



**Le département de psychiatrie
du centre hospitalier du Taaone
à Pirae
Tahiti**

(Polynésie française)

Du 10 au 14 décembre 2012

Contrôleurs :

- *Cédric de Torcy, chef de mission ;*
- *Jean Costil ;*
- *Céline Delbauffe ;*
- *Anne Lecourbe.*

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 visite du département de psychiatrie du centre hospitalier de Polynésie française (CHPF), à Pirae (Tahiti) du 10 au 14 décembre 2012.

1 Conditions générales de la visite

Les contrôleurs sont arrivés au CHPF, situé dans le quartier du Taaone à Pirae, le lundi 10 décembre à 8h30. La visite s'est terminée le vendredi 14 décembre à 16h.

Une réunion de début de visite s'est tenue avec le médecin chef et la cadre de santé responsable par intérim de l'équipe du personnel soignant du département de psychiatrie.

Les contrôleurs ont rencontré la directrice du CHPF, le directeur adjoint chargé des affaires juridiques ainsi que les médecins psychiatres des différentes unités de soins psychiatriques. Ils ont rencontré un juge des libertés et de la détention (JLD) et ont assisté à une audience dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011. Un contact téléphonique a été pris avec le président du tribunal de première instance (TPI) et avec le directeur de cabinet du haut-commissaire.

Les contrôleurs ont visité l'ensemble des installations, chacune des quatre unités de soins psychiatriques du département étant susceptible de recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement.

Des affichettes annonçant la visite des contrôleurs ont été apposées en différents endroits de la structure à l'intention des patients, de leurs familles et des personnels.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des personnels exerçant au sein du département.

Un bureau a été mis à leur disposition pour la durée de la visite et tous les documents demandés ont été fournis.

Un rapport de constat a été adressé à la directrice du centre hospitalier le 15 octobre 2013. Celle-ci n'ayant fait connaître au contrôle général aucune observation en retour, conformément aux termes de la lettre qui accompagnait le rapport, il est admis que le constat des faits n'appelle aucune remarque de sa part.

2 Présentation générale de l'établissement

La Polynésie française est composée d'archipels étendus sur une zone économique exclusive comparable à la superficie de l'Europe et qui comptent au total 118 îles hautes et atolls dont 76 seulement sont habités. L'ensemble de ces terres représente à peine 3 500 km², soit la moitié de la superficie de la Corse. Au 1^{er} janvier 2010, elles étaient peuplées d'environ 267 000 habitants.

Collectivité d'outre-mer bénéficiant d'une autonomie fixée par la loi organique du 27 février 2004, la Polynésie française dispose de ses propres institutions ; elle est notamment chargée d'organiser la santé sur son territoire.

2.1 La psychiatrie en Polynésie française

En 2007, un praticien hospitalier du département de psychiatrie du CHPF¹ présentait les troubles psychiatriques rencontrés en Polynésie française de la façon suivante :

- « les psychoses, en particulier la schizophrénie et les troubles de l'humeur, représentent plus de 50 % de la prise en charge du département de psychiatrie en consultation ou en hospitalisation ;
 - environ un quart de nos consultations concernent les patients présentant ce que j'ai appelé un trouble psycho-organique, c'est-à-dire une déficience intellectuelle, quelle que soit sa cause, avec ou sans trouble du comportement, et parfois associé à une épilepsie ;
 - enfin, en Polynésie française comme ailleurs, on assiste aux mêmes modifications du paysage psychiatrique. Il y a quarante ans, la psychiatrie accueillait les psychoses et les pathologies graves. Aujourd'hui, il y a des troubles que j'ai appelés « nouveaux » bien qu'ils ne soient pas si nouveaux que cela : toxicomanie, alcoolisme, dépression, violence familiale, conjugopathies, stress, harcèlement moral, états réactionnels, échec scolaire, marginalisation, tentative de suicide et passage à l'acte d'adolescents ...
- Dans les îles, nous avons donc un nombre croissant de consultations en rapport avec ces problèmes ».*

Les soins psychiatriques pour l'ensemble de la Polynésie française sont assurés par le département de psychiatrie du CHPF qui, placé sous la direction d'un médecin psychiatre, comprend quatre structures :

- une structure d'hospitalisation à temps plein comprenant une unité fermée, trois unités semi-fermées et un service d'ergothérapie ;
- un centre médico-psychologique (CMP) qui reçoit des patients en consultations programmées ou non ;
- une unité de visites à domicile (VAD) qui prend en charge des patients des îles de Tahiti et Moorea ayant été hospitalisés ;
- une unité consultative de soins ambulatoires généraux et psychiatriques (UCSAGP) chargée des soins des personnes placées au centre pénitentiaire de Nuutania.

