infra*, § 9) : deux patients sont parfois mis sous contention en début de nuit sur prescription médicale pour une durée ne dépassant pas 3 heures ; un troisième ne l'a été qu'une fois depuis plusieurs années.

Les patients qui ne souhaitent pas sortir passent la journée dans une grande salle de vie, où ils pratiquent quelques activités avec les soignants (dessin, jeux de société), prennent leurs repas, regardent la télévision. Ils peuvent aussi avoir un téléviseur dans leurs chambres ; c'était le cas d'un patient au moment de la visite du CGLPL.



*Chambres individuelles de l'ULSP*

L'accès aux chambres est libre de 14h30 à 18h ; les patients peuvent s'y enfermer grâce à un verrou de confort.

Une ancienne chambre double a été aménagée pour recevoir un patient de 24 ans hospitalisé à l'âge de 14 ans sur décision du juge des enfants, dont l'état ne lui permet pas de vivre au milieu des autres patients. Il reste toute la journée dans cette pièce, en compagnie d'une auxiliaire de vie sociale (AVS) qui l'emmène parfois se promener dehors.



*Chambre du jeune patient*

Au moment de la visite des contrôleurs, ce patient est conduit, chaque fin d'après-midi, dans l'unité de postcure et de réhabilitation sociale où il est enfermé pour la nuit dans une chambre d'isolement qui compte pour tout mobilier un matelas posé directement sur le sol et pour seul aménagement des toilettes « à la turque » (voir *infra*, § 9.1). Son statut d'hospitalisation n'est pas modifié alors qu'il est ainsi placé en isolement dans des conditions indignes, pendant plus de douze heures chaque nuit. Cette procédure dure depuis plusieurs années. A la suite de sa visite, le CGLPL a été informé par la responsable de la qualité du CHS de trois décisions prises en réaction aux recommandations orales des contrôleurs : une demande de transfert de ce patients vers un établissement recevant des enfants et des jeunes adultes polyhandicapés et dépendants, une demande de moyens supplémentaires en temps d'AVS afin de garantir une surveillance nocturne de l'intéressé au sein de l'unité de long séjour psychiatrique et le lancement de travaux d'aménagement dans cette unité pour que ce patient puisse désormais y passer ses nuits dans un environnement sécurisé avec le maintien de ses repères et de la liberté d'aller et venir. Le projet d'aménagement devait être réalisé au plus tard fin mars 2020 ; en attendant, la chambre

du patient devait, selon les mêmes informations, être sécurisée pour lui permettre d'y dormir sous surveillance médicale.

### RECOMMANDATION 33

Toutes les chambres des unités d'hospitalisation doivent être équipées d'un système d'appel.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, la direction du CHS informe, comme mentionnée précédemment qu'une « *recherche pour trouver un système d'appel adapté (peut-être avec un voyant lumineux) pour un appel malade dans les chambres est en cours.* »

En l'absence de toute précision sur les modalités exactes et le délai de réalisation prévisible de cet aménagement, le CGLPL maintient sa recommandation.

## 7.2 L'HYGIENE GENERALE EST ASSUREE MAIS CERTAINS EQUIPEMENTS SANITAIRES FONT DEFAT

Le linge de lit est renouvelé toutes les semaines, le linge de toilette est changé tous les jours.

Les patients qui en ont besoin peuvent recevoir des produits de toilette : savon, shampoing, rasoirs. Durant leur visite, les contrôleurs ont relevé un état général de propreté des locaux tout à fait correct. Cependant, il ressort de leurs constats que, lorsqu'elles existent, les toilettes collectives des unités ne sont pas toujours équipées de savon et d'essuie-mains. Il leur a ainsi, par exemple, été rapporté qu'à l'unité 3-2, le savon n'est installé que dans les distributeurs sécurisés « *pour éviter d'être vidés immédiatement* » et que l'absence d'essuie-mains est justifiée « *pour éviter que les canalisations soient bouchées* ». Des alternatives simples permettraient pourtant de contourner de telles difficultés ; en tout état de cause, l'établissement doit mettre à la disposition des patients, comme des membres de son personnel et des visiteurs éventuels, les moyens de pourvoir aux considérations minimales d'hygiène.

### RECOMMANDATION 34

Des toilettes et des lavabos collectifs dotés de l'équipement et du matériel d'hygiène nécessaires (savon, sèche-mains) doivent être accessibles dans toutes les unités de soins.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, l'établissement précise qu'une « *étude des besoins en savons et papier essuie-mains est menée. Il reste à trouver un système pour que l'ensemble du matériel ne soit pas réutilisé par le patient.* »

Le CGLPL prend acte de « l'étude » évoquée mais constate que les conclusions de celle-ci ne sont pas précisées. En outre, le risque envisagé de réutilisation du matériel que constitue le savon et le papier essuie-main demeure énigmatique. Dans ces conditions, la recommandation émise ne peut qu'être maintenue.

Les unités 5, 5 bis et 6 disposent d'un vestiaire de vêtements de secours fournis par le personnel soignant.

Ces pavillons, ainsi que l'unité 3-2, possèdent un lave-linge et un sèche-linge ; les appareils sont utilisés gratuitement, par les patients avec ou sans soignant selon leur degré d'autonomie. Les patients mettent souvent leur linge à sécher dans les cours extérieures, sans que les équipements adaptés ne soient toujours mis à leur disposition (notamment dans les unités 5 et 5 bis).



*Linge des patients séchant au sol, unité 5 bis*

Pour le reste, le livret d'accueil indique : « *L'entretien de votre linge personnel vous incombe ou peut être assuré par un membre de votre entourage* ». Le cas échéant, le nettoyage du linge est assuré par la lingerie, en lien avec deux prestataires extérieurs situés à une douzaine de kilomètres du CHS. Les vêtements des patients comportent une marque avec leur nom et d'une couleur correspondant à leur unité d'hospitalisation. Ils sont rendus le lendemain du dépôt.

### **7.3 SEULES QUELQUES CHAMBRES SONT EQUIPEES D'ARMOIRES INDIVIDUELLES QUI SONT DEPOURVUES DE SERRURE**

Au moment de l'entretien d'admission, un inventaire contradictoire des effets personnels du patient est dressé et reporté dans le dossier individuel de celui-ci. Les objets considérés dangereux et les médicaments ainsi que les effets que le patient désire mettre à l'abri sont rangés nominativement dans un local de l'unité fermant à clé ; les objets de valeur sont placés dans une armoire sécurisée de l'unité ou au coffre de l'établissement. Tout mouvement d'argent est noté.

Seules les chambres de l'unité 3-2 disposent d'un meuble individuel permettant aux patients de ranger leurs affaires, qu'ils ne peuvent toutefois fermer de manière sécurisée que s'ils peuvent acheter un cadenas (voir *supra*, § 7.1.3) ; lorsque c'est le cas, les soignants conservent un double de la clé. Cependant, selon les déclarations faites aux contrôleurs, les « chapardages » sont très rares.

#### **RECOMMANDATION 35**

Chaque patient doit disposer dans sa chambre d'un placard individuel fermant à clé auquel il a librement et constamment accès.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, la direction informe de nouveau qu'une « *réflexion sur les aménagements mobiliers est menée pour tenir compte de l'intimité des patients.* » - ce qui ne répond que très partiellement et de manière insuffisante à la recommandation ici émise.

#### 7.4 LES REPAS SONT VARIES ET APPRECIÉS

Les horaires des repas sont : petit-déjeuner à 7h45, déjeuner à 11h45, dîner à 18h.

Un goûter est proposé à 15h, composé de biscuits accompagnés de chocolat chaud, sirop ou thé ; dans certaines unités, notamment à l'unité 3-2, c'est une activité thérapeutique pour un patient, qui change chaque jour pour le préparer. Des fruits sont distribués dans les unités en plus du dîner pour permettre une collation le soir et éventuellement au cours de la nuit.

Des menus sont confectionnés sur une période de huit semaines, à partir d'une proposition du chef de la cuisine, contrôlée par la diététicienne et validée par le directeur. Des repas spéciaux sont élaborés pour Noël, le jour de l'An, Halloween, Pâques, la journée nationale de l'alimentation.

Une commission des menus se réunit une fois par an. Y participent le chef de la cuisine, la diététicienne et au moins un soignant par unité. Les patients y sont invités ; ils sont entre trois et dix présents ainsi, rarement, que des membres de leurs familles.

Le comité de liaison en alimentation et nutrition a établi le principe d'autonomisation des petits-déjeuners : les denrées du petit-déjeuner sont livrées une fois par mois dans les unités ; chaque unité s'organise ensuite pour la distribution du petit-déjeuner. Cela permet par exemple de servir le petit déjeuner à un patient qui a besoin de le prendre très tôt le matin.

Au cours de la procédure d'admission d'un nouveau patient, il est invité à préciser ses préférences, aversions, allergies, intolérances. Toutes ces informations, ainsi que d'éventuelles prescriptions médicales, sont inscrites sur le logiciel Datameal® de commande des repas et prises en compte lors des livraisons quotidiennes. Les repas respectant le menu « normal » sont servis dans des « gastros », grands plats collectifs ; les repas spécifiques sont distribués dans des barquettes individuelles.

La Nouvelle-Calédonie ayant récemment interdit les objets en matière plastique, des couverts sont en cours de confection dans une matière synthétique leur donnant une apparence de couvert ordinaire et améliorant leur solidité. Dans l'unité 6, les couverts sont en inox, les verres en verre.

Il a été mentionné aux contrôleurs le cas d'un patient dont la famille était autorisée à apporter des repas en raison du nombre important d'aversions qu'il déclare, rendant l'élaboration d'un repas très difficile pour la cuisine du CH.

Depuis 2012, les quantités ont été augmentées pour les patients de l'unité d'admission sous contrainte à la suite de leurs réclamations. Par ailleurs, des « repas tampons » sont ajoutés aux livraisons pour cette unité, pour l'éventualité d'une admission en début d'après-midi ou après le dîner.

Les repas sont préparés en liaison chaude dans la cuisine de l'établissement. Il est prévu de passer en liaison froide avec la cuisine du CHT Gaston-Bourret. Les installations de la cuisine du CHS vont être modifiées en conséquence. Au moment de la visite du CGLPL, la nouvelle organisation était envisagée pour 2021.

Le contrôle de la cuisine est assuré par le service d'inspection vétérinaire, alimentaire et phytosanitaire (SIVAP) ; la dernière visite date de 2016. Tous les quinze jours, l'institut Pasteur procède à l'examen de deux prélèvements d'aliments et d'un prélèvement de surface ; depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, un seul résultat a été déclaré médiocre, concernant un prélèvement alimentaire.

Il n'est pas possible de conserver des denrées alimentaires en chambre, même non périssables ; en revanche, les patients qui le souhaitent peuvent prendre leurs repas dans leur chambre après accord du médecin ; cela reste exceptionnel.

Dans l'unité 6, les patients participent au service : un planning des tâches ménagères est affiché et mis en œuvre ; chaque repas, matin, midi et soir, un patient est identifié pour débarrasser et essuyer les tables, un autre pour balayer.

Les familles peuvent venir déjeuner avec les patients, en s'installant à l'extérieur, où des tables et des bancs sont disposés en divers endroits du parc.

