



---

## **Rapport de visite :**

25 au 29 avril 2022 – 2<sup>ème</sup> visite

Département de psychiatrie du  
Centre hospitalier de Polynésie  
française (CHPF) à Pirae

*(Polynésie française)*



## SYNTHESE

Quatre contrôleurs ont effectué une visite annoncée du département de psychiatrie du centre hospitalier de Polynésie française (CHPF) à Pirae du 25 au 29 avril 2022. Cette mission constituait la deuxième visite après un premier contrôle réalisé en décembre 2012.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, un rapport provisoire a été adressé à la directrice générale du CHPF, au ministre de la Santé de Polynésie française, à la direction des solidarités, de la famille et de l'égalité, au Haut-Commissaire de la République, à la présidente et au procureur de la République près le tribunal de première instance de Papeete. La direction de l'établissement a émis des observations et produit des éléments de preuve, par courriel ; ces observations particulièrement étayées ont été intégrées dans le présent rapport.

Les soins psychiatriques pour l'ensemble de la Polynésie française sont assurés par le département de psychiatrie du CHPF. Ce dernier, doté d'un projet d'établissement 2017-2022, est le seul centre hospitalier de Polynésie française, composé de sept départements (huit disciplines).

Le département de psychiatrie a le quasi-monopole des soins spécialisés ; moins d'une quinzaine de médecins psychiatres exercent en libéral. Au moment du contrôle, il se trouve en pleine mutation, reprenant les projets amorcés avant la crise sanitaire notamment le tournant de l'ambulatoire. La nouvelle dynamique est marquée depuis l'arrivée d'un nouveau chef du département début 2020.

Par ailleurs, une fluidité des échanges est constatée entre la direction et le département de psychiatrie, qui est intégré au CH. La direction soutient et porte les projets de ce département, contrairement aux constats dressés en 2012.

La composition des équipes pluridisciplinaires, notamment l'intervention d'une assistante de service social, de psychologues, d'ergothérapeutes, est saluée sur le principe avec, depuis la mission de contrôle, un renforcement de l'équipe d'ergothérapeutes afin d'intégrer les activités thérapeutiques dans le projet individualisé du patient.

Au quotidien, les équipes au sens large sont investies auprès des patients. Les soignants sont accessibles, ils répondent aux sollicitations des patients, qui peuvent être continues. Les médecins sont accessibles pour les équipes et les patients malgré le sous-effectif au moment du contrôle (trois postes vacants de médecins psychiatres) qui devait être résorbé d'ici le mois de septembre 2022.

Le département dispose de cinquante-cinq lits d'hospitalisation et de douze chambres d'isolement (dont trois « cellules »). Néanmoins, il compte l'ensemble des chambres comme des chambres d'hospitalisation ce qui tronque le calcul du taux d'occupation qui a néanmoins diminué depuis la première visite. Le taux d'occupation réel, calculé sur la base de 57 lits, était ainsi de 114 % au moment du contrôle.

Il est composé de quatre unités d'hospitalisation complète :

- l'unité fermée Tokani composée d'une partie dite « unité fermée », de vingt lits et deux CI, et une partie dite « unité de surveillance intensive » (USI), comportant cinq chambres d'isolement et les trois « cellules » considérées comme indignes lors du premier contrôle et qui étaient toujours utilisées (les matelas ne se trouvaient plus au sol mais sur des lits scellés) ;

- les unités Manini (fermée), Kaveka et Apape (semi ouvertes) (37 lits dont deux CI à Manini). Lors du premier contrôle l'unité fermée Manini n'accueillaient que des femmes mais à

la faveur de la crise sanitaire le médecin chef de pôle a réintroduit la mixité dans l'ensemble des unités.

Des axes d'amélioration sont attendus dans la prise en charge quotidienne des patients sur les principales thématiques suivantes : qualité de l'offre d'hébergement, individualisation des restrictions à la liberté d'aller et venir et dans la vie quotidienne, information des patients sur leurs droits, réduction des mesures d'isolement et contention sur la base d'un registre exploitable et exploité. La modernisation et l'instauration de systèmes d'information en voie d'achèvement facilitera les évolutions à venir.

Par ailleurs, les projets de sortie des patients en soins sans consentements se heurtent à une offre sociale et médico-sociale insuffisante. De plus, les structures d'accueil existantes, notamment les familles d'accueil, doivent être formées, agréées et contrôlées.

Le projet de pôle de santé mentale, s'inscrivant dans le plan de santé mentale, est l'occasion d'une refonte du projet de service et de l'élaboration d'un projet médico-soignant ambitieux. En effet, au moment de la visite, des travaux étaient en cours pour créer, sur l'emprise du CHPF, un pôle de santé mentale dont les contours administratifs n'étaient pas encore définis. Depuis la mission de contrôle, le ministre de la Santé a opté en faveur de la création d'un établissement distinct du CHPF regroupant l'ensemble des services de psychiatrie et assimilés polynésiens. Le calendrier proposé s'étend au-delà de la mise en service du « pôle de santé mentale » aujourd'hui envisagée en 2024, le transfert de l'activité de psychiatrie adulte lui étant postérieur. Le pôle devrait permettre de déployer à terme l'essentiel des projets d'amélioration des prises en charge portés par le plan de santé mentale en cours de finalisation.

Engagé dans une démarche d'amélioration des conditions de prise en charge des patients et de respect de leurs droits fondamentaux, le CHPF a d'ores et déjà pris en compte plusieurs recommandations émises à l'issue de la visite, d'autres sont en cours et certaines le seront dans le cadre du pôle de santé mentale.

## 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 ..... 29**

Lorsque des mineurs sont hospitalisés à l'UHCD, un des tuteurs légaux reste la nuit avec lui dans la chambre, un lit et un fauteuil lui étant réservés.

### 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 ..... 22**

Une formation aux droits des patients en soins sans consentement doit être mise en place.

#### **RECOMMANDATION 2 ..... 28**

Un registre de l'isolement et de la contention pratiqués aux urgences doit être mis en place et une analyse de la pratique régulièrement faite par les soignants.

Toute mesure d'isolement et de contention décidée par un urgentiste pour un patient relevant de la psychiatrie doit être confirmée dans l'heure par un psychiatre.

#### **RECOMMANDATION 3 ..... 30**

Les chambres d'isolement ne doivent pas être comptabilisées et utilisées comme des chambres d'hospitalisation.

#### **RECOMMANDATION 4 ..... 34**

Les décisions d'hospitalisation en soins sans consentement du directeur doivent être formellement établies en temps réel et leur notification doit intervenir sans délai. Les dates de rédaction et de notification doivent correspondre à la réalité.

#### **RECOMMANDATION 5 ..... 34**

Les modifications ou renouvellements de la prise en charge en programme de soins doivent donner lieu à des décisions écrites, notifiées au patient, au même titre que la décision initiale.

#### **RECOMMANDATION 6 ..... 37**

Les deux chambres sans fenêtres ne doivent plus être utilisées. Un système doit être mis en place permettant aux patients de bénéficier de la lumière du jour, et de l'occulter.

Les fenestrons des portes doivent être occultables afin de préserver l'intimité des patients.

#### **RECOMMANDATION 7 ..... 38**

L'établissement doit installer des verrous de confort aux portes des chambres et des salles de bains, surtout dans les chambres doubles, et des boutons d'appel.

#### **RECOMMANDATION 8 ..... 41**

Afin d'améliorer la qualité sanitaire et gustative, les modalités de mise en température des repas doivent être revues.

Dans un souci de respect de la dignité des patients, le service doit se faire à l'assiette. L'intervalle entre le dîner et le petit-déjeuner doit être réduit.

**RECOMMANDATION 9 ..... 43**

Aucune information à caractère médical ne doit figurer sur les permissions de sortie dès lors qu'elles sont contrôlées par des agents de sécurité n'ayant pas à connaître de telles informations.

**RECOMMANDATION 10 ..... 44**

La liberté d'aller et venir ne peut être restreinte que sur la base d'une décision médicale liée à un risque réel, individualisé et régulièrement réévalué. La nécessité de disposer d'une autorisation pour sortir du bâtiment doit être reconsidérée, notamment pour les patients en soins libres.

**RECOMMANDATION 11 ..... 45**

Les caméras de vidéosurveillance ne doivent pas filmer les patients dans les lieux de soins.

**RECOMMANDATION 12 ..... 46**

Les restrictions apportées dans la vie quotidienne des patients doivent être exceptionnelles, personnalisées, régulièrement réévaluées et motivées par la clinique du patient. Les règlements des unités doivent être modifiés pour inverser les règles existantes, le principe devant être l'autorisation et non l'interdiction.

**RECOMMANDATION 13 ..... 46**

Un accès continu en journée à un espace extérieur doit être rendu possible pour tous les patients, y compris ceux du secteur de soins intensifs de Tokani.

**RECOMMANDATION 14 ..... 47**

Les patients doivent pouvoir conserver leur téléphone portable, tablette et ordinateur. Toute restriction à cette règle doit être justifiée par l'état clinique du patient et limitée dans sa durée. En pareil cas, un accès à un téléphone doit toujours être possible, dans le respect de l'intimité des conversations.

**RECOMMANDATION 15 ..... 48**

Le nombre de visites et de visiteurs ne peut être limité que par des considérations médicales. Les unités d'hospitalisation doivent aménager des salons offrant des conditions agréables, dignes et garantissant l'intimité des visites. Sauf exception tenant à son état clinique, le patient qui occupe seul sa chambre doit pouvoir y recevoir ses visiteurs. Les visites des enfants à leurs proches ne doivent pas être systématiquement interdites mais adaptées à la situation familiale et à l'état du patient.

**RECOMMANDATION 16 ..... 50**

L'établissement doit faciliter l'exercice du droit de vote en assistant les patients pour l'inscription sur les listes électorales, l'établissement de procuration, la délivrance de permission ou la mise en place d'accompagnement au bureau de vote.

**RECOMMANDATION 17 ..... 50**

Les patients hospitalisés dans les unités de psychiatrie doivent pouvoir rencontrer les aumôniers de l'hôpital dans les mêmes conditions que ceux soignés dans les autres services.

**RECOMMANDATION 18 ..... 52**

Les trois chambres d'isolement sans fenêtre ni accès à l'eau sont particulièrement indignes et ne doivent plus être utilisées.

**RECOMMANDATION 19 ..... 53**

L'intimité des personnes au sein des locaux sanitaires attenants aux chambres d'isolement doit être garantie.

**RECOMMANDATION 20 ..... 54**

Les chambres d'isolement doivent disposer de bouton appel, de fauteuil ou siège adapté et d'un dispositif d'aération.

Elles doivent permettre au patient d'actionner seul la lumière et l'ouverture des volets et de disposer d'une horloge-calendrier pour se repérer dans le temps.

**RECOMMANDATION 21 ..... 54**

Un registre fiable des mesures d'isolement et de contention doit permettre une analyse régulière de la pratique et la production d'un rapport annuel sur la réduction de ces pratiques. Le rapport annuel analysant les pratiques d'isolement et de contention doit être rédigé et présenté devant la commission médicale d'établissement, la commission des usagers et le conseil de surveillance.

**RECOMMANDATION 22 ..... 57**

Il doit être mis un terme à l'existence d'une unité constituée uniquement de CI. Tout patient doit disposer d'une chambre d'hospitalisation durant le temps de son placement en chambre d'isolement.

**RECOMMANDATION 23 ..... 59**

Les autorités concernées par la désignation des membres de la commission des soins psychiatriques doivent se mobiliser en vue de sa constitution.

Les associations de familles de patients existantes sur le territoire doivent être accompagnées par les pouvoirs publics polynésiens dans un processus d'agrément.

**RECOMMANDATION 24 ..... 62**

Le juge des libertés et de la détention doit être saisi des mesures d'isolement et de contention conformément aux dispositions légales afin d'en assurer un contrôle effectif.

**RECOMMANDATION 25 ..... 64**

Des réunions soignants-soignés doivent être organisées dans toutes les unités.

**RECOMMANDATION 26 ..... 64**

La filière de psychiatrie adulte doit comporter des modalités de prises en charges sociales et médico-sociales adaptées au public nécessitant de tels dispositifs.

**RECOMMANDATION 27 ..... 65**

Les activités thérapeutiques doivent être inscrites dans une organisation permettant qu'elles soient pérennes, régulièrement proposées aux patients et diversifiées.

**RECOMMANDATION 28 ..... 66**

La conciliation médicamenteuse doit être proposée en psychiatrie.

**RECOMMANDATION 29 ..... 67**

La recherche du consentement et de l'adhésion aux soins doit s'appuyer sur la mobilisation de la personne de confiance et la mise en place de directives anticipées en psychiatrie ou plan de prévention des crises.

**RECOMMANDATION 30 ..... 68**

Le temps médical dévolu aux soins somatiques doit permettre l'exercice de toutes les missions relevant de cette spécialité ; le médecin doit examiner tous les patients admis, ceux isolés ou contentonnés et participer aux réunions cliniques, y compris celles préparant la sortie.

**RECOMMANDATION 31 ..... 70**

Les décisions plaçant un patient en programme de soins doivent, comme toute mesure restreignant les libertés, être limitées dans le temps.

**RECOMMANDATION 32 ..... 70**

Les patients en SSC doivent pouvoir bénéficier d'une offre sociale et médico-sociale leur permettant de poursuivre les soins en ambulatoire dès que leur état le permet.

Les structures d'accueil existantes, notamment les familles d'accueil, doivent être formées, agréées et contrôlées.

**RECOMMANDATION 33 ..... 72**

Un mineur ne doit pas être hospitalisé dans une unité pour adultes.

**RECOMMANDATION 34 ..... 73**

L'unité d'hospitalisation pour mineurs doit comporter un espace d'apaisement, alternatif à l'isolement qui doit rester exceptionnel.

## 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 ..... 24**

Tous les professionnels exerçant dans les unités de psychiatrie doivent être dotés d'un système d'alarme individuel.

**RECO PRISE EN COMPTE 2 ..... 26**

Le comité d'éthique doit alimenter les réflexions en cours au sein du service de psychiatrie, notamment sur les questions relatives à l'isolement, à la contention, ou encore aux droits et libertés des patients en psychiatrie.

**RECO PRISE EN COMPTE 3 ..... 32**

Des supports écrits (livrets, affichage) relatifs aux informations sur l'hospitalisation et aux droits généraux des patients doivent être mis à la disposition de ceux-ci. Ces informations doivent être actualisées et compréhensibles, y compris pour les personnes ne maîtrisant pas la langue française.

**RECO PRISE EN COMPTE 4 ..... 33**

Une information sur les droits spécifiques des patients en soins sans consentement et les voies de recours dont ils disposent doit leur être délivrée.

**RECO PRISE EN COMPTE 5 ..... 33**

Les certificats médicaux étayant les décisions de soins sans consentement à la demande du directeur doivent être remis aux patients lors de la notification. A tout le moins, les termes de ces certificats motivant la décision doivent être repris dans celle-ci.

**RECO PRISE EN COMPTE 6 ..... 34**

Le médecin doit recueillir formellement les observations du patient lors de l'établissement du certificat médical motivant la décision d'admission en soins sans consentement.

**RECO PRISE EN COMPTE 7 ..... 48**

Sauf contre-indication médicale, un accès à l'information (presse, Internet) doit être rendu possible.

**RECO PRISE EN COMPTE 8 ..... 56**

Les indications de placement en chambre d'isolement doivent respecter les prescriptions légales et les recommandations de la haute autorité de santé.

**RECO PRISE EN COMPTE 9 ..... 67**

La mise en œuvre de prescription d'injection « si besoin », sans la recherche du consentement par le médecin, doit être prohibée.

**RECO PRISE EN COMPTE 10 ..... 71**

Le collège des professionnels de santé doit se réunir en vertu de l'article L 3212-7 du code de la santé publique.

**RECO PRISE EN COMPTE 11 ..... 74**

Les droits fondamentaux des personnes détenues doivent être maintenus durant leur hospitalisation, notamment ceux relatifs aux visites, au téléphone et à la correspondance.



## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>2</b>
<b>SYNTHESE DES OBSERVATIONS</b> .....	<b>4</b>
<b>RAPPORT</b> .....	<b>11</b>
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE</b> .....	<b>11</b>
<b>2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE</b> .....	<b>13</b>
<b>3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	<b>16</b>
3.1 Le département de psychiatrie du CHPF est en pleine mutation .....	16
3.2 Le budget du département de psychiatrie est insuffisant pour l'exercice de ses missions .....	19
3.3 L'effectif médical est à flux tendu .....	20
3.4 Les fiches d'événements indésirables ne sont pas appréhendées comme un outil d'amélioration de la prise en charge .....	23
3.5 Le comité d'éthique ne s'empare pas des questions relatives à la psychiatrie et n'en a pas été saisi .....	25
<b>4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT</b> .....	<b>27</b>
4.1 Aux urgences, une équipe de psychiatrie de liaison intervient mais ne valide pas les contentions .....	27
4.2 Les données d'activité reposent sur un nombre de lits erroné .....	30
4.3 L'information des patients sur leurs droits comme sur leur vie quotidienne est très insuffisante .....	31
<b>5. LES CONDITIONS DE VIE</b> .....	<b>36</b>
5.1 Les espaces de vie sont spacieux mais les chambres nécessitent de nombreux aménagements .....	36
5.2 La propreté des lieux et l'hygiène personnelles sont assurées .....	39
5.3 Les biens des patients sont gérés de manière satisfaisante et les tuteurs sont associés à la prise en charge .....	39
5.4 Les repas sont réchauffés et servis en barquettes thermoscellées, ce qui est inadapté .....	40
<b>6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES</b> .....	<b>43</b>
6.1 Les restrictions à la liberté d'aller et venir sont attentatoires aux droits fondamentaux et disproportionnées .....	43
6.2 Les restrictions dans la vie quotidienne ne sont pas individualisées ni liées à la clinique du patient .....	45
6.3 Les communications avec les proches sont limitées et s'exercent dans des conditions non respectueuses de l'intimité .....	47
6.4 Les patients ne reçoivent pas d'information sur le droit de vote .....	49
6.5 Les représentants des cultes ne sont pas autorisés à accéder aux unités .....	50

6.6	La question de la vie sexuelle des patients n'est pas éludée mais davantage perçue comme un risque que comme une liberté .....	51
<b>7.</b>	<b>L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT .....</b>	<b>52</b>
7.1	Les chambres d'isolement, trop nombreuses, sont indignes.....	52
7.2	Les pratiques d'isolement et contention ne sont ni analysées ni respectueuses des recommandations nationales et européennes.....	54
7.3	Le registre de l'isolement et de la contention est inexploitable.....	57
<b>8.</b>	<b>LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....</b>	<b>59</b>
8.1	La commission des soins psychiatriques n'est pas constituée.....	59
8.2	Le registre de la loi est bien tenu et lisible.....	59
8.3	Le contrôle du JLD, efficient sur les décisions d'hospitalisation, n'est pas effectif sur les mesures d'isolement et de contention .....	60
<b>9.</b>	<b>LES SOINS.....</b>	<b>63</b>
9.1	Les soins psychiatriques sont assurés mais n'intègrent pas suffisamment les activités.....	63
9.2	Le consentement aux soins du patient n'est pas suffisamment recherché.....	66
9.3	Les soins somatiques ne sont que partiellement assurés .....	67
9.4	Les programmes de soins sont utilisés mais sans précision de leurs durées et le collège des professionnels de santé n'est pas mis en œuvre .....	69
<b>10.</b>	<b>LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....</b>	<b>72</b>
10.1	Des mineurs sont hospitalisés dans des unités pour adultes .....	72
10.2	Les droits des patients détenus sont restreints durant leur hospitalisation .....	73
<b>11.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>75</b>

---

# Rapport

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

### Contrôleurs :

- Candice Daghestani, cheffe de mission ;
- Luc Chouchkaieff ;
- Matthieu Clouzeau ;
- François Koch.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une deuxième visite du département de psychiatrie du centre hospitalier de Polynésie française (CHPF) à Pirae du 25 au 29 avril 2022. La première visite avait eu lieu du 10 au 14 décembre 2012<sup>1</sup>.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 25 avril à 9h. Ils l'ont quitté le 29 avril à 11h30. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la directrice générale et au haut-commissaire de la Polynésie par le secrétaire général du CGLPL. La présidente du tribunal de première instance (TPI) de Papeete a été informée de cette visite par courriel en date du 24 avril 2022.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis dans la partie administrative du CHPF par la directrice générale et son adjoint, le directeur de l'administration générale et des sécurités, la directrice qualité et gestion des risques. Puis une réunion de présentation s'est tenue au département de psychiatrie en présence des mêmes personnes et en sus du médecin chef du département de psychiatrie, du cadre supérieur de santé, du médecin généraliste, de la cadre de santé des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), des deux cadres de santé des unités, de soignants, du directeur de la coordination et de l'offre de soins

Une salle de travail et un équipement en informatique regroupant l'ensemble des documents demandés ont été mis à disposition des contrôleurs. Des affichettes signalant la visite avaient été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel et des intervenants exerçant sur le site. Les contrôleurs ont notamment rencontré le président de la commission médicale d'établissement (CME), la présidente du comité d'éthique, le médecin chef responsable du département de pédiatrie, la directrice des ressources humaines, la directrice des affaires financières, le directeur de la coordination et de l'offre de soins, la directrice du budget, de la comptabilité et des finances, la cadre de santé du service médico-psychologique, le médecin psychiatre de l'annexe de Taravao. Un entretien téléphonique a été organisé avec le directeur de cabinet du haut-commissariat. Deux contrôleurs ont rencontré le ministre de la Santé de Polynésie française.

---

<sup>1</sup> CGLPL, Rapport de visite du département de psychiatrie du Centre hospitalier du Taaone (Tahiti), déc. 2012.

Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD) qu'ils ont rencontré à l'issue.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 29 avril, en présence des personnes qui avaient participé à la réunion de présentation et du président de la CME.

Un rapport provisoire a été adressé le 16 septembre 2022 à la directrice générale du CHPF, au ministre de la Santé de Polynésie française, à la direction des solidarités, de la famille et de l'égalité, au Haut-Commissaire de la République, et le 21 septembre, à la présidente et au procureur de la République près le tribunal de première instance de Papeete. Seule la direction de l'établissement a émis des observations et produit des éléments de preuve, reçus le 4 novembre 2022 par courriel ; observations particulièrement étayées qui sont intégrées dans le présent rapport. De nombreuses recommandations sont d'ores et déjà prises en compte, d'autres sont en cours et certaines le seront dans le cadre du pôle de santé mentale.

