

Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Recommandations du 14 mars 2019 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relatives au centre hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne (Guyane)

NOR : CPLX1929918X

Le centre hospitalier Andrée Rosemon (CHAR) de Cayenne (Guyane), a été visité par quatre contrôleurs du contrôle général des lieux de privation de liberté du 5 au 12 octobre 2018.

Les constats opérés lors de cette visite ont donné lieu à l'élaboration d'un rapport provisoire communiqué à la direction du centre hospitalier et à la directrice générale de l'agence régionale de santé de Guyane le 24 décembre 2018. Ils ont respectivement répondu les 30 janvier et 12 février 2019 ; leurs observations ont été prises en compte.

Le rapport de visite définitif et les recommandations qui l'accompagnent ont été adressés le 14 mars 2019 à la ministre des solidarités et de la santé qui n'a fait part d'aucune observation en retour.

A la suite de cette procédure, conformément à l'article 10 de la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté publie les recommandations suivantes.

*
* *

Les services de psychiatrie du CHAR de Cayenne sont regroupés au sein d'un pôle qui comprend six unités de psychiatrie adulte (84 lits d'hospitalisation temps complet) et une unité de pédopsychiatrie (10 lits d'hospitalisation temps complet).

Les constats les plus graves, objets des présentes recommandations, concernent l'accès aux soins médicaux, les pratiques d'isolement et les locaux dans lesquels ces isolements sont opérés. Les présentes recommandations ont été adressées à la ministre des solidarités et de la santé après consultation de la directrice générale de l'agence régionale de santé de Guyane et de la directrice du centre hospitalier Andrée Rosemon de Cayenne (Guyane).

La directrice du CHAR et la directrice générale de l'ARS de Guyane n'ont pas contesté les constats ni les recommandations ici mentionnées. Elles en ont pris acte en visant d'une part à mettre en place au sein du CHAR « un nouveau fonctionnement du pôle qui sera totalement effectif à partir du mois de février 2019 » et d'autre part au niveau régional à « renforcer rapidement le respect des droits et de la dignité des patients, bien que ces sujets, et les investissements nécessaires ne fassent l'objet d'aucune trace dans les COPERMO [comités interministériels de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers] récemment signés » et à faire « figurer ce sujet en bonne place dans les CPOM [contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens] ».

1. L'accès aux soins psychiatriques est déficient au CHAR de Cayenne.

L'offre de soins psychiatriques de Guyane pour les soins sans consentement se concentre sur le CHAR de Cayenne, le centre hospitalier de Saint-Laurent du Maroni, éloigné de 250 km, n'hospitalisant en psychiatrie que des patients en soins libres. Il n'y a pas d'offre privée alternative. Le département ne propose que deux maisons d'accueil spécialisées mais sans place à orientation psychiatrique ; il n'existe pas de foyer d'accueil médicalisé ni de centre d'accueil thérapeutique à temps partiel. Les capacités de prise en charge en structures extra-hospitalières ne permettent pas d'apporter de réponse aux besoins de soins des patients, et occasionnent un recours à l'hospitalisation trop fréquent ou trop long. Les urgences psychiatriques proposent néanmoins des consultations ambulatoires pour les patients sortants pour lesquels le délai de rendez-vous dans un centre médico-psychologique – de l'ordre de trois mois – est trop long.

Dans les unités d'hospitalisation de psychiatrie, l'accès à un médecin n'est pas assuré quotidiennement. La continuité des soins n'est donc pas garantie ; l'accès à des entretiens avec un psychologue n'est pas non plus partout possible.

En l'absence de médecin généraliste dans le pôle, les patients n'ont accès aux soins somatiques qu'à l'entrée du CHAR au service des urgences, puis lors des transferts vers ce service durant l'hospitalisation en cas de problème soulevé par le psychiatre. Les patients en chambre d'isolement ne sont jamais vus par un somaticien.

Enfin, les patients ont accès à trop peu d'activités, qu'elles soient occupationnelles ou thérapeutiques. Ils déambulent souvent dans le service seuls et l'ennui est la règle, malgré l'existence d'une unité d'activité thérapeutique qui n'est pas suffisamment sollicitée au profit des patients de toutes les unités de psychiatrie. L'investissement aléatoire des praticiens pour ces activités nuit à leur intégration dans les projets de soins individualisés. Celles réalisées par les soignants dans certaines unités sont financées par ces agents eux-mêmes pour acheter le matériel nécessaire en l'absence de crédits fournis par le CHAR (par exemple, achat d'un four à micro-onde pour remplacer une gazinière).