Des « repas thérapeutiques » sont organisés dans un local spécifique mis à la disposition des unités. Un planning fixé à l'avance permet d'en optimiser l'utilisation : chaque unité y a accès, selon les cas, entre une à quatre fois par mois.



*La salle à manger thérapeutique*

## 8. L'ACCES AUX SOINS

### 8.1 LES URGENCES PSYCHIATRIQUES ET LES ADMISSIONS SONT PEU ORGANISEES

#### 8.1.1 La prise en charge aux urgences du CHT

Le CHS ne dispose pas d'autorisation d'accueil des urgences. L'admission des patients s'effectue soit par les urgences du CHT Gaston-Bourret soit, majoritairement, par des entrées directes dans les services d'admission (unités 5, 5 bis et 7), depuis un CMP par exemple.

Une régulation s'opère dès l'appel au centre 15 et les patients déjà connus d'un service de psychiatrie sont orientés directement vers le CHS.

Les personnes en soins sans consentement (SSC) ou en crise qui transitent par le CHT y sont admises par le cheminement normal des urgences, bénéficiant d'un accueil par l'« agent d'orientation et d'accueil », puis d'une évaluation par un infirmier d'accueil et d'orientation avant d'être examinées par le médecin urgentiste.



*Accès aux urgences du CHT*



*CHT Gaston-Bourret, Nouméa*

Les patients bénéficient ainsi d'un examen somatique initial. Cependant, ceux qui sont admis directement au CHS sont examinés plus tard par le médecin généraliste de cet établissement mais sans plateau technique ni accès aux autres avis spécialisés (radiologie, traumatologie, biologie, etc.).

Aux urgences, les patients agités sont prioritaires et sont admis dans une pièce d'attente (contenant trois brancards côte à côte) à l'intérieur du service, ou directement dans un box individuel.

Le médecin urgentiste sollicite, si besoin, le psychiatre de l'équipe de psychiatrie de liaison du CHS de la zone d'accueil médico-psychologique située à proximité de l'entrée des urgences. Ce psychiatre vient examiner le patient dans le box des urgences : soit il donne un avis spécialisé soit il décide l'hospitalisation du patient en appelant les unités 7, 5 et 5 bis du CHS afin de connaître leurs possibilités de prise en charge.

L'inventaire des effets personnels et des biens est effectué par un soignant des urgences.

L'équipe de psychiatrie de liaison portée par le CHS est constituée d'1,5 ETP de psychiatre et de 2 ETP d'infirmiers. Le rapport d'activité 2018 y ajoute 0,2 ETP de cadre de santé non prévu dans la convention. Un psychiatre est présent tous les jours du lundi au vendredi de 8h à 12h et de 14h à 17h30 ; un à deux infirmiers de psychiatrie sont présents durant la même période (un présent de 8h à 16h et un second présent de 9h30 à 17h30).

Le samedi matin et le dimanche matin de 8h à 11h30, un pédopsychiatre assure une garde (présence physique) aux urgences pour les adultes ; il peut également suivre les patients éventuellement hospitalisés dans les quatre lits affectés au sein du service de pédiatrie pour le public mineur en soins libres (voir *infra*, § 10.1).

En dehors de ces horaires, le psychiatre d'astreinte du CHS peut être joint par téléphone pour avis. L'accès aux soins de psychiatrie, par un médecin spécialiste ou un infirmier de psychiatrie en premier niveau, n'est donc pas permanent aux urgences.

L'équipe assure les consultations d'urgence psychiatrique, les consultations de psychiatrie au profit des patients de l'ensemble du CHT (500 lits) ainsi que des consultations de post urgence pour des patients vus aux urgences et nécessitant un suivi rapproché après la sortie.

## BONNE PRATIQUE 2

L'équipe de psychiatrie de liaison présente aux urgences générales propose des consultations externes rapprochées pour des patients examinés aux urgences et nécessitant une surveillance et des soins accentués après leur retour à domicile.

Les observations des infirmiers de psychiatrie sont consignées sur un logiciel spécifique, distinct de celui utilisé au CHS et sans interface encore opérationnelle avec celui-ci.

Les psychiatres et infirmiers de psychiatrie disposent, au sein d'une zone d'accueil médico-psychologique, de locaux permettant l'exercice de leurs missions : deux bureaux d'entretien (psychiatrie adulte et pédopsychiatrie), un bureau infirmier, un bureau pour les cadres de santé, une salle d'entretien famille (partagée avec la pédopsychiatrie) et une vaste salle d'attente située devant ces bureaux. Un autre bureau d'entretien se situe dans le service de pédiatrie.

Les locaux du service des urgences du CHT sont bien adaptés aux besoins des patients venant pour des soins somatiques mais sont moins favorables à l'accueil de patients relevant de psychiatrie dont la prise en charge implique des espaces conçus à cet effet (salle de rencontre avec les proches, chambre d'apaisement ou box sans hyperstimulation ni matériel fragile).

L'organisation propre au service des urgences conduit son praticien à décider l'installation de contentions pour des patients de psychiatrie, dans l'urgence, sans solliciter *a posteriori* la validation du psychiatre. Aucun protocole n'indique qui décide d'une contention sur un patient de psychiatrie, ses modalités de renouvellement et de surveillance. Le cadre de santé indique que les patients de psychiatrie aux urgences ne sont jamais mis en isolement ou enfermés dans les boxes et que les moyens de contention sont très peu utilisés pour ces patients. Ce sont les IDE des urgences qui installent les contentions décidées par l'urgentiste.

Il n'y a pas de chambre d'isolement ni box ou lit d'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) réservés à la psychiatrie.

### RECOMMANDATION 36

Le service d'urgence doit disposer d'une chambre individuelle permettant l'apaisement d'un patient en soins sans consentement sans risque pour sa sécurité ou celle d'autrui. Un protocole doit préciser les modalités de travail conjoint entre les équipes des deux hôpitaux et la gestion des isolements ou contentions de patients relevant de la psychiatrie, y compris pour les phases de transports vers les urgences et entre les urgences et le CHS.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, la direction de l'établissement fait valoir qu'un « *protocole de prise en charge dans un lieu dédié est intégré dans la convention entre le CHT Gaston Bourret (où est situé l'AUP) et le CHS Albert Bousquet (dont dépend l'AUP). Un box est prévu pour les urgences psychiatriques. Toutefois, les problèmes de disponibilité des locaux ont été signalés au CHT. Des rencontres régulières avec évaluation entre le CHS et le CHT sont organisées pour fluidifier le parcours et la collaboration.* » La convention visée est produite. Par ailleurs, l'établissement précise qu'à long terme, « *un projet de création de 5 à 8 lits médico psychiatriques au sein du CHT (48/72h)* » est envisagé.

Ce projet n'avait pas été évoqué lors des échanges intervenus durant le contrôle, voir *supra*, § 3.1.4. Dans l'attente des restructurations annoncées, le CGLPL maintient sa recommandation.

Aucun patient n'est placé sous contention au moment du contrôle ni se trouve en attente d'une place en psychiatrie.

Les effectifs pour la prise en charge aux urgences des patients relevant de la psychiatrie infanto-juvénile sont mutualisés entre le CHS et le CHT : pour le CHS, deux praticiens assurent ensemble 0,5 ETP de pédo psychiatre et 3 ETP d'infirmiers (pour deux présents chaque jour) et, pour le CHT, quatre lits d'hospitalisation en pédiatrie pour des « *enfants de 12 à 18 ans à l'exclusion de patients présentant des troubles psychotiques, addictions, risque suicidaires graves, risques de fugues et problématiques sociales ou éducatives* ». Un pédopsychiatre est plus spécifiquement affecté à la psychiatrie infanto-juvénile de liaison pour les enfants de moins de 12 ans, au niveau des services de néonatalogie, de pédiatrie et des urgences. Un autre assure la psychiatrie infanto-juvénile de liaison pour les 12-18 ans en pédiatrie, médecine, chirurgie, réanimation, soins intensifs, UHCD. La présence médicale et soignante de pédopsychiatrie est organisée du lundi au vendredi de 7h à 20h ; le pédopsychiatre est également présent les samedi et dimanche matin, assurant l'ensemble de la prise en charge de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie. En dehors de ces horaires, c'est le psychiatre d'astreinte du CHS qui est joignable comme pour les adultes.

Aux urgences, le mineur adressé en crise par un médecin généraliste de ville est vu par l'urgentiste, qui appelle, le cas échéant, l'infirmière de pédopsychiatrie ; celle-ci effectue une première évaluation et le pédopsychiatre voit ensuite le patient. Selon l'état clinique, le patient mineur peut soit rentrer au domicile, soit être hospitalisé en soins libres dans un des quatre lits de pédiatrie dédiés pour des troubles légers, soit être hospitalisé à l'unité 7 d'admission libre ou à défaut dans l'une des unités d'admission sans consentement 5 et 5 bis du CHS.

Une convention relative à l'exercice d'une psychiatrie de liaison et d'urgences au centre hospitalier territorial a été passée entre les deux établissements en octobre 2017. Cette convention précise les modalités de participation sus décrites pour la psychiatrie adulte et infanto-juvénile. Cette convention inter-établissements aborde également la pratique de la sismothérapie, la mutualisation de la politique d'hygiène et celle d'un département d'information médicale dont le CHS était auparavant démuné.

En 2018, 1 345 consultations ont ainsi été réalisées par un psychiatre aux urgences et 884 dans le cadre de la psychiatrie de liaison dans les services. Ces examens ont donné lieu à 201 hospitalisations en psychiatrie.

### 8.1.2 L'admission au sein des unités

La primo admission dans l'établissement s'effectue dans les unités 5, 5 bis ou 7.

Une fois admis au sein du CHS, le patient bénéficie d'un entretien avec un psychiatre ou le praticien d'astreinte dans les vingt-quatre heures. Chaque praticien enregistre ses observations médicales dans le logiciel DxCare® ainsi que ses prescriptions. Les restrictions de liberté sont alors décidées par le praticien. Les patients sont examinés systématiquement par un somaticien à l'admission. A l'unité 6, la personne admise d'un autre service est prise en charge par son infirmier référent qui lui explique les « modalités de vie » de l'unité.

L'établissement des certificats médicaux des 24 et 72h est précédé d'un entretien médical spécifique avec des médecins différents. Le recueil des observations du patient est tracé dans le dossier médical mais pas dans le certificat médical lui-même.

Concernant les patients venant d'une autre île de l'archipel, le SAMU n'accepte de les transporter au titre de la procédure d'évacuation sanitaire (Evasan) que s'ils font l'objet d'un arrêté municipal d'admission en soins sans consentement ; les urgentistes vont alors le chercher, transitent par l'aéroport de Nouméa-Magenta et l'amènent en ambulance jusqu'au CHS. Cette pratique génère des mesures de soins sans consentement uniquement motivées par des considérations administratives et non cliniques.

#### RECOMMANDATION 37

Une mesure de soins sans consentement ne peut être prise pour des motifs d'ordre administratif sans lien avec la situation clinique du patient.