## 2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE

À l'issue de la visite du 10 au 14 décembre 2012, le CGLPL a formulé les observations suivantes :

Observations du CGLPL en 2012	Situation actuelle
La population de l'ensemble de la Polynésie française représente, en métropole, l'équivalent de quatre secteurs de psychiatrie. Le nombre de lits d'hospitalisation à temps plein offerts par le département de psychiatrie du CHPF est largement en-dessous des besoins de quatre secteurs, ce qui a notamment pour effet la présence permanente d'un grand nombre de matelas supplémentaires disposés directement sur le sol. Il faudrait multiplier le nombre de lits d'hospitalisation au moins par deux.	Partiellement prise en compte.
Les informations données au patient admis en soins psychiatriques sans son consentement se résument à des explications orales, à la remise d'un livret d'accueil obsolète et, ultérieurement et le cas échéant, à la notification de l'audience du juge des libertés et de la détention ; les décisions de placement (du haut-commissaire ou du directeur de l'établissement) ne sont pas notifiées au patient et, par suite, ne le sont pas les voies et délais de recours qui doivent figurer sur ces décisions. Le respect des droits du patient exige qu'il soit informé par écrit, clairement et complètement de sa situation.	Partiellement prise en compte.
L'examen du patient par un médecin somaticien dans les 24h de son admission est présumé effectué en raison de l'organisation matérielle des procédures d'admission. Ce raisonnement par présomption ne garantit pas la qualité de la prise en charge de même que l'évaluation de l'état clinique psychiatrique par téléphone. L'organisation systématique de l'examen du patient par un psychiatre dans le service des urgences avant son admission et par un somaticien dans les unités dans les 24 heures suivant celle doit être organisée et vérifiée.	Prise en compte.
Si le fichier Excel qui constitue le « livre de loi » n'est utilisable qu'en mode « lecture seule » pour certains utilisateurs, il est, par nature, modifiable ad libitum par ceux qui sont chargés de sa tenue. Ainsi, une ligne peut être supprimée ou modifiée sans que ces opérations ne laissent aucune trace. Ces modalités de tenue du livre de la loi ne garantissent pas la traçabilité des procédures et doivent être proscrites. De plus, ce livre est très médiocrement tenu, de nombreuses mentions y font défaut. Par ailleurs, les certificats sur le fondement	Prise en compte.

desquels ont été admis des patients en procédure d'urgence ou de péril imminent n'apportent pas les précisions justifiant le recours à ces procédures, lesquelles sont pourtant très fréquemment mises en œuvre. Ni le livre de la loi, ni les documents annexes ne permettent de vérifier la régularité des procédures dont les patients font l'objet.	
L'organisation des audiences du juge des libertés et de la détention dans les locaux du département de psychiatrie et leurs conditions de tenue, notamment avec la possibilité d'audition du médecin et de la famille, est une bonne pratique.	Bonne pratique maintenue.
L'information sur le rôle de la « personne de confiance » et la possibilité de sa désignation par le patient lors de son admission ou ultérieurement doivent être mises en œuvre pour garantir l'exercice de ses droits par la personne hospitalisée.	Partiellement prise en compte.
Les règles de température concernant la conservation des denrées en cuisine ne sont pas respectées.	Prise en compte.
Il conviendrait d'afficher à l'entrée la liste des objets que les visiteurs ne sont pas autorisés à conserver dans l'enceinte de l'hôpital.	Situation inchangée.
Le personnel soignant de toutes les unités devrait pouvoir disposer d'appareils d'alerte portables.	Partiellement prise en compte.
Le nombre de patients de l'unité Tokani qui étaient autorisés à téléphoner au moment de la visite des contrôleurs a paru extrêmement faible.	Partiellement prise en compte.
L'équipe d'ergothérapie propose manifestement des activités très variées ; cependant, leur fréquence relativement faible entraîne une oisiveté regrettable des patients.	Situation inchangée.
Il est regrettable que le secteur fermé de l'unité Tokani ne dispose pas d'une salle de bain avec baignoire.	Situation inchangée.
Il conviendrait de remettre en état la commande des stores des chambres des unités Tokani et Apape ainsi que le système de climatisation de cette dernière unité.	Partiellement prise en compte.
Le secteur de surveillance intensive de l'unité Tokani offre des conditions de vie indignes. Les « chambres sécurisées », également appelées « chambres aménagées et sécurisées » ou « chambres d'apaisement », sont des pièces totalement vides de meuble à part un lit scellé ; elles s'apparentent aux « chambres de soins intensifs »	Situation inchangée.

<p>que l'on trouve dans les anciens hôpitaux psychiatriques. Aux côtés de ces chambres, trois locaux, logiquement appelés « cellules », servent de chambres d'isolement ; ces pièces aveugles, sont moins confortables que les cellules disciplinaires des prisons. La climatisation ne fonctionne pas ; par temps de pluie, l'eau remonte du sol ; les commandes d'éclairage ne sont accessibles que de l'extérieur des chambres. Les personnes qui sont enfermées dans ce secteur n'ont rien d'autre à faire toute la journée que déambuler dans le couloir et regarder la télévision.</p>	
<p>Dans les unités, aucune pièce de travail ou de détente n'est prévue à l'usage exclusif des soignants ; ceux-ci, qui ne peuvent utiliser le bureau infirmier pendant les entretiens, ne disposent d'aucun lieu pour s'isoler des patients. Ces conditions de travail, dont le caractère stressant est avivé par un service en douze heures, pèsent nécessairement sur la qualité de la prise en charge des patients.</p>	<p>Situation inchangée.</p>
<p>La souplesse dans l'organisation et les horaires des visites est favorable au bien-être des patients. La disponibilité du personnel à cet égard est à relever. Si l'usage du téléphone du service laissé aux patients est relativement souple, l'interdiction de conserver un téléphone cellulaire personnel n'est pas justifiée dans son caractère systématique et général et, en tant que telle, constitue une atteinte au droit de communiquer avec l'extérieur et à la confidentialité des communications.</p>	<p>Situation inchangée.</p>

### 3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

#### 3.1 LE DEPARTEMENT DE PSYCHIATRIE DU CHPF EST EN PLEINE MUTATION

À titre liminaire, la Polynésie française est régie par la loi organique 2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française. L'article 14 de la loi organique définit les treize compétences dévolues à l'Etat (missions régaliennes). La santé n'étant pas inscrite dans les compétences de l'Etat, celle-ci est donc dévolue au pays. Hormis les lois qui le précisent, les lois de santé ne s'appliquent pas en Polynésie française – notamment l'obligation de certification par la Haute autorité de santé (HAS). Par ailleurs, les dispositions du code de la santé publique ne sont pas toutes applicables et peuvent faire l'objet d'aménagements. Les textes normatifs ne sont pas toujours consolidés ce qui peut entraîner une insécurité juridique. Le directeur général du CHPF est nommé par le conseil des ministres. Les instances obligatoires sont un conseil d'administration, une commission médicale d'établissement, un comité technique paritaire, une commission paritaire consultative.

##### 3.1.1 Présentation générale

Les soins psychiatriques pour l'ensemble de la Polynésie française sont assurés par le département de psychiatrie du CHPF. Ce dernier, doté d'un projet d'établissement 2017-2022, est le seul centre hospitalier de Polynésie française, composé de sept départements (huit disciplines)<sup>2</sup>. Au moment du contrôle, il est engagé dans de nombreux projets dont celui de la modernisation de ses systèmes d'information et du développement de la télémédecine<sup>3</sup>. Il est engagé dans un programme de performance pour l'hôpital et actions de retour à l'équilibre – PARE, 2021-2023

Le département de psychiatrie a le quasi-monopole des soins spécialisés ; moins d'une quinzaine de médecins psychiatres exercent en libéral. Au moment du contrôle, il se trouve en pleine mutation, reprenant les projets amorcés avant la crise sanitaire et avait engagé le tournant de l'ambulatoire. La nouvelle dynamique est marquée depuis l'arrivée d'un nouveau chef du département début 2020. Ce dernier fait partie de la CME et participe aux collèges médicaux.

Une fluidité des échanges est constatée entre la direction et le département de psychiatrie, qui est intégré au CH. La direction soutient et porte les projets de ce département, contrairement aux constats dressés en 2012.

Par ailleurs, le binôme médecin chef et cadre supérieur de santé (CSS) porte une nouvelle dynamique de cohésion des équipes notamment par une meilleure communication, la formalisation des évaluations, la valorisation du travail effectué, la mise en place des évaluations des pratiques professionnelles (EPP). Le directeur des soins soutient cette dynamique notamment par l'organisation de réunions mensuelles des cadres de proximité et des CSS des sept départements afin de faciliter la communication et d'assurer un suivi des projets.

---

<sup>2</sup> Disciplines : urgences, médecine, chirurgie, psychiatrie, réanimation-enfants, néonatalogie-pédiatrie, obstétrique, réa-anesthésie adulte, 423 lits en MCO (médecin, chirurgie et obstétrique), environ 6000 agents tous corps confondus.

<sup>3</sup> En lien avec le centre hospitalier universitaire de Bordeaux dont une délégation se déplace au CHPF en septembre 2022 (élément du projet d'établissement).



### 3.1.2 Les unités d'hospitalisation

Le département de psychiatrie est composé pour l'intra hospitalier de quatre unités d'hospitalisation complète (HC). Elles comptent au total cinquante-sept lits d'hospitalisation et douze chambres d'isolement (CI) dont trois « cellules ». Néanmoins, dans les documents communiqués et sur le site internet du CHPF, les CI sont comptabilisées comme des chambres d'hospitalisation.

L'unité fermée Tokani, située au rez-de-chaussée du bâtiment, est composée d'une partie dite « unité fermée standard », de 20 lits et 2 chambres d'isolement (CI), et une partie dite « unité de surveillance intensive » (USI), comportant 5 CI et 3 « cellules », considérées comme indignes lors du premier contrôle et toujours utilisées. Elle a vocation à prendre en charge des patients masculins hospitalisés sous contrainte soit en sur décision du directeur de l'établissement (SDDE), soit en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) présentant des troubles du comportement avec risque d'auto ou hétéro-agressivité et pouvant constituer un risque de troubles de l'ordre public.

Les unités Manini (fermée), Kaveka et Apape (semi ouvertes)<sup>4</sup>, situées au 1<sup>er</sup> étage du bâtiment, composées de 37 lits et de 2 CI sont localisées à Manini. Lors du premier contrôle, l'unité fermée Manini n'accueillait que des femmes en SDDE ou en SDRE ; à la faveur de la crise sanitaire, le médecin chef du département a réintroduit la mixité dans l'ensemble des unités. L'unité Kaveka reçoit des patients en hospitalisation libre ou en SDT (avec des pathologies psychiatriques ne nécessitant pas de surveillance renforcée). Apape a vocation à recevoir des patients nécessitant une surveillance accrue (suicidants) ou vulnérables.

Les unités ont un projet de service.

Le département ne dispose pas d'unité d'hospitalisation en gérontopsychiatrie, ce qui pourrait engendrer des difficultés dans les années à venir selon les professionnels rencontrés au regard des besoins qui apparaissent en raison de l'évolution de la société.

### 3.1.3 Les dispositifs de soins ambulatoires

Partant du constat que le taux de ré-hospitalisation était de 90 % et que la suroccupation était une problématique récurrente, le département de psychiatrie a développé, dix-huit mois avant le contrôle, trois équipes mobiles (EM) d'intervention, de réhabilitation et de dépistage précoce, rattachées à son service médico-psychologique<sup>5</sup> (SMP).

Dès l'année 2019, l'offre de soins a été étoffée d'abord par la création de l'équipe mobile d'intervention (EMI), dispositif de soin « intensif » en alternative à l'hospitalisation (cf. § 4.1), de prise en charge à domicile ou tout autre lieu accessible aux visites et par la création de l'équipe de liaison, interface de soin privilégiée avec les différents services du MCO. Puis en 2020, l'équipe mobile de réhabilitation (EMR) a été créée, laquelle après un repérage des besoins, propose des activités de psycho-éducation et d'éducation thérapeutique. Elle dispense des formations auprès des collectivités territoriales, de la police municipale et des pompiers pour les sensibiliser au repérage des troubles psychiques. De plus, une équipe d'évaluation et de suivi des psychoses émergentes (ESPER) s'adresse à un public âgé de 16 à 35 ans.

<sup>4</sup> Lorsque des points communs apparaissent au sein de ces trois unités l'acronyme MKA est utilisé dans le rapport.

<sup>5</sup> Le service médico-psychologique coordonne les unités CMP, VAD (hors secteur Est), Ergothérapie (ERGO), de liaison et les équipes mobiles.

Ces EM sont composées de manière pluridisciplinaire mais les effectifs ne sont pas stabilisés, au moment du contrôle. De plus, elles ne sont pas pourvues de véhicules en nombre suffisant pour assumer leurs missions – deux matinées par semaine un seul véhicule est disponible.

Elles ont pour objectif de prévenir l'hospitalisation et de favoriser la prise en charge des patients à l'extérieur de l'hôpital faute de structures ambulatoires suffisantes et d'accompagner les projets de sortie, en complément de l'équipe de visite à domicile (VAD) – presqu'île, Nord et Sud – déjà existante en 2012. Il est d'ailleurs constaté une diminution du taux d'occupation des unités d'hospitalisation depuis leur mise en place, couplée d'une augmentation de l'activité de ces dispositifs entre 2020 et 2021<sup>6</sup>.

En 2021, une réorganisation interne et un redéploiement des ressources humaines, à moyens constants, ont permis la mise en place pérenne de l'antenne médico psychologique à la presqu'île (API – qui couvre la population de Papenoo à Papeari, environ 50 000 habitants). Ses locaux sont situés à côté de l'hôpital local, facilitant l'accès aux soins pour une partie de la population. Les consultations sont organisées du lundi au vendredi de 7h30 à 15h30<sup>7</sup>. Ce développement a permis de compléter le dispositif existant et d'initier le virage ambulatoire préconisé par le schéma d'organisation sanitaire.

Enfin, une réflexion est en cours pour dynamiser les missions inter-îles qui sont très insuffisantes pour couvrir les besoins d'un territoire grand comme l'Europe mais avec une faible densité de population.

Le virage ambulatoire déjà amorcé est accentué par le plan de santé mentale 2019-2023 (PSM), qui est l'occasion d'un projet médico-soignant ambitieux en vue d'améliorer les conditions de prise en charge des patients.

#### 3.1.4 Les projets

Les projets d'évolution du département de psychiatrie ont été présentés à la CME du 9 mars 2021.

Dans le cadre du PSM, un projet de restructuration complète des unités d'HC est en réflexion. Un organisme, le CREDES, est venu en appui de l'élaboration du PSM.

Lors du contrôle, un nouveau bâtiment situé sur l'emprise du CHPF est en construction, financé par le ministère de la santé. Il doit abriter le pôle de santé mentale composé d'une nouvelle unité d'hospitalisation de 18 lits et 2 CI, une unité d'addictologie avec 8 lits, une unité d'HC pour mineurs de 6 lits et 2 CI, des centres d'aide thérapeutique à temps partiel (CATTP) (adultes, enfants et adolescents) et trois hôpitaux de jour (HJ) pour les trois mêmes publics, soit au total 38 lits et 110 places (cf. § 5.1.3 pour les locaux). Néanmoins, le projet médical n'a pas été pensé avant la construction des murs. De plus, la gouvernance n'est pas déterminée au moment du contrôle alors que la livraison du bâtiment est prévue pour le mois de juillet 2023. Le ministre de la Santé a sollicité la direction générale qui, au mois d'avril 2022, a présenté une évaluation du projet médical et un projet organisationnel sans avoir la certitude d'avoir la gouvernance de ce pôle de santé mentale.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale informe le CGLPL de ce que le ministre de la Santé a opté en faveur de « la création d'un établissement distinct du CHPF »

<sup>6</sup> Rapport d'activité 2021 du SMP.

<sup>7</sup> Avant la création du CMP, les consultations étaient organisées tous les quinze jours au sein de l'hôpital local.

*regroupant l'ensemble des services de psychiatrie et assimilés polynésiens. Le calendrier proposé s'étend au-delà de la mise en service du « Pôle de santé mentale » aujourd'hui envisagée en 2024, le transfert de l'activité de psychiatrie adulte lui étant postérieur. Si cette décision implique d'importants défis administratifs, pour le financement et la gestion quotidienne du futur établissement, et fonctionnels pour ce qui concerne l'exploitation des bâtiments, elle devrait permettre de déployer à terme l'essentiel des projets d'amélioration des prises en charge portés par le Plan de santé mentale en cours de finalisation ».*

S'agissant des recommandations du CGLPL, le projet tel que défini retarde de fait la possibilité de mettre en œuvre certaines opérations, notamment les gros travaux, ou axes d'améliorations. Néanmoins, la directrice générale précise que les réponses formulées aux recommandations resteront inchangées.

### 3.1.5 Les contrôles

Une précédente direction générale avait volontairement sollicité la HAS en 2012, dont le rapport en 2013 émet notamment des réserves sur la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance.

A la fin de l'année 2021, sous l'impulsion de la direction, les observations émises par le CGLPL en 2012 ont été reprises dans un document établi par le cadre supérieur de santé aux fins de suivi.

Le ministre de la Santé a saisi, en octobre 2019, l'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) afin qu'une inspection du service de psychiatrie soit réalisée et qu'une évaluation soit menée sur l'organisation et le fonctionnement du service, les conditions et les moyens de prise en charge des malades, la conformité des pratiques en matière de décision des sorties, les conditions de fonctionnement interservices entre psychiatrie adulte et pédopsychiatrie. Un premier rapport du 12 décembre 2019 a mis en lumière des dysfonctionnements dans l'organisation du service et des événements pouvant relever de poursuites pénales<sup>8</sup>. Un signalement a été adressé au procureur de la République de Papeete par le ministre et par la DG. Depuis, un accompagnement à la réorganisation du département et le suivi des mesures à mettre en place est piloté par la DG. Notamment, une lettre de mission en février 2020 a été adressée à l'ingénieur qualité prévention des risques pour l'accompagnement du département de psychiatrie. De plus, la direction juridique et des droits des patients (DJP) est mobilisée pour la production de notes juridiques pour accompagner les réformes et pour intervenir au département si besoin.

Ainsi, depuis 2021 de nombreux groupes de travail assurent le suivi des axes d'amélioration résultant des différents contrôles, ainsi que la préparation à l'ouverture du pôle de santé mentale.

## 3.2 LE BUDGET DU DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE EST INSUFFISANT POUR L'EXERCICE DE SES MISSIONS

Le CHPF est un établissement public administratif. La gestion de la psychiatrie adulte a été intégrée au CHPF en 2007 et celle de la pédopsychiatrie en 2012. Ces spécialités sont financées sur budget annexe.

---

<sup>8</sup> Faits de violences sur personnes, faits d'agressions sexuelles, faits de manquement aux obligations de prudence ou de sécurité imposées par la loi ou le règlement.

Les financements de l'établissement proviennent majoritairement d'une dotation globale de financement (DGF), auxquels s'ajoutent des contrats d'objectifs et de moyens (COM) et une facturation des actes externes et des journées d'hospitalisation. Un reste à charge du ticket modérateur (à hauteur de 30 %) sur les actes externes est facturé aux patients salariés et actifs non-salariés. Concernant les non polynésiens, les personnes couvertes par l'assurance-maladie française sont remboursées à l'acte par celle-ci ; pour les étrangers, les patients sont facturés directement.

En termes de recettes, la DGF a été stagnante jusqu'en 2018. Depuis 2018, la caisse de prévoyance sociale (CPS) a augmenté les dotations destinées à la psychiatrie de 327 millions de XPF (passant à 1 158 000 000 en 2021), permettant le financement d'activités nouvelles comme les équipes mobiles d'intervention, l'équipe d'évaluation et de suivi des psychoses émergentes (ESPER), le renforcement de la visite à domicile (VAD).

En termes de charges, les charges indirectes, comme les services administratifs et informatiques par exemple, ne sont pas proratisées pour la psychiatrie vis-à-vis des charges générales de l'hôpital, ce qui les minorent. Néanmoins, les charges sont supérieures aux recettes et le budget de la psychiatrie est en déficit de 20 millions en 2016, 77 en 2017, 60 en 2020. Cette absence de perspectives budgétaires stabilisées empêche tout travail de restructuration et modernisation des prises en charge sur le long terme, à travers l'élaboration d'un projet médico soignant pertinent. La part de charges de personnel représente plus de 80 %.

Ce déficit vient par ailleurs s'ajouter à l'actuelle incertitude liée au mode de fonctionnement du pôle de santé mentale en cours de construction. Si l'aspect bâtementaire et architectural est actuellement totalement pris en charge par le pays, son fonctionnement et son financement ne sont pas encore actés ni formalisés.

### 3.3 L'EFFECTIF MEDICAL EST A FLUX TENDU

#### 3.3.1 Le contexte RH général

À l'arrivée de la directrice des ressources humaines (DRH) en 2018, plus de 75 % du personnel du CHPF se trouvait en contrat à durée déterminée (CDD) du fait de l'absence d'organisation de concours par les pouvoirs publics. Le *turn over* est donc important (38 %). De plus, plusieurs statuts<sup>9</sup> cohabitent avec des droits différents créant ainsi des tensions. L'établissement n'a pas d'autonomie de gestion dans ses recrutements. Un conflit social a éclaté à la fin de l'année 2019. Le CHPF a sollicité les pouvoirs publics, le 5 mai 2020, par anticipation des fins de contrats, afin de proposer qu'une loi pérennise certains contrats, en vain. Les plans triennaux de formation mis en place à compter de l'année 2016 mais suspendus pendant la crise sanitaire permettent en 2022 l'organisation de concours de catégorie C et la reprise de la tenue de commission administrative paritaire CAP (aucune depuis 2014).

---

<sup>9</sup> Notamment 17 infirmiers sont diplômés d'Etat, 180 personnels relèvent d'un ancien statut de la fonction publique, d'autres agents sont non-fonctionnaires, d'autres sont contractuels de droit public, il y a également des fonctionnaires territoriaux de PF.

### 3.3.2 Les effectifs du département de psychiatrie

#### Effectifs généraux

	2020		2021		2022	
	Postes Budg.	Postes VACANTS	Postes Budg.	Postes VACANTS	Postes Budg.	Postes VACANTS
PM	20	1	22	3	22	3 dont 2 à l'intra
PNM	110	2	122	5	123	6
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>3</b>	<b>144</b>	<b>8</b>	<b>145</b>	<b>9</b>

#### a) Le personnel non médical (PNM)

Le département de psychiatrie connaît peu de postes vacants de soignants, qui sont essentiellement localisés à l'extra-hospitalier.

À l'unité Tokani, l'équipe est composée d'1 cadre de santé (CS), de 7 agents des services hospitaliers (ASH), de 11 auxiliaires de soins (AS), de 24 infirmiers (IDE) dont 1 poste vacant, de 2 psychologues cliniciens et le poste de secrétaire médicale est non pourvu.

À MKA, les soignants peuvent être affectés indifféremment dans l'une ou l'autre unité du 1<sup>er</sup> étage du bâtiment. L'équipe est composée d'1 cadre de santé, de 10 auxiliaires de soins, de 23 infirmiers dont 1 poste vacant, et d'1 psychologue clinicien. Le nombre d'ASH n'a pas été communiqué.

Selon l'étude des plannings, l'unité Tokani dispose en moyenne de 5 IDE et 2 AS en journée et 3 IDE et 1 AS la nuit. À MKA, sont recensés 2 IDE et 1 AS en journée pour chaque unité, en moyenne entre 7 et 9 soignants pour l'étage, et la nuit 1 IDE et 1 AS pour les trois unités.

Les rythmes de travail sont en 8 heures et en 12 heures : 6h-18h, 18h-6h, 7h30-15h30 et 7h15-15h15.

Les ergothérapeutes interviennent à l'intra et à l'extra-hospitalier (cf. § 9.1.3).

Par ailleurs, l'unique équivalent temps plein (ETP) d'assistante de service social (ASS) pour l'intra et l'extra-hospitalier est insuffisant pour s'investir dans les réunions des unités, pour la recherche d'hébergements dans le cadre des projets de sortie, pour organiser sur tout le territoire les relais notamment pour les traitements par injections.

#### b) Le personnel médical (PM)

La DRH a repéré des difficultés dans le recrutement des praticiens hospitaliers (PH), en raison de l'éloignement géographique et d'un statut différent de celui de l'Hexagone (39h au lieu de 35h).