2. Les pratiques d'isolement sont abusives, dépourvues de tout cadre réglementaire et exercées dans des locaux indignes

L'ensemble du pôle de psychiatrie dispose de douze chambres d'isolement dont deux en pédopsychiatrie. Certaines de ces chambres sont appelées « chambres carcérales », « chambres d'isolement », « chambres

d'apaisement » ou encore « *chambres sécurisées* » ; huit d'entre d'elles ont la forme d'une cage et deux celle d'un cachot. Au moment du contrôle, sept chambres d'isolement sur les douze étaient occupées, aucune contention n'était en cours ; plusieurs patients placés dans ces locaux pouvaient aller et venir la journée au sein de l'unité ce qui confère un caractère paradoxal à leur mise à l'isolement.

La conception architecturale de ces locaux ne correspond en rien aux normes en vigueur. Ainsi le patient isolé ne dispose d'aucun bouton d'appel, d'aucune possibilité d'allumer ou d'éteindre sa lumière ; certaines chambres n'ont pas accès à la lumière naturelle et il est presque partout impossible de se repérer dans le temps en l'absence d'horloge ; la plupart des chambres n'ont pas de ventilation. Il n'y a pas d'accès à l'eau faute de lavabo.

Sept chambres disposent d'une caméra avec des écrans de visualisation placés dans le bureau des infirmiers ou du médecin. L'écran présente un petit carré noir, sauf dans deux unités, à l'endroit de la douche et des toilettes mais il ne cache quasiment rien de la nudité de l'isolé, également visible des patients venant dans le bureau. Les lampes restent allumées toute la nuit, afin que les images de la caméra soient exploitables, sauf dans l'unité de pédopsychiatrie où les caméras sont équipées d'une technologie infrarouge.

Toutes permettent un accès aux toilettes et à une douche mais la chasse d'eau ne peut être actionnée que de l'extérieur, aucun papier hygiénique n'est laissé au patient. La plupart des chambres disposent d'un lit métallique fixé au sol, équipé d'un matelas en mousse plastifié ; aucun oreiller n'est prévu ; parfois le lit n'a pas de drap.

Le port du pyjama est systématique en chambre d'isolement dans toutes les unités. Les visites sont rarement autorisées. En l'absence de table et de chaise, le patient doit manger un plateau posé sur ses genoux, assis sur le lit, voire, comme cela a été observé dans deux unités, le repas posé sur le matelas.

Les chambres d'isolement de l'unité de pédopsychiatrie ont un aspect moins austère et disposent d'une salle d'eau protégée du regard. Elles ne sont cependant pas équipées de bouton d'appel.

Les dix chambres d'isolement pour adultes sont ainsi indignes, et ne permettent pas en l'état l'hébergement d'un patient dans des conditions de dignité et de sécurité acceptables ; elles ne doivent pas être utilisées. Les deux qui sont destinées aux mineurs doivent permettre l'appel du patient.

La chambre d'hospitalisation du patient n'est pas toujours conservée lors de son entrée en isolement. Elle peut être attribuée à un autre patient en attente de place. En outre, des entrées directes en chambre d'isolement depuis les urgences ou une autre unité sont courantes lorsque l'unité n'a plus de chambre normale. Ainsi au moment du contrôle, une unité comptait quatorze patients alors même que onze lits au maximum pouvaient être occupés.

Les décisions d'isolement – aucune contention n'étant décidée – ne sont pas informatisées ; elles sont manuscrites et figurent sur des feuilles de prescription. Seuls quelques infirmiers et de rares médecins utilisent le logiciel *Cimaise* pour enregistrer les mesures d'isolement. Seules deux unités ont initié un registre partiel d'utilisation des chambres d'isolement. Les feuilles de prescription ne mentionnent jamais l'heure de début de la mesure. Il n'y a quasiment jamais mention des renouvellements des décisions à douze heures puis toutes les vingt-quatre heures.

Il n'y a ainsi aucune traçabilité des mesures d'isolement au sein des unités, ni de registre tel que prévu par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique. Certaines unités utilisent une feuille de surveillance de contention et une feuille de prescription de contention physique. Aucune feuille de traçabilité de la surveillance infirmière des personnes placées en isolement n'est renseignée.

Des personnes placées dans les « *chambres sécurisées* », ayant l'aspect d'une cage fermée à clef avec un sas, ne sont pas considérées comme placées en chambre d'isolement ; il n'y a aucune décision médicale pour ces enfermements. Par ailleurs, face à un certain état d'agitation, les pratiques soignantes constatées dans tous les services consistent à enfermer les personnes dans leurs chambres sans décision médicale ni traçabilité dans un quelconque registre.

La pratique de l'isolement n'est pas analysée en collégialité par les équipes soignantes. On n'hésite pas à affirmer que les décisions d'isolement ont un caractère punitif, ou reposent sur la volonté de prévenir une fugue ou de garantir de la sécurité des soignants.

Au moment du contrôle, la plupart des personnes mises en isolement l'étaient sans que le médecin ait renouvelé la décision à vingt-quatre heures, parfois depuis plus de trois jours. Aucun des patients isolés n'a été perçu par les contrôleurs comme agité, manifestant de la violence ou de l'agressivité. La plupart pouvaient sortir seuls dans l'unité à certains moments.