*Dans ses observations du 27 juillet 2020, le CHS fait valoir que « les motifs d'hospitalisation par le haut-commissaire et les maires sont indépendants du CHS qui a l'obligation d'accueillir les patients ainsi adressés. Si l'état du patient ne nécessite pas son maintien sans consentement, la levée est faite » – ou, du moins, est-elle proposée au représentant de l'Etat, qui a seule compétence pour la prononcer.*

## 8.2 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT BIEN FORMALISES DANS LE PROJET MEDICAL MAIS PAS ENCORE A LA HAUTEUR DES ESPOIRS AFFICHES

### 8.2.1 Le dispositif ambulatoire

L'établissement dispose de structures extra hospitalières (CMP, centre d'activité thérapeutique à temps partiel – CATTP, hôpital de jour) lui permettant d'apporter une réponse graduée aux besoins des patients sans recours systématique à l'hospitalisation mais le dispositif est confronté à un territoire très étendu et faiblement peuplé au Nord de Nouméa, et à plusieurs îles difficiles d'accès.

Le seul CATTP se situe à Nouméa ; le CMP se trouve également à Nouméa mais dispose de deux antennes à Poindimié et Koné. Les psychiatres et infirmiers se déplacent au plus près du terrain au sein des centres médico-sociaux (dispensaires) où ils peuvent venir effectuer consultations et administrations de traitement, au rythme, en général, d'une fois par mois. Un psychiatre se rend

également une fois par mois dans chacune des îles Loyauté et une fois par trimestre à Wallis-et-Futuna, toutefois sans infirmière depuis quelques temps faute de budget.

### BONNE PRATIQUE 3

L'établissement a développé une offre territoriale de soins extra hospitaliers au plus près des habitants dans le contexte difficile d'un territoire étendu, souvent peu peuplé et incluant plusieurs îles.

Les équipes soignantes peinent cependant dans la préparation à la sortie des patients par manque de place dans les structures extra hospitalières, médico-sociales ou sociales.

Le territoire ne dispose ni d'un service d'hospitalisation à domicile (HAD) ni de foyer d'accueil médicalisé (FAM) ni d'appartement thérapeutique. Cette carence favorise la sortie rapide des patients dans un environnement mal adapté, ce qui augmente les risques de ré-hospitalisations en urgence.

Les soignants rapportent un déficit de place en réhabilitation malgré l'ouverture d'une unité de postcure et réhabilitation psychosociale (voir *infra*, § 8.2.4) et la mise en place de séjours séquentiels en lien avec le projet de soins personnalisé du patient. Cependant, le bénéfice de la mise en place de ces séjours séquentiels est, dans certaines unités, annihilé par la « réquisition » du lit conservé pour le patient en séquentiel au profit d'une gestion « administrative » plus que médicale des lits (voir *supra*, § 3.4).

#### 8.2.2 Le projet de soin et les pratiques

Il est apparu aux contrôleurs, au regard des données recueillies et des observations faites dans les unités de soins, que l'ensemble des équipes soignantes et médicales est mobilisé pour apporter aux patients une prise en charge professionnelle et bienveillante.

Pour la psychiatrie, le projet médical d'établissement (2015-2019) s'est appuyé sur le schéma de santé mentale voté par le Congrès de la Nouvelle-Calédonie en août 2013, orientant les choix pour la psychiatrie générale comme pour la psychiatrie infanto-juvénile. Les troubles en relation avec la consommation d'alcool et de cannabis et la prévalence des syndromes psychotiques y sont mentionnés plus élevés en Nouvelle-Calédonie qu'en France métropolitaine.

Le projet d'établissement rappelle qu'en Nouvelle-Calédonie, « *les soignants sont confrontés au pluriculturalisme : populations mélanésiennes, asiatiques, polynésiennes et européennes. Une vision transculturelle des soins permet d'adapter les projets de soins aux croyances des populations du territoire. / Dans les pratiques soignantes canaques traditionnelles, il est communément admis que la maladie correspond à la manifestation du déséquilibre d'un ordre établi. Cette conception partagée par d'autres médecins, non occidentale et dans d'autres sociétés semi-traditionnelles, constate une perméabilité entre l'univers du visible et celui des mondes invisibles. La maladie est perçue la plupart du temps comme un déséquilibre dans l'interaction permanente entre le biologique et le social, la nature et la culture. / Le soulagement peut être apporté par des guérisseurs du clan, ou voyants océaniens, avec une hiérarchie des recours et des compétences. Les motifs de recours sont en rapport avec plusieurs catégories de maladies constituant la culture thérapeutique traditionnelle canaque. / Des liens, des passerelles entre médecine traditionnelle et médecine moderne existent. En effet, une maladie initialement perçue comme ordinaire et naturelle due à un déséquilibre de l'hygiène quotidienne (sollicitant la pharmacopée clanique), peut être requalifiée de maladie des blancs (considérée comme exogène). Si celle-ci perdure ou évolue mal, elle peut alors*

*être réévaluée comme maladie des ancêtres (liée à la faute, la transgression et la sanction) ou être considérée comme appartenant au boucan (objet de maléfice et de sorcellerie). / Parmi d'autres communautés, les pratiques traditionnelles sont également présentes souvent aussi associées à la médecine occidentale, entretenant un pluralisme des recours thérapeutiques. »*

Le projet médical 2015-2019 prévoit de proposer, dans un délai compatible avec le degré d'urgence, un premier entretien d'évaluation réalisé par un membre de l'équipe des centres médico-psychologiques sur place ou au domicile de la personne, voire au cabinet du médecin généraliste ou au centre médico-social, conforter les familles en charge des personnes atteintes de troubles mentaux et de souffrances psychiques, par le développement de l'alliance et de l'éducation thérapeutique et la mise en place de groupes de soutien, construire des parcours de soins adaptés aux besoins du patient intégrant les partenaires extra hospitaliers.

Le projet met l'accent sur le développement de l'accès aux soins extra hospitaliers hors du grand Nouméa, par une adaptation des moyens des CMP (nouvelle antenne à Koné, prise en charge hospitalière à Koumac), d'une vigilance de l'adhésion aux traitements médicamenteux et psychothérapeutiques.

Concernant la pédopsychiatrie, le CMP a été renforcé pour l'enfance et petite enfance (0-13 ans) appuyé par la création d'une activité thérapeutique à temps partiel, d'une psychiatrie infanto-juvénile de liaison, de l'hôpital de jour et la création d'un CATTP 10-13 ans pour les enfants présentant des troubles envahissant du développement.

Pour l'adolescence (13-18 ans), le CASADO<sup>16</sup> constitue le dispositif central, avec la création de lits d'hospitalisation au sein des services existants (pédiatrie et psychiatrie générale), d'une équipe mobile pour adolescents hospitalisés, d'une équipe mobile pour adolescents suivis au sein de structures médico-sociales ou à domicile et enfin d'un CATTP pour la prise en charge des pathologies spécifiques de l'adolescence en lien avec l'hospitalisation (commun à celui des 0-13 ans).

L'organisation intra hospitalière a évolué depuis dix ans sur la base d'un lien entre nombre de lits en unité fermée et nombre des hospitalisations sans consentement (jusqu'à 43,2 % de la totalité des entrées). Le déficit de lits en unité fermée a conduit à l'ouverture d'une unité fermée de postcure et de réhabilitation psychosociale de vingt lits, chargée d'accueillir les patients hospitalisés sans consentement, et d'une unité médico-sociale de type maison d'accueil spécialisée.

Certaines unités commencent à décliner le projet médical au sein d'un projet d'unité propre (unités 5 et 5 bis, pavillon 6 par exemple). Les soins ne sont pas organisés à l'avance entre soignants qui ne savent souvent que le matin si les effectifs leur permettent de développer une activité.

Les patients bénéficient au moins une fois par semaine d'entretiens avec un médecin psychiatre dans les unités (sauf l'unité de long séjour psychiatrique) ; les traitements sont régulièrement revus et ajustés. Ces entretiens se font toujours avec les infirmiers. Des entretiens infirmiers sont également proposés. Les médecins exercent leur activité sur l'intra et l'extra hospitalier. Un médecin est toujours présent en journée dans les unités d'admission et régulièrement aussi dans toutes les unités accueillant des pathologies au long cours. Un ETP de psychologue est réparti sur quatre unités.

L'électroconvulsivothérapie, qui avait repris en 2013, n'est actuellement plus pratiquée dans le cadre du partenariat entre le CHS et le CHT, le matériel étant hors service depuis 2017.

---

<sup>16</sup> Centre d'accueil et de soins pour les adolescents, situé à Nouméa et accueillant en soins ambulatoires toutes les personnes âgées de 13 à 20 ans révolus habitant en Nouvelle-Calédonie.

Des réunions cliniques, *staffs* et réunions de synthèse sont organisées chaque semaine (associant pertinemment les deux unités d'admission sans consentement) ; des réunions institutionnelles sont également hebdomadaires. Elles associent l'ensemble des acteurs du projet de soins : psychiatre, assistant social, psychologue, infirmiers, aides-soignants, voire éducateurs et mandataire, le cas échéant. Ces réunions permettent le suivi des projets de soins (même si ceux-ci sont rarement formalisés dans le dossier médical) et de faire une synthèse lorsqu'un patient va sortir. Les psychiatres de la psychiatrie adulte intra et extra hospitalière se réunissent chaque semaine pour évoquer les problèmes organisationnels.

Les projets de soins individualisés sont encore peu formalisés dans le dossier médical.

Enfin, des réunions soignants-soignés se tiennent à rythme régulier (tous les quinze jours dans les unités 5, 5 bis et 6, en tant que de besoin à l'unité 3-2). Les services accueillant des patients au long cours (pavillon 6) ont mis en place le dispositif d'infirmier référent.

### 8.2.3 La place des patients en « séjours inadéquats »

De nombreux patients sont hospitalisés depuis plusieurs années dans l'établissement, sans qu'il ait été possible d'en connaître le chiffre exact.

Au moment de la visite, la transformation de l'unité de long séjour psychiatrique en maison d'accueil spécialisée (MAS) est actée en son principe mais reste à mettre en œuvre ; ce projet sera concrétisé par le déménagement de cette unité et de ses patients dans une structure neuve, plus grande, où seront accueillis trois patients au long cours relevant de cette prise en charge et hospitalisés à l'unité 3-2. Dans l'attente du déménagement, les locaux de l'unité de long séjour restent ceux d'une unité hospitalière et non ceux d'une maison d'accueil spécialisée.

Pour l'ensemble des patients en situation d'inadéquation avec la structure, l'établissement assure pleinement son rôle de service public et accueille ceux qui ne peuvent trouver de place ailleurs. Cependant, une réflexion gagnerait à être conduite sur le mode de prise en charge qui demeure, à ce jour, sur des schémas encore très hospitaliers, y compris sur des problématiques d'enfermement.

L'établissement doit apporter des réponses mieux adaptées aux besoins des personnes concernées, avec un accent mis sur l'éducatif et le maintien des acquis, autant que sur le soin. La prise en charge de ces patients ne doit pas être morcelée entre approche médico-sociale et service d'hospitalisation de psychiatrie comme c'était le cas, au moment de la visite des contrôleurs, d'un patient de l'unité de long séjour qui était placé chaque soir au pavillon 3-2 pour y passer la nuit en chambre d'isolement sur un matelas posé à même le sol (voir *supra* § 7.1.4).

### 8.2.4 Le travail avec les proches et la famille

Les familles et proches de la personne hospitalisée qui le souhaitent peuvent être reçus par le médecin psychiatre, l'infirmier ou l'infirmier référent (au pavillon 6) et l'assistant social.