Le nombre de postes de personnel médical budgété a augmenté entre 2020 et 2021 passant de 20 ETP à 22 ETP (dont 3 postes vacants). À l'unité Tokani, l'équipe médicale est composée de trois postes de PH dont un est vacant, de deux internes et d'un assistant spécialisé. À MKA, l'équipe médicale est composée de cinq ETP de PH.

Dans un contexte dégradé au moment du contrôle – trois postes vacants de médecins psychiatres dont deux à l'intra –, l'unité Kaveka se trouve sans médecin référent depuis plusieurs mois. L'équipe manque donc d'étayage. Cette situation ne permet pas à l'équipe médicale embolisée

par les consultations et les réunions portant sur les projets de restructuration et de réorganisation du département, d'investir des temps d'échanges et de réflexion sur les pratiques professionnelles et les règles de vie dans l'unité. Cependant, ces difficultés devaient être résorbées pendant l'été 2022 avec le recrutement de trois nouveaux PH.

Un ETP de médecin généraliste intervient dans les unités d'hospitalisation complète (cf. § 9.3).

### 3.3.3 La formation, le tutorat et la supervision

Un livret d'accueil du personnel et un règlement intérieur (RI) sont remis à l'arrivée du nouvel agent.

Au département de psychiatrie, il n'y a pas de tutorat organisé de manière institutionnelle.

Des supervisions sont proposées essentiellement à l'unité Tokani, en fonction des incidents (cf. § 3.4.1), par le médecin chef et un débriefing est organisé lorsqu'il y a un passage à l'acte d'un patient.

Le pôle de formation dépendant de la DRH propose un programme de formation riche. Outre les formations obligatoires pour appréhender les outils de travail à l'arrivée d'un agent, des formations spécifiques sont proposées à chaque département. Pour la psychiatrie, la formation Omega<sup>10</sup> a été maintenue pendant la crise sanitaire ; des formations venant compléter la formation initiale sont proposées telles que la prise en charge des patients en milieu psychiatrique, les pathologies psychiatriques, la prise en charge des conduites addictives en milieu carcéral. Des diplômes universitaires sont proposés : Omega, équipe mobile, éducation thérapeutique, pédopsychiatrie, stabilisation émotionnelle, identité soignante en psychiatrie, EMDR<sup>11</sup>. Une formation sur l'isolement et la contention est programmée en mars et octobre 2022.

Néanmoins, il n'y a pas de formation sur les droits des patients en soins sans consentement (SSC) alors que la matière n'est pas toujours maîtrisée par les soignants rencontrés lors du contrôle.

#### RECOMMANDATION 1

Une formation aux droits des patients en soins sans consentement doit être mise en place.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale fait observer que « *chaque évolution législative en la matière donne lieu à une note d'information préparée par la Direction juridique, expliquée sur place et diffusée au sein du service.*

*Une réunion consécutive à la modification des dispositions relatives à la contention et à l'isolement s'est tenue le 15 juin 2021 en présence du procureur de la République et du juge des libertés et de la détention ».*

Le CGLPL prend acte de l'actualisation des données juridiques par des notes de la direction juridique, néanmoins, une formation relative aux droits des patients en soins sans consentement apparaît indispensable au regard du manque de maîtrise du sujet par les soignants. La recommandation est donc maintenue.

<sup>10</sup> Formation relative à la gestion et à la prévention des situations de violence.

<sup>11</sup> *Eye Movement Desensitization and Reprocessing.*

En Polynésie française, les PH n'ont pas d'obligation de participer à des EPP, néanmoins elles sont progressivement introduites depuis la visite de la HAS en 2013 et sous l'impulsion de la CME.

### 3.4 LES FICHES D'ÉVÉNEMENTS INDESIRABLES NE SONT PAS APPREHENDÉES COMME UN OUTIL D'AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE

#### 3.4.1 Les événements indésirables

##### a) Le traitement des événements indésirables

Le logiciel ENNOV de déclarations des événements indésirables (EI) est accessible à tous les agents quelle que soit leur fonction. Les déclarations peuvent être anonymes et le nom du patient n'apparaît pas. Tout nouvel arrivant est formé à son utilisation afin de sensibiliser les professionnels à une culture de la formalisation des EI. La direction de la qualité, de la maîtrise des risques et des processus, est engagée dans un travail de révision et de création de protocoles. De plus, elle intervient dans les services afin d'encourager l'encadrement à se saisir davantage des réponses apportées.

Les fiches d'événement indésirable (FEI) sont transmises au cadre supérieur de santé et au médecin chef de service. La cellule qualité qualifie la gravité de l'EI.

Les atteintes aux biens sont traitées par le responsable de la sûreté. Il est l'interlocuteur privilégié pour l'hôpital, au sein de la direction de l'administration générale et des sécurités, pour la gestion de ces événements en lien avec les intrusions qui sont nombreuses, le site du CHPF étant difficilement sécurisable.

Les atteintes aux personnes sont traitées en fonction de leur gravité selon la méthode d'analyse des causes profondes. Tout fait de violence doit faire l'objet d'une FEI. Le patient victime est accompagné dans le dépôt de plainte. D'ailleurs, la DJP dresse fréquemment des signalements sur le fondement de l'article 40 du code de procédure pénale<sup>12</sup> au procureur de la République de Papeete.

Les agents victimes sont accompagnés dans le dépôt de plainte avec un système de pré plainte en ligne et sont dirigés vers la médecine du travail (un médecin du travail, un urgentiste en reconversion et un psychologue du travail)

La méthode ALARM<sup>13</sup> est utilisée pour les événements indésirables graves (EIG). Les supports de déclaration pour les EIG font l'objet d'une révision notamment pour prendre en compte les facteurs institutionnels, par exemple les angles morts dans les unités.

---

<sup>12</sup> « Le procureur de la République reçoit les plaintes et les dénonciations et apprécie la suite à leur donner conformément aux dispositions de l'article 40-1.

Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs. »

<sup>13</sup> « Association of Litigation And Risk Management » ; à partir de l'identification de la ou des causes immédiates d'un événement, sont recherchés les causes racines, facteurs contributifs à la survenue de ces erreurs pour les corriger en installant des défenses ou barrières, afin de créer un environnement plus sûr. La grille d'analyse classe l'ensemble des causes racines en sept catégories permettant une exploration systématique du contexte de l'évènement, d'une sphère proche de l'acte de soin (Patient, Tâches à accomplir, Soignant), vers des couches organisationnelles de plus en plus éloignées (Equipe, Environnement de travail, Organisation et Management, Contexte institutionnel).

La direction de la qualité et de la gestion des risques et la DJP croisent leurs données de FEI et de réclamations. Les EIG sont transmis systématiquement à la DJP.

### *b) Les déclarations du département de psychiatrie*

Il n'y a pas de réflexion au sein des unités sur le sens et l'objectif des FEI. Elles ne sont pas appréhendées sous l'angle de l'amélioration de la prise en charge des patients mais davantage utilisées lorsqu'une situation se répète pour exprimer un mécontentement relatif aux conditions de travail. La qualité des déclarations d'EI s'est dégradée pendant la crise sanitaire en raison du délitement des contacts de proximité. 87 % des écrits sont exploitables, analysés et traités. Néanmoins, il est relevé par la direction de la qualité un contenu souvent parcellaire et des attentes peu lisibles. D'ailleurs, plusieurs soignants ont indiqué qu'ils utilisent les FEI pour exprimer une lassitude. Ils n'en perçoivent pas le sens concret et font état de l'absence de retour à leur déclaration ce qui rend la démarche abstraite.

Au cours des six mois précédant le contrôle (soit de novembre 2021 à avril 2022), 31<sup>14</sup> FEI ont été déclarées par le département de psychiatrie : 13 venant de l'unité Tokani, 10 de MKA, 4 de l'unité de pédopsychiatrie, 2 des EM, 1 des VAD et 1 des urgences. 17 sont relatives à des questions de sécurité (violence, agression physique ou verbale, hétéro-agressivité...). Les semaines qui ont précédé le contrôle, la cellule qualité a constaté une augmentation des faits de violences signalés par le département de psychiatrie ; une réunion a donc été organisée sur le sujet pour encourager les équipes à cesser de déclarer par vague mais en continu puisqu'il est souvent fait référence à des précédents non déclarés. D'ailleurs, un sentiment d'insécurité a été exprimé par plusieurs agents auprès des contrôleurs, surtout à l'unité Tokani, en lien avec l'architecture de l'unité et alors qu'ils ne sont pas dotés d'un dispositif d'alarme individuel.

#### RECO PRISE EN COMPTE 1

Tous les professionnels exerçant dans les unités de psychiatrie doivent être dotés d'un système d'alarme individuel.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale fait valoir que l'équipement de l'ensemble des personnels de psychiatrie de dispositifs de protection des travailleurs (PTI) est un projet piloté depuis le 11 avril 2022 par le directeur de l'administration générale et des sécurités, « (...) remis en responsabilité, lors du comité de direction de cette même date, du portage d'un dossier préexistant mais dont les délais d'avancement étaient jugés insuffisants ».

La directrice générale apporte les justificatifs de la définition des besoins des unités d'hospitalisation. De plus, le cahier des charges est en cours de finalisation pour un lancement de l'appel d'offres au dernier trimestre 2022 et la mise en œuvre opérationnelle est demandée au cours du premier semestre 2023, comme constaté dans les documents joints aux observations.

Au regard de ces éléments, la recommandation est considérée comme prise en compte.

<sup>14</sup> 47 FEI déclarées par les services de psychiatrie en 2021 sur un total de 624 FSEI pour l'ensemble du CHPF, soit 7,5% ; en 2020, 77 FEI déclarées par le département de psychiatrie sur 899, soit 8,5%.



### 3.4.2 Les plaintes et réclamations

La DJP reçoit l'ensemble des plaintes et réclamations soit par courrier soit par mail via une boîte structurelle. Elle recueille les observations du service concerné dans un délai de dix jours et répond par écrit à chaque réclamation.

Elle a transmis ces sept dernières années plus de cent signalements au procureur de la République de Papeete.

La commission des usagers (CDU) a été créée le 19 novembre 2018 ce qui est une évolution notable<sup>15</sup>, néanmoins, la seule association représentée est la Ligue contre le cancer. Les plaintes et réclamations y sont analysées mais peu concernent le département de psychiatrie qui ne fait pas partie des services du CHPF particulièrement impactés.

En 2020 sur 121 réclamations, 4 ont concerné le département de psychiatrie (2 pour le comportement d'un agent, 1 pour l'absence de soins dans les îles pendant la crise sanitaire et 1 pour atteinte au secret professionnel). En 2021, sur 153 réclamations, 10 ont concerné le département de psychiatrie (en lien avec la prise en charge de patients : agitations, tentative de suicide...)<sup>16</sup>. Depuis le début de l'année 2022, la DJP a reçu trois réclamations, deux patients (dont un détenu au CD Tatutu de Papeari) se plaignant de douleurs au dos non prises en charge, et une réclamation concerne le manque d'information délivrée aux patients et familles quant au déménagement d'un CMP.

Le CHPF s'est doté d'un règlement intérieur des usagers en février 2019.

Malgré ces améliorations, les représentants des usagers ne sont pas, au moment du contrôle, suffisamment associés aux instances du CHPF ; par exemple, il n'y a pas de représentant des usagers au conseil d'administration. Dans le cadre du PSM, il est prévu un renforcement de leur place au sein d'un comité social en charge de suivre les projets de l'établissement.

Au département de psychiatrie, des dépliants de l'association Taputea Ora Santé Mentale Polynésie, portant le sigle de Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam), sont mis à disposition dans la salle d'attente. Néanmoins, aucune initiative pour rencontrer ses représentants, les informer des projets n'est prise, quand bien même il ne s'agirait pas d'une association agréée (cf. § 8.1).

### 3.5 LE COMITE D'ETHIQUE NE S'EMPRE PAS DES QUESTIONS RELATIVES A LA PSYCHIATRIE ET N'EN A PAS ETE SAISI

Il existe depuis 2018 un comité d'éthique à l'échelle du CHPF, auquel participent des professionnels du service de psychiatrie (un IDE et le médecin somaticien). Bien que structuré et actif, avec une dizaine de réunions par an, ce comité, renouvelé en 2020, semble fonctionner en vase clos : il est très peu saisi par les agents – qui en connaissent pourtant l'existence – et ne diffuse pas de réflexions au sein des différents services. Il n'a jamais été amené à examiner des sujets relatifs à la psychiatrie et ne s'est pas intéressé aux questions relatives à l'isolement, à la contention, à la liberté d'aller et venir ou encore à la vie sexuelle des patients. Seule une question portant sur le refus d'une patiente de s'alimenter et de prendre ses traitements par voie injectable a été abordée.

<sup>15</sup> Les comptes-rendus des commissions des usagers des 11 décembre 2020 et du 18 novembre 2021 ont été communiqués aux contrôleurs.

<sup>16</sup> Données issues des rapports d'activité de la direction juridique et des droits des patients.

## RECO PRISE EN COMPTE 2

Le comité d'éthique doit alimenter les réflexions en cours au sein du service de psychiatrie, notamment sur les questions relatives à l'isolement, à la contention, ou encore aux droits et libertés des patients en psychiatrie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale indique que « *l'isolement et la contention restent des pratiques de derniers recours, devant faire l'objet d'un encadrement strict sur le plan médical assorti d'outils de suivi adéquats. Deux formations destinées aux personnels sont programmées en décembre 2023 (OMEGA et TRANSFAIRE) pour la réactualisation et la mise en œuvre de ces pratiques. La situation de certains patients qui, pour des raisons exceptionnelles, bénéficieraient de temps d'isolement anormalement longs, fera l'objet d'une saisine en comité d'éthique.*

*Par ailleurs, une systématisation de l'analyse des données d'isolement et contention sera conduite et soumise à réflexions des équipes sur une base trimestrielle, en présence de représentant du comité d'éthique ».*

Au regard de ces éléments et du contenu du compte-rendu du comité d'éthique du 25 octobre 2022 (joint aux observations), la recommandation est considérée comme prise en compte.

## 4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

### 4.1 AUX URGENCES, UNE EQUIPE DE PSYCHIATRIE DE LIAISON INTERVIENT MAIS NE VALIDE PAS LES CONTENTIONS

L'établissement ne dispose que de très peu de structures extra-hospitalières permettant de réduire le recours à l'hospitalisation puisqu'il n'y a qu'un CMP au sein du CH. D'autre part, les délais d'obtention d'un primo rendez-vous au sein de ce CMP avec un médecin sont de deux mois. Hors secteur de la Presqu'île, un médecin assure des consultations décentralisées dans le dispensaire de Punaauia une fois par semaine. Dans le cadre du réseau inter îles, des consultations médicales se tiennent dans les différents archipels de la Polynésie à des rythmes variables. Enfin et surtout, la particularité géographique de l'ensemble des îles amène une organisation via des dispensaires répartis sur le territoire.

Les patients en SSC ou subissant une phase de crise ou d'agitation sont amenés aux urgences générales du CHPF, parfois après un transit par un service de proximité pour les habitants des îles. L'EMI n'est pas une équipe mobile de crise ; elle permet de projeter un médecin et un IDE auprès des patients au domicile ou ailleurs pour évaluer une situation, assurer une offre de soin alternative à une hospitalisation, initier ou restaurer des soins psychiatriques et proposer un travail de liaison avec les partenaires du réseau socio sanitaire. Cette équipe peut suivre simultanément 24 à 26 patients, avec des fréquences de visites adaptées aux patients et décidées en réunion clinique.

#### 4.1.1 La prise en charge aux urgences générales

Le service d'accueil des urgences a assuré la prise en charge, toutes pathologies confondues, de 46 000 personnes en 2017 (adultes et enfants). Moins de 10 de ces passages ont concerné des patients relevant de soins de psychiatrie.

L'évaluation initiale est effectuée par l'infirmier d'orientation et d'accueil (IOA). Son bureau donne sur l'espace d'accueil du public. Le patient allongé est amené directement dans le service sans croiser le public. S'il est agité ou à risque de déstabilisation, il est placé dans un box individuel fermé dans lequel il est examiné par un urgentiste. Deux chariots prééquipés de moyens de contention sont positionnés dans un couloir des urgences.



*Entrée des urgences*



*Brancards prééquipés*

Si le patient relève d'une prise en charge de psychiatrie, le médecin et l'infirmier de l'équipe de psychiatrie de liaison sont appelés pour venir l'examiner. L'équipe de liaison comprend un

psychiatre référent et deux IDE (dont un mutualisé avec le CMP) qui n'exercent qu'en journée la semaine de 7h à 15h. Un médecin et un infirmier interviennent au sein des urgences et des services de MCO mais aussi par assistance téléphonique dans tous les dispensaires de Polynésie. La nuit, c'est le psychiatre de garde qui est appelé. 1 421 patients ont été suivis par cette équipe en 2021 dont 256 en suivi téléphonique. 1 584 entretiens se sont tenus auprès des patients des urgences sur un total de 2 559.

Si une hospitalisation est décidée, le psychiatre se met en rapport avec le service d'admission.

Le patient agité attend son transfert dans un box fermé des urgences, voire en cas de délai plus long, dans une des quatre chambres de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), dans laquelle le patient est placé sous moniteur de surveillance.

Une pièce est prévue pour devenir une chambre d'isolement attenante à un bureau de psychiatrie d'où pourrait se faire la surveillance. La pièce ne dispose pas de point d'eau mais des toilettes se trouvent à proximité dans le service.

En ce qui concerne le placement en SSC, celui-ci est, en réalité, souvent initié aux urgences après un transport par les sapeurs-pompiers.

Pour les besoins de deuxième certificat médical d'un médecin ne faisant pas partie de l'établissement, il n'y a actuellement aucun autre médecin pouvant se déplacer aux urgences. La procédure de soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU) est ainsi massivement utilisée (cf. § 4.2).

En revanche, la procédure en péril imminent est peu utilisée, les soignants recherchant activement un tiers.

L'installation de contentions pour des patients en SSC est décidée par le médecin des urgences qui l'inscrit dans le dossier médical du patient. Cette décision n'est cependant pas confirmée dans l'heure par un psychiatre. Aucun patient n'est en isolement ou contenu au moment du contrôle.

Il n'y a pas de protocole relatif aux contentions connu des soignants.

Il n'y a pas de registre de ces mesures et pas d'analyse de leur mise en œuvre.

## RECOMMANDATION 2

Un registre de l'isolement et de la contention pratiqués aux urgences doit être mis en place et une analyse de la pratique régulièrement faite par les soignants.

Toute mesure d'isolement et de contention décidée par un urgentiste pour un patient relevant de la psychiatrie doit être confirmée dans l'heure par un psychiatre.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale indique que « depuis le passage des contrôleurs CGLPL, un groupe de travail sur les pratiques d'isolement et de contentions en MCO a été porté par le CHPF. Notamment en suite d'une Fiche de signalement d'événement indésirable (FSEI) sur une pratique d'isolement en chambre en service de Cardiologie immédiatement consécutive à la visite de la mission du CGLPL. Des spécificités se dessinent pour les services qui semblent le plus concernés « Urgences », « Neurochirurgie » et « Neurologie ». Plusieurs réunions se sont tenues, de nouvelles procédures sont en cours de rédaction et des retours d'expérience sont systématiquement réalisés.

De plus, au regard « des recommandations spécifiques relatives au service des urgences, un groupe de travail dédié a été instauré pour porter le projet de mise en place de bonnes pratiques

*(surveillances systématiques), doublé d'un audit des pratiques avant de mettre en œuvre de mesures d'encadrement adaptées (évaluation du temps de prise en charge (PEC) et proposition de mise en adéquation des effectifs si nécessaire, communication, adaptation des outils si nécessaire, consolidation de la procédure, etc.). Ainsi, sur deux mois (du 10/10/2022 au 11/12/2022) – tous les soignants doivent ouvrir un dossier « Contentions » (prescription médicale, fiche de surveillance). A l'issue de cette période, le groupe de travail passera en revue la totalité des dossiers « patients contentonnés » pour procéder à un audit des dossiers (présence prescription, présence feuille de surveillance) pour analyse des pratiques et proposition d'actions d'amélioration ».*

Le CGLPL salue les travaux en cours qui ont pour finalité de répondre favorablement à la recommandation qui est considérée comme prise en compte.

Le transport du patient des urgences vers les services d'admission est réalisé par une ambulance du centre hospitalier avec une IDE des urgences.

Les soignants rapportent des difficultés dans l'hospitalisation des mineurs de 15 ans et à 18 ans, car aucune structure d'hospitalisation complète n'est adaptée pour eux. Il arrive donc souvent que ces mineurs restent des semaines dans les chambres de l'UHCD, suivis par les pédopsychiatres de liaison de jour, et par les psychiatres de garde le week-end et la nuit, en l'absence de pédopsychiatre de garde (cf. § 10.1).

Un membre de la famille (tuteur légal) reste généralement dans la chambre avec le jeune et les soignants lui apportent un matelas pour dormir.

### BONNE PRATIQUE 1

Lorsque des mineurs sont hospitalisés à l'UHCD, un des tuteurs légaux reste la nuit avec lui dans la chambre, un lit et un fauteuil lui étant réservés.



Box UHCD

#### 4.1.2 L'arrivée dans les services

L'arrivée des patients en psychiatrie peut être programmée directement dans les services via les médecins traitants ou les psychiatres mais les personnes sont généralement admises depuis les urgences.

À leur arrivée dans le service, les patients sont reçus en entretien par le psychiatre en présence d'un infirmier qui leur explique le fonctionnement de l'unité, et les installe dans leur chambre ; ils sont reçus par le psychiatre d'astreinte le week-end.

Des restrictions systématiques sont opérées en début d'hospitalisation comme le retrait du téléphone portable, jusqu'à ce que le psychiatre l'autorise, ce qui devra être corrigé (cf. § 6.2). Les certificats médicaux des vingt-quatre et soixante-douze heures sont rédigés après entretien médical formel et par deux médecins différents sauf exception en raison des postes vacants.

#### 4.2 LES DONNEES D'ACTIVITE REPOSENT SUR UN NOMBRE DE LITS ERRONE

Le département dispose de cinquante-sept lits d'hospitalisation et de douze chambres d'isolement (CI), dont trois cellules (cf. § 7.1). Néanmoins, dans les données d'activité, les CI sont comptabilisées comme des chambres d'hospitalisation – soit soixante-neuf lits.

Au moment du contrôle, soixante-cinq patients étaient hospitalisés dont trente-neuf en SSC (60 %) dont six se trouvaient en isolement et trois, bien que non isolés, occupaient des CI, utilisées comme chambre d'hospitalisation. La part des SSC en 2020 était de 24 % et de 47 % en 2021 sans qu'une explication n'ait pu être donnée aux contrôleurs sur cette évolution.

Les données communiquées par le CHPF font état d'un taux d'occupation inférieur à 100 %. Mais, calculées sur 69 lits en incluant les CI, ces données sont erronées. Le taux d'occupation réel, calculé sur la base de 57 lits, était ainsi de 114 % au moment du contrôle (65 patients pour 57 lits). Des lits d'appoints sont fréquemment utilisés pour juguler cette suroccupation.

#### RECOMMANDATION 3

Les chambres d'isolement ne doivent pas être comptabilisées et utilisées comme des chambres d'hospitalisation.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale expose que « l'unité MANINI a été le premier secteur à pouvoir bénéficier d'une rénovation des chambres de soin intensifs, finalisée en septembre 2022, et qui dès lors, ne sont plus utilisées comme des lits d'hospitalisation. Les unités APAPE et KAVEKA doivent bénéficier de travaux similaires dans les mois à venir.