Par ailleurs, des psychiatres assurent des missions inter-îles à Taravao et à Moorea tous les quinze jours, à Raiatea tous les mois (deux journées), à Bora-Bora et à Huahine tous les deux mois et aux Marquises et aux Tuamotu-Gambier tous les six mois. Dans ces archipels, en tant que de besoin, c'est le médecin généraliste, lorsqu'il en existe un, qui assure le relais sur place des prescriptions des psychiatres, notamment pour les injections de traitements.

Les enfants sont pris en charge par le centre de consultations spécialisées en hygiène mentale infanto-juvénile situé au sein de l'établissement d'hospitalisation de jour de pédopsychiatrie.

¹ Docteurs Roland Letang et Pierre-Alain Fernandez, praticiens hospitaliers au département de psychiatrie du CHPS, revue trimestrielle « Psy Cause », n° 47, Mars 2007

Un centre de consultation d'addictologie sans lieu d'hospitalisation est géré par l'administration de la santé publique du territoire.

Au sein de l'association « Faré Tama Hau », des psychologues et des éducateurs organisent des lieux de parole pour des parents et des adolescents.

Lors d'une visite de conformité réalisée le 22 mars 2007, des représentants du ministère de la santé évoquaient des activités extrahospitalières à l'état de projet :

- « un CMP/hôpital de jour à Faa'a ou Papeete (lieu à déterminer) ;
- un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel couplé à un foyer d'hébergement de cinquante places ;
- une cellule d'urgence médico-psychologique, localisée au niveau du service des urgences ;
- une unité d'accueil et d'orientation des urgences psychiatriques (avec cinq lits-porte) dans le nouvel hôpital ».

Au moment de la visite des contrôleurs, soit près de six ans plus tard, aucun de ces projets n'était réalisé.

2.2 La structure d'hospitalisation à temps plein du département de psychiatrie

Le 13 février 2003, l'hôpital psychiatrique de Vaiami, ouvert le 28 août 1913, a fermé et le département de psychiatrie du CHPF s'est installé dans un bâtiment neuf situé au Taaone ; en novembre 2010, les autres départements du CHPF ont intégré leurs nouveaux locaux sur ce même site.



Le CHPF et, entouré, le département de psychiatrie

2.2.1 Les unités de soins

Au moment de son installation au Taaone, la structure d'hospitalisation à temps plein du département de psychiatrie était composée de deux unités qui se sont finalement scindées en quatre unités distinctes :

- l'unité Tokani ne reçoit que des hommes ; elle est composée d'une partie dite « unité fermée », de vingt lits, et une partie dite « unité de surveillance intensive » (USI), comportant cinq chambres individuelles et trois « cellules d'isolement » ;
- les secteurs dits Manini, Kaveka et Apape formaient initialement un ensemble appelé « unité MKA » qui était réservé aux patients en hospitalisation libre. A la suite d'agressions sexuelles entre patients, il a été décidé de séparer les femmes et les hommes hospitalisés sous contrainte. Manini a donc été transformée en unité fermée pour les femmes ; les deux autres unités sont restées mixtes : Apape est devenu une unité de surveillance renforcée et Kaveka une unité semi-ouverte. Chacune de ces trois unités a une capacité théorique de treize lits.

Ainsi, au moment de la visite des contrôleurs, le département de psychiatrie du CHPF disposait de soixante-quatre lits d'hospitalisation à temps plein – sans compter les trois « cellules » – pour l'ensemble de la population de la Polynésie française, soit un nombre d'habitants correspondant à plus de quatre secteurs de psychiatrie. Selon des études récentes faites sur l'ensemble du territoire français, une telle population devrait disposer d'au moins deux fois plus de lits.²

Des patients sont régulièrement accueillis en surnombre, ce qui nécessite d'ajouter dans les chambres des lits supplémentaires, voire des matelas posés directement sur le sol. Au moment de la visite des contrôleurs, neuf patients se voyaient ainsi proposer un matelas sans sommier et les trois cellules d'isolement de Tokani étaient utilisées comme des chambres.