La personne de confiance est peu impliquée lors de consultation médicale y compris dans celle préparant la sortie.

Les familles sont particulièrement associées au projet de soin et les entretiens familiaux sont souvent proposés.

## 8.2.5 Les activités occupationnelles et thérapeutiques

### a) Activités proposées dans les unités

Chacune des unités visitées est équipée d'une salle de télévision dans laquelle peuvent être organisées diverses activités. Les réunions soignants-soignés peuvent également y avoir lieu.

L'offre d'activités varie cependant en fonction des unités.

C'est dans les unités 5 et 5 bis que l'offre est apparue la plus pauvre. S'agissant d'unités d'admission théoriquement réservées aux patients en soins sans consentement, l'état clinique de ces derniers peut, dans une certaine mesure, expliquer cette situation. Par ailleurs, il a pu être évoqué auprès des contrôleurs un risque de « chronicisation » des patients. Toutefois, des propos rapportés aux contrôleurs et des constats effectués par ces derniers, il ressort que les activités sont particulièrement peu favorisées par la direction du service et que les initiatives des soignants à cet égard sont souvent bloquées. Lorsqu'elles parviennent à être mises en place, c'est donc au coup par coup et au détriment d'une organisation efficace.

Une salle d'activité et une autre salle faisant office de bibliothèque permettent aux patients, comme les espaces servant de réfectoire, de dessiner, lire ou jouer à des jeux de société, parfois avec des membres de l'équipe soignante. Des ballons sont disponibles pour les cours. Outre la télévision, une radio raccordée à un haut-parleur peut y diffuser.

Une « halle des sport » jouxtant les unités 5 et 5 bis a été achevée en 2018 ; les patients ne peuvent s'y rendre qu'accompagnés. Les modalités de son utilisation par les patients de ces unités n'ont pas été clairement explicitées. Selon les propos rapportés aux contrôleurs, ils ne peuvent notamment pas participer aux séances de sport qui y sont quotidiennement organisées par le kinésithérapeute de l'établissement au profit des patients des autres unités. La semaine du contrôle, y sont proposées une à deux activités par jour (« gym ballon », tir à l'arc, *stretching*, *frisbee*, volley-ball) ; d'autres sont organisées en extra hospitalier (randonnée ou marche) ou en intra (pétanque).

Outre des sports collectifs, la halle des sports propose, par ses équipements, l'exercice d'activités individuelles susceptibles d'être organisées seul ou en groupe : sac de frappe et gants de boxe, vélos, etc.



*Halle de sport, vue d'ensemble*



*Halle de sports : à gauche, installations aux abords ; à droite, quelques équipements intérieurs*

Au pavillon 6, c'est surtout en matinée que sont proposées des activités diversifiées : arts plastiques, jardin, création en coton, sculpture, musique. Animées par le personnel soignant du service, aucune n'est prescrite : les patients sont libres d'y participer ou non mais leur porte de chambre est fermée pour les y inciter fortement. Par ailleurs, trois fois par mois, une activité cuisine est proposée hors de l'unité, à côté de la cafétéria : les patients cuisinent et déjeunent ensemble. L'après-midi est consacrée à des jeux de société, de cartes notamment, entre patients et avec les soignants et les ASH. Les soignants terminent à 20h30 le soir, notamment pour faire des activités. Des séjours thérapeutiques sont organisés une fois par an au profit de quatre patients, accompagnés par deux soignants, avec au moins une nuit passée hors du CHS. Les sorties thérapeutiques sont plus rares depuis que le moniteur-éducateur, précédemment affecté à l'unité, ne l'est plus. Elles continuent tout de même : pêche, plage l'été, concert, bowling en ville, etc.

A l'unité de long séjour psychiatrique, les activités sont organisées durant la période où les équipes sont les plus fournies, soit entre 11h et 14h30, en fonction des contraintes liées au repas et aux soins : pique-nique, plage. Parfois, des patients sont accompagnés au cinéma ou au théâtre.

Dans les unités 3-2, plusieurs activités ont été supprimées depuis 2018 pour des raisons budgétaires ou de réduction des effectifs (arts plastiques, musicothérapie, équithérapie) et les témoignages recueillis font ressortir une tendance générale, résultant d'un choix du chef du service de psychiatrie générale qui n'y verrait pas des actes de soins, à la réduction des activités, de l'éducation thérapeutique et des ateliers thérapeutiques.

Les patients de ces unités peuvent cependant accéder aux activités sportives organisées par le kinésithérapeute (voir *supra*) ; des séances de « sport adapté » sont en outre organisées de façon hebdomadaire au stade de Magenta ; une activité baignade doit être à nouveau proposée deux fois par semaine, ainsi que des pique-niques. Des places de cinéma peuvent être gratuitement proposées, un exploitant local en offrant au CHS pour deux séances de matinée par semaine. Outre un faré servant de salle de télévision et d'activités éventuelles, le patio intérieur aux pavillons est équipé d'un terrain de pétanque et de deux espaces abrités comprenant table et bancs (boules de pétanque et jeux de carte sont disponibles sur demande aux soignants), ainsi que d'une bibliothèque – bien dotée et qui est susceptible d'être utilisée à d'autres fins, par exemple pour des séances de remédiation cognitive bimensuelles. Lors du contrôle, l'éducateur thérapeutique membre de l'équipe de réhabilitation est en arrêt de travail ; selon les informations recueillies, il organise également des événements particuliers au bénéfice des patients (fête de la musique,

sorties, fête de Noël, etc.). Enfin, à ces propositions de l'établissement peuvent, pour certains patients, s'ajouter celles de l'association Hippocampe.

A l'exception des unités 5 et 5 bis et de l'unité de long séjour psychiatrique, la plupart des patients de l'établissement bénéficie donc de la possibilité d'accéder à une offre d'activités diversifiée ; un patient a ainsi fait état aux contrôleurs d'« *une activité par jour quasiment* ». D'autres leur ont pourtant dit s'ennuyer, ce que confirment les équipes soignantes comme les constats opérés durant la visite, les contrôleurs ayant rencontré de nombreux patients désœuvrés et souvent allongés (que ce soit sur leur lit ou au sol). Des témoignages recueillis, il ressort qu'au-delà de l'état clinique des patients, est en cause un choix de la direction de l'établissement et du chef de service de psychiatrie générale – dont le paroxysme semble atteint dans les unités fermées d'admission mais dont les effets sont également sensibles dans les unités de soins et de réhabilitation où les contraintes portées sur le personnel et les ressources mises à leur disposition pour ce faire réduisent peu à peu l'offre disponible. Dans ce contexte, malgré l'intérêt qu'ils représentent pour les patients, les ateliers thérapeutiques ne sont pas une réponse suffisante dès lors, en particulier, que le nombre de places qu'ils proposent au moment du contrôle est particulièrement limité.

#### *b) Les ateliers thérapeutiques*

Unité dite extra hospitalière, les ateliers thérapeutiques (AT) comptent seize places qui sont destinées à des « *adultes présentant des troubles de santé mentale stabilisés qui souhaitent être accompagnés dans un projet de réinsertion sociale et/ou professionnelle* », selon le document de présentation qui précise qu'ils s'inscrivent en complément de soins en cours.

Au jour du contrôle, quatorze patients bénéficient des AT, dont un est hospitalisé en soins sans consentement au pavillon 6. Il existe une liste d'attente, dotée de treize noms à la même date, dont plusieurs patients en SSC. Le doublement des capacités de l'unité serait donc nécessaire. Selon les informations rapportées aux contrôleurs, les patients orientés vers les AT sont de plus en plus souvent pris en charge au titre d'une hospitalisation complète – constat qui ne peut qu'être rapproché de la diminution précédemment évoquée de l'offre d'activités dans les unités.

Le bilan d'activité 2018 des AT mentionne un total de 172 participants, reçus durant 246 jours, et une file active de 26 personnes. Ces personnes ont été pour l'essentiel orientées depuis le secteur extra hospitalier (38 % étaient suivies en ambulatoire et 27 % en hôpital de jour) ; en intra, elles provenaient surtout du pavillon 3-2 (23 %) et de l'unité 6 (12 %).

Sous réserve de place disponible, la prise en charge aux AT est possible sur prescription médicale du psychiatre en charge du patient – dans l'établissement ou à l'extérieur, qui la transmet au psychiatre intervenant dans l'unité, lequel doit valider ou non l'orientation. L'adhésion préalable du patient et sa motivation sont considérées comme des préalables indispensables ; lorsqu'ils ne sont pas hospitalisés dans le CHS, les résidents de l'agglomération nouméenne sont privilégiés pour des raisons pratiques.

L'unité des AT comprend 4,5 ETP répartis entre une ergothérapeute, une aide-soignante, une infirmière, une monitrice-éducatrice et un éducateur spécialisé, auxquels s'ajoute 0,1 ETP de psychiatre, 0,1 ETP d'assistante de service social (ASS) et un temps non déterminé de cadre (également en charge de l'unité de long séjour psychiatrique, la titulaire du poste assurait en sus, au moment du contrôle, le remplacement du cadre du pavillon 3-2, en arrêt de travail pour maladie). L'équipe espère être renforcée – en temps de médecin et d'ASS notamment, mais aussi d'infirmier et d'aide-soignant afin de faire davantage d'accompagnements individuels.

Bien que théoriquement extra hospitaliers, les AT sont paradoxalement maintenus sur le site hospitalier où ils sont installés dans des locaux globalement vétustes, distincts des unités de soins, qui incluent, outre trois bureaux – dont celui de l'ASS installé dans un container maritime, une pépinière, un atelier « bois », un atelier « poterie » (installé dans un container également, tout juste remplacé à la date du contrôle car le plancher du précédent s'affaissait) et une salle polyvalente où sont organisés notamment des ateliers « couture » ou « repassage » par exemple, et ou peuvent se tenir des jeux de société (Scrabble®, Taboo® et autre Mastermind® sont disponibles, comme des jeux de dames ou de l'oie, ainsi que différents ouvrages). Un atelier « fer » a dû être stoppé pour des raisons de sécurité, les travaux de mise aux normes des locaux concernés étant jugés trop coûteux ; il est remplacé par un atelier « carton ».

Un projet de déménagement « hors les murs » est annoncé... depuis 2011 ; l'équipe souligne le paradoxe de faire revenir sur le site hospitalier des patients qui, pour certains, en sont sortis. Nombre d'ateliers sont cependant organisés hors de l'hôpital ; il s'agit des « chantiers » consistant notamment en des missions d'entretien d'espaces verts.

Des ateliers « théoriques » sont également organisés ponctuellement : ont été signalés à ce titre un atelier consacré à la vie affective et sexuelle, un autres aux conduites addictives. Des réunions soignants-soignés sont mises en œuvre mensuellement ; elles sont intitulées « participants-équipe ».

De plus, des actions d'éducation thérapeutique sont proposées : sur le site hospitalier, le programme « Schiz'dit ! » s'adresse, depuis 2014, aux patients souffrant de schizophrénie et à leur famille. Le cycle de cette action menée aux mois de mars et avril 2018 a bénéficié à huit patients et six familles. Hors les murs, le programme « *J'avance* » vise quant à lui les personnes présentant un trouble de l'humeur et propose un parcours de 2 h par semaine sur trois mois autour d'ateliers de parole « patients et alliés » puis dans les domaine créatif, sportif et de bien-être.