La mise en conformité et d'adéquation de la capacité d'accueil de l'unité TOKANI, pour sa partie soins intensifs, est prévue. Compte-tenu de sa configuration et du tableau clinique des patients qui y sont hospitalisés, ces travaux ne pourront être effectués que sous réserve du déploiement d'une unité d'accueil et de suppléance au sein du Pôle de santé mentale durant la phase des travaux ». Ces observations sont étayées de photographies des rénovations réalisées, de bons de commande et d'un document présentant le projet de réhabilitation.

Le CGLPL salue la prise en compte en cours de la recommandation mais la maintient jusqu'à la réalisation complète des démarches engagées.

Les données communiquées indiquent une file active de patients hospitalisés à temps plein de 576 en 2020 et 567 en 2021. La durée moyenne de séjour (DMS) est plus importante à l'unité de soins intensifs Tokani mais en baisse (40 jours en 2020 et 32,9 en 2021) tandis qu'à MKA elle est de 17,6 en 2020 et 15,8 en 2021.

Cependant, les professionnels du département de psychiatrie doutent de la fiabilité de certaines données ; celles concernant les mineurs ont été révisées avec le médecin chef. En septembre 2022, le CHPF se dotera du logiciel Hôpital Manager® ce qui garantira la fiabilité des données.

Le mode d'admission prépondérant pour les patients en SSC est le SDTU, représentant 73,6 % en 2020, 84,16 % en 2021, et 74,6 % au 25 avril 2022. La difficulté à trouver un médecin pour le 2<sup>ème</sup>

certificat médical est la principale explication (cf. § 4.1.1). Les soins à la demande d'un tiers (SDT) sont exceptionnels, ils représentent 5,05 % des patients en SSC en 2020, 2,34% en 2021 et aucune depuis le début de l'année 2022.

Les soins pour péril imminent représentent 8,3 % des admissions en SSC en 2020, 3,5 % en 2021 et 6,71 % en 2022.

Les patients en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE, décision prise par le haut-commissaire de la République), représentent 12,99 % des patients en SSC en 2020, 9,9 % en 2021 et 18,65 % depuis le début de l'année 2022.

### 4.3 L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS COMME SUR LEUR VIE QUOTIDIENNE EST TRES INSUFFISANTE

#### 4.3.1 Les informations générales

L'information des patients quant à leurs conditions de séjour et leurs droits généraux ne repose que sur l'oralité.

Un « livret d'accueil 2022 des usagers du département de psychiatrie » a été remis aux contrôleurs. Mais ce document n'était pas encore totalement validé au moment de la visite, et n'était donc pas distribué aux patients – pas plus d'ailleurs que le livret d'accueil général du CHPF (« passeport du patient »). Le projet de livret d'accueil en psychiatrie, fascicule de 24 pages en format A5, contient à la fois des informations pratiques et des informations sur les droits des patients. D'une lecture aisée, il devra être complété par des éléments sur le culte, le vote, les directives anticipées en psychiatrie (ou « plan de prévention des crises »), la personne de confiance, la personne à informer en cas d'isolement. Les coordonnées du juge des libertés et de la détention et du CGLPL sont également manquantes.

Le défaut de support écrit n'est pas compensé par l'affichage dans les unités, qui est disparate, peu organisé et très incomplet.

Dans l'unité Manini, ne sont affichés (en français uniquement) qu'un extrait du règlement intérieur « usagers » de l'hôpital et le menu de la semaine. Une affiche en polynésien sur l'identitovigilance est apposée par ailleurs.

A Kaveka, on retrouve cette affiche sur l'identitovigilance dans les deux langues. Le règlement des unités MKA est affiché en français, sous la forme d'une page de format A4 avec des pictogrammes accompagnant le texte.

Dans l'unité Tokani, côté « secteur standard », sont affichés, outre les gestes barrières Covid, le menu de la semaine et la charte de la personne hospitalisée (en français). Deux affiches de format A3 intitulées « droit des patients », reprennent les termes de l'article L 3211-3 du code de la santé publique. Côté « soins intensifs », seuls, le menu de la semaine et les horaires de distribution des cigarettes donnent lieu à affichage.

Finalement, seule l'unité Apape se distingue favorablement. Outre l'affichage de l'extrait du règlement intérieur « usagers » de l'hôpital, du règlement des unités MKA et des menus sur six semaines (accompagnés d'un document sur la composition calorique des repas), on y trouve un grand panneau intitulé « guide d'un séjour dans le service » où les règles de vie de l'unité sont présentées sous forme de fiches illustrées et humoristiques, travaillées avec les patients, qui cherchent à donner du sens aux interdits. Une affichette indique par ailleurs l'horaire de la

réunion hebdomadaire « soignants-soignés ». Une autre, destinée aux familles, rappelle, dans les deux langues, les objets et denrées qu'il est interdit d'introduire lors des visites.



*Le panneau d'affichage d'Apape*

Mais même à Apape, l'affichage disponible est lacunaire : aucune information pratique n'est disponible, par exemple, sur les modalités d'accès aux cultes, d'exercice du droit de vote, ou encore sur les représentants des usagers ou sur les activités thérapeutiques ou récréatives proposées.

À l'extérieur des unités, plusieurs affiches destinées aux visiteurs précisent les horaires et modalités des visites. Enfin, les articles de la Charte du patient hospitalisé sont apposés, en Français et en Polynésien, au rez-de-chaussée du bâtiment, dans le couloir d'accès aux unités.

Si l'oralité est évidemment une nécessité pour la transmission de ces informations générales, en ce qu'elle permet d'expliquer des éléments parfois complexes pour les patients, elle ne doit pas faire abstraction de supports écrits que les patients doivent pouvoir consulter à tout moment.

### RECO PRISE EN COMPTE 3

Des supports écrits (livrets, affichage) relatifs aux informations sur l'hospitalisation et aux droits généraux des patients doivent être mis à la disposition de ceux-ci. Ces informations doivent être actualisées et compréhensibles, y compris pour les personnes ne maîtrisant pas la langue française.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale fait valoir que « *la direction juridique et des droits des patients a édité des flyers d'information sur différentes thématiques relatives aux droits des patients, diffusés dans les services et ré-imprimables à la demande. Sont notamment à disposition des flyers concernant la demande d'accès au dossier médical, le refus de soins par le patient, les démarches bancaires, les directives anticipées, la personne de confiance, le dépôt et retrait d'objets de valeurs. Les flyers (transmis aux contrôleurs) ont été rediffusés dans le service de psychiatrie.* » Par ailleurs, le groupe de travail précédemment évoqué est en cours d'identification de modifications du livret d'accueil sur les sujets suivants : saisine du JLD, saisine de la cour d'appel, saisine du CGLPL, saisine du procureur de la République, etc. Le



CGLPL salue les démarches déjà engagées et considère la recommandation comme prise en compte.

#### 4.3.2 L'information sur les droits et le statut des patients en SSC

L'information spécifique sur les droits et le statut des patients en soins sans consentement est-elle aussi très insuffisante. Comme indiqué supra, seules deux affiches apposées dans l'unité Tokani reprennent les termes de l'article L 3211-3 du code de la santé publique (CSP). Par ailleurs, le projet de livret d'accueil indique les modes d'admission en psychiatrie et le rôle du JLD, sans toutefois préciser les modalités de ce contrôle systématique ni les possibilités de saisir à tout moment le JLD, le procureur ou le CGLPL. Les nouvelles dispositions relatives à l'isolement et la contention (art. L 3222-5-1 du CSP) ne sont pas non plus mentionnées.

#### RECO PRISE EN COMPTE 4

Une information sur les droits spécifiques des patients en soins sans consentement et les voies de recours dont ils disposent doit leur être délivrée.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale expose que la direction juridique intègre à son plan d'action 2023, l'édition de dépliants spécifiques sur les droits des patients pour la psychiatrie. Par ailleurs, le travail participatif mené avec les patients de MKA en appropriation des règles de vie a été affiché dans les autres services de l'établissement comme préconisé par le CGLPL.

La recommandation est considérée comme prise en compte.

De ce fait, l'information du patient en SSC repose uniquement sur les notifications des différents documents encadrant sa prise en charge. Ces notifications sont effectuées principalement par les deux agents du secrétariat d'hospitalisation – bien formés aux droits des patients en SSC – et, plus rarement, par les IDE – beaucoup moins au fait des subtilités législatives et donc moins à même de renseigner les patients (cf. § 3.3.3, recommandation n°2).

Pour les hospitalisations sur la base d'une décision du directeur (SDT, SDTU, SPI), il est remis au patient une copie de la décision mais pas du certificat médical. Alors que celui-ci est remis avec l'arrêté du haut-commissaire de la République pour les SDRE, cette différence de pratique ne s'explique que par le fait que la jonction du certificat est prévue dans le modèle d'arrêté et pas dans celui de décision du directeur. Ceci est d'autant plus pénalisant que les décisions du directeur ne reprennent pas les termes du certificat médical, souffrant ainsi d'un défaut de motivation.

#### RECO PRISE EN COMPTE 5

Les certificats médicaux étayant les décisions de soins sans consentement à la demande du directeur doivent être remis aux patients lors de la notification. A tout le moins, les termes de ces certificats motivant la décision doivent être repris dans celle-ci.

En outre, le recueil des observations du patient intervient au moment de la notification de la décision, une rubrique étant prévue à cet effet sur le modèle de décision du directeur. Or ces observations doivent être relevées en amont, au moment de l'établissement du certificat médical.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale expose que les certificats médicaux fondant les décisions d'admission sous contrainte, ainsi que les « décisions du directeur » ont été modifiées. Les termes de ces certificats ont été intégrés dans les visas de la décision du directeur comme le démontre l'extrait du Formulaire type – Décision du directeur relative à l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (ADTU) – Période d'observation certifiée. De plus, ces certificats sont désormais remis au patient lors de la notification. La recommandation est donc considérée comme prise en compte.

#### RECO PRISE EN COMPTE 6

Le médecin doit recueillir formellement les observations du patient lors de l'établissement du certificat médical motivant la décision d'admission en soins sans consentement.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale indique qu'à chaque décision prise sur la base du certificat médical, le patient est reçu en entretien par le médecin qui lui explique les éléments du certificat, son hospitalisation et les motifs de celle-ci. Le médecin donne la possibilité au patient de s'exprimer et ses observations sont recueillies. Jusqu'alors ces observations apparaissaient dans le formulaire « Décision du directeur ». En conséquence, les formulaires ont été modifiés afin que ces observations apparaissent dans les certificats médicaux.

Enfin, les décisions du directeur étant formellement établies par le secrétariat, elles ne sont rédigées, signées et donc notifiées qu'aux jours et heures ouvrables de ce service. Ainsi, si le certificat médical intervient le vendredi après-midi après 14h30, la décision du directeur d'hospitalisation en SSC ne sera rédigée et notifiée que le lundi matin, antidatée au vendredi.

#### RECOMMANDATION 4

Les décisions d'hospitalisation en soins sans consentement du directeur doivent être formellement établies en temps réel et leur notification doit intervenir sans délai. Les dates de rédaction et de notification doivent correspondre à la réalité.

En revanche, les décisions d'hospitalisation en SDT/SDTU mentionnent bien l'identité du tiers demandeur, permettant au patient de ne pas rester dans l'expectative. Elles informent de la possibilité d'exercer un recours devant le JLD mais sans en préciser les modalités pratiques. Le texte de l'article L 3211-3 du CSP est reproduit au verso de la décision.

Par ailleurs, il a été constaté que lors d'une prise en charge en programme de soins (PDS), le renouvellement de ce programme ne donne lieu à aucune décision formalisée, ni du directeur ni du haut-commissaire. Seul un certificat médical est établi. Une décision (ou un arrêté) n'est formalisée qu'au moment du passage en PDS, décision ou arrêté qui, la plupart de temps, ne mentionne pas de durée.

#### RECOMMANDATION 5

Les modifications ou renouvellements de la prise en charge en programme de soins doivent donner lieu à des décisions écrites, notifiées au patient, au même titre que la décision initiale.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale expose qu'une « révision des procédures liées aux programmes de soin est en cours sur le Département, à la lumière des

*recommandations HAS de mars 2021. Elle inclue une réactualisation des supports papiers, des informations délivrées au patient et la traçabilité de ces mesures au niveau administratif ».*

Un référent médical, médecin psychiatre, a été nommé pour ce projet impliquant la mise à jour des procédures sur le logiciel métier eNNOV.

Le CGLPL salue les démarches en cours en vue d'améliorer les procédures relatives aux programmes de soins mais maintient sa recommandation en l'état.

## 5. LES CONDITIONS DE VIE

### 5.1 LES ESPACES DE VIE SONT SPACIEUX MAIS LES CHAMBRES NECESSITENT DE NOMBREUX AMENAGEMENTS

#### 5.1.1 Les chambres

Au rez-de-chaussée, l'unité Tokani dispose de six chambres doubles et de dix chambres individuelles, dont deux dites « sécurisées » (lit scellé et absence de meuble).

A l'étage, les trois unités Apape, Kaveka et Manini disposent chacune de quatre chambres doubles et de cinq chambres individuelles. Dans l'unité Manini, la « M8 » est qualifiée de « chambre d'apaisement ». Dotée d'un lit scellé, elle ne comporte ni placard ni table de chevet. Des patients y sont parfois enfermés. Elle est donc utilisée comme une CI non-conforme aux normes mais aussi comme une chambre standard au confort dégradé.

Les chambres sont spacieuses mais leur équipement est imparfait.

Les surfaces varient de 11 à 16 m<sup>2</sup>, pour les chambres individuelles, et de 19 à 25 m<sup>2</sup> pour les chambres doubles, auxquelles s'ajoutent des cabinets de toilette de 3 à 3,5 m.

Elles sont parfois peu lumineuses. En effet, à l'unité Tokani, outre les « cellules » (cf. § 7.1), deux chambres sont privées de fenêtre, une autre a une fenêtre obstruée sur deux tiers de sa surface et, de manière générale pour l'ensemble du département psychiatrie, les stores roulants sont hors service, parfois bloqués en position très basse. Afin de les relever ou de les abaisser, il faut faire intervenir les services techniques du centre hospitalier, ce qui constitue une opération aléatoire, à laquelle le personnel a très rarement recours.



*Fenêtre occultée par un chantier ou volet roulant HS (Tokani) ou occultation afin d'éviter une vue sur une autre unité (Kaveka)*



*Chambres sans fenêtre*

Les fenêtres des chambres de l'unité Tokani sont bloquées, comme la plupart de celles de MKA. Les chambres sont climatisées, le réglage étant possible depuis le poste infirmier.

Dans les quatre unités, les portes des chambres disposent d'un fenestron, justifié, selon le personnel soignant, par le besoin de surveillance. Mais ces fenestrons ne peuvent pas être obstrués afin de préserver l'intimité des patients.



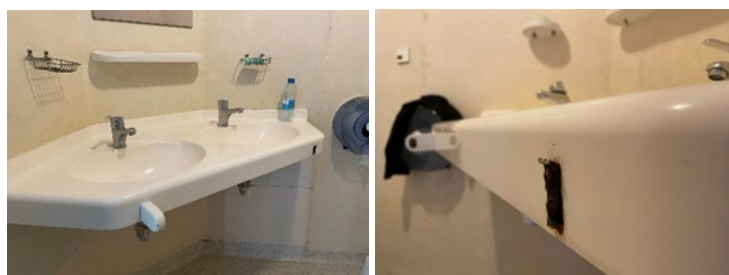
*Fenestron d'une porte de chambre*

L'absence de verrou de confort renforce la difficulté pour les patients de préserver leur intimité, d'autant plus qu'ils ne peuvent pas bloquer la porte de leur cabinet de toilette, notamment lorsqu'ils prennent leur douche (y compris dans les chambres doubles).

Il n'y a aucun bouton d'appel en état de fonctionnement.

Chaque patient dispose d'un placard avec une porte où peut être posé un cadenas (non-fourni par l'établissement). Dans une des chambres de l'unité Manini, un placard est dépourvu de porte.

Les cabinets de toilette sont équipés d'un WC, d'une douche et d'un lavabo. Accroché à ce dernier se trouve un porte serviette, cassé dans la majorité des chambres. Il demeure souvent un morceau de métal saillant qui peut blesser.



*Porte-serviettes cassé (avec morceau de métal proéminent)*

## RECOMMANDATION 6

Les deux chambres sans fenêtres ne doivent plus être utilisées. Un système doit être mis en place permettant aux patients de bénéficier de la lumière du jour, et de l'occulter.

Les fenestrons des portes doivent être occultables afin de préserver l'intimité des patients.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale précise que « *la mise en conformité et d'adéquation de la capacité d'accueil de l'unité « TOKANI », pour sa partie soins intensifs, est prévue. Compte tenu de sa configuration et du tableau clinique des patients qui y sont hospitalisés, ces travaux ne pourront être effectués que sous réserve du déploiement d'une unité d'accueil de suppléance au sein du Pôle de santé mentale durant la phase des travaux* » (est versée la « décision MSP de réorientation PSM »).

Le CGLPL prend note de la prise en compte en cours de la recommandation dont l'effectivité dépend du projet de pôle santé mentale.

## RECOMMANDATION 7

L'établissement doit installer des verrous de confort aux portes des chambres et des salles de bains, surtout dans les chambres doubles, et des boutons d'appel.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale indique qu'« une demande d'installation de verrous avec molette sur les portes des chambres et salle de bain des chambres doubles a été formulée auprès des services techniques du CHPF en suite de la visite du CGLPL. La commande du matériel a été passée en métropole le 12 mai 2022 et le matériel a été réceptionné par les services techniques du CHPF dans le courant de la semaine 33. L'installation en régie des verrous est en cours de finalisation au sein des unités d'hospitalisation de TOKANI et MKA. Elles étaient programmées le lundi 5 septembre 2022 pour le service de MKA à partir de 08h00 et le mardi 06 septembre 2022 à partir de 08h00 pour le service de TOKANI ».

Les explications fournies sont étayées par des justificatifs versés.

Cependant, aucune information n'a été communiquée s'agissant des boutons d'appel. Dès lors la recommandation est partiellement maintenue

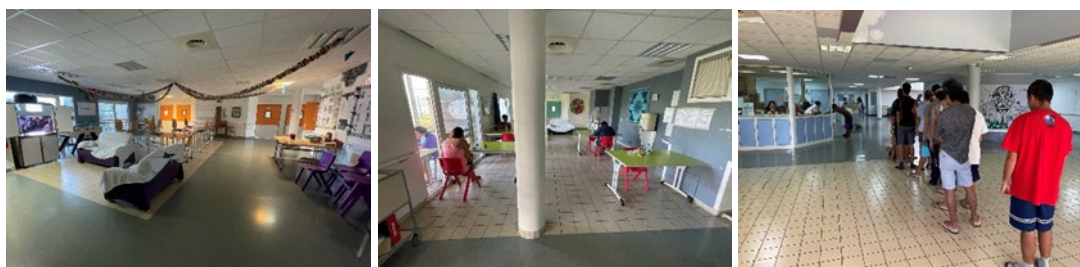
### 5.1.2 Les espaces communs

Les quatre unités sont dotées de patios extérieurs relativement spacieux et végétalisés (Apape et Kaveka partagent le même). Celui de Tokani permet aux patients d'y prendre leurs repas (il est équipé de tables à l'ombre).



Patios extérieurs de Tokani, d'Apape-Kaveka et de Manini

Les espaces communs intérieurs ont été plus ou moins bien conçus. Apape dispose d'un vaste salon-TV-salle-à-manger décoré. Celui de Tokani dispose d'une grande surface mais une pièce singulièrement placée au centre crée des angles morts. Ceux de Manini et de Kaveka sont plutôt exigus. Chacun est équipé d'un poste de télévision.



Les espaces communs d'Apape, de Manini et de Tokani

### 5.1.3 Le projet de pôle de santé mentale

Au moment du contrôle, un nouveau pôle de santé mentale se trouvait en cours de construction (cf. § 3.1.4). La réception des travaux, débutés en décembre 2016, est prévue pour juillet 2023.

Au cours d'une visite du chantier, les contrôleurs ont pu constater que, pour l'espace dévolu aux enfants, il était prévu six chambres individuelles standard et deux chambres dont le statut entre apaisement et isolement n'était pas encore clairement défini. Outre la proportion manifestement excessive de ces chambres spécifiques, le CGLPL rappelle que l'enferment de mineurs dans des chambres d'isolement est contraire à la loi et invite donc à reconsidérer le projet.

Deux chambres d'isolement ou d'apaisement sont également construites à l'étage adultes avec 18 lits en chambre standard, dont six chambres doubles, cinq chambres individuelles et une pour personne à mobilité réduite (PMR).

Il a pu être observé une grande hauteur sous plafond (3,20 m) et un traitement favorable à l'acoustique. Des verrous de confort seront installés aux portes. En revanche, les volets inclinables ne permettent pas de faire pénétrer suffisamment de lumière, selon le constat des contrôleurs dans la chambre témoin.

## 5.2 LA PROPRETE DES LIEUX ET L'HYGIENE PERSONNELLES SONT ASSUREES

Un cabinet de toilette, avec douche, lavabo et WC, se trouve dans chaque chambre, mais l'absence de verrou de confort pour l'accès à la chambre comme au cabinet de toilette pose une vraie difficulté pour préserver son intimité (*cf. supra*).

Les draps sont changés trois fois par semaine.

Le linge personnel est lavé aisément au sein de l'unité Tokani, puisqu'une machine à laver est à disposition des patients. Ce n'est pas le cas pour les unités MKA ce qui est regrettable. Les soignants déconseillent de faire appel à la lingerie du CHPF en raison de sa lenteur et du risque de perte de vêtements.

Les unités ont à disposition des patients un petit stock de vêtements de dépannage.

Un IDE propose aux patients de leur couper les cheveux.

Les espaces communs sont apparus aux contrôleurs dans un état de propreté très correct.

## 5.3 LES BIENS DES PATIENTS SONT GERES DE MANIERE SATISFAISANTE ET LES TUTEURS SONT ASSOCIES A LA PRISE EN CHARGE

### 5.3.1 L'inventaire et les biens interdits

À l'arrivée du patient, un inventaire contradictoire de ses biens est effectué. Deux exemplaires de cet inventaire sont conservés : le premier au dossier du patient, le second avec les biens qui sont rangés au coffre situé dans le bureau du cadre de santé.

Les principaux biens retirés à l'arrivée sont : les téléphones et leur chargeur, les briquets, les coupe-ongles, les ciseaux, les rasoirs, les peignes, les parfums et les grosses sommes d'argent. A partir de 25 000 XPF (209,50 €), les espèces devront être déposées à la régie du centre hospitalier, mais la procédure de dépôt et de retrait est qualifiée de « *complexe* » par les soignants.

Afin d'éviter les vols dans les chambres, les trafics de vêtements contre du tabac ou les changements d'habits beaucoup trop fréquents, les soignants stockent beaucoup d'effets personnels dans de grands sacs rangés au poste infirmier.

### 5.3.2 La protection juridique des patients

Le département de psychiatrie dispose d'une seule assistante sociale, en charge de l'intra et de l'extra-hospitalier (elle n'a plus le temps de participer aux réunions hebdomadaires des unités de psychiatrie). Parmi ses nombreuses tâches, elle gère la protection juridique des patients hospitalisés.