2.2.2 Les patients

En principe, aucun adolescent de moins de seize ans ne devrait être hospitalisé dans le service. Lorsqu'une nécessité d'hospitalisation temps plein d'un tel mineur apparaît, il est orienté vers le service de pédiatrie. Il n'est pas toujours possible de respecter cette règle, notamment en raison de la corpulence – quasi adulte – ou de la pathologie de certains mineurs. Ainsi, lors du passage des contrôleurs, un mineur de moins de seize ans écroué au centre pénitentiaire de Faa'a était hospitalisé à l'unité Tokani.

En revanche, l'hospitalisation pour soins psychiatriques de mineurs de plus de seize ans est banale.

Depuis 2006, le taux d'occupation des unités du département de psychiatrie est supérieur à 100 % ; entre 2004 et 2012, la durée moyenne de séjour a quasiment doublé.

² En 2003, les 817 secteurs de psychiatrie générale, prenant en charge les adultes, ont suivi 1,2 millions de patients. Ce nombre est en augmentation régulière (+ 62 % de patients suivis depuis 1991). La population desservie par ces secteurs est en moyenne de 56 100 habitants de plus de 20 ans, avec des écarts allant de moins de 20 000 à plus de 100 000 (référence : DREES, Série Etudes n° 70, novembre 2007).

Le nombre de lits pour 100 000 habitants varie, selon les secteurs, de 54 à 317 (référence : Terra Nova, note du 21/09/2012 par Guillaume Pradalié et Piero Chierici).

Taux d'occupation moyen									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
MKA						113,5 %	117,5 %	122,5 %	122,9 %
Tokani						119,9 %	114,7 %	119,1 %	123,0 %
Total	85,5 %	92,2 %	102,8 %	112,3 %	107,4 %	116,0 %	116,4 %	121,2 %	123,0 %

Durée moyenne de séjour (en jours)									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
MKA						19,1	18,0	20,5	22,3
Tokani						22,0	20,3	19,46	22,0
Total	11,7	13,8	16,0	19,0	17,2	20,1	18,8	20,0	22,2

Selon les chiffres donnés aux contrôleurs, en 2011, le département de psychiatrie a reçu 346 patients en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) et 45 patients en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) ; l'ensemble de ces hospitalisations sans consentement a représenté 26,1 % des patients reçus et 34,5 % en termes de nombre de jours de placement. Entre le 1^{er} janvier et le 10 septembre 2012, le département de psychiatrie a reçu 198 patients en SPDT et 54 patients en SPDRE ; l'ensemble des hospitalisations sans consentement a représenté 25,4 % des patients reçus et 31,8 % en termes de nombre de jours de placement.

Il est indiqué aux contrôleurs qu'en raison de la sur-occupation des chambres, la recherche de solution pour la sortie des malades – le plus souvent chroniques – constitue une préoccupation constante de l'équipe soignante. Faute de structure d'hébergement, la sortie se fait essentiellement en familles d'accueil. L'équipe est confrontée régulièrement au retour des patients après un séjour plus ou moins long « *car les familles et les patients ne se supportent plus* ». Un grand nombre de patients sont bien connus des personnels et replacés dans la même unité à chaque retour.

« Les équipes de soignants sont désemparées par le fait de devoir prolonger l'hospitalisation à temps plein de patients en raison du manque cruel de structures d'accueil sur le territoire alors que le service d'hospitalisation, dramatiquement sous-dimensionné, n'est même pas en mesure de satisfaire le besoin de soins spécifiques pour des personnes atteintes de troubles psychiatriques ».

2.2.3 Le personnel

Le personnel est affecté soit à l'unité Tokani, soit à l'ensemble « MKA » composé des trois unités Manini, Kaveka et Apape avec la possibilité d'évoluer entre ces trois dernières. En général les personnes affectées à Tokani sont, à leur demande, mutées vers MKA après quelques années ; la réciproque est très rare : « *Tokani n'est pas bien perçue* ».