Enfin, les patients sont accompagnés dans la recherche et la réalisation de stages en entreprises, choisis parmi une liste établie par l'équipe pluridisciplinaire.

Les AT voient leur gestion assurée par une association de gestion des ateliers thérapeutiques (AGAT), ce qui lui confère une petite autonomie financière. Son budget est théoriquement abondé par une subvention du CHS à laquelle s'ajoute la facturation de certaines prestations des participants aux AT (entretien d'espaces verts, vente de plantes élevées en pépinière, de bijoux ou de poteries réalisés dans les ateliers). Une subvention de l'établissement d'un montant de 1,5 million CFP est annoncée pour 2019 ; elle doit permettre de rééquilibrer ce budget après deux années durant lesquelles cet apport a été supprimé : ainsi, le bilan financier 2018 de l'AGAT fait apparaître un déficit de 680 912 CFP.

Les patients ne sont pas rémunérés pour leurs activités aux AT ; les sommes perçues sont réinvesties dans l'achat de nourriture (pour l'activité « cuisine » ainsi que pour le petit-déjeuner qui est offert aux patients tous les jours), de casquettes, de kits sanitaires pour que les patients puissent se doucher et divers matériels ; ou encore pour l'organisation d'une sortie annuelle sur l'îlot Maître au bénéfice de l'ensemble des bénéficiaires de l'année écoulée.

### RECOMMANDATION 38

Le projet médical et le projet d'établissement doivent prévoir une offre d'activités consistante et diversifiée dans les unités et offrir une juste place à la réhabilitation psychosociale et aux ateliers

thérapeutiques. Les moyens humains et matériels nécessaires, proportionnés aux besoins des patients, doivent être affectés en conséquence dans l'ensemble des services hospitaliers.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, la direction de l'établissement fait valoir qu'une « *commission d'activités se réunit tous les mois pour valider les projets avec bilan N+1. Le refus de développer une activité est basé sur le coût ou le manque d'évaluation du projet.* » Elle ajoute qu'un « *déménagement est prévu pour les AT en août 2020 sur un site au centre-ville. Une réflexion est en cours aux AT pour permettre l'accès aux activités proposées à un plus grand nombre de patients sur un parcours d'évaluation de 2 mois, ce projet médical est en cours de validation.* »

Le CGLPL prend acte du déménagement annoncé des AT hors du site hospitalier mais maintient sa recommandation, qui concerne les activités occupationnelles et thérapeutiques proposées aux patients dans les autres unités.

### 8.3 L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES EST ASSURE

#### 8.3.1 L'accès aux généralistes et aux autres spécialités

L'établissement dispose, pour l'ensemble des services, d'un médecin généraliste (1 ETP) qui permet un suivi somatique régulier. Ce médecin voit ainsi tous les patients au moment de leur admission et répond aux demandes d'examen dans les services d'hospitalisation.

En théorie, et telles qu'elles sont conceptualisées dans le projet d'établissement, les missions de la médecine somatique en psychiatrie consistent à améliorer l'accès aux soins somatiques des patients hospitalisés en services de psychiatrie, à assurer le relais entre les intervenants hospitaliers et avec la médecine de ville ou les correspondants sociaux, à associer patients et familles dans les démarches de soins (information, consentement, accompagnement, etc.) et à répondre aux exigences médicales (permanence et urgences) et réglementaires (examens et certificats obligatoires dans les délais et dans les formes prévus).

Au-delà des actes de soins curatifs, le dispositif assure les examens réglementaires obligatoires, pour les patients adressés et admis en soins sans consentement, par le médecin somaticien du service ou SOS Médecins, la prévention (bilans bucco-dentaires, sanguins ou gynécologiques, contraception, vaccinations, prise en charge de la douleur, prise en charge des conduites addictives, etc.), l'éducation à la santé et la formation des équipes psychiatriques aux soins d'urgences et aux gestes techniques de base.

Le médecin somaticien participe aux activités administratives et institutionnelles (commissions internes de l'établissement), aux activités de liaison avec les institutions partenaires. Il ne siège cependant pas dans les réunions cliniques hebdomadaires ni à la réunion des psychiatres du jeudi.

Il n'examine pas systématiquement tous les patients placés en chambre d'isolement, même si une mesure de contention est mise en œuvre, mais uniquement sur demande du psychiatre (voir *infra*, § 9.2).

#### RECO PRISE EN COMPTE 11

Les patients placés en chambre d'isolement doivent bénéficier d'un examen somatique par le médecin généraliste.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, l'établissement fait valoir le « *recrutement d'un médecin généraliste affecté au service de psychiatrie générale depuis février 2020. Ce médecin ausculte tous*

*les patients en chambre d'isolement. » Il précise par ailleurs que « la prise en charge somatique du patient en psychiatrie est un des thèmes qui sera traité par un groupe de travail du même nom dans le cadre des chantiers "V5". »*

Ce médecin généraliste est présent de 8h à 16h. En dehors de ces horaires, la permanence des soins somatiques et les urgences sont assurées par SOS Médecins *via* le « 15 ». Des évacuations directes aux urgences du CHT peuvent également être décidées par le psychiatre d'astreinte.

L'initiative de la demande de consultation avec le médecin généraliste peut émaner du psychiatre, des soignants ou directement du patient. Cette demande est notée dans un document de transmission spécifique que consulte le médecin lors de son passage dans les unités. Les éléments somatiques sont consignés dans le dossier médical informatisé.

Outre le somaticien, l'établissement propose également des prestations de kinésithérapeute (1 ETP qui gère aussi le sport adapté), un podologue, un psychomotricien et un dentiste. Les rendez-vous avec ces professionnels sont faciles et rapides. Ces professionnels ne sont pas rassemblés au sein d'une unité somatique spécifique.

L'accès à l'ensemble des autres spécialités est facilité par la proximité des plateaux techniques du CHT qui offrent l'ensemble des soins nécessaires. Les examens dermatologiques sont effectués par des médecins libéraux locaux. Il n'est pas rapporté de difficulté d'accès aux soins spécialisés. Lorsqu'un patient de psychiatrie est hospitalisé dans un service somatique, un infirmier de psychiatrie peut être amené à rester avec le patient.

### 8.3.2 L'addictologie

Le projet d'établissement intègre la prise en charge addictologique.

Le centre de soins en addictologie (CSA) vient dans les unités assez rapidement sur demande d'un psychiatre mais est actuellement en difficulté du fait de l'indisponibilité de deux des trois médecins addictologues ; une infirmière et un psychologue permettent néanmoins la poursuite des soins, ainsi qu'un tabacologue quatre heures par semaine.

Les soignants du CSA peuvent venir participer aux réunions cliniques afin de construire le lien extra hospitalier en préparation à la sortie.

L'activité du CSA en 2018 totalise 831 consultations du psychiatre (0,5 ETP au CSA) ; les addictologues ont procédé à 1 977 actes médicaux et l'établissement recense également 1 852 actes infirmiers, 456 actes du travailleur social, 97 actes du tabacologue, 233 actes du psychologue, pour un total de 2 063 patients suivis.

### 8.3.3 L'accès aux traitements

La pharmacie à usage intérieur est gérée par deux pharmaciens (1,5 ETP dont 0,2 pour l'unité de long séjour psychiatrique). Trois préparateurs en pharmacie (2,8 ETP dont 0,8 d'infirmier) complètent l'équipe ; il n'y a pas d'interne ni d'externe.

Les locaux sont exigus et peu fonctionnels : le second pharmacien a son bureau dans le passage de la porte du bureau conjoint avec l'autre praticien ; les espaces de stockage sont insuffisants au regard des nécessités de commandes toujours volumineuses lorsqu'elles arrivent par bateau.



*Local de stockage de médicaments*

La pharmacie est livrée par bateau deux fois par an et les réapprovisionnements se font entre-temps par avion ; il y a aussi deux grossistes locaux permettant d'éviter toute rupture de médicament.

Le contrôle des prescriptions est effectué à 100 %.

Ces prescriptions font l'objet de différents niveaux de validation : validé, avis ou refus de dispensation. Le logiciel ne permet pas cependant d'établir des statistiques sur le taux de demande de correction et les réponses apportées.

La pharmacienne a développé la conciliation pharmaceutique en gériatrie mais n'a pas assez de ressources humaines pour le faire pour la psychiatrie générale.

La pharmacie à usage interne (PUI) reçoit chaque semaine les commandes des services et livre les médicaments en caisses dans les unités ; les infirmiers de nuit les rangent dans les pharmacies d'unité et confectionnent également les piluliers, en fonction des services, pour un jour ou pour une semaine.

Dans les unités, la distribution des médicaments s'effectue individuellement mais de manière différente selon les services et les infirmiers : parfois en salle de soins infirmiers où se trouve la pharmacie, parfois à l'extérieur de la salle de soins de manière moins confidentielle. Les patients font ainsi souvent une file indienne dans le couloir. Cette dispensation reste l'opportunité d'une éducation thérapeutique individualisée et la recherche d'un consentement éclairé aux soins.

### RECOMMANDATION 39

La dispensation des médicaments, qui relève du secret médical, doit s'effectuer de manière individuelle et confidentielle pour offrir aux patients la possibilité d'un échange verbal s'y rapportant. L'établissement doit assurer cette confidentialité, notamment par tout aménagement qui pourrait s'avérer nécessaire des salles de soins de chacune des unités d'hospitalisation.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, la direction du CHS mentionne « *un travail sur les projets de soins des unités avec les médecins responsables selon les spécificités dans le travail d'éducation thérapeutique* » et souligne que « *chaque unité doit définir son protocole spécifique d'administration du médicament afin notamment d'éviter les erreurs médicamenteuses liées à cette étape et de promouvoir un échange à visée thérapeutique avec le patient.* »

Le CGLPL constate que ces observations envisagent l'identitovigilance et l'éducation thérapeutique alors que la recommandation qu'il a émise s'intéresse à la confidentialité de la dispensation des traitements.

La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) est en place au sein de l'établissement depuis 2012 et se réunit quatre fois par an, présidée par le pharmacien avec une participation des médecins. Ce comité a dernièrement travaillé sur les urgences somatiques au CHS (trousses et gestes d'urgence). Un cadre supérieur de l'établissement effectue la formation au secourisme pour le personnel.

Il existe un livret thérapeutique sur l'intranet indiquant aux médecins les médicaments pouvant être prescrits ; ils peuvent faire des demandes hors livret et dans ce cas, le pharmacien a un droit de substitution.

## 9. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

### 9.1 LES LIEUX D'ISOLEMENT SONT POUR LA PLUPART INADAPTES ; CERTAINS SONT INDIGNES

L'établissement, dans ses documents relatifs à l'isolement<sup>17</sup>, mentionne l'existence de trois chambres d'isolement, deux dans les unités d'admission sans consentement (unités 5 et 5 bis) et une à l'unité de postcure et de réhabilitation psychosociale sans consentement (pavillon 6).

En réalité, la chambre d'isolement spécifique de cette dernière unité n'existe pas, mais les lieux d'isolement sont plus nombreux, très disparates selon les unités. Cette diversité traduit celle des usages qui en sont faits.