Les besoins de protection juridique sont identifiés par les soignants et la demande est effectuée par le médecin à travers un certificat. L'assistante sociale, après une enquête sommaire, transmet le dossier au parquet du TPI de Papeete et la décision est prise par le juge des tutelles, après expertise médicale et enquête sociale.

Au moment du contrôle, on comptait 10 tuteurs pour 29 patients à l'unité Tokani et 2 tuteurs pour 37 patients dans les unités MKA. Deux associations gèrent les tutelles : Tutelger et Temau-Aratai. Il y a de surcroît quelques tuteurs indépendants.

Leur réactivité est variable mais qualifiée de globalement bonne. Certains doivent être relancés, par l'assistante sociale ou un cadre de santé. Quelques-uns ont parfois un comportement inadapté vis-à-vis des patients. Dans ce cas, l'assistante sociale écrit au juge des tutelles. Des tuteurs doivent être rappelés à l'ordre lorsqu'ils restreignent la quantité de tabac, sans raison financière. L'assistante sociale favorise l'information du tuteur sur la prise en charge du patient et sa participation à la préparation d'une sortie provisoire ou définitive. Des réunions ont lieu avec un médecin, l'assistante sociale, un cadre de santé, un infirmier et le tuteur. Les tuteurs sont informés des audiences JLD mais ne se déplacent quasiment jamais.

### 5.4 LES REPAS SONT RECHAUFFES ET SERVIS EN BARQUETTES THERMOSCELLEES, CE QUI EST INADAPTE

Les repas sont servis pour le petit-déjeuner entre 7h et 7h15, le déjeuner vers 11h30 et le dîner vers 17h15. S'y ajoute une collation vers 20h (une biscotte, un produit laitier, un fruit ou une compote).

Le cycle des menus s'étalant sur six semaines, on observe une assez grande diversité des plats proposés. Les recettes tahitienne du jeudi ont toujours un franc succès alors que le plat végétarien hebdomadaire n'est pas apprécié. Un effort a été accompli pour lutter contre l'obésité et la constipation (moins de riz et de pain) mais la quantité de légumes verts et de fruits demeure relativement faible. Au moment du contrôle, sur 65 patients, 16 bénéficient d'un régime spécial : diabétique (5), mixé (3), fibreux (3), végétarien (2), sans porc (1), anti-goutte (1), calorique (1).

Les repas sont préparés par un prestataire extérieur qui les livre la veille au CHPF. La nourriture est placée en barquette thermoscellée, puis installée sur des plateaux insérés dans des chariots chauffants. Ces derniers séparent les plateaux en deux parties : à gauche ce qui doit être chauffé, à droite ce qui doit demeurer froid. Les chariots sont mis en chauffe au sein du département de psychiatrie. Les contrôleurs ont pu constater à plusieurs reprises des températures de chauffe entre 124°C et 127°C. Dans un premier temps, le CHPF a indiqué aux contrôleurs que les barquettes pouvaient être chauffées à 80°C. Plus tard, il a été affirmé que « *les barquettes TMF en Polypropylène utilisées pour la psychiatrie sont compatibles avec des températures entre 110 et 120°* ». Pour autant, des médecins jugent qu'il n'est pas sain de réchauffer des aliments dans des barquettes en plastique.





*Un charriot-chauffant avec la séparation chaud-froid et la mise en chauffe à 124°*

Par ailleurs, la distribution de la nourriture dans les barquettes en plastique n'apparaît pas adaptée. Pour favoriser l'hygiène, éviter la fonte du plastique et dans un souci de dignité, les plats pourraient être réchauffés en « bac gastro » et servis à l'assiette à l'instar de ce qui se pratique dans les autres services du CHPF. Cela permettrait aussi un service en trois phases – entrée, plat et dessert – et donc de ralentir le rythme du repas jugé beaucoup trop rapide par des médecins. Une autre difficulté a été soulignée par le personnel, malgré la collation de 20h, une période trop longue s'écoule entre le dîner de 17h15 et le petit-déjeuner de 7h. Dès lors, des soignants et des médecins souhaiteraient que le dîner soit retardé à 18h.



*Trois repas servis dans des unités de psychiatrie (les 26, 27 et 28 avril 2022)*

### RECOMMANDATION 8

Afin d'améliorer la qualité sanitaire et gustative, les modalités de mise en température des repas doivent être revues.

Dans un souci de respect de la dignité des patients, le service doit se faire à l'assiette. L'intervalle entre le dîner et le petit-déjeuner doit être réduit.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale fait valoir que « *le conditionnement actuel des repas patients dans des barquettes en plastique se fait par nécessité puisque la psychiatrie ne dispose pas de local adapté qui puisse accueillir le conditionnement des repas en assiettes dans les normes d'hygiène requises. Depuis le passage du CGLPL, le service de Psychiatrie a pris l'attache du service Diététique-Restaurations pour évaluer la faisabilité et les implications de la mise en place de cette recommandation.*

*Une visite du service de Restauration diététique par le service de Psychiatrie a été organisée le 26 octobre 2022 pour se rendre compte des enjeux de la mise en place d'un tel projet et permettre un éclairage des échanges lors des réunions projet qui seront menées à compter du mois de novembre 2022 pour évaluer les deux options opérationnelles disponibles.*

*Comme expliqué aux contrôleurs, la situation actuelle est liée aux modalités de livraison des repas par la cuisine, située dans le bâtiment MCO. Sa résolution finale est conditionnée à l'ouverture du bâtiment PSM en fin d'année 2023 pour : disposer de la passerelle MCO-PSM, réaliser en cuisine*

*centrale le dressage de l'ensemble des repas de la Psychiatrie, faire acheminer les navettes par les hommes de service jusqu'à l'office de Psychiatrie pour remise en température.*

*Le choix de vaisselle adaptée a été confiée à l'encadrement du pôle de Psychiatrie en mai 2022 avec indication des caractéristiques techniques des actuelles barquettes pouvant supporter une température de 90°C. Un retour de l'encadrement de la psychiatrie a été notifié le 28 octobre 2022. En concertations avec la Direction des Achats et du Patrimoine, une commande sera planifiée au regard des échanges prévus dans le groupe projet et des aspects financiers.*

*Une relance de demande de fourniture de vaisselle adaptée a été renvoyée le 7 octobre 2022 à la cadre de santé Restauration-Diététique. Cette commande sera évaluée au regard des échanges prévus dans le groupe projet ».*

Au regard de l'ensemble de ces éléments et du mail de coordination des échanges entre le service Diététique/Restauration et le service de psychiatrie, la recommandation est considérée comme prise en compte dans sa première partie. Néanmoins, les réflexions du groupe de travail sur les droits des patients et la refonte des règlements intérieurs devraient également traiter de la réduction de l'intervalle entre le dîner et le petit-déjeuner.

## 6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 6.1 LES RESTRICTIONS A LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR SONT ATTENTATOIRES AUX DROITS FONDAMENTAUX ET DISPROPORTIONNEES

#### 6.1.1 La circulation des patients au sein de l'établissement

Seules deux unités (Tokani et Manini) sont présentées comme fermées, nécessitant l'utilisation d'une clé pour ouvrir les portes d'accès à l'unité. Tokani est même équipée d'un sas et, au sein de Tokani, le secteur de « soins intensifs » est lui-même isolé du secteur « standard » par des portes ouvrables par badge. La circulation des patients au sein de ce secteur se limite donc au couloir desservant les chambres, sans accès continu à un espace extérieur (cf. § 6.2, recommandation n°19).

Des patients en soins libres peuvent être hospitalisés dans ces unités fermées ; ainsi, au moment du contrôle, 4 patients sur 27 à Tokani, soit 15 %, étaient en soins libres. Il leur est alors demandé de signer une « *attestation d'accord d'hospitalisation d'un patient AL<sup>17</sup> en unité fermée* » par laquelle le patient « *sollicite [son] hospitalisation en unité fermée, pour des raisons liées à [sa] santé/sécurité, sachant [qu'il] est admis sous le régime de l'admission libre et [qu'il] conserve tous les droits liés aux modalités de [son] hospitalisation, notamment relatifs à la liberté d'aller et venir* ».

Les portes des autres unités (Apape et Kaveka) ne sont pas closes. Des patients en soins sans consentement peuvent être hospitalisés dans ces unités « ouvertes ». Pour autant, on ne peut pas considérer que la liberté d'aller et venir y soit totale. En effet, l'accès à l'ensemble du site de psychiatrie nécessite de franchir une porte dont l'ouverture est commandée par les agents de sécurité. En sortie, un bouton permet d'ouvrir cette porte mais les agents de sécurité ont pour consigne de contrôler la sortie de tous les patients, conditionnée par la délivrance par le médecin – y compris pour une sortie de quelques heures et même pour les patients en soins libres – d'une « *autorisation de sortie du service* » (sur laquelle figure un motif comme, par exemple, « *faire des courses* ») ou d'une « *autorisation de sortie en permission* ».

Au départ du patient, ces autorisations sont vérifiées par les agents de sécurité qui appellent l'unité pour s'assurer de leur réalité. Au retour du patient, elles sont conservées par les agents de sécurité dans un classeur. Il a été constaté que sur certaines permissions, le traitement à suivre durant la sortie était mentionné, en violation du secret médical.

#### RECOMMANDATION 9

Aucune information à caractère médical ne doit figurer sur les permissions de sortie dès lors qu'elles sont contrôlées par des agents de sécurité n'ayant pas à connaître de telles informations.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale explique qu'un groupe de travail a été mis en place pour réévaluation générale des pratiques professionnelles dans le cadre des recommandations en lien avec la liberté de circulation, en référence à la définition même des droits des patients hospitalisés.

<sup>17</sup> AL : admission libre.

Elle précise que « ce groupe de travail pluridisciplinaire, composé d'une quinzaine d'agent (médecins, infirmiers aides-soignants et cadres de santé) des différentes unités, mène une réflexion point par point, sur les différents thèmes déclinés. L'enjeu est à terme la réécriture des règlements intérieurs et du livret d'accueil, au regard notamment des recommandations du CGLPL. Il est à noter une réelle motivation et un engagement significatif des agents participants. Ainsi la liberté de circulation a été un des premiers items abordés. Le département de psychiatrie s'est par ailleurs mis en adéquation avec les pratiques en vigueur sur le MCO en matière de gestion des permissions de sortie, en appliquant les procédures « de gestion des permissions de sorties » et de « Saisie d'une permission de sortie ». Un rappel sur les procédures actuelles a été entrepris auprès des équipes médicales et paramédicales. Un document qualité relatif à la gestion des médicaments par le patient et/ou accompagnants familiaux est en cours de réalisation.

Pour une question de bonne compréhension et de lisibilité, il vient s'ajouter au tableau d'administration nominatif extrait du DMP Web. Dans ce cas, il est identifié comme un support d'éducation thérapeutique du patient dans la compréhension de sa pathologie et des thérapeutiques médicamenteuses liées ».

Les observations émises sont étayées par le versement de compte rendus de réunion, de notes et de fiches de procédure.

Le CGLPL salue les importantes démarches engagées par l'établissement notamment pour améliorer les conditions de circulation des patients. Il prend acte que les différents thèmes relatifs aux droits fondamentaux des patients sont travaillés avec pour finalité une révision des règlements intérieurs et du livret d'accueil. Les travaux étant en cours, la recommandation est maintenue.

Il a été indiqué que « les médecins délivrent assez facilement des autorisations de sortie ». Pour autant, si l'on se réfère au classeur détenu par les agents de sécurité, seules 60 autorisations (tous motifs et durées confondus) ont été recensées sur les quatre premiers mois de l'année 2022, soit moins de quatre par semaine.

Dès lors, même pour les unités dites « ouvertes », la liberté de circulation est, de fait, limitée au périmètre interne du bâtiment de psychiatrie, interdisant aux patients de se rendre librement ne serait-ce qu'à la cafeteria de l'hôpital. Ces restrictions à la liberté de circulation s'imposent à tous les patients, quel que soit leur statut juridique (soins libres ou sans consentement).

#### RECOMMANDATION 10

La liberté d'aller et venir ne peut être restreinte que sur la base d'une décision médicale liée à un risque réel, individualisé et régulièrement réévalué. La nécessité de disposer d'une autorisation pour sortir du bâtiment doit être reconsidérée, notamment pour les patients en soins libres.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale rappelle que « la liberté de circulation a été un des premiers items abordés dans le groupe de travail évoqué (...) Il est en cours de réflexion au sein du groupe la gestion des patients en hospitalisation libre (HL) ». Ces observations sont étayées par des documents de travail.

Le CGLPL salue les travaux en cours démontrant le souci de l'établissement et des professionnels d'améliorer la prise en charge des patients. Dans l'attente de l'aboutissement de ces réflexions, la recommandation est maintenue en l'état.

### 6.1.2 La gestion de la sécurité

Le bâtiment de psychiatrie est placé sous la surveillance constante de deux agents privés de sécurité incendie, postés derrière un guichet dans le hall d'entrée du bâtiment. Ces agents ont également pour mission la sûreté du site notamment en contrôlant les accès en entrée et en sortie comme indiqué *supra*.

Ils tiennent un état permanent des effectifs présents dans chaque unité et sont informés lorsque des patients sont isolés ou contentonnés.

En cas de déclenchement d'alarme « coup de poing » (les soignants n'étaient pas équipés, au moment du contrôle, de dispositif d'alarme individuelle, la dotation devant intervenir à l'été 2022, cf. § 3.4.1, recommandation n°20), les agents de sécurité interviennent dans les unités. Leur intervention se limite à « *une présence dissuasive, sans contact direct avec les patients* ».

Les agents de sécurité ont une vision en direct sur les images du système de vidéosurveillance, de mauvaise qualité. Les images sont conservées un mois, le visionnage en différé et les extractions n'étant possible que par des cadres désignés. Huit caméras couvrent, médiocrement, le secteur de psychiatrie, dont deux balayent la terrasse de l'unité Amani et le jardin de l'unité Tokani, donnant ainsi aux agents de sûreté une vue sur des lieux de soins.

#### RECOMMANDATION 11

Les caméras de vidéosurveillance ne doivent pas filmer les patients dans les lieux de soins.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale fait observer que « *la visualisation en temps réel des deux caméras positionnées dans les jardins des unités Manini et Tokani a pour objet la prévention des fugues par escalade des clôtures et la lutte contre l'introduction au sein des unités de produits prohibés depuis l'extérieur (stupéfiants essentiellement), le positionnement des caméras extérieures ne permettant pas d'assurer ces missions, en l'absence de possibilités de surveillance physique paramédicale permanente. Le dispositif sera revu et mis en conformité à l'occasion du remplacement de l'ensemble du système de vidéosurveillance de l'établissement, dont la date n'est pas arrêtée. Dans l'attente, une demande de repositionnement d'une caméra située sur la voie de circulation-Est a été effectuée* ».

Le CGLPL prend acte des démarches en cours mais maintient sa recommandation en l'état.

Si les enjeux de sécurité en provenance de l'extérieur sont limités, plusieurs témoignages ont fait part de craintes de certaines patientes au sein des unités, notamment la nuit, du fait du comportement d'autres patients tentant de s'introduire dans leur chambre. En l'absence de verrou de confort leur permettant de s'isoler, ces patientes solliciteraient que leur porte de chambre soit fermée à clé par les soignants (cf. § 5.1.1, recommandation n°13).

## 6.2 LES RESTRICTIONS DANS LA VIE QUOTIDIENNE NE SONT PAS INDIVIDUALISEES NI LIEES A LA CLINIQUE DU PATIENT

En plus des limites portées à la liberté d'aller et venir, les restrictions dans la vie quotidienne, appliquées de manière différente selon les unités, sont nombreuses et systématiques, l'interdiction étant posée comme principe et l'autorisation étant l'exception soumise à accord médical.

Ainsi les patients ne sont-ils pas, par principe, autorisés à conserver leur téléphone portable, tablette, ordinateur, lecteur MP3 ou encore radio.

La gestion du tabac diffère selon les unités. Si une certaine autonomie est, sauf exception, laissée aux patients à Apape, le briquet est conservé par les soignants (ou attaché avec une ficelle à une poignée de porte sur la terrasse). À Kaveka et Manini, le tabac est, en règle générale, conservé par les soignants et distribué à la demande. À Tokani, le tabac est distribué à heures fixes pour tout le monde (neuf fois par jour dans le secteur standard, trois fois seulement dans le secteur de soins intensifs).

L'autonomie laissée aux patients est donc réduite voire quasiment nulle, et ce sans lien direct avec la clinique du patient.

### RECOMMANDATION 12

Les restrictions apportées dans la vie quotidienne des patients doivent être exceptionnelles, personnalisées, régulièrement réévaluées et motivées par la clinique du patient. Les règlements des unités doivent être modifiés pour inverser les règles existantes, le principe devant être l'autorisation et non l'interdiction.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale fait un renvoi aux observations relatives à la recommandation émise au § 6.1.1. Les travaux étant en cours, la recommandation est maintenue.

Le port du pyjama n'est pas imposé. L'accès aux chambres est possible à tout moment mais limité à sa propre chambre. L'accès au jardin ou à la terrasse est libre en journée (de 5h à 21h30), sauf durant les temps de transmission des IDE. Toutefois, les patients enfermés dans le secteur de soins intensifs de Tokani n'ont pas d'accès continu à un espace extérieur ; seuls deux créneaux quotidiens d'une heure leur sont octroyés dans le jardin de Tokani, pendant lesquels les patients du secteur « standard » ne peuvent pas y accéder.

### RECOMMANDATION 13

Un accès continu en journée à un espace extérieur doit être rendu possible pour tous les patients, y compris ceux du secteur de soins intensifs de Tokani.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale précise que « dans le cadre du dialogue de gestion, un projet de séparation du jardin actuel de Tokani a été proposé. (...) ».

*Afin que les patients des deux secteurs puissent bénéficier de l'espace jardin, une organisation est mise en place afin de permettre aux pensionnaires de l'USI de pouvoir profiter d'une sortie en extérieur d'une heure en matinée et en fin d'après-midi. Les patients des deux secteurs profitent de cet espace de manière décalée dans le temps et non de manière simultanée pour des raisons cliniques. Le projet permet aux patients du secteur standard de bénéficier de 400 m<sup>2</sup> de jardin et ceux de l'USI de 300 m<sup>2</sup>(...).*

*Les objectifs peuvent être de différentes natures et grâce à une mobilisation pluridisciplinaire, permettent : l'amélioration de la qualité de vie des patients par la disponibilité d'un espace extérieur, l'amélioration de la qualité et de l'offre des soins des patients de l'unité de Tokani au travers du développement de nouvelles activités et médiations thérapeutiques individuelles ou en groupe ; l'optimisation de la ressource foncière ; de redonner du sens au travail de chacun dans la prise en charge des patients ; de formaliser des projets de soins individualisés ; de s'inscrire*

*dans la perspective de retour à domicile et de l'appropriation ou réappropriation des gestes du quotidien en lien avec le secteur primaire (fa'a'apu), culture vivrières, etc.*

*Les projets de la psychiatrie (ergothérapie, jardins, ambulatoire à Taravao...) ont été retenus dans nos arbitrages internes et donc défendus par l'établissement dans l'expression de besoin auprès de la tutelle et du financeur. L'aménagement des jardins de TOKANI est couvert sur fonds propres (...).*

Ces observations sont étayées de documents relatifs au projet d'aménagement de l'espace extérieur de l'unité Tokani. L'entreprise retenue pour la réalisation des travaux n'a pas communiqué de date de début de travaux lors de la réponse aux observations.

Le CGLPL salue les démarches engagées pour permettre à tous les patients de l'unité Tokani d'accéder à un espace extérieur mais rappelle que l'accès à un espace extérieur doit être possible en continu en journée et non se limiter à deux fois une heure par jour comme le prévoit le projet du CHPF.

La recommandation est maintenue en l'état.

### 6.3 LES COMMUNICATIONS AVEC LES PROCHES SONT LIMITEES ET S'EXERCENT DANS DES CONDITIONS NON RESPECTUEUSES DE L'INTIMITE

#### 6.3.1 Les moyens de communication avec l'extérieur

Comme indiqué précédemment (cf. § 6.2), les patients ne sont pas autorisés à conserver leurs téléphones portables, ordinateurs ou tablettes. Dès lors, les communications avec leurs proches ne peuvent se faire, après accord médical, qu'en utilisant un téléphone de l'unité. À MKA, le nombre d'appel est limité, pour tout le monde, à un appel sortant quotidien, le nombre d'appels entrants autorisés étant conditionné par la disponibilité des soignants et de la ligne téléphonique. À Tokani, seuls trois appels sortants par semaine sont autorisés, étant précisé que « *les appels aux tuteurs ne sont pas limités* ». Le numéro est composé par les soignants et l'intimité de la conversation n'est que rarement garantie, celle-ci étant le plus souvent médiatisée, avec un soignant à proximité.

Aucun accès aux messageries ou aux réseaux sociaux n'est possible. Il a toutefois été indiqué que, sur avis médical, certains patients d'Apape et de Kaveka pouvaient être autorisés à consulter ponctuellement leurs courriels si des raisons professionnelles le justifient.

#### RECOMMANDATION 14

Les patients doivent pouvoir conserver leur téléphone portable, tablette et ordinateur. Toute restriction à cette règle doit être justifiée par l'état clinique du patient et limitée dans sa durée. En pareil cas, un accès à un téléphone doit toujours être possible, dans le respect de l'intimité des conversations.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale renvoie au groupe de travail mis en place pour réévaluer les pratiques professionnelles, qui aborde notamment les restrictions dans la vie quotidienne comme le démontrent les comptes-rendus transmis.

Le CGLPL prend acte des travaux en cours mais maintient la recommandation en l'état.

Bien que rarement utilisée, la correspondance écrite est possible. Les frais d'envoi sont à la charge du patient (hors courrier aux instances judiciaires). Il a toutefois été indiqué que, même

si rien n'est prévu, des facilités seraient accordées si nécessaire pour l'affranchissement du courrier. Les lettres partantes et entrantes ne sont, sauf exception, pas lues par les soignants. Les colis reçus sont, en revanche, ouverts en présence des soignants pour s'assurer qu'ils ne contiennent pas d'objets, denrées ou substances interdites au sein des unités.

### 6.3.2 L'accès à l'information

Aucun accès à Internet ni à la presse n'est possible. Si des exemplaires du quotidien « Tahiti info » étaient auparavant utilisés dans le cadre d'ateliers d'ergothérapie et distribués dans les unités, cette pratique a cessé avec la crise sanitaire de la Covid-19 « pour éviter les informations trop stressantes ». Elle n'a pas repris depuis parce que ce journal, précédemment gratuit, est devenu payant. Il a été indiqué qu'une demande d'abonnements a été effectuée (« au moins pour l'ergothérapie »), sans réponse à ce jour. Aucun magazine hebdomadaire ou mensuel n'est disponible dans les unités.

La possession d'un poste de radio est également prohibée. Le seul moyen d'information disponible est donc la télévision, visible dans les salles communes de chaque unité.

#### RECO PRISE EN COMPTE 7

Sauf contre-indication médicale, un accès à l'information (presse, Internet) doit être rendu possible.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale explique que depuis la mission du CGLPL, l'unité d'ergothérapie a porté le projet d'une demande de financement du quotidien « Tahiti Infos ». La remise en place de la distribution au sein des unités d'hospitalisation du magazine est effective depuis le 1<sup>er</sup> juin 2022. Des documents prouvant la réalité des démarches engagées, notamment un abonnement au quotidien cité, sont versés.