Enfin, les mineurs faisant l'objet d'une mesure d'isolement à l'arrivée au CHAR sont placés dans une chambre d'isolement d'un service pour adultes. Deux soignants de l'équipe de liaison de pédopsychiatrie passent quotidiennement les voir.

Ces pratiques ne respectent pas la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 qui en son article 72 indique « *l'isolement et la contention sont des pratiques de derniers recours ; il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée* ». Le contrôle général rappelle les termes de son avis du 15 février 2011 relatif à certaines modalités de l'hospitalisation sans consentement, repris dans son rapport thématique de mai 2016 sur l'isolement et la contention dans les établissements de santé : « *toute privation de liberté est attentatoire aux droits fondamentaux ; aussi tout doit être mis en œuvre pour apaiser la personne en situation de crise avec des approches alternatives à une mesure de contrainte physique. Si, en dernier recours, la décision d'un placement en chambre d'isolement ou sous contention doit être prise, les modalités de sa mise en œuvre doivent garantir au mieux le respect de la dignité et des droits des patients* ».

Les pratiques illégales et abusives d'isolement, dont les mises en chambre d'isolement « si besoin » doivent cesser immédiatement. Les mesures peuvent durer plusieurs jours, voire semaines (1) ; elles ne correspondent pas

aux seuls moments de crise et n'ont pas le caractère d'un « dernier recours », alors même que toutes les unités sont fermées.

Le personnel ne dispose aujourd'hui ni de formations suffisantes ni d'une capacité d'évaluation des pratiques adaptée. Des formations sur la gestion de la violence, l'isolement et la contention ainsi que des évaluations des pratiques professionnelles doivent être mises en place sans délai, pour tous les soignants, et un réel travail de recherche de solutions alternatives à l'isolement devra être engagé.

Les contrôleurs ont pris connaissance du projet de modernisation des chambres d'isolement du pôle qui vise à porter leur nombre de douze à dix-neuf en aménageant certaines d'entre elles et en transformant quatre chambres ordinaires – les autres chambres demeurant dans leur état indigne. Ce projet architectural prévoit ainsi une augmentation du nombre de chambres d'isolement sans projet médical qui définirait le besoin et sans analyse de pratique justifiant un tel accroissement. Aucun rapport annuel sur l'isolement n'a été présenté en commission médicale d'établissement.

Si les chambres actuelles sont indignes et doivent être rénovées, la construction de chambres d'isolement supplémentaire doit être justifiée par un projet médical qui en explique le besoin.

La mise en place d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être assurée dans les plus brefs délais ; il permettra d'aider les soignants à analyser leurs pratiques, tel qu'imposé par la loi du 26 janvier 2016 suscitée, et précisée par les recommandations du CGLPL dans son rapport de mai 2016 *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale* ainsi que celles de la Haute autorité de santé de mars 2017 et l'instruction de la ministre des affaires sociales et de la santé du 29 mars 2017.

L'évocation des premiers constats opérés durant la visite a suscité une attention et une prise en compte forte de la communauté médicale, notamment du chef de pôle récemment nommé, et de la communauté soignante du CHAR. Néanmoins, la gravité et le caractère structurel des constats du CGLPL ne permettent pas de laisser l'établissement seul face à ses difficultés.

Les différents constats décrits ci-dessus conduisent la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté à formuler les recommandations suivantes :

1. Les pratiques illégales et abusives d'isolement doivent cesser immédiatement. Des formations sur la gestion de la violence, l'isolement et la contention ainsi que des évaluations des pratiques professionnelles doivent être mises en place sans délai pour tous les soignants. Un registre de l'isolement et de la contention doit être créé. Son analyse doit être effectuée régulièrement par les soignants et permettre de limiter les pratiques d'isolement à ce qui n'a pas pu être obtenu par d'autres moyens.
2. Toutes les chambres utilisées pour des mesures d'isolement doivent respecter la dignité des personnes. A défaut elles ne doivent pas être utilisées.
3. L'accès aux soins somatiques pour les patients de psychiatrie doit être assuré sans délai, en particulier pour les examens médicaux en chambre d'isolement.
4. La continuité des soins doit être garantie aux patients et la présence médicale organisée au sein de chaque unité, y compris dans les modalités de remplacement et de permanence des soins.
5. Une culture médicale partagée avec tous les soignants doit être construite autour de réunions cliniques régulières et la présence forte des médecins dans les unités, permettant l'instauration de projets de soins individualisés.
6. Les activités thérapeutiques doivent pleinement intégrer les projets de soins individualisés des patients de psychiatrie quel que soit le statut de leur hospitalisation et être financées par l'établissement à la hauteur des besoins.

(1) En l'absence de registre et de décisions de renouvellement, la durée des mesures ne peut pas être mesurée.