Une chambre d'isolement proprement dite est installée dans chacune des unités 5 et 5 bis ; leur organisation est identique. Un sas donne accès à la chambre depuis le couloir. Du mobilier en mousse (table et tabouret) et des contentions y sont entreposés. Un lavabo surmonté d'un miroir y est installé. La chambre est meublée d'un lit fixé au sol couvert d'un matelas de mousse à haute densité enveloppé d'une housse en matière plastique résistante, ses fenêtres sont opacifiées. Une salle d'eau y est attenante, toujours accessible par l'occupant ; elle comporte un bloc WC-lavabo en inox, du modèle de ceux qui équipent les cellules disciplinaires des établissements pénitentiaires, et une douche sans flexible. Une horloge fixée au mur du sas est visible à travers le fenestron de la porte d'entrée. Ces chambres sont climatisées, la température est réglée de l'extérieur.



*Chambre d'isolement unité 5*



*Salle d'eau*



*Porte de la chambre*

La surveillance est assurée à travers deux fenestrons, l'un dans la porte d'entrée, l'autre dans le mur séparant le couloir de la salle d'eau.

L'unité 5 bis pratique des isolements dans deux chambres dites « sécurisées » initialement destinées aux personnes détenues. Ces chambres comptent dans la capacité de vingt lits de l'unité. Elles sont identiques aux chambres ordinaires à ceci près que leur lit est fixé au sol et pourvu du même matelas en mousse et du même oreiller que ceux des chambres d'isolement. Leurs éléments sanitaires sont également constitués d'un bloc en inox donc sans miroir ni tablette. Aucune horloge n'est visible par l'occupant. Les fenêtres peuvent être occultés par des volets roulants. Ces chambres ont une

<sup>17</sup> « Procédure en cas de mise en chambre d'isolement », référence PSYG/PRS/008 datée du 25 novembre 2015

double entrée, en revanche, elles ne disposent pas de sas d'entrée. Elles peuvent être utilisées comme chambre d'isolement ou comme chambre d'hébergement.

A l'unité 6, quatre des seize chambres, dites « de mise en sécurité », sont utilisées pour des mesures d'isolement. Elles sont organisées comme des chambres d'isolement dans la mesure où on y accède par un sas dans lequel sont entreposés les effets de l'occupant. Elles ne sont meublées que d'un lit fixé au sol et pouvant supporter des contentions ; des WC à la turque sont aménagés derrière un muret, la chasse d'eau est commandée de l'extérieur ; la chambre est dépourvue de tout autre point d'eau. La fenêtre ne peut pas être ouverte par l'occupant. Ces chambres n'ont pas de double entrée, pas d'horloge et aucun meuble mou n'est prévu (pouf ou table pouvant servir d'adaptable), de sorte que les patients doivent prendre leur repas sur le lit.

L'unité 3-2 dispose de deux pièces donnant directement sur l'extérieur et servant à isoler des patients. Elles sont de même surface (9 m<sup>2</sup>), carrelées au sol et aux murs, éclairées par une double rangée de carreaux de verre. Dans l'une, un lit est fixé au sol surmonté d'un matelas enveloppé de matière plastique. L'autre ne dispose que d'un matelas enveloppé d'un drap lorsqu'elle est utilisée. Toutes deux sont climatisées, mais n'offrent aucune aération naturelle, et disposent d'une dalle WC dans un coin dont la chasse d'eau peut être actionnée de l'intérieur. La surveillance est exercée à travers le fenestron de la porte (qui offre la vue sur les WC au mépris de l'intimité de l'occupant) ou par les lucarnes donnant directement dans la salle de soins contiguë. Cependant, l'ouverture de celles-ci est obstruée du côté du bureau par divers objets qui cachent la vue (une boîte à clés, etc.). Lors de la visite, celle des deux chambres qui n'a pas de lit est utilisée pour un seul patient qui y passe l'ensemble de ses nuits, de 19h à 7h, depuis au moins quatre ans au titre d'une « mise en sécurité ». Il est hébergé dans la journée au pavillon 4 de long séjour psychiatrique (voir *supra*, § 7.1.4) et accompagné par une auxiliaire de vie. L'absence de lit dans la chambre d'isolement est expliquée par les risques qu'un lit ferait encourir à ce patient qui pourrait en sauter et se blesser ; il en résulte cependant qu'au moment de la visite, ce dernier passe ses nuits sur un matelas jouxtant les toilettes du local où il est enfermé sans lumière.



La chambre d'isolement sans lit de l'unité 3-2

L'autre chambre est utilisée plus « normalement » pour gérer les crises éventuelles des patients de l'unité – mais les infirmiers disent volontiers préférer évacuer les éventuels « agités » vers les unités 5 et 5 bis – ou à la demande des patients, auquel cas la porte reste entrouverte, ce que les contrôleurs ont pu constater.



*La chambre d'isolement avec lit de l'unité 3-2*

Aucun des lieux d'isolement de l'établissement ne comporte de bouton d'appel ou de dispositif équivalent.

#### RECOMMANDATION 40

Aucun des lieux servant à l'isolement des patients n'est conforme aux recommandations de bonnes pratiques. L'utilisation des deux chambres de l'unité de postcure et de réhabilitation sociale, indignes, doit être proscrite. Les autres doivent être réaménagées.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, l'établissement fait valoir que « les 2 chambres de l'UPCRPS ne sont plus utilisées à ce jour comme des chambres, il s'agit désormais de pièces condamnées. Un aménagement spécifique a été effectué pour permettre à un patient complètement dépendant de ne plus être hébergé de nuit à l'UPCRPS. » Un projet de déménagement de cette unité dite 3-2 « sur un pôle de réhabilitation » est en outre annoncé, à la fois dans les dix-huit mois et dans un délai supérieur, ce qui ne permet pas d'en saisir la période prévisible. Un document présentant de façon détaillée le projet de soin pour le patient de l'ULSP est par ailleurs produit, attestant d'une évolution satisfaisante à cet égard. En revanche, rien n'est dit des lieux d'isolement situés dans les autres unités du service de psychiatrie, notamment celles qui sont fermées.

Le CGLPL salue la fermeture des chambres d'isolement de l'unité 3-2 mais maintient sa recommandation, applicable aux autres espaces d'isolement de l'établissement.

## 9.2 LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE NE SONT PAS TOUJOURS REGULIERES

Le protocole mentionné ci-dessus n'a pas été actualisé pour tenir compte de l'entrée en vigueur des dispositions de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique. Il fait encore référence à des « prescriptions médicales » et mentionne que la réévaluation du patient doit se faire toutes les 24 heures, sans avoir, donc, actualisé à 12 heures la durée de la première décision. L'équipe de surveillance est constituée de deux soignants. Les patients isolés peuvent être sédatisés, ils le sont toujours s'ils sont attachés.

Le protocole prévoit que si l'isolement se poursuit au-delà de 24 heures, le patient doit être vu par un médecin généraliste, il a été indiqué que cette exigence n'est pas toujours respectée dans toutes les unités. Il en va de même lorsqu'est mise en œuvre une mesure de contention ; le protocole afférent à ce type de mesures<sup>18</sup> ne prévoit pas de visite systématique du somaticien, mais seulement qu'une « évaluation est faite dans les trois heures qui suivent le début de la mesure afin d'évaluer [ses] effets [...] sur l'état psychique et physique du patient ». Seule une information du médecin somaticien par l'équipe soignante est prévue lorsque la contention se poursuit au-delà de huit heures.

La famille est prévenue par téléphone d'une mise en chambre d'isolement.

Les patients sont le plus souvent laissés en sous-vêtements (caleçon et T-shirt) en chambre d'isolement mais en cas de risque suicidaire, ils sont revêtus d'une « tunique » d'hôpital. « Selon leur état », ils disposeront d'oreiller et de draps.

### RECOMMANDATION 41

Les patients placés en isolement doivent conserver leurs vêtements sauf si leur état clinique nécessite d'autres vêtements.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, la direction de l'établissement fait valoir que « les patients placés en isolement conservent leurs vêtements sauf si leur état clinique nécessite d'autres vêtements (notamment en cas de risque suicidaire, ce qui induit alors l'utilisation d'une tenue spécifique "anti-suicide". »

Pourtant, le livret d'information destiné aux patients des unités fermées, produit par ailleurs à l'appui de ces observations, mentionne que « le port d'une tenue spécifique (type blouse papier) est obligatoire pour tout séjour en chambre de soins intensifs. »

Les repas sont servis avec des couverts en plastique et de la vaisselle incassable, la viande est découpée auparavant. Dans l'unité sécurisée, un dispositif en mousse peut être fourni en guise d'adaptable. Une bouteille d'eau en plastique peut être laissée au patient isolé. S'il est potomane, l'arrivée d'eau des sanitaires est interrompue.

Le patient isolé peut fumer dans le sas, quand il y a, selon « l'appréciation » du médecin et de l'équipe soignante. Les patients attachés sont privés de consommation de tabac.

Des isolements séquentiels sont partout pratiqués, notamment pour permettre à l'isolé de prendre ses repas avec les autres patients de l'unité.

Une formation intitulée « gestion de la violence pour les professionnels officiant en milieu difficile » a été dispensée « trois ou quatre ans » avant la visite des contrôleurs ; lors de la visite, il était prévu

<sup>18</sup> « Protocole de pratique de la contention », référence PSYG/PRS/146 daté du 25 novembre 2015.

que cette formation soit de nouveau dispensée avant la fin 2019 mais n'était pas précisément programmée malgré l'imminence de cette échéance. En attendant, les plus anciens des soignants forment les nouveaux à la communication et au positionnement face aux patients très agités ou menaçants. Ainsi, un groupe « être formé par ses pairs » fonctionne notamment pour les placements sous contention.

Il a été indiqué que les recherches d'alternatives à l'isolement consistaient essentiellement en des entretiens infirmiers ou une activité dans la halle de sport ; éventuellement, sur autorisation médicale – et si deux soignants sont disponibles pour les patients en SDRE – il pouvait être proposé au patient agité de marcher dans le parc ; ces alternatives seraient toujours recherchées afin que l'isolement soit une mesure de dernier recours.

En principe, seuls les patients en SSC sont isolés mais les patients en soins libres peuvent être enfermés dans leur chambre « pour un temps d'apaisement ».

Le médecin est appelé dès le placement en isolement. Il a été indiqué qu'en semaine, il se déplaçait dans l'heure pour signer la décision ; les informations sont plus imprécises lorsque le placement en isolement, assorti éventuellement d'une mise sous contention, est effectué la nuit et le week-end. En tout état de cause, les équipes disposent de décisions « si besoin » d'isolement et de contention » d'une « validité » supérieure à 24 heures car il n'y a pas de garde médicale sur place.

Un entretien médical a toujours lieu après l'isolement ; un entretien infirmier pour recueillir le ressenti de l'isolé, en général le jour suivant la levée, est plus informel car souvent le patient ne souhaite pas revenir sur cette phase.

#### RECOMMANDATION 42

Les décisions « si besoin » de contention ou d'isolement doivent être proscrites.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, le CHS fait valoir que « le secteur de psychiatrie ne bénéficie pas d'interne ni de garde sur place. Mais il existe une astreinte psychiatrique. Le psychiatre se déplace à chaque appel. » Il est cependant ensuite précisé qu'un « rappel à l'ordre des médecins pour privilégier le recours à la prescription informatique à distance (via le système VPN) dans l'attente d'un déplacement (délais d'arrivée du médecin) a été réalisé depuis la visite du CGLPL. »

Cependant, le CGLPL rappelle qu'il proscrit les décisions de placement à l'isolement ou sous contention prises à distance et recommande même que toute décision d'isolement ou de contention prise par un médecin non-psychiatre soit validée, dans le délai d'une heure, par un psychiatre après une rencontre entre le patient et ce dernier.