Au 31 décembre 2011, l'effectif du département de psychiatrie était le suivant :

	Effectif budgétaire		Effectif en activité au 31 décembre	
	2009	2011	2009	2011
médecins spécialistes en psychiatrie polyvalente	9	8	9	6
médecin spécialiste en médecine générale	0	0	0	1
faisant fonction d'interne	0	0	0	1
psychologues cliniciennes	4	4	3	3
cadre supérieur de santé	0	1	1	1
cadres de santé	3	2	1	2
infirmiers diplômés	32	35	36	36
Ergothérapeutes	1	2	2	2
aides médico-psychologiques	0	0	5	4
aides-soignants	19	21	16	18
hôtesses ménagères	1	2	1	2
agents des services hospitaliers	10	8	10	8
agent/opérateur de logistique générale	0	0	1	1
secrétaire médical	1	2	2	1
secrétaires administratifs	4	3	5	5

Ce tableau révèle un déficit au 31 décembre 2011 de deux médecins spécialistes en psychiatrie, un psychologue clinicien, trois aides-soignants et un secrétaire médical.

L'équipe soignante de **Tokani** est ainsi composée :

- un médecin psychiatre ;
- un interne en psychiatrie ;
- un cadre de santé ;
- vingt infirmiers ;
- douze aides-soignants
- deux secrétaires médicales chargées des quatre unités d'hospitalisation.

En principe l'équipe de service est composée au minimum de quatre infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et deux aides-soignants (AS) de jour et deux infirmiers et deux AS de nuit.

L'équipe soignante de **MKA** est ainsi composée :

- deux praticiens hospitaliers ;
- un cadre de santé également chargé de l'équipe médicale du centre pénitentiaire de Faa'a-Nuutania ;
- seize infirmiers ;
- neuf aides-soignants
- deux secrétaires médicales chargées des quatre unités d'hospitalisation.

Dans chacune des deux unités Manini et Apape, l'équipe minimale est de deux infirmiers et un AS en journée et un infirmier et un AS de nuit.

Les agents absents dans les équipes de jour ne sont pas toujours remplacés. Il n'y a pas toujours d'homme dans l'équipe soignante.

Le tableau ci-dessous détaille, par taille d'équipe, le nombre de journées de présence.

Taille de l'équipe			2	3	4	6	7	8
T O K A N I	Du 29/10 au 25/11 (réalisé)	En semaine	0	0	0	0	8 jours	12 jours
		En week-end	0	0	0	0	6 jours	2 jours
	Du 26/11 au 30/12 (prévision)	En semaine	0	0	0	11 jours	12 jours	2 jours
		En week-end	0	0	0	6 jours	3 jours	1 jour
M A N I N I	Du 29/10 au 25/11 (réalisé)	En semaine	5 jours	15 jours	0	0	0	0
		En week-end	2 jours	6 jours	0	0	0	0
	Du 26/11 au 30/12 (prévision)	En semaine	3 jours	22 jours	0	0	0	0
		En week-end	0	10 jours	0	0	0	0
K A V E K A	Du 29/10 au 25/11 (réalisé)	En semaine	17 jours	3 jours	0	0	0	0
		En week-end	8 jours	0	0	0	0	0
	Du 26/11 au 30/12 (prévision)	En semaine	25 jours	0	0	0	0	0
		En week-end	10 jours	0	0	0	0	0
A P A P E	Du 29/10 au 25/11 (réalisé)	En semaine	0	14 jours	6 jours	0	0	0
		En week-end	0	6 jours	2 jours	0	0	0
	Du 26/11 au 30/12 (prévision)	En semaine	5 jours	17 jours	3 jours	0	0	0
		En week-end	0	9 jours	1 jour	0	0	0

Les équipes de jour travaillent de 6h à 18h et les équipes de nuit de 18h à 6h. En principe, le rythme de travail est le suivant : mardi-mercredi puis samedi-dimanche-lundi puis jeudi-vendredi puis à nouveau mardi-mercredi et ainsi de suite.

Les **équipes de nuit** sont en charge de la distribution des médicaments du soir, la gestion des visiteurs jusqu'à 19h, la commande des repas, la préparation des dossiers de transmission, la préparation des chariots de médicaments pour le lendemain à 6h45 et 11h30 et des prises de sang qui doivent être faites le matin à jeun. A cet égard, les équipes de nuit ont exprimé leur regret d'être en charge de ces examens puisqu'elles se trouvent dans l'obligation de réveiller les patients concernés à 5h30, avant la fin de leur service, alors que le petit déjeuner ne leur sera servi qu'à partir de 7h.