### 6.3.3 Les visites

Les visites sont soumises à l'accord du médecin. Possibles tous les jours (y compris les week-end et jours fériés) de 12h30 à 14h30 et de 17h30 à 19h, elles sont limitées à un visiteur par jour (trois hors période de crise sanitaire) et interdites aux enfants de moins de 16 ans.

L'identité des visiteurs est contrôlée et relevée par les agents de sécurité qui s'assurent également de l'autorisation du médecin. Les visiteurs sont invités à laisser tous leurs effets personnels au niveau du poste de sécurité, dans des casiers fermés par des cadenas (dont le visiteur conserve la clé durant la visite) – ce qui interroge comme non observé en MCO.

Le service ne disposant pas de salon prévu à cet effet et les visites en chambre étant interdites, les rencontres s'effectuent dans le jardin ou dans la salle commune de l'unité (parfois dans le couloir devant l'entrée d'Apape et Kaveka). Aucune intimité n'est donc possible.

#### RECOMMANDATION 15

Le nombre de visites et de visiteurs ne peut être limité que par des considérations médicales. Les unités d'hospitalisation doivent aménager des salons offrant des conditions agréables, dignes et garantissant l'intimité des visites. Sauf exception tenant à son état clinique, le patient qui occupe seul sa chambre doit pouvoir y recevoir ses visiteurs. Les visites des enfants à leurs



proches ne doivent pas être systématiquement interdites mais adaptées à la situation familiale et à l'état du patient.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale fait observer que « *le Département de Psychiatrie souffre d'un manque de locaux et espaces dédiés, notamment aux rencontres et médiations familiales. La salle de réunion, hors occupation programmée a été repérée comme un espace permettant des échanges privés dans le respect des règles de confidentialité et d'intimité. De la même façon, il est question de la mise à disposition du local dédié à la liaison de pédopsychiatrie lorsqu'il est disponible, pour y organiser un salon à dessein d'y accueillir les visiteurs familiaux.* ».

Le CGLPL salue les réflexions engagées pour améliorer les conditions des visites des familles dans le cadre du groupe de travail sur les droits des patients et du projet de pôle de santé mentale. Toutefois, la réponse ne faisant état que de projets et ne portant que sur les aspects matériels de la recommandation, celle-ci est maintenue.

#### 6.3.4 La confidentialité de l'hospitalisation

La confidentialité de l'hospitalisation est une préoccupation des soignants comme des agents en charge du standard.

Les patients peuvent solliciter d'être hospitalisés sous anonymat ; ils apparaissent dès lors sous X dans les logiciels médicaux ainsi que pour le standard.

Ces droits sont exposés dans le projet de livret d'accueil du département de psychiatrie en cours de validation.

#### 6.4 LES PATIENTS NE REÇOIVENT PAS D'INFORMATION SUR LE DROIT DE VOTE

La mission de contrôle se situant au lendemain du second tour d'une élection présidentielle nationale, les contrôleurs ont pu constater qu'aucune information n'était donnée aux patients sur la possibilité de participer à une consultation électorale.

Le livret d'accueil des usagers du département de psychiatrie n'évoque pas ce sujet. En revanche, dans l'une des quatre unités (Apape), sont affichés en tout petits caractères des extraits du règlement intérieur des usagers. Son article 120 stipule : « *En application des dispositions du code électoral, les patients qui sont hospitalisés et qui, en raison de leur état de santé ou de leur condition physique, sont dans l'impossibilité de se déplacer le jour du scrutin, peuvent exercer au sein de l'hôpital leur droit de vote, par procuration. Une demande doit être effectuée à cet effet, pour chaque procuration demandée, auprès d'un officier de police judiciaire ou de son délégué dûment habilité.* »

Interrogés, des soignants affirment que participer aux scrutins n'intéresse pas les patients, mais que si l'un d'entre eux le souhaitait, il serait accompagné à un bureau de vote ou les formalités pour donner procuration seraient favorisées.

### RECOMMANDATION 16

L'établissement doit faciliter l'exercice du droit de vote en assistant les patients pour l'inscription sur les listes électorales, l'établissement de procuration, la délivrance de permission ou la mise en place d'accompagnement au bureau de vote.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale renvoie au groupe de travail mis en place pour réévaluer les pratiques professionnelles, lequel, après avoir abordé les questions de restriction des allers et venues et des restrictions de la vie quotidienne, traitera dans ses prochaines réunions la question du droit de vote et de sa facilitation auprès des patients. Le groupe de travail envisage de travailler ces sujets avec les tuteurs des patients. Il est relevé que les différentes alternatives se heurtent souvent à la configuration archipélagique de la Polynésie. A ce titre, un rapprochement vers un partenariat possible avec les circonscriptions et municipalités est à envisager.

Le CGLPL prend acte des travaux en cours et maintient la recommandation en l'état.

### 6.5 LES REPRESENTANTS DES CULTES NE SONT PAS AUTORISES A ACCEDER AUX UNITES

Les contrôleurs ont pu constater qu'aucune information n'était donnée aux patients sur la possibilité de pratiquer le culte de son choix.

Le livret d'accueil des usagers du département de psychiatrie n'évoque pas ce sujet. En revanche, dans l'une des quatre unités (Apape), sont affichés en tout petits caractères des extraits du règlement intérieur des usagers. Son article 77 stipule : « *Les malades doivent pouvoir participer à l'exercice du culte de leur choix. L'hôpital prévoit, à cet effet, un local d'accès aisé et de dimensions suffisantes qui sert de lieu de culte, de prière ou de recueillement aux différentes confessions. Des ministres des différents cultes, agréés par le directeur de l'hôpital, sont à la disposition des malades sur simple demande de leur part.* »

Ce règlement intérieur demeure donc purement théorique. Car si un patient le demandait, aucun soignant ne dispose des coordonnées de ministres du culte présents au centre hospitalier.

D'après les informations recueillies par les contrôleurs, des aumôniers fréquenteraient le CHPF, mais ils ne seraient pas autorisés à entrer au département de psychiatrie (ce qui avait déjà été constaté lors du contrôle de 2012).

Selon les soignants, il n'y a pas de demande de patients, certains se contentant d'une prière individuelle avant le repas.

### RECOMMANDATION 17

Les patients hospitalisés dans les unités de psychiatrie doivent pouvoir rencontrer les aumôniers de l'hôpital dans les mêmes conditions que ceux soignés dans les autres services.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale renvoie au groupe de travail mis en place afin de réévaluer des pratiques professionnelles qui abordera le droit d'accès aux aumôniers lors de ses travaux.

Le CGLPL prend acte des travaux en cours mais maintient la recommandation en l'état.

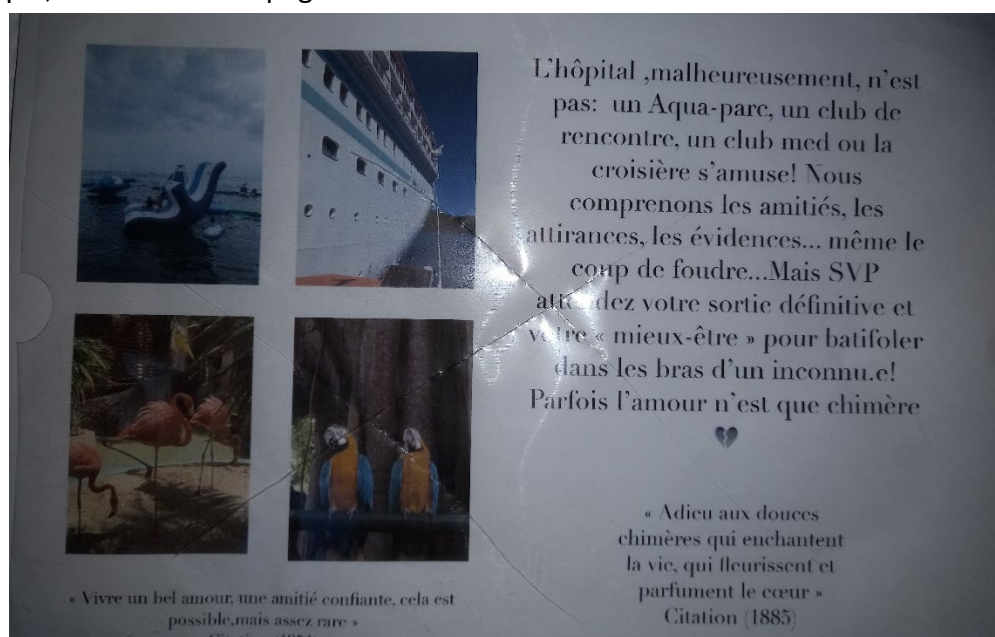
## 6.6 LA QUESTION DE LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS N'EST PAS ELUDEE MAIS DAVANTAGE PERÇUE COMME UN RISQUE QUE COMME UNE LIBERTE

La question de la vie sexuelle des patients est abordée sans tabou et constitue une préoccupation pour les professionnels, « *d'autant plus depuis que la mixité a été instaurée dans les unités* ». Précédemment regroupées au sein de l'unité Manini, les femmes ont dorénavant vocation à être hospitalisées dans toutes les unités. Cette mixité, voulue par le médecin chef de service, s'est imposée lors de la crise sanitaire qui a contraint à rechercher davantage de souplesse dans l'organisation.

Si le comité d'éthique ne s'est pas emparé du sujet de la sexualité (cf. § 3.5), une réflexion est portée lors des réunions institutionnelles et des temps théoriques de formation, pour aller au-delà du réflexe de l'interdiction de toute vie sexuelle. Une formation sur le thème de « *la sexualité en milieu psychiatrique, principes et réalités* » a été assurée auprès des soignants par le chef de service, en mai 2020, pour accompagner la mixité.

Toutefois, en pratique, la question est davantage envisagée sous l'angle du risque qu'en tant que liberté. Sans être interdites, les relations sexuelles sont déconseillées. Lorsque des rapprochements sont observés, le sujet est abordé avec les patients concernés par le psychiatre. Le médecin somaticien propose un bilan gynécologique, des moyens de contraception et sensibilise aux risques liés aux maladies sexuellement transmissibles.

La « conduite à tenir » demeure empirique et n'a pas donné lieu à la rédaction de protocole organisant, lorsque la question du consentement, de la vulnérabilité se pose ou lorsqu'un mineur est impliqué, comme l'accompagnement des éventuelles victimes.



Affichage au sein de l'unité Apape

## 7. L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT

### 7.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT, TROP NOMBREUSES, SONT INDIGNES

L'unité Tokani dispose d'un premier secteur (fermé) dans lequel se trouvent deux CI côte à côte. Ces chambres ne disposent pas de bouton d'appel ni d'aération ni d'interrupteur pour la lumière mais d'une salle d'eau accessible avec WC. L'ouverture et fermeture des volets sont impossibles ; l'espace est climatisé.

Un secteur fermé dit de « soins intensifs » au sein de cette unité est constitué exclusivement de huit chambres d'isolement et les patients qui s'y trouvent n'y disposent pas de chambre d'hospitalisation. Les portes de ces CI sont parfois ouvertes parfois fermées, avec un simple couloir comme espace commun et une pièce aérée permettant d'y emmener fumer (trois cigarettes par jour) les patients enfermés. Au moment du contrôle, trois personnes étaient en portes de chambre fermées et trois en portes ouvertes.

Cinq CI ont une salle d'eau accessible et trois n'ont que des WC à la turque et sont sans fenêtre, ressemblant davantage à des cellules de garde à vue, les professionnels les dénomment d'ailleurs « cellules ». Aucune CI n'a de dispositif d'appel, d'interrupteur pour allumer ou éteindre la lumière, d'horloge pour permettre de s'orienter dans le temps.



Vue d'une cellule

#### RECOMMANDATION 18

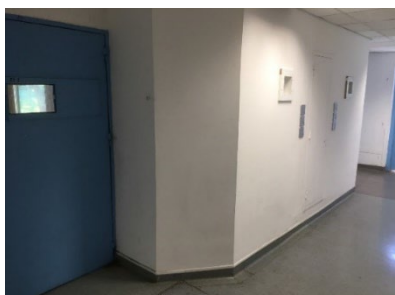
Les trois chambres d'isolement sans fenêtre ni accès à l'eau sont particulièrement indignes et ne doivent plus être utilisées.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale expose que « le projet de réhabilitation de l'unité Tokani (travaux initialement programmés en 2022) prévoit la disparition de ces trois cellules au profit d'une chambre d'hospitalisation conventionnelle et d'un bureau médical. La mise en conformité et d'adéquation de la capacité d'accueil de l'unité (...) pour sa partie soins intensifs, est prévue. Compte-tenu de sa configuration et du tableau clinique des

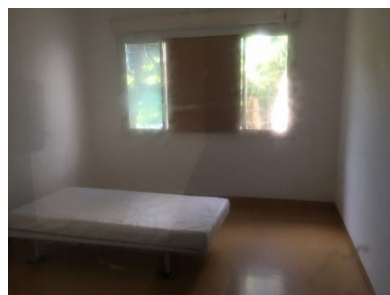
*patients qui y sont hospitalisés, ces travaux ne pourront être effectués que sous réserve du déploiement d'une unité d'accueil de suppléance au sein du Pôle de santé mentale durant la phase des travaux. »*

Au regard de la particulière indignité des trois cellules, le CGLPL considère qu'elles doivent être fermées sans attendre la mise en place effective du pôle de santé mentale.

La recommandation est donc maintenue.



*Couloir unité soins intensifs*



*CI de l'unité de soins intensifs*

Les cinq CI de l'USI ont un fenestron occultable qui permet de voir les personnes dans la salle d'eau au mépris de l'intimité et de la dignité du patient.

### RECOMMANDATION 19

L'intimité des personnes au sein des locaux sanitaires attenants aux chambres d'isolement doit être garantie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale précise que ce sujet a été abordé lors de la réunion du groupe de travail sur les droits des patients du 30 août 2022 (compte-rendu joint). Il est envisagé d'installer un volet obturateur manipulable par les soignants uniquement.

Le CGLPL salue ce projet mais maintient en l'état sa recommandation dans l'attente de la réalisation effective des aménagement envisagés.



*CI unité soins intensifs*

L'unité Manini dispose de deux CI qui permettent un accès à l'eau et aux WC mais avec les mêmes manques que les autres chambres décrites ci-dessus. Les chambres n'ont aucun mobilier sauf un lit métallique fixé au sol au milieu de la pièce, avec un matelas.

### RECOMMANDATION 20

Les chambres d'isolement doivent disposer de bouton appel, de fauteuil ou siège adapté et d'un dispositif d'aération.

Elles doivent permettre au patient d'actionner seul la lumière et l'ouverture des volets et de disposer d'une horloge-calendrier pour se repérer dans le temps.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale expose que la mise en conformité et en adéquation de la capacité d'accueil de l'unité Tokani, pour sa partie soins intensifs, fera l'objet de travaux qui ne pourront être effectués que sous réserve du déploiement d'une unité d'accueil de suppléance au sein du Pôle de santé mentale durant la phase des travaux.

La recommandation est donc maintenue en l'état.

L'établissement dispose en outre d'un lit mobile équipé de contentions pour y installer un patient des unités Apape et Kaveka et l'amener à l'isolement dans un service disposant de chambres dédiées à cet usage.

## 7.2 LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET CONTENTION NE SONT NI ANALYSEES NI RESPECTUEUSES DES RECOMMANDATIONS NATIONALES ET EUROPEENNES

### 7.2.1 La politique menée

Le projet d'établissement 2017-2022 n'aborde pas concrètement la problématique du recours à l'isolement et à la contention.

Le projet de service du département de psychiatrie d'août 2021 évoque la prise en compte et la défense des droits des patients à travers le suivi du rapport du CGLPL de 2012. En revanche, ce projet n'évoque aucune stratégie ou politique de réduction de la pratique de l'isolement et de la contention, que ce soit par la mise en place d'un registre opérationnel régulièrement analysé, par la définition d'objectifs en termes de réduction des pratiques, ou par l'adaptation des infrastructures. Le projet n'évoque dans sa partie évaluation que le taux d'occupation des CI et la durée totale des journées de contention.

Aucun rapport n'est présenté devant la commission médicale d'établissement (CME) ou devant d'autres instances.

### RECOMMANDATION 21

Un registre fiable des mesures d'isolement et de contention doit permettre une analyse régulière de la pratique et la production d'un rapport annuel sur la réduction de ces pratiques. Le rapport annuel analysant les pratiques d'isolement et de contention doit être rédigé et

présenté devant la commission médicale d'établissement, la commission des usagers et le conseil de surveillance.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale explique que depuis la mission du CGLPL, « l'outil de suivi des isolements et contentions en psychiatrie, SIP (Système d'Information en psychiatrie), développement type client WEB, a été amélioré. Pour rappel cet outil a été développé dans une volonté de mise en conformité avec les derniers textes de loi relatifs à l'isolement et à la contention par un aide-soignant de psychiatrie détaché par le cadre supérieur et avec accord du chef de service et soutien opérationnel d'un cadre de santé. Cet aide-soignant a été détaché ponctuellement et à effectif constant, du fait de ses fortes compétences informatiques, de son appétence pour le sujet et de l'absence de solutions immédiates portées par la direction du système d'information et de la relation numérique mais qui a permis les accès réseau et logiciel de développement.

« SIP » permet de tracer les isolements et contentions en psychiatrie, de générer des documents obligatoires pour faciliter leur traitement et leur signature, de générer des alertes en fonction des durées légales pour chaque indication.

Cet outil permettra également à terme au juge des libertés et de la détention d'accéder à distance aux alertes et à l'ensemble des documents numérisés. Cette faculté est soumise à l'analyse et l'accord préalable du RSSI et du DSI de la chancellerie et devra être encadré conventionnellement.

SIP peut donc dorénavant fournir des statistiques : par patients (15 données), par service (50 données), pour le département entier.

Un registre d'occupation des chambres d'isolement a également été déployé.

Les services concernés du CHPF ont par ailleurs rencontré, le 3 novembre 2022, le premier président de la cour d'appel de Papeete, sa secrétaire générale, sa greffière ainsi que le président du tribunal de première instance afin de préparer la formalisation de la procédure d'appel des décisions d'isolement et de contention. Dans ce cadre, ils ont proposé d'intervenir pour valoriser auprès des services centraux de la chancellerie l'intérêt de l'outil local SIP ».

Un rapport type des indicateurs suivis par SIP, une fiche « Isolement et contention en psychiatrie – Procédure révisée – Travaux en cours » et une note d'information DJP Nouvelle réglementation applicable sont transmis aux contrôleurs.

La recommandation est maintenue dans la mesure où l'établissement doit s'engager dans la tenue d'un véritable registre, son analyse et la production d'un rapport annuel partagé avec les instances.

### 7.2.2 Les pratiques

Les mesures d'isolement et de contention ne sont informatisées que depuis janvier 2022. Jusque-là, les mesures faisaient l'objet, mais de manière non exhaustive, d'une traçabilité sur de grands registres papiers, un pour Tokani et un pour les trois autres unités. Ces registres indiquent le nom du praticien décidant la mesure, l'heure et date de début et celle de fin mais n'indiquent pas le statut médico-légal ni l'endroit de l'isolement (CI ou hors CI). Chaque renouvellement de mesure fait l'objet d'une ligne sur les registres et les mesures ne sont pas globalisées du début jusqu'à la clôture de l'isolement. Ces registres n'ont jamais fait l'objet d'une analyse de la pratique et sont ce jour ininterprétables.

Depuis l'informatisation par l'application « SIP », les médecins tracent les mesures de manière plus exhaustive. Toutefois là encore, la compilation des renouvellements n'est pas automatiquement effectuée et une confusion existe entre mesure complète d'isolement et décisions régulières de renouvellement. Les médecins valident l'onglet isolement contention de l'application et les différentes décisions sont horodatées. Toutes les données nécessaires à l'élaboration du registre sont renseignées : les heures de décisions, l'indication de l'isolement, les alternatives conduites, la surveillance, la signature du médecin. Il manque le mode légal d'hospitalisation. Les onglets pré-remplis d'indication à l'isolement comportent des indications non recevables au regard de la réglementation (cinq sur les six) comme : « *prévention d'une rupture thérapeutique* », « *isolement intégré dans un programme thérapeutique* », « *isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues* », « *utilisation à la demande du patient qui perçoit l'aspect contenant et ou sécurisant de la mise en CI* », « *détenus en admission pour observation et évaluation des risques* ».

### RECO PRISE EN COMPTE 8

Les indications de placement en chambre d'isolement doivent respecter les prescriptions légales et les recommandations de la haute autorité de santé.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale fait valoir que « *les indications ont été actualisées pour reprendre les motifs de prescriptions identifiés par l'HAS (danger imminent pour soi ou pour autrui)*. Il s'agit désormais des seuls motifs de prescription disponibles sur SIP » comme le montre le document intitulé « Capture d'écran SIP – Indications de prescription ».

Un protocole est à disposition des soignants sur l'intranet intitulé « *contention physique et ou isolement en psychiatrie* », daté du 28 août 2019. Ce protocole reprend les indications erronées telles que mentionnées *supra* et évoque la notion d'isolement « *thérapeutique* ». Il prévoit un entretien de restitution du vécu de l'isolement pour le patient, réalisé systématiquement par l'infirmier.

En revanche, aucune procédure n'a été établie relative à la saisine systématique du JLD dans le cadre des mesures d'isolement et de contention (cf. § 8.3.2, recommandation n°35).

Peu de formations sont dispensées sur les droits et libertés des patients.

Les procédures de décision sont respectées et un médecin est toujours présent lors des placements en chambre d'isolement. La surveillance est prévue par les médecins avec deux visites physiques par vingt-quatre heures mais qui ne sont pas toujours effectives.

La surveillance par les soignants est dite réalisée toutes les heures et les relevés de constantes sont tracés ; la traçabilité de cette surveillance serait cependant récente.

#### 7.2.3 Les conditions de prise en charge

Dans la pratique, les alternatives à l'isolement ne sont pas toujours recherchées et tracées dans le dossier médical. Les chambres sont souvent utilisées en chambre hospitalière et la chambre du patient n'est jamais conservée.

Le patient peut fumer à l'extérieur mais uniquement amené par un soignant, dans l'unité Tokani, pour trois cigarettes par jour maximum seulement.



Le port du pyjama n'est pas obligatoire. Le repas est pris dans la chambre ou dans la salle commune du secteur de soins intensifs. Pour rappel, les patients n'ont pas accès à un bouton d'appel y compris lors des phases de contention.

Le médecin somaticien ne vient pas examiner les personnes en isolement.

La sortie de la chambre d'isolement est souvent réalisée sous un mode séquentiel (repas, sortie extérieure, tabac) mais sur des périodes assez longues ; la lecture du registre papier 2021 semble indiquer la multiplication de mesures d'isolement courtes (une à trois heures) de manière répétée, *en prévention des crises*, ce qui ne rentre pas dans les indications du placement en CI.

L'unité de soins intensifs, unité fermée à l'intérieur du service fermé, pose question dans la mesure où il s'agit de 8 CI sans chambre d'hospitalisation, avec juste un couloir servant d'espace de déambulation commun lorsque les portes des chambres sont ouvertes. Les patients ne disposent donc pas de réelle chambre d'hospitalisation lorsqu'ils ne sont plus en crise. Par ailleurs comme évoqué au § 7.1, trois des huit chambres sont totalement indignes et ne doivent plus être utilisées. Les patients enfermés au sein de l'unité de soins intensifs ne sortent à l'extérieur que deux heures par jour (une heure le matin et une l'après-midi) dans le patio de l'unité Tokani.