### 9.3 AUCUNE POLITIQUE RELATIVE A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION N'EST CONDUITE AU NIVEAU INSTITUTIONNEL

#### 9.3.1 Le registre d'isolement

Le registre d'isolement tenu par l'établissement pour respecter les dispositions de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique est constitué de feuillets comportant en haut de page l'intitulé « Rapport portant sur les mises en isolement » suivi de « mois de ... ».

Pour chaque mois, sont énumérés les mesures d'isolement prises et, pour chaque mesure, est indiqué le nom du patient, le nom du médecin décideur de la mesure d'isolement – ce sous la rubrique « médecin prescripteur de la contention » –, le numéro de la « prescription », la date et

l'heure de début puis de fin de la mesure, la durée et le nom des « opérateurs » intervenus dans la surveillance. Ce sont les informations prévues par l'article susmentionné, extraites du dossier patient informatisé ; elles ne sont enrichies d'aucun élément relatif aux circonstances propres au patient et à la mesure : statut d'admission ou mesures alternatives tentées. Ainsi, il est impossible de vérifier si, lorsque le patient isolé était en soins libres au début de la mesure, son statut a été modifié après une période d'isolement de douze heures.

### RECOMMANDATION 43

Le statut du patient doit figurer au registre d'isolement et de contention afin que l'hôpital soit en mesure de vérifier que les patients en soins libres ne sont placés en chambre d'isolement qu'à titre exceptionnel et que leur statut est modifié si ce placement excède douze heures.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, l'établissement mentionne, au titre des actions programmées dans les dix-huit mois : « développer et améliorer l'ergonomie du DPI pour tracer les isolement et contentions. »

Dans l'attente de la modification envisagée, à long terme, du DPI, le CGLPL maintient sa recommandation relative au registre d'isolement et de contention.

Les mesures de contention figurent dans un registre identique, l'intitulé en haut de page étant simplement modifié en « Rapport portant sur les mises en contention », qui est organisé identiquement au registre d'isolement.

La fiabilité des informations figurant dans ces registres n'est pas assurée : ainsi, pour une mesure apparaissant comme ayant duré 73 jours, il semble qu'il s'agisse d'une erreur de saisie. Des mesures de contention sont enregistrées pour lesquelles on ne trouve aucune mesure d'isolement correspondante dans la période.

Les décisions de renouvellement ne peuvent être distinguées des décisions initiales, ce qui empêche de vérifier que celles-ci sont renouvelées après une première durée de 12 heures et après chaque période de 24 heures puisque seul le nom du premier médecin décideur est mentionné. Enfin et surtout, toutes les mesures d'isolement ne sont pas enregistrées puisque ne figurent que celles exécutées dans certains lieux d'isolement.

Tels quels, ces registres ne permettent aucune observation pertinente des pratiques de l'établissement ou même d'une unité, en l'absence d'indication de l'unité d'accueil du patient.

#### 9.3.2 La réalité des pratiques

La perception de leurs pratiques d'isolement par les professionnels est singulièrement biaisée. Si chacun affirme que le nombre et les durées des mesures sont faibles, ce qui n'est qu'en partie et qu'en apparence corroboré par les données des registres, il s'avère en réalité que bien des isolements ne sont pas perçus comme tels ; il en est ainsi de l'isolement chaque nuit d'un patient particulier, déjà évoqué.

A l'unité de long séjour psychiatrique, qui n'a aucune chambre d'isolement, deux patients sont parfois mis sous contentions dans leurs chambres (qui sont équipées d'un matelas type chambre d'isolement), la nuit, pendant une durée de 3 heures maximum, sur prescription médicale « si besoin » ; le médecin serait alors informé immédiatement mais la mesure n'est pas tracée.

Au pavillon 6, les usages des « chambres sécurisées » comme de la chambre d'isolement sur décision d'un médecin sont enregistrés ; mais il a été indiqué que si le patient occupant une de ces chambres a besoin d'isolement, « *on ferme la porte* », ceci hors de toute décision médicale.

Enfin, dans les unités 5 et 5 bis, les chambres sont – au moins en partie – fermées dans la journée, que le patient s'y trouve ou non, et le verrou extérieur de la porte est partout tiré la nuit ; ces chambres sont donc *ipso facto* des chambres d'isolement lorsque qu'elles fermées alors qu'elles sont occupées.

#### RECOMMANDATION 44

L'établissement doit proscrire les enfermements en chambre dite hôtelière, y compris dans les unités d'admission fermées. Il doit également proscrire l'enfermement en « chambre sécurisée » en dehors de toute décision médicale enregistrée et suivie en tant que telle.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, la direction du CHS fait valoir que « *les réalités économiques et la disponibilité des personnels ne permettent pas une liberté totale des patients la nuit dans les 2 unités fermées.* »

Toutes ces pratiques, qui constituent de fait des mesures d'isolement, ne sont ni enregistrées ni analysées, elles sont prises hors du cadre prévu pour l'isolement, à savoir en derniers recours, pour répondre à une situation de crise et « *pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée.* ». Elles témoignent de l'absence de perception par les professionnels de la réalité de leurs pratiques et, par suite, de l'absence de réflexion institutionnelle sur celles-ci.

#### RECOMMANDATION 45

L'établissement doit mettre en œuvre un outil fiable d'observation des pratiques d'isolement et de contention pour évaluer leur réalité et s'y fonder pour conduire, ensuite, une politique de réduction du recours à ces pratiques.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, l'établissement mentionne, au titre des actions programmées dans les dix-huit mois : « *développer et améliorer l'ergonomie du DPI pour tracer les isolement et contentions.* »

Toutefois, le CGLPL maintient sa recommandation qui préconise une analyse des pratiques d'isolement et de contention, indépendamment des questions touchant à l'ergonomie du DPI.

## 10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

### 10.1 LES SPECIFICITES DES MINEURS NE SONT QUE PARTIELLEMENT RESPECTEES

#### 10.1.1 Modalités d'admission

Les admissions de mineurs se font à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale ou du juge des enfants, en ce cas sur ordonnance provisoire de placement, et sur avis d'un médecin de l'établissement.

Les modalités d'admission suivent un protocole élaboré par l'unité d'admission libre en coordination avec le CASADO<sup>19</sup>. Ce protocole prévoit que les hospitalisations doivent être suffisamment longues pour permettre une observation et une évaluation. Le « *guide de la prise en charge pour les adolescents hospitalisés en UAL* » mentionne une durée minimale d'hospitalisation d'une semaine. En 2018, pour une file active de seize mineurs de 13 à 17 ans à l'unité d'admission en soins libres (UAL ou pavillon 7), la durée des séjours a varié d'une demi-journée à 48 jours.

Pour chaque jeune, un projet de soins individualisé est mis en place par la liaison psychiatrique et l'éducatrice spécialisée, et la vie du patient dans l'unité s'organise autour de ce projet qui peut être modifié en cours de séjour en fonction de son évolution.

En 2018, la file active des mineurs au CHS a été de vingt-six personnes, pour vingt-neuf admissions ; l'année suivante, elle est également de vingt-six personnes au 10 octobre 2019, avec vingt-sept admissions.

#### 10.1.2 L'accueil

Tous les mineurs passent par les urgences psychiatriques du CHT Gaston-Bourret où ils sont vus par un pédopsychiatre. Ils bénéficient d'un examen somatique au plus tard dans les 24 heures de leur admission.

A son arrivée au CHS, le jeune patient est accueilli par un soignant et par l'éducatrice spécialisée si l'arrivée a lieu pendant les heures de présence. L'équipe l'informe, ainsi que ses parents s'ils sont présents, des modalités de sa prise en charge, des activités mises en place.

Les parents, ou le détenteur de l'autorité parentale, signent les autorisations relatives aux soins, à la participation aux activités, aux sorties et à l'utilisation du droit à l'image. Ils accordent également une autorisation verbale de fumer ; dans le cas contraire, les soignants s'efforcent d'empêcher que le mineur fume le tabac qu'il peut se procurer auprès des patients majeurs et fumeurs. Une photographie du jeune patient est prise qui est versée dans le dossier patient informatisé et qui pourra être utilisée pour les recherches en cas de fugue.

Il est expliqué aux parents que l'hospitalisation sera suivie d'une prise en charge systématique par l'assistante sociale du CASADO. Les parents ne sont pas autorisés à entrer dans l'unité – au motif de protection du secret de la présence des autres patients, mais peuvent, à leur demande, visiter la chambre dans laquelle leur enfant sera hébergé.

Un inventaire des effets de l'arrivant est réalisé, celui-ci est informé que d'autres inventaires pourront être effectués en cours de séjour.

---

<sup>19</sup> Centre d'Accueil et de Soins pour les Adolescents situé à Nouméa accueillant en soins ambulatoires toutes les personnes âgées de 13 à 20 ans révolus habitant en Nouvelle-Calédonie.

L'utilisation de tablette, téléphone, ordinateur et la connexion aux réseaux sociaux sont autorisées jusqu'à 22h, sauf restriction décidée par le médecin, mais les mineurs, en principe, ne conservent pas leur téléphone portable la nuit.

### 10.1.3 L'hébergement

Le CHS ne dispose d'aucune unité spécifique pour l'accueil des mineurs. Ceux-ci peuvent être hébergés dans trois unités différentes selon leur état clinique.

A l'UAL, trois lits sont fléchés pour des mineurs. Des chambres sont privilégiées pour ceux-ci, proches du poste de soins, chambres simples ou chambre double qui est alors occupée par le seul mineur. Dans la mesure où leur état le permet, les mineurs sont préférentiellement hébergés dans cette unité et en pratique, au moins un mineur y est toujours présent.

Les mineurs se mettant en danger (violence, gestes suicidaires) peuvent être hébergés à l'unité 5, de préférence dans l'aile des femmes, ou à l'unité 5 bis si aucun lit n'y est disponible.

Le passage vers l'unité ouverte depuis l'une des unités 5 ou 5 bis en cours de séjour est possible et même fréquent selon l'évolution du patient.

Lors de la visite, un mineur était hébergé à l'UAL et trois dans les unités fermées 5 et 5 bis.

Sur les vingt-neuf séjours de mineurs en 2018, huit se sont intégralement déroulés à l'UAL, onze intégralement dans les deux unités de soins sans consentement (5 et 5 bis) ; les autres patients ont séjourné en partie à l'UAL et en partie dans l'une des unités 5 ou 5 bis.

Pour les vingt-sept séjours de 2019, quinze patients ont exclusivement été hébergés à l'UAL, onze aux unités 5-5 bis et un seul séjour a vu un passage de l'unité 5 bis à l'UAL.