Par ailleurs, le département de psychiatrie bénéficie d'une **garde médicale** sur place 365 jours par an. Les tours de garde, d'une durée de 24 heures – de 8h à 8h le lendemain matin –, sont décidés par le médecin chef de service. La liste, établie mensuellement, est transmise à la direction générale ainsi qu'au service des urgences du centre hospitalier. Le médecin de garde dispose d'une chambre de repos au rez-de-chaussée du département. Selon les informations recueillies, les personnels soignants estiment sécurisante la présence d'un médecin de garde sur place.

Il n'y a pas d'admission la nuit dans les unités du département de psychiatrie. Le médecin de garde peut néanmoins être amené à se déplacer au service des urgences ou dans tout autre service de l'hôpital afin d'évaluer un patient présentant des troubles psychiatriques

si cette évaluation ne peut être effectuée par téléphone.

Les réunions de transmission ont lieu à chaque changement d'équipe, soit deux fois par jour.

Chaque jeudi matin a lieu une réunion de synthèse pour les trois unités de l'étage, avec les médecins, l'assistante sociale, les psychologues, l'ergothérapeute. Un infirmier de chaque unité y participe en apportant les dossiers de ses patients.

Il n'existe pas de réunion de synthèse patients-soignants.

L'absence de réunion de « débriefing » sur les difficultés rencontrées a été déplorée, ainsi que l'absence de lieu pour les désamorcer.

Les soignants tiennent un registre dans lequel est indiqué chaque jour : le personnel présent, le nom du médecin de garde, le nombre de patients présents, le nom des patients en permission, les retours de permission attendus, les transports à prévoir.

Il n'est pas prévu de **tutorat pour les soignants nouvellement recrutés**. Ceux-ci ne sont affectés en service de nuit que lorsque le cadre de santé estime qu'ils ont acquis l'expérience suffisante.

Le **taux d'absentéisme** pour raison médicale³ a été de 4,57 % en 2011, 4,20 % en 2010 et 3,20 % en 2009. Le taux d'absentéisme pour raison non médicale⁴ a été de 4,96 % en 2011, 5,42 % en 2010 et 4,95 % en 2009.

3 Les hospitalisations sans consentement et l'exercice des droits

3.1 L'admission des patients sans consentement

3.1.1 L'arrivée

3.1.1.1 Hospitalisation sur décision du représentant de l'État

Lorsqu'une personne nécessite d'être hospitalisée en application des dispositions des articles L.3213-1 et suivants du code de la santé publique relatifs à l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE), elle a été auparavant examinée par un médecin appelé par les autorités qui l'ont prise en charge sur place – forces de l'ordre ou pompiers. Ce médecin déclenche la procédure de SPDRE et les services du haut-commissariat, informés, préviennent le département de psychiatrie que l'arrêté de placement est en cours de rédaction.

Le patient est conduit en véhicule directement au service, sans passer par les urgences du CHPF.

Si l'admission est demandée en application de l'article L.3213-2 du code de la santé publique⁵, l'arrêté du maire doit être déjà pris et communiqué au département de psychiatrie

³ Ce taux prend en compte les jours d'absence consécutifs à des maladies indépendantes de l'activité professionnelle, des maladies consécutives à des accidents de travail et des conditions de travail difficiles.

⁴ Ce taux prend en compte les jours d'absence pour congé administratif, congé pour ancienneté, congé exceptionnel, congé maternité, congé de mission, congé de récupération et congé supplémentaire.

⁵ Article L.3213-2 du code de la santé publique : « *En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes*

au moment de l'admission. Celui-ci vérifie la validité de l'arrêté et, le cas échéant, la présence du certificat médical. Le maire transmet directement sa décision au haut-commissaire qui, dans les 24 heures, envoie directement à l'unité, par courriel et par télécopie, un arrêté confirmatif. La procédure et les délais sont les mêmes durant les week-ends.

En cas d'admission en SPDRE, en plus de l'arrêté du haut-commissaire, le directeur de l'hôpital prend lui aussi une décision d'admission.

Les personnes détenues hospitalisées sur le fondement des dispositions de l'article D.398⁶ du code de procédure pénale sont placées dans le secteur « de surveillance intensive » de l'unité Tokani pendant tout leur séjour, quel que soit leur âge.