## RECOMMANDATION 22

Il doit être mis un terme à l'existence d'une unité constituée uniquement de CI. Tout patient doit disposer d'une chambre d'hospitalisation durant le temps de son placement en chambre d'isolement.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale indique que « *le projet médical du département, tel que présenté dans le cadre du Pôle de santé mentale, vise la restructuration des unités d'hospitalisations avec des chambres sécurisées réparties dans toutes les unités, pour une utilisation garantissant la disponibilité de lits d'hospitalisation classique dans tous les sites Ce projet est néanmoins impacté par la décision ministérielle qui annulerait en première instance l'existence d'un service de psychiatrie adulte dans le nouveau bâtiment PSM* ».

La recommandation est donc maintenue en l'état.

Le matériel de contention comprend des sangles cinq points avec attache ventrale, aux deux bras et aux deux chevilles, par le système à aimants.

Au moment du contrôle, il y avait cinq patients en isolement et aucune contention : trois patients étaient enfermés (dont un en cellule sans fenêtre à l'USI), un autre était enfermé à l'unité Tokani hors USI et un dernier patient était enfermé dans une CI de l'unité Manini.

### 7.3 LE REGISTRE DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION EST INEXPLOITABLE

Comme évoqué *supra*, les mesures d'isolement et de contention ne sont informatisées que depuis janvier 2022 et les registres papiers antérieurs sont ininterprétables. L'application informatique « SIP » actuellement déployée en psychiatrie adulte ne permet pas encore une extraction des données sous forme d'un registre exploitable. Au moment du contrôle, il est ainsi impossible d'appréhender les pratiques réelles d'isolement et de contention.

De même, l'outil ne permet pas encore de procéder à la saisine du JLD au-delà de quarante-huit heures d'isolement ou vingt-quatre heures de contention (*cf.* § 8.3.2) selon les prescriptions légales.

La pratique n'est jamais analysée par les soignants et aucun rapport n'est présenté à la CME et aux instances alors qu'il s'agit d'un support de l'analyse des pratiques dans les unités (cf. § 7.2.1, recommandation n°28).

## 8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 8.1 LA COMMISSION DES SOINS PSYCHIATRIQUES N'EST PAS CONSTITUEE

Lors de la précédente visite, la commission des hospitalisations psychiatriques (ex commission des soins psychiatriques) ne s'était jamais réunie malgré un arrêté du haut-commissaire de la République, en date du 7 mai 2009, portant désignation de ses membres.

Au moment du contrôle, selon les informations transmises par les services du haut-commissariat, un courrier a été adressé le 2 mars 2020 au premier président de la cour d'appel de Papeete, au procureur général ; ainsi qu'au président du conseil de l'ordre des médecins aux fins de désignation des membres de la commission. Puis, un courrier du 24 juillet 2020 informe le procureur de la République et le juge des libertés et de la détention de ce que la démarche entreprise n'a pas reçu de réponse. Il est relevé qu'en plus de la pénurie médicale, il n'existe sur le territoire aucune association agréée de personnes atteintes de troubles mentaux et de familles de ces personnes.

Or, sans commission des soins psychiatriques<sup>18</sup> le département de psychiatrie ne bénéficie d'aucun regard extérieur (visite des locaux, étude de dossiers...) et les patients sont privés d'un interlocuteur indépendant pour l'expression et le traitement de leurs réclamations.

#### RECOMMANDATION 23

Les autorités concernées par la désignation des membres de la commission des soins psychiatriques doivent se mobiliser en vue de sa constitution.

Les associations de familles de patients existantes sur le territoire doivent être accompagnées par les pouvoirs publics polynésiens dans un processus d'agrément.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale précise que cette recommandation n'est pas du ressort du CHPF mais relève des compétences du Pays.

### 8.2 LE REGISTRE DE LA LOI EST BIEN TENU ET LISIBLE

En 2012, le registre de la loi était tenu sous la forme d'un fichier Excel. Désormais, des livres sont tenus par le secrétariat du département de psychiatrie. Un même livre comprend les soins à la demande du directeur de l'établissement (SDDE) et les soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE). Un agent a la charge de leur tenue.

Le support utilisé est un registre cartonné format A2 au sein desquels à chaque feuillet correspond un patient. Les différents documents sont collés après avoir été réduits par une photocopieuse. Les patients apparaissent donc avec un numéro de registre dans l'ordre chronologique de leur arrivée. Lorsque les deux pages consacrées à un seul et même patient sont totalement remplies, la suite des documents apparaît sur le livre suivant auquel il est renvoyé, ce qui permet au registre initial de respecter l'ordre chronologique d'arrivée.

Les contrôleurs ont consulté le registre n°4 recensant les mesures prises du 27 septembre 2021 au 18 mars 2022.

<sup>18</sup> Equivalente de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP, art. L3223-1 et suivants du CSP), avec des aménagements normatifs.

Il ressort de son étude notamment que les décisions du directeur ne sont pas motivées contrairement aux arrêtés du haut-commissariat (cf. recommandation n° 8).

Le registre de la loi est globalement bien tenu et lisible. Certaines informations relatives aux mesures de protection juridique faisaient défaut ce qui a été rectifié pendant la semaine du contrôle. Cependant, ils sont difficilement manipulables ; le déploiement de la numérisation de ce registre dans le programme en cours de modernisation des systèmes d'information (SI) apparaît donc souhaitable.

### **8.3 LE CONTROLE DU JLD, EFFICIENT SUR LES DECISIONS D'HOSPITALISATION, N'EST PAS EFFECTIF SUR LES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION**

#### **8.3.1 Le contrôle de la légalité des mesures d'hospitalisation**

##### *a) Les modalités d'organisation de l'audience*

Le service du JLD est composé d'un seul juge et d'un seul greffier pour assurer le contentieux pénal et civil.

Pour les mesures de SDDE, le secrétariat du département de psychiatrie adresse au greffe du service du JLD : la saisine du JLD, les décisions d'admission, les certificats médicaux qui les fondent, un avis motivé de la requête et les notifications des décisions signées par le patient. Pour les patients en SDRE, les services du haut-commissariat assurent la saisine.

L'audience du JLD se tient toujours dans la salle de réunion du département située au rez-de-chaussée des locaux. Il peut être tenu jusqu'à trois audiences par semaine (organisées en fonction des saisines), constituées d'un à sept dossiers<sup>19</sup>.

L'avocat, très rarement choisi, rencontre le patient dans les unités. Il est destinataire d'une copie papier du dossier transmis par le greffe. 120 avocats composent le barreau de Papeete, qui organise une permanence d'avocats tous volontaires pour intervenir dans cette matière. Lors de l'audience à laquelle ont assisté les contrôleurs, une avocate était présente pour se former, aux côtés de l'avocate désignée à la commission d'office.

Le cadre supérieur de santé assiste à l'audience ou, en son absence, un cadre des unités.

Les contrôleurs ont assisté à l'audience du 26 avril 2022, au cours de laquelle quatre dossiers ont été présentés ; trois patients étaient présents et un avait fait l'objet d'un certificat d'incompatibilité délivré le jour de l'audience. Il y a peu de certificat d'incompatibilité (environ deux toutes les trois audiences). L'audience se tient porte fermée mais elle est ouverte si des personnes se présentent pour y assister.

Le juge commence l'audience en présentant l'ensemble des personnes présentes, expose avec pédagogie son rôle, précise la conformité des certificats médicaux aux dispositions légales et en explique la teneur de manière intelligible. Il s'enquiert de la façon dont se déroule l'hospitalisation et de la position du patient sur le principe de son hospitalisation. Le JLD adapte son discours à l'état du patient et à son degré de compréhension ; le temps nécessaire a été pris pour permettre au patient de s'exprimer. De plus, les soignants peuvent être invités à prendre la parole sur la situation du patient et sur son évolution afin d'éclairer le JLD.

---

<sup>19</sup> Tableau des audiences du 2 janvier 2020 au 20 avril 2022 communiqué par l'autorité judiciaire aux contrôleurs.

Il donne ensuite la parole au cadre supérieur de santé, puis à l'avocat. La décision est rendue sur le siège et expliquée au patient par le JLD. Les décisions sont imprimées et notifiées par le greffier qui remet une copie au patient et à son avocat. Le JLD peut, de manière exceptionnelle, mettre en délibéré sa décision lorsque des vices de procédure sont soulevés à l'audience. Il ne déplore aucun incident en lien avec le prononcé de la décision à l'audience.

Selon les renseignements recueillis le représentant du haut-commissariat n'assiste à l'audience qu'exceptionnellement.

Aucun tuteur ou curateur n'était venu lors de l'audience du 26 avril 2022, ni membre de la famille d'un patient.

### *b) Le contrôle de l'hospitalisation*

En 2020, 83 audiences ont été tenues, 253 décisions rendues dont 12 mainlevées – 7 sans débat suivant le certificat médical constatant que les conditions d'admission en soins psychiatriques ne sont plus réunies. Une décision de mainlevée différée de 24h pour mise en place d'un PDS était motivée par la saisine tardive du JLD portant notamment atteinte aux droits de la défense, une autre constatait la non-actualisation des pièces communiquées sur la situation du patient et une autre était motivée par l'absence d'information du patient sur ses droits qui de plus n'avait pas été en mesure de formuler des observations lors de l'établissement du certificat médical.

En 2021, 78 audiences ont été tenues, 288 décisions rendues dont 10 mainlevées – 8 sans débat. Pour les mois de janvier à mars 2022, 22 audiences ont été tenues, 83 décisions ont été rendues dont une mainlevée<sup>20</sup>. Une augmentation régulière du nombre de saisines est constatée<sup>21</sup>.

Quatre décisions de la cour d'appel, saisie par des patients, ont été transmises aux contrôleurs (une de 2020, deux de 2021 et une de 2022), confirmant les ordonnances du JLD de maintien d'hospitalisation.

Aucune motivation de décision de main levée n'est liée au contenu insuffisant des certificats médicaux. En effet, ils sont étayés comme décrivant les troubles et précisant si la personne est en capacité de comprendre sa pathologie et si elle adhère aux soins.

### **8.3.2 Le contrôle des mesures d'isolement et de contention**

Depuis la réforme de l'article L.3222-5-1 du CSP relatif aux mesures d'isolement et de contention entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2021<sup>22</sup>, modifié par la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique, le département de psychiatrie n'a pas mis en place de circuit d'information et de saisine du JLD s'agissant des mesures d'isolement et de contention renouvelées au-delà du délai légal. Le patient et ses proches ne sont pas non plus informés de la possibilité de former un recours devant le JLD.

Pourtant, le circuit de l'information et de la transmission des pièces permettant le contrôle des mesures a été prévu par le service du JLD. En effet, une réunion a été organisée avec le JLD qui a adressé un courriel au département de psychiatrie le 4 juillet 2021 explicitant les nouvelles dispositions en vigueur. De plus, la juridiction a mis en place des boîtes mail structurelles accessibles en continue à tous les greffiers de permanence (du siège et du parquet),

<sup>20</sup> Données communiquées par le service du JLD.

<sup>21</sup> Selon les données communiquées 244 décisions ont été rendues en 2017 et 202 en 2015.

<sup>22</sup> Décret d'application du 30 avril 2021.

communiquées au département de psychiatrie. Malgré cela, le JLD n'a été ni informé ni saisi d'aucune mesure d'isolement ou de contention au-delà des délais prévus par la loi depuis le mois de janvier 2021.

Au moment du contrôle, le département de psychiatrie ne dispose ni d'un registre d'isolement et de contention exploitable (cf. § 7.3) ni d'un outil informatique de gestion des délais de ces mesures ; un tel outil était néanmoins en cours de déploiement. D'ailleurs, une nouvelle réunion avec le JLD a été organisée au mois d'avril 2022 en présence de l'informaticien du département de psychiatrie, à la suite de la publication, le 23 mars 2022, du décret d'application de la dernière réforme. Il est question de créer un accès au JLD aux mesures d'isolement et de contention et aux certificats médicaux via internet en sus de la saisine qu'il devra recevoir.

Il convient de rappeler la nécessité d'appliquer le texte législatif qui instaure un recours contre les mesures les plus privatives de liberté que sont l'isolement et la contention.

#### RECOMMANDATION 24

Le juge des libertés et de la détention doit être saisi des mesures d'isolement et de contention conformément aux dispositions légales afin d'en assurer un contrôle effectif.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale explique que « *la saisine du Juge des libertés et de la détention concernant les mesures de contention et d'isolement est prévue pour être effectuée par courriel, comme pour les autres mesures relevant de sa compétence. Il sera également destinataire des alertes générées automatiquement par l'outil SIP.*

*Cet outil permettra également à terme au juge des libertés et de la détention d'accéder à distance à l'ensemble des documents numérisés. Cette faculté est soumise à l'analyse et l'accord préalable du RSSI et du DSI de la chancellerie et devra être encadré conventionnellement ».*

Le GLPL salue le dispositif en cours de déploiement et maintient en l'état sa recommandation en l'absence de précision sur la date de mise en œuvre du système d'information présenté.

## 9. LES SOINS

### 9.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT ASSURES MAIS N'INTEGRENT PAS SUFFISAMMENT LES ACTIVITES

#### 9.1.1 Le projet

Le projet d'établissement 2017-2022 indique, sans vraiment préciser les modalités concrètes de sa réalisation, les objectifs de « *promouvoir les droits des patients* » et « *l'humanisation des services d'hospitalisation en psychiatrie* ». Il évoque également le nécessaire déploiement de l'offre de soins en extra-hospitalier à travers le développement des CATTP, CMP, familles d'accueil thérapeutique, d'une offre en hôpitaux de jour dans les hôpitaux périphériques et extra-muros au regard de la prise en charge d'offre d'hospitalisation complète unique.

Concernant le département de psychiatrie adulte, un projet de service 2021 initie la démarche d'organisation de la filière. Toutefois, il n'est pas encore terminé et ne permet pas encore de percevoir l'organisation future des prises en charge, et principalement l'abord des restrictions de liberté. On n'y trouve aucune perspective de prise en compte de la thématique de l'isolement et de la contention.

#### 9.1.2 La prise en charge

Un examen psychiatrique est systématiquement réalisé lors de l'admission (dans les 24 h) et un médecin est toujours présent dans les services de psychiatrie adulte ou en consultation à proximité.

Les patients bénéficient, dans toutes les unités, d'entretiens réguliers avec un médecin psychiatre, plus ou moins fréquents selon les médecins et unités. Deux ETP de psychologues proposent des entretiens sur les quatre unités. Les consultations de psychiatre s'effectuent en présence d'un infirmier. Les patients bénéficient dans certaines unités d'entretiens infirmiers mais qui ne sont pas forcément tracés dans leur dossier.

Des réunions cliniques et de synthèse ont lieu très régulièrement dans les quatre unités et associent l'ensemble des acteurs du projet de soins : psychiatres, assistante sociale (rarement disponible), psychologues, infirmiers. Les transmissions entre équipes de soignants bénéficient d'un temps dédié. Des réunions associent régulièrement les équipes intra et extra-hospitalières pour préparer les sorties des patients.

Le médecin généraliste ne participe pas, faute de temps, aux réunions cliniques et au suivi du projet de soin au sein des unités.

Des réunions institutionnelles permettent d'évoquer les difficultés de prise en charge ou échanger autour de certaines pratiques.

Les projets de soins individualisés sont discutés lors de réunions collégiales et proposés au patient. Ils ne sont pas souvent formalisés ni soumis à la signature du patient.

Des réunions soignants-soignés ne se tiennent que dans l'unité Apape, chaque semaine durant une demi-heure.

## RECOMMANDATION 25

Des réunions soignants-soignés doivent être organisées dans toutes les unités.

Les familles et proches de la personne hospitalisée sont fortement associés aux soins et peuvent assister aux consultations contrairement à la personne de confiance (cf. § 9.2). Le concept de médiateur pair n'est pas développé.

Le principe d'infirmiers référents n'est pas utilisé.

### 9.1.3 Les patients dont les besoins sont en inadéquation avec la structure

Au moment du contrôle, cinq patients sont hospitalisés alors même que leurs besoins de santé relèvent d'une prise en charge de type médico-social ou social, inexistante en Polynésie. Certains subissent des phases d'enfermement importantes par défaut de professionnels pouvant assurer un accompagnement individualisé, de type éducateur.

## RECOMMANDATION 26

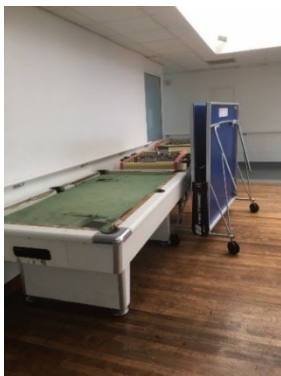
La filière de psychiatrie adulte doit comporter des modalités de prises en charges sociales et médico-sociales adaptées au public nécessitant de tels dispositifs.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale explique que cette recommandation relève des compétences Pays. Par ailleurs, en ce qui concerne le CHPF, elle expose qu'« une prise en charge éducative est effectuée en équipe ambulatoire de réhabilitation depuis 2020. Une prise en charge sociale est faite actuellement par une assistante sociale en intra sur le CMP. Depuis 2021, un poste d'assistant de service social a également été ouvert sur l'ESPER, l'EMR et le CMP de l'antenne de la presqu'île », comme le démontrent les fiches de postes et l'organigramme de la DJP transmis aux contrôleurs.

Le CGLPL maintient sa recommandation à l'attention des pouvoirs publics de Polynésie française.

### 9.1.4 Les activités occupationnelles et thérapeutiques

Les unités disposent d'espaces permettant des activités occupationnelles ou thérapeutiques. En dehors des salons de télévision, les unités comportent baby-foot, ping-pong, jeux de société, petite bibliothèque. Le matériel est en état de fonctionnement ; l'offre est cependant pauvre. Très peu d'activités sont proposées dans les unités pour les patients, quel que soit leur statut (soins libres ou sans consentement) et les patients ont paru souvent désœuvrés.



Billard et ping-pong



Salle d'activité thérapeutique



Bibliothèque d'une unité



Les ergothérapeutes proposent une palette d'activités thérapeutiques variées du lundi au vendredi par groupe de trois à huit personnes : atelier cuisine, jardin thérapeutique, bricolage, soins esthétique et revalorisation, relaxation, gym douce, sorties thérapeutiques. Les séances sont prescrites par les médecins. Des séances d'une heure trente sont organisées au sein des services, mais aucun planning n'est affiché. Ils ont effectué 2 924 séances en 2021 dont 1 821 pour l'unité Tokani, pour une file active de 333 patients. Les deux postes d'aide-soignant sont vacants depuis deux ans et seuls les deux ergothérapeutes permettent ces activités au profit de tous les patients. Les ergothérapeutes participent aux réunions cliniques hebdomadaires dans chaque service mais n'écrivent pas de synthèse dans le dossier du patient. Pour exemple, quatre des treize patients d'une unité avaient accès à de l'ergothérapie.

Chaque semaine, un repas thérapeutique est organisé pour six patients.

Les unités du pôle ne disposent pas d'un budget annuel permettant des activités thérapeutiques. Les soignants doivent faire des demandes pour chaque projet et ne peuvent dépasser 3 000 XFP par projet ce qui est rapporté souvent comme insuffisant.

Les activités ne sont pas intégrées dans le projet de soins des patients de façon formelle ni précocement dans la prise en charge et il n'y a aucune offre d'activité physique et sportive.

### RECOMMANDATION 27

Les activités thérapeutiques doivent être inscrites dans une organisation permettant qu'elles soient pérennes, régulièrement proposées aux patients et diversifiées.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale expose que depuis la mission du CGLPL, « une demande de surcroît d'activité a permis l'embauche d'un 3<sup>ème</sup> ergothérapeute du 01/08/2022 au 31/12/2022 ce qui a permis de développer et diversifier les activités thérapeutiques au sein des unités, avec notamment la mise en place d'activités physiques, au regard des compétences de l'agent recruté ». Elle ajoute que « l'objectif est de pouvoir pérenniser ce poste, un projet de création d'un plateau technique d'ergothérapie ayant été proposé lors du dialogue de gestion. Les projets de la psychiatrie (ergothérapie, jardins, ambulatoire à Taravao, etc.) ont été retenus dans les arbitrages internes du dialogue de gestion et donc défendus par notre établissement dans l'expression de besoin auprès de la tutelle et du financeur. La demande de financement pour le projet d'ergothérapie s'élève à neuf millions de francs pour deux ergothérapeutes, l'arrivée des ergothérapeutes devant se faire comme proposé par la psychiatrie de manière séquencée, l'un au premier trimestre 2023 et l'autre au 3<sup>ème</sup> trimestre.

Des ateliers informatiques vont démarrer en janvier 2023 pilotés par un animateur en contrat aidé par le pays (CVD). Cette action figure dans le projet de service de la direction juridique. L'une des missions de cet animateur sera de développer des actions éducatives en faveur des patients hospitalisés en psychiatrie ».

Au regard de ces explications et des documents versés à leur appui, la recommandation est considérée comme prise en compte.

#### 9.1.5 Le circuit du médicament

Le circuit du médicament et des produits pharmaceutiques est géré par la pharmacie à usage intérieur (PUI) du CH. Cinq ETP de pharmaciens, trois internes de pharmacie et 19 préparateurs assurent leurs missions sur l'ensemble de l'établissement.

La conciliation médicamenteuse est développée, mais pas en psychiatrie.

Les pharmaciens peuvent procéder à la validation pharmaceutique de 100 % des prescriptions (sur le DMP Web). Le pourcentage des propositions d'optimisation thérapeutique acceptées par les prescripteurs contactés n'a pu être communiqué.

Les pharmaciens ne participent jamais aux réunions cliniques en psychiatrie.

### RECOMMANDATION 28

La conciliation médicamenteuse doit être proposée en psychiatrie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale fait valoir que depuis la mission du CGLPL, l'achat du module de conciliation produit par « Hôpital Manager » (HM) a été évalué par le Chef de service de la Pharmacie (...), notamment dans le cadre de la certification ISO 9001 en cours dans le secteur de Pharmacie. La phase Beta a été vue par le Dr. DUPIRE en formation en métropole en septembre 2022. Un outil de repérage, de traçabilité et d'analyse devient obligatoire. La pertinence de l'achat est en cours d'évaluation au sein du CHPF ».

Un devis du 7 octobre 2022 intitulé « Conciliation médicamenteuse Hopital Manager (HM) » est versé.

Le CGLPL salue les démarches engagées mais maintient en l'état sa recommandation dans l'attente de la mise en place effective de cette conciliation.

Une commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) se réunit plusieurs fois par an par spécialité. Un psychiatre en est membre et y participe effectivement.

Les médicaments sont fournis aux services hospitaliers en dotation globale (non individuelle). Les piluliers sont préparés par l'équipe IDE de nuit.

## 9.2 LE CONSENTEMENT AUX SOINS DU PATIENT N'EST PAS SUFFISAMMENT RECHERCHE

La recherche du consentement est perfectible, tout d'abord dans l'explication des certificats médicaux lors de leur rédaction et dans le recueil des observations du patient qui sont parfois inscrites dans les dossiers médicaux mais jamais consignées dans les certificats. D'autant que ces certificats médicaux ne sont pas remis au moment de la notification des décisions prises par le directeur (ils sont joints ou recopiés pour les SDRE, cf. § 4.3.2). Ces « observations » sont formellement mais trop tardivement recueillies dans la notification de décision du directeur sur les formulaires utilisés.