Or, si l'hébergement d'adolescents dans l'unité ouverte pose déjà des problèmes de cohabitation avec les adultes, ces difficultés sont avivées dans les unités 5 et 5 bis dont les patients souffrent de pathologies beaucoup plus lourdes. Il peut s'avérer dangereux de mélanger des adultes psychotiques avec des enfants ou des adolescents. Par ailleurs, les interlocuteurs ont relevé qu'il est difficile de poser un cadre pour un mineur lorsque les adultes du groupe contestent ce cadre. Réciproquement, il est compliqué de s'adresser aux adultes devant des jeunes.

#### RECOMMANDATION 46

Comme cela avait déjà été relevé lors de la visite de 2011, il n'est pas acceptable que des patients mineurs soient systématiquement hébergés parmi des majeurs. Une unité réservée à l'accueil des jeunes patients doit être créée.

Dans ses observations du 27 juillet 2020, le CHS fait valoir que « *un manque de moyens financiers est relevé pour la création d'une unité d'hospitalisation dédiée aux mineurs actuellement.* » Il précise en outre qu'un « *projet d'hospitalisation pour les adolescents est prévu après le départ de la MAS le Paradou de l'établissement situés à proximité immédiate de l'unité d'admission libre.* » et produit ce qui est présenté comme « un projet d'hospitalisation pour les adolescents » : il s'agit en réalité du projet médical 2013-2018 du service de psychiatrie infanto-juvénile, dont le chef de service évoquait déjà, à l'époque, la nécessité d'une unité spécifique ou à tout le moins d'un secteur réservé aux mineurs hospitalisés – aménagement jamais réalisé faute de financements et de rentabilité suffisants, selon les informations recueillies par les contrôleurs.

## 10.2 LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE ET EDUCATIVE PATIT DE L'EPARPILLEMENT DES JEUNES PATIENTS ET DE L'ABSENCE D'UNE EQUIPE COMPLETE SPECIALISEE

La prise en charge spécifique des mineurs et jeunes majeurs est assurée par des professionnels du CASADO : des psychiatres se déplacent au CHS plusieurs fois par semaine en alternance avec des infirmiers qui viennent pendant l'heure des repas, de sorte qu'une liaison est assurée chaque jour de semaine ; l'apport d'une équipe spécialisée est limité à ces moments. Le suivi médical est assuré par le pédopsychiatre de liaison.

Par ailleurs, une éducatrice spécialisée assure un service à plein temps auprès des jeunes. Elle participe à leur accueil.

La patientèle est, en principe, constituée de jeunes âgés de 13 à 20 ans révolus mais il est arrivé que des enfants soient accueillis ; le cas de deux petites filles de 11 ans quelques années auparavant a été cité. Les motifs d'hospitalisation sont pour beaucoup les syndromes dépressifs et risques suicidaires, plus rarement des troubles du comportement ou des psychoses.

La situation des mineurs est évoquée dans les *staffs* des unités où ils sont hébergés, l'éducatrice y assiste.

Celle-ci participe à l'élaboration du projet de soins, conduit des entretiens éducatifs – les entretiens psychiatriques étant réservés aux infirmiers de liaison – et fait le lien avec les parents avec l'objectif de reconstruire, en tant que de besoin, les relations familiales.

Elle conduit également des activités adaptées au jeune et à ses spécificités cliniques : sport, lecture, théâtre, peinture et dessin avec pour objectif de les ramener vers une scolarisation, restaurer la capacité de relations sociales et prévenir la consommation de toxiques. Elle dispose d'une salle d'activité et peut utiliser les infrastructures de l'établissement.

Les activités à l'extérieur sont l'occasion d'évaluer la perception qu'en ont les jeunes patients.

Si la plupart des mineurs pris en charge sont en rupture scolaire, certains d'entre eux peuvent être conduits à l'établissement scolaire par l'éducatrice ou un soignant. Ainsi, en septembre 2019, une jeune fille a pu se rendre dans son établissement scolaire les mercredi et jeudi en accord avec l'infirmière de l'établissement, son conseiller principal d'éducation et le pédopsychiatre.

La prise en charge spécifique des mineurs repose essentiellement sur le professionnalisme de l'éducatrice spécialisée, aucun des autres soignants des unités d'hébergement n'ayant reçu de formation à la pédopsychiatrie. La répartition potentielle des jeunes patients dans plusieurs unités ne facilite pas une prise en charge d'un groupe d'âge plus homogène et se trouve, en toute hypothèse, perturbée par la présence d'adultes relevant de problématiques évidemment différentes.

### RECOMMANDATION 47

La prise en charge thérapeutique spécifique des jeunes patients ne doit pas être limitée à la liaison pédopsychiatrique et à l'intervention spécialisée de la seule éducatrice. Le groupe des jeunes patients doit bénéficier d'une équipe soignante spécialement formée qui lui soit réservée, comprenant éducateurs et psychologues, et qui lui offre une prise en charge dense et continue.

*Dans ses observations du 27 juillet 2020, l'établissement fait valoir que « l'équipe de pédopsychiatrie se déplace régulièrement en cas d'hospitalisation d'un mineur. De plus, une intervention de l'éducatrice spécialisée et d'une psychologue de l'unité d'admission libre est opérationnelle. »*

### 10.3 LES PATIENTS DETENUS SONT TOUJOURS ADMIS EN UNITE FERMEE, MAIS PAS SYSTEMATIQUEMENT EN CHAMBRE D'ISOLEMENT

« Lorsque l'état de santé d'un détenu nécessite des soins continus et intensifs sur le plan psychiatrique, celui-ci est automatiquement transféré à l'unité d'admission fermée du CHS Albert Bousquet, du fait de son statut de détenu. L'admission est effectuée à la demande du psychiatre en charge de l'infirmerie du centre pénitentiaire. Le condamné, prévenu ou détenu reste soumis à la réglementation en matière pénitentiaire. Tout problème devra être signalé par le personnel en poste, au médecin et à l'administrateur de garde du CHS Albert Bousquet. Ce dernier informe le directeur du centre pénitentiaire et les services de police. / Tout transfert au CHT pour consultation ou examen à titre externe devra être visé par le directeur du CHS qui sollicite une escorte aux autorités de police nationale. Tout incident grave est signalé aux autorités compétentes dans les conditions prévues par l'article D 283 du code de procédure pénale. / Les détenus sont privés de la liberté d'aller et venir dans le CHS et doivent rester dans l'unité d'admission fermée. Lorsque le patient est un détenu, les autorisations de communiquer avec un tiers, ainsi que les autorisations d'absence et les sorties d'essai ne peuvent avoir lieu qu'avec l'accord des autorités judiciaires et pénitentiaires compétentes. »

Ces dispositions, figurant à l'article 26 § 5 du règlement intérieur de l'établissement, correspondent aux pratiques mises en œuvre. Elles ne font que très rarement l'objet d'exceptions et la collaboration entre le CHS et le centre pénitentiaire (CP) est décrite comme solide et ancienne. Le chef de service de psychiatrie générale intervient lui-même régulièrement à la prison. Les relations entre les deux établissements sont réglées par une convention de partenariat relative à la dispensation de soins somatiques et psychiatriques et à la coordination des actions de prévention au CP de Nouméa du 24 février 2014.

Le nombre d'hospitalisations de personnes détenues au CHS est assez fluctuant. La moyenne s'établit à seize par an – soit un peu plus d'une par mois – ces dix dernières années. Les écarts sont importants d'une année sur l'autre (minimum de onze hospitalisations en 2017 ; maximum de vingt-deux en 2012). Il est possible en revanche, sur une période beaucoup plus longue, d'observer une nette hausse des admissions de personnes détenues. Durant la période antérieure (1998-2007), la moyenne annuelle s'établissait à six par an seulement<sup>20</sup>.

L'ensemble des personnes détenues est admis en unité fermée (pavillon 5 bis) et y demeure tout le temps de son hospitalisation. Les contrôleurs ont examiné le dossier des cinq admissions les plus récentes. Le temps moyen d'hospitalisation est de quinze jours (trois jours pour la plus courte ; trente-sept pour la plus longue). Les personnes détenues ne sont pas systématiquement accueillies en chambre d'isolement, cette décision étant fonction de leur état clinique et non de leur statut d'après les médecins de l'unité. Cette situation est néanmoins fréquente : trois des cinq patients ont été placés en chambre d'isolement à leur arrivée, le premier pour une période de 88 heures, le deuxième pour 38 heures, le troisième pour 16 heures. Leur hospitalisation ne diffère pas de celle des patients des unités d'admission fermées (cf. *supra*, § 7.1.1) hormis les conditions particulières tenant à leur statut de détenu et figurant au règlement intérieur.

---

<sup>20</sup> Source : rapport d'activité 2018 du chef de service sur la psychiatrie pénitentiaire en Nouvelle-Calédonie

## 11. CONCLUSION

Aucune suite n'a été donnée au rapport de la visite effectuée par le CGLPL au mois d'octobre 2011. Pour l'essentiel, les observations alors formulées restent donc d'actualité ; s'y ajoutent les nombreuses autres recommandations du présent rapport.

De façon générale, malgré des équipes soignantes très investies et se montrant soucieuses du bien-être et des droits des patients, les conditions d'accueil et de prise en charge dans l'établissement des personnes admises en soins sans consentement contreviennent à bien des égards à leurs droits fondamentaux et à leur dignité. De fait, ni les conditions immobilières de l'hospitalisation de ces patients ni les pratiques médicales et soignantes mises en œuvre ne sont évaluées ou interrogées au regard de ces impératifs.

Par-delà, aucune réflexion institutionnelle n'est menée à cet égard. Des questions essentielles telles, par exemples, que la préservation de la dignité des patients, l'utilité de l'enfermement dans le soin, la pratique de l'isolement, l'hospitalisation des jeunes patients, la sexualité, l'éducation thérapeutique ou la contraception ne sont pas suffisamment discutées, questionnées ou même réfléchies ; aucune instance ne s'en empare. Selon les propos recueillis, ce n'est que l'intervention de la loi de 2016 qui a imposé les questions touchant à l'isolement et à la contention, mais « *on n'avait pas les bons outils* » : « *on a dû mettre en place une procédure pour que ce soit présentable* » mais « *il y a quelque chose à parfaire* ».

Tant la commission médicale d'établissement que les autres instances institutionnelles, parmi lesquelles le comité d'éthique préexistant qui gagnerait à être réactivé, doivent se saisir de l'ensemble de ces champs de réflexion. L'édiction d'un projet d'établissement et d'un projet médical actualisés est rendue indispensable compte tenu de l'expiration des précédents ; elle constituera l'occasion offerte à l'établissement de tendre vers ces objectifs et d'enfin parvenir à dissiper la « *prégnance locale, encore très présente* » et mise en exergue par sa direction pour tenter de justifier les atteintes constatées aux droits des patients pris en charge, des réflexes et pratiques « *des services de santé des armées* » (sic).

En tout état de cause, le CHS Albert Bousquet doit sans délai, malgré l'apparente docilité des patients qu'il prend en charge et le cadre agréable résultant de sa situation en bord d'océan, se mettre en conformité avec les exigences actuelles du code de la santé publique et accorder intérêt aux recommandations de bonnes pratiques du CGLPL comme de la Haute autorité de santé, un tel cumul d'atteintes aux droits et libertés fondamentaux des patients hospitalisés en soins sans consentement étant rarement observé.

16/18 quai de la Loire  
CS 70048  
75921 PARIS CEDEX 19  
[www.cglpl.fr](http://www.cglpl.fr)