3.1.1.2 Hospitalisation sur demande d'un tiers

L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT) ou en cas de péril imminent (ASPDTPI) peut intervenir lorsqu'un médecin extérieur oriente une personne vers le CHPF ou que la famille l'y conduit directement. Le patient passe alors au service des urgences où il est examiné par un médecin somaticien. Le psychiatre de garde est appelé aux urgences et décide, le cas échéant, de l'hospitalisation ; il a été indiqué que cette évaluation était parfois effectuée par téléphone. Il oriente le patient dans une des unités du département en fonction de ses troubles et de son comportement.

La demande du tiers est rédigée sur un formulaire préétabli par l'établissement ; elle est adressée au directeur du CHPF et porte la formule « *j'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir autoriser l'admission dans votre établissement, en hospitalisation sur demande d'un tiers, De mon voisin, épouse, père etc. (préciser la nature des relations), Nom ... Prénom...né(e) le Profession... Domicile ... Pour y recevoir les soins que nécessite son état. J'atteste ne pas être un personnel soignant de l'établissement d'accueil (CHPF) Fait à ... le ...* »

Le demandeur doit seulement remplir les rubriques relatives à son état civil, son domicile, préciser son lien avec la personne dont l'hospitalisation est demandée et indiquer l'état civil et l'adresse de cette dernière.

Le directeur de l'hôpital prend, ainsi qu'il lui appartient, la décision d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers mais il a été indiqué que, jusqu'au début de l'année 2012, aucune décision formelle n'était prise en pareil cas.

Les certificats médicaux de 24 heures, 72 heures et de huitaine sont faxés au haut-commissariat par les unités ; les originaux lui sont ensuite transmis par le secrétariat qui en garde copie au dossier administratif du patient.

dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'État dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques dans les formes prévues à l'article L. 3213-1. Faute de décision du représentant de l'État, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures. (...) »

⁶ Article D. 398 du code de procédure pénale : « *Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 3214-3 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. / Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 3214-1 du code de la santé publique (...) »*

S'agissant de l'application de l'article L.3211-2-2⁷ du code de la santé publique, il est considéré que « *l'examen par un somaticien a été nécessairement pratiqué par le médecin qui a adressé la personne à l'hôpital, ce qui suffit à remplir les exigences dudit article* ». Par suite, aucun examen systématique par un somaticien n'est organisé dans les unités dans les 24 heures suivant l'admission.

3.1.1.3 Les modalités d'arrivée

Pour garantir la continuité des soins, un psychiatre assure constamment une permanence sur place, vingt-quatre heures sur vingt-quatre et, en dehors des heures de bureau, un des cadres de santé est d'astreinte à domicile. Par ailleurs, le CHPF organise deux pôles de remplacement des IDE, l'un en chirurgie l'autre en médecine. En cas de besoin de remplacement de personnel infirmier au département de psychiatrie, lorsque les ressources internes sont épuisées, il est possible de faire appel aux pôles de remplacement ; la nécessité ne s'en est jamais présentée.

Ainsi, la procédure d'accueil des patients est-elle identique à tout moment du jour, de la nuit et de la semaine.

Certaines hospitalisations interviennent sur évacuation sanitaire depuis une île lorsque celle-ci est dotée d'un médecin. Il peut également arriver qu'un patient se présente en consultation au CMP et que l'infirmier estime qu'une hospitalisation peut être nécessaire. Le patient est alors vu en entretien par le médecin de garde.

Le service de psychiatrie n'est pas un service d'urgence habilité à aller chercher les malades à l'extérieur. En aucun cas le personnel du département de psychiatrie n'assure lui-même le transport d'un patient vers l'hôpital ou même vers l'unité où il est affecté. Les personnes se présentent elles-mêmes ou sont conduites à l'hôpital par leur famille ou des tiers (forces de l'ordre, sapeurs-pompiers, ambulance). Lorsqu'elles passent par le service des urgences avant leur admission dans une unité psychiatrique, elles y sont conduites ensuite dans une ambulance de l'hôpital, par les ambulanciers des urgences après avoir été éventuellement sédatisées ou placées sous contention par un infirmier des urgences.

Les certificats médicaux de 24 heures, 72 heures et de huitaine sont faxés au haut-commissariat par les unités ; les originaux lui sont ensuite transmis par le secrétariat qui en garde copie au dossier administratif du patient.

S'agissant de l'application de l'article L.3211-2-2⁸ du code de la santé publique, il est considéré que « *l'examen par un somaticien a été nécessairement pratiqué par le médecin qui a adressé la personne à l'hôpital, ce qui suffit à remplir les exigences dudit article* ». Par suite, aucun examen systématique par un somaticien n'est organisé dans les unités dans les 24 heures suivant l'admission.

Si les hommes admis en SPDRE sont nécessairement affectés à l'unité fermée Tokani, les personnes hospitalisées en SPDT ou en soins libres peuvent être accueillies dans n'importe laquelle des quatre unités en fonction de leur pathologie, de leur comportement et de leur sexe - l'unité Manini n'accueillant aucun homme. Cette affectation est décidée par le médecin

⁷ Article L.3211-2-2 du code de la santé publique : « *Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, un médecin réalise un examen somatique complet de la personne (...)* »

⁸ Article L.3211-2-2 du code de la santé publique : « *Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, un médecin réalise un examen somatique complet de la personne (...)* »

qui effectue l'examen d'admission.

3.1.2 Les formalités administratives

Les formalités administratives, création et renseignement d'un dossier informatisé, sont réglées par un infirmier de l'unité d'affectation, à l'aide du logiciel d'admission. La liaison avec la caisse de prévoyance sociale de Polynésie Française est automatique dès lors que l'opération d'admission est activée. Ainsi est vérifiée l'existence d'une prise en charge par cette caisse. En tant que de besoin, l'assistante sociale du département intervient pour réunir les documents nécessaires à la prise en charge.

Ultérieurement, le bureau des entrées du CHPF assurera les opérations de facturation.

3.1.3 La désignation d'une personne de confiance

Dans la rubrique « Vos droits » du livret d'accueil du CHPF, le statut de la personne de confiance est parfaitement expliqué.

Dans le livret d'accueil du département de psychiatrie, rien n'est formalisé.

Dans la pratique, il n'est jamais désigné de personne de confiance. Le personnel soignant considère qu'un proche joue ce rôle en cas de besoin : « *La désignation formelle d'une personne de confiance nécessite de la part du patient et de la personne sollicitée une conscience claire de la fonction* ».

3.1.4 La notification de la décision et l'information relative aux voies de recours

La loi du 5 juillet 2011 prévoit que la personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement doit être informée « *le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état de la décision d'admission* » et de chacune des décisions de maintien en soins.

Il a été indiqué aux contrôleurs que, selon l'état du patient, le médecin psychiatre l'informait oralement sur sa situation et ses droits dès la consultation d'admission ou plus tard. Il ne lui est remis que la notification de comparution devant le juge des libertés et de la détention prévue quinze jours plus tard.

Aucun formalisme ou protocole n'étant observé pour l'information du patient, rien ne permet de savoir si les voies et délais de recours contre les décisions lui sont communiquées et par qui. Si les arrêtés du haut-commissaire mentionnent les voies et délais de recours, ces informations ne figurent pas sur les décisions du directeur. Leur notification, qui n'est pas effectuée, ne pourrait donc pas éclairer l'intéressé sur ces points.

Selon les informations recueillies, en toute hypothèse, les patients délirants ne sauraient pas faire usage de la notification et, au surplus, « *la plupart des patients ne lisent pas le français* ».

Les infirmiers veillent ultérieurement à la production des certificats médicaux des personnes en soins sans consentement ; elles les transmettent par télécopie aux autorités concernées.

3.1.5 L'inventaire des objets personnels

Lors de l'arrivée d'un patient, un inventaire contradictoire de ses effets est dressé. Un formulaire en deux exemplaires est utilisé à cet effet. Outre le nom du patient, la date et l'unité d'hospitalisation, il permet d'indiquer pour chaque objet, sa description, s'il est gardé par le patient ou par le service, ou remis à un tiers.

Cet inventaire, qui varie au cours du séjour (des objets pouvant changer de localisation) est signé par le patient, les agents et le « surveillant » (le cadre de santé) de l'unité. Un exemplaire est placé dans le dossier du patient et un autre conservé par le cadre de santé.

Les sommes « importantes » sont portées à la trésorerie générale de l'hôpital ; le caractère important est laissé à l'appréciation du cadre de santé ; pour les unités MKA, il était fixé à 50 000 XPF (419 euros).

Lorsque le patient refuse de confier ses objets de valeur et sommes d'argent, il est invité à remplir et signer un document intitulé « *procès