La recherche du consentement bénéficie le cas échéant de l'aide de la personne de confiance qui n'est pas toujours proposée lors de l'admission ou dès que l'état clinique du patient le permet. Cette personne n'est que peu désignée même si la notion de personne de confiance est clairement expliquée dans le livret d'accueil. Le formulaire de désignation, qui n'est pas remis, indique que la personne de confiance doit être contactée par le patient pour recueillir son acceptation, mais cette acceptation n'est pas tracée. La notion même de personne de confiance est peu comprise par les soignants et peu utilisée au sein de la prise en charge. Pourtant la fiche soignante de recueil de données distingue parfaitement la personne à prévenir et la personne de confiance.

Par ailleurs, l'établissement n'a pas mis en place les directives anticipées en psychiatrie en cas de crise (ou plan de prévention des crises). Ces directives sont d'autant plus importantes à recueillir

que l'information des tiers lors des phases d'isolement est conditionnée à la volonté du patient qui doit être recueillie avant la période de crise et reformulée lors de celles-ci.

### RECOMMANDATION 29

La recherche du consentement et de l'adhésion aux soins doit s'appuyer sur la mobilisation de la personne de confiance et la mise en place de directives anticipées en psychiatrie ou plan de prévention des crises.

Concernant le consentement aux traitements, quelques prescriptions de traitement injectable en « si besoin » sont établies.

### RECO PRISE EN COMPTE 9

La mise en œuvre de prescription d'injection « si besoin », sans la recherche du consentement par le médecin, doit être prohibée.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale indique que « *le consentement est systématiquement recherché lors de la prise de médicament, y compris en cas d'urgence. La voie injectable reste une solution de dernier recours, en cas de refus persistant et de risque imminent sur le plan comportemental. Les médicaments injectables relevant de l'urgence sont désormais prescrits de manière ponctuelle, uniquement dans le cadre d'un risque imminent pour le patient ou pour autrui.* La note de travail n°99/PSY/22JS/jrh relative au rappel sur les modalités de prescriptions des traitements « si besoin » est transmise aux contrôleurs.

La recommandation est considérée comme prise en compte.

Au sein des services, la distribution des médicaments s'effectue de manière individualisée grâce à un chariot mobile à proximité du réfectoire ; toutefois, dans certains services, cette distribution ne respecte pas la confidentialité, les patients prenant leur traitement en file indienne.

Les pharmaciens ne participent pas aux réunions cliniques et ne réalisent pas de séances de conciliation médicamenteuse.

## 9.3 LES SOINS SOMATIQUES NE SONT QUE PARTIELLEMENT ASSURES

Les soins somatiques sont dispensés au sein des quatre unités d'hospitalisation complète par un médecin généraliste (pour 1 ETP), présent en semaine et qui effectue des visites dans les services deux fois par jour. Il n'y a pas de consultation systématique de toutes les admissions et des sorties mais le médecin généraliste répond à toutes les demandes des soignants et analyse tous les électrocardiogrammes ; il ne vient pas examiner les patients admis en chambre d'isolement ni les patients contentionnés.

Le praticien dispose d'un bureau à proximité des unités mais qui héberge le photocopieur de l'étage. Il accède aux dossiers (papier) des patients et prescrit sur le DMP Web.

Le somaticien s'assure de l'existence ou non d'une contraception et, le cas échéant, propose sa mise en place via un rendez-vous auprès des gynécologues présents au centre hospitalier. Il ne participe pas aux réunions cliniques mais a un temps d'échange formel une fois par semaine avec le chef de pôle. Il n'y a pas d'action d'éducation à la santé formalisée.

Le médecin généraliste gère également l'accès aux autres soins spécialisés dispensés au sein du CH. Aucune difficulté d'accès aux soins n'est rapportée.

### RECOMMANDATION 30

Le temps médical dévolu aux soins somatiques doit permettre l'exercice de toutes les missions relevant de cette spécialité ; le médecin doit examiner tous les patients admis, ceux isolés ou contentionnés et participer aux réunions cliniques, y compris celles préparant la sortie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale expose que « pour une prise en charge optimale, la prise en charge somatique demande une évaluation clinique de dépistage puis des évaluations régulières chez des patients dont les soins psychiatriques sont importants. Ce sont des patients en rupture de soins et de suivi sur le plan général. Bien que le médecin somaticien ne puisse faire des examens cliniques systématiques de tous les patients isolés, son temps de présence étant limité. Une visite est réalisée deux fois par jour dans chaque secteur. Ces moments permettent d'observer les patients dans le cadre hospitalier, d'échanger sur les situations cliniques et d'orienter les consultations de médecine somatique. Dans ces moments une sensibilisation des soignants est faite très régulièrement sur les problématiques de constipation, de risque de fausse route, de rétention urinaire. Pendant la période Covid, un temps dédié IDE, a permis de proposer et de surveiller les vaccinations de tous les patients hospitalisés.

En attente du renforcement d'un temps médical et paramédical, ou de la création d'une unité somatique, le médecin somaticien est souvent joignable par téléphone au-delà des horaires de présence. De plus, chaque soignant bénéficie régulièrement d'une formation aux situations d'urgences, sur stimulateur et au sein du département de psychiatrie adulte par le CESU. Ils participent à mises en situation avec l'utilisation du chariot d'urgence.

Un projet d'équipe de coordination somatique avait été proposé et identifié comme nécessaire par le CREDES (PP3) avec infirmier, kiné, diététicienne et secrétaire.

Les actions proposées par le médecin somaticien sont les suivantes. Elles n'ont pour autant pas été présentées en dialogue de gestion par le service :

- Proposition de temps médical supplémentaire : pour permettre une évaluation de chaque patient dans sa globalité (médicale et thérapeutique) à l'entrée et régulièrement au cours de l'hospitalisation ; pour permettre des temps de coordination avec les différents acteurs du parcours de soins extrahospitaliers des patients (médecins référents, dispensaires, infirmiers libéraux et pharmacie de proximité du lieu de vie des patients) ; pour participer aux staffs de service pour sensibiliser les soignants à l'importance des soins somatiques en psychiatrie ; pour animer des groupes de travail par exemple sur la diététique, l'hygiène, la prévention des MST ; pour participer à des discussions éthiques sur la sexualité, la limitation des soins sur des situations particulières.
- Proposition ETP infirmiers avec des rôles définis de coordination, d'éducation thérapeutique ;
- Proposition d'avoir d'un temps de secrétariat pour gérer l'administratifs
- Proposition d'avoir des temps dédiés à des diététiciennes et des kinés sensibilisés à la maladie mentale ;
- Aménagement d'espace de consultations à proximité des unités fermées pour examiner les patients dans des conditions correctes ;

- *Réflexion sur l'aménagement des services pour pouvoir accéder aux dossiers médicaux et à l'informatique pendant les temps d'entretiens. »*

Le CGLPL salue les démarches et réflexions engagées en vue de l'amélioration de la prise en charge somatique des patients en psychiatrie mais maintient la recommandation en l'état.

## 9.4 LES PROGRAMMES DE SOINS SONT UTILISES MAIS SANS PRECISION DE LEURS DUREES ET LE COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE N'EST PAS MIS EN ŒUVRE

### 9.4.1 La préparation à la sortie

Des réunions de synthèse sont organisées avec les services extra-hospitaliers pour préparer la sortie. L'unique ASS tente d'assurer la continuité de l'accompagnement social, notamment dans l'accès au logement et à l'hébergement.

Les permissions de sortie accompagnées de courte durée et les sorties non accompagnées de moins de 48 heures sont utilisées pour préparer la sortie et ne font pas l'objet de refus fréquents du haut-commissaire. Sur quatre mois en 2022, 37 sorties de moins de 12 heures, 48 de moins de 48 heures et 4 sorties thérapeutiques ont été recensées.

Les PDS sont également utilisés pour préparer la sortie d'hospitalisation des patients en SSC et respectent le cadre réglementaire, étant exclusivement ambulatoires. En revanche, les décisions ne précisent pas la durée de la mesure.

Pour les patients en SDRE, les services du haut-commissariat confirment que les durées sont rarement précisées. En revanche, il arrive que les arrêtés précisent les interdictions judiciaires auxquelles la personne est soumise. Par ailleurs, pour les demandes de réexamens au titre de l'article L 3213-9-1 du CSP, sur 41 patients suivis en 2021, le haut-commissariat a sollicité à sept reprises un deuxième avis lors des demandes de levées. Cette démarche étant réservée aux patients présentant des profils particuliers dont la « dangerosité »<sup>23</sup> a été particulièrement caractérisée lors de l'hospitalisation sous contrainte et/ou au regard des antécédents de la personne.

C'est généralement l'absence d'indication au sein du CM quant aux conditions de sorties (maintien en hospitalisation libre le cas échéant, lieu de domicile, conditions de poursuite des soins en milieu ordinaire...) qui président à ces demandes de réexamen. Le deuxième CM, même s'il n'est pas plus étayé, oblige le haut-commissariat qui prend alors attache du parquet et/ou de la gendarmerie soit pour une éventuelle reprise de garde à vue, soit pour appeler à une vigilance particulière lors du retour à domicile notamment dans les îles pour lesquelles la couverture médicale se résume parfois à un infirmier en dispensaire.

---

<sup>23</sup> Pour illustrer ce point, les services du haut-commissariat ont donné l'exemple d'une personne hospitalisée depuis près de 30 ans, ayant effectué, au cours de son hospitalisation, six séjours en UMD (onze ans au total) dont le dernier a pris fin en octobre 2021. Le certificat préconisant la levée de la mesure ne précisait ni le lieu de domicile ni les modalités d'un programme de soin. Par ailleurs, l'intéressé n'a jamais bénéficié de sorties sinon d'accompagnement à des rendez-vous médicaux dans le service de médecine somatique de l'hôpital.

### RECOMMANDATION 31

Les décisions plaçant un patient en programme de soins doivent, comme toute mesure restreignant les libertés, être limitées dans le temps.

Les possibilités de prise en charge en aval de l'hospitalisation complète ne sont pas suffisantes (cf. § 9.1.2) et ne permettent pas d'apporter une réponse à certaines situations individuelles.

L'offre sociale et médico-sociale est concentrée sur les familles d'accueil, cette dénomination rassemblant néanmoins des prises en charge disparates : certaines familles d'accueil agréées ont en charge deux à trois personnes, d'autres unités de vie accueillent jusqu'à dix personnes ; les allocations adultes handicapés sont mobilisées pour le financement de la prise en charge et sont souvent « mutualisées » à l'échelle du foyer qui peut comprendre de nombreux membres de la famille.

### RECOMMANDATION 32

Les patients en SSC doivent pouvoir bénéficier d'une offre sociale et médico-sociale leur permettant de poursuivre les soins en ambulatoire dès que leur état le permet.

Les structures d'accueil existantes, notamment les familles d'accueil, doivent être formées, agréées et contrôlées.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale indique que cette recommandation relève des compétences du Pays. Elle précise que « *le CHPF est parfaitement conscient de l'insuffisance d'offre de prise en charge des patients atteints de troubles psychiques, couplée à l'insuffisance de contrôle exercé sur les lieux d'accueil et d'hébergement, souvent chez des loueurs privés. Un courrier est adressé chaque année au ministère de la Santé pour état des lieux* », comme le démontrent les deux courriers transmis aux contrôleurs.

Le CGLPL maintient sa recommandation à l'attention des pouvoirs publics de Polynésie française.

La Polynésie française ne compte aucun établissement médico-social adapté aux personnes souffrant de handicap psychique : foyer d'accueil médicalisé, maison d'accueil spécialisée, foyer de vie ou EHPAD. Par ailleurs, les orientations vers des unités pour malades difficiles (UMD) dans l'Hexagone n'aboutissent presque jamais – deux en sept ans.

Une fiche « *macrocible de sortie* » est renseignée par les soignants lors de la sortie du patient ; cette fiche précise les structures de prises en charge potentielles et leurs coordonnées ainsi que les dates des prochains rendez-vous pris. Ainsi l'équipe mobile de réhabilitation (EMR), l'antenne de la Presqu'île (API), une visite à domicile (VAD), l'équipe mobile d'intervention (EMI) ou encore l'équipe d'évaluation et de suivi des psychoses émergentes (ESPER) peuvent être mobilisées.

#### 9.4.2 Le collège des professionnels de santé

Le collège des professionnels de santé n'est ni connu ni mis en œuvre.

## RECO PRISE EN COMPTE 10

Le collège des professionnels de santé doit se réunir en vertu de l'article L 3212-7 du code de la santé publique.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale fait valoir que « *la note d'information n°2980/2017/DIR/NI/VB (transmise aux contrôleurs) du 20 décembre 2022 relative à la réglementation applicable relative à l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ADRE) précise au point 1.3 point 4 (pages 5 et 6) et point 5 (pages 7 et 6 notamment) les modalités concernant le collège des professionnels. Un rappel d'application de ces modalités et de leur mise en œuvre a été fait au service de psychiatrie afin que soit remis en place ce collège comme cela était fait ante-covid en 2020 (notamment le 12 février 2020) ».*

En conséquence, la recommandation est considérée comme prise en compte.

## 10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

### 10.1 DES MINEURS SONT HOSPITALISES DANS DES UNITE POUR ADULTES

Au moment du contrôle, il n'existe pas d'unité d'hospitalisation complète pour les mineurs.

L'unité de pédopsychiatrie qui est rattachée au département de psychiatrie assure des consultations en ambulatoires pour les mineurs<sup>24</sup> y compris dans les archipels.

En principe, les enfants âgés de moins de 16 ans sont hospitalisés dans le service de pédiatrie qui est un service ouvert, disposant de vingt-six lits<sup>25</sup>. Il est le seul service de pédiatrie de Polynésie française et accueille donc tout type de pathologie ; la tension sur les lits est particulièrement importante. Les parents peuvent rester auprès de leurs enfants comme à l'UHCD. Lorsqu'ils ne sont pas autorisés à entrer en contact (maltraitance, relation toxique, etc.), la prise en charge est dégradée, une IDE intervenant pour onze lits. De plus, au moment du contrôle il n'y avait plus d'éducatrice ni d'institutrice (en arrêt maladie) au sein du service.

Le service de pédiatrie prend en charge en moyenne entre six et dix mineurs par mois présentant un trouble psychiatrique, qui peuvent rester trois à quatre mois alors que la DMS en pédiatrie est de 2,5 jours. Les équipes de pédopsychiatrie (IDE, médecin, éducateur) s'y déplacent quotidiennement et les prescriptions sont délivrées par les médecins pédopsychiatres qui décident également de la levée de l'hospitalisation.

Pour les 16-18 ans hospitalisés à l'UHCD, leurs parents ont la possibilité de rester dormir avec eux (sauf contre-indication) (cf. § 4.1.1, bonne pratique n°1).

Néanmoins, il n'y a pas d'astreinte de pédopsychiatres la nuit et le week-end ce qui peut rendre la prise en charge compliquée en pédiatrie, en cas de crise, de velléité de fugue ou de tentative de suicide notamment. Pour autant, il n'y a jamais eu de transfert d'un mineur en chambre d'isolement depuis le service de pédiatrie. Il est en revanche arrivé que les pédopsychiatres décident d'une contention au lit d'hospitalisation dans des situations extrêmes de crise.

Lorsque l'état clinique du mineur nécessite un cadre plus contraint, il est hospitalisé en unité pour adultes. Le département de psychiatrie et le service de pédiatrie ont le souci de limiter de telles prises en charge : 19 en 2019, 11 en 2020, 12 en 2021. Cependant, ces hospitalisations mettent en difficulté les équipes et les mineurs ne bénéficient pas d'une prise en charge adaptée (pas d'accès à des activités adaptées à leur âge, vulnérabilité liée à l'âge). Des courriels de la DJP de novembre 2018 et du mois d'avril 2022 rappellent le principe de séparation des mineurs et des majeurs lors de l'hospitalisation. La position du CGLPL est par ailleurs rappelée et le rapport sur les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale est diffusé.

#### RECOMMANDATION 33

Un mineur ne doit pas être hospitalisé dans une unité pour adultes.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale indique qu'en l'état, « les unités de psychiatrie adulte restent les seuls lieux de soins permettant la prise en charge de mineurs »

<sup>24</sup> Malgré leur demande, les contrôleurs n'ont pas rencontré de médecin pédopsychiatre. Le projet médical 2022-2023 de l'unité a été communiqué aux contrôleurs.

<sup>25</sup> Dont quatre de soins intensifs.



*présentant des troubles du comportement ou un risque de fugue avec mise en danger. Le Pôle de santé mentale prévoit la création d'une unité d'hospitalisation complète pour adolescents, dont l'ouverture est annoncée début 2024, qui permettra de mettre un terme à ces prises en charge en secteur adulte ».*

Le CGLPL salue le projet d'une unité d'hospitalisation en pédopsychiatrie mais maintient en l'état sa recommandation dans l'attente de son ouverture.

Dans le cadre du Pôle de santé mentale, une unité de six lits d'HC permettra une prise en charge spécifique. Néanmoins, deux chambres d'isolement sont prévues ce qui paraît disproportionné, alors qu'aucune chambre d'apaisement alternative à l'isolement n'est prévue pour ce public particulièrement vulnérable.

### RECOMMANDATION 34

L'unité d'hospitalisation pour mineurs doit comporter un espace d'apaisement, alternatif à l'isolement qui doit rester exceptionnel.

*Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale précise que « l'unité d'hospitalisation pour adolescents comprendra uniquement des chambres individuelles afin de permettre un retrait du patient dans cet espace dédié. Une chambre d'apaisement est également prévue avec prise en charge des patients accompagnés systématiquement de soignants. Celle-ci peut se transformer en chambre d'isolement si nécessaire ».*

Le CGLPL maintient en l'état sa recommandation compte tenu des incertitudes pesant sur l'évolution du projet de Pôle de santé mentale.

Enfin, plusieurs projets ont été présentés pour améliorer le repérage des troubles et leur prévention : création d'un réseau de psychiatrie périnatale polynésienne, création d'un centre de diagnostic et d'orientation précoce pour les 0 à 3 ans.

## 10.2 LES DROITS DES PATIENTS DETENUS SONT RESTREINTS DURANT LEUR HOSPITALISATION

L'établissement peut être amené à accueillir des détenus en provenance du centre pénitentiaire Nuutania de Faa'a et du centre de détention Tatutu de Papeari. Ces patients sont conduits à l'hôpital par une escorte de l'administration pénitentiaire, ce qui constitue une singularité.

Selon les éléments communiqués, six patients détenus ont été hospitalisés dans le service de psychiatrie en 2021 et trois durant les quatre premiers mois de 2022. Les durées d'hospitalisation seraient, en règle générale, « d'une à deux semaines au maximum ». Il n'existe pas d'UHSA<sup>26</sup> de rattachement en Polynésie.

Tous les patients détenus sont admis au sein du secteur de soins intensifs de l'unité Tokani et ils y restent tout au long de leur hospitalisation. Contrairement à ce qui avait été constaté lors de la précédente visite, les patients détenus ne sont pas nécessairement placés à l'isolement à leur arrivée ni affectés dans les chambres dénommées « cellules ». Les détenues femmes y sont cependant souvent mises « pour être à proximité immédiate du poste de soins ».

Si l'hôpital a rédigé un protocole sur la prise en charge des patients détenu, celui-ci porte quasiment exclusivement sur les services de MCO, la psychiatrie n'y étant évoquée que d'une

<sup>26</sup> UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée.

ligne : « *Hospitalisation en réanimation et psychiatrie : toute la réglementation concernant la prise en charge du patient détenu s'applique à ces types d'hospitalisation, en prenant toutefois en compte les spécificités de chacune.* » Faute de procédure claire et en l'absence de fiche de liaison avec l'établissement pénitentiaire, le service de psychiatrie ne dispose d'aucune information sur la situation pénale du patient-détenu et certains de ses droits sont suspendus durant son séjour en psychiatrie : ainsi, le patient détenu n'a-t-il ni droit de visite, ni accès au téléphone. Il a été affirmé que la possibilité de converser avec l'avocat serait malgré tout garantie. S'il dispose de tabac, le patient-détenu sera autorisé à fumer « *dans les mêmes conditions que les autres patients de l'unité* » (trois cigarettes par jour).

### RECO PRISE EN COMPTE 11

Les droits fondamentaux des personnes détenues doivent être maintenus durant leur hospitalisation, notamment ceux relatifs aux visites, au téléphone et à la correspondance.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice générale précise que « *les informations relatives aux informations des droits de visites et des interdictions de contact n'étaient pas systématiquement transmises aux services d'hospitalisation en charge de l'accueil des patients. Un travail en collaboration avec les chefs d'établissement pénitentiaires est en cours de consolidation par la cadre référente des USMP, pour faciliter le circuit de transmission de ces informations essentielles à la qualité de prise en charge des patients tout en respectant les contraintes judiciaires (...).* »

Sont versés à l'appui de ces observations, la demande émise auprès des chefs d'établissement de transmettre les informations relatives aux droits de visite et l'accord de transmission des éléments par le centre pénitentiaire via mail générique.

Au regard de ces éléments, la recommandation est considérée comme prise en compte.

## 11. CONCLUSION

Le contrôle s'est déroulé dans d'excellentes conditions. Les échanges ont été riches et transparents.

Après deux années de crise sanitaire qui ont ralenti plusieurs projets, le département de psychiatrie du CHPF est inscrit dans une nouvelle dynamique de remise en question des pratiques existantes afin d'améliorer la prise en charge des patients.

Le défi doit être impérativement relevé, nonobstant certaines résistances aux changements engagés, liées à une culture professionnelle qui favorise les restrictions dans la vie quotidienne des patients et un recours à l'enfermement.

Au quotidien, les équipes au sens large sont très investies auprès des patients. Les soignants sont accessibles, ils répondent à leurs sollicitations qui peuvent être continues. Les médecins sont accessibles pour les équipes et les patients malgré le sous-effectif.

Les nombreux projets portés par le département de psychiatrie, soutenus par le CHPF, dans l'intérêt de l'amélioration de la prise en charge des patients, démontrent un réel engagement des professionnels.

Des axes d'amélioration sont attendus dans la prise en charge quotidienne des patients sur les principales thématiques suivantes : qualité de l'offre d'hébergement, individualisation des restrictions à la liberté d'aller et venir et dans la vie quotidienne, information des patients sur leurs droits, réduction des mesures d'isolement et contention sur la base d'un registre exploitable et exploité. La modernisation et l'instauration de systèmes d'information facilitera les évolutions à venir.

Le projet de Pôle de santé mentale, s'inscrivant dans le plan de santé mentale, est l'occasion d'une refonte du projet de service et de l'élaboration d'un projet médico-soignant ambitieux. Il paraît donc indispensable, qu'avant l'ouverture du bâtiment au mois de juillet 2023, soit clarifiée l'organisation, la gouvernance du pôle et le financement des soins dispensés dans les locaux situés sur l'emprise du CHPF. Les orientations prises devraient favoriser la cohérence de la filière en psychiatrie.

De nombreuses recommandations sont d'ores et déjà prises en compte, d'autres sont en cours de prise en compte et certaines le seront dans le cadre du Pôle de santé mentale.

16/18 quai de la Loire  
CS 70048  
75921 PARIS CEDEX 19  
[www.cglpl.fr](http://www.cglpl.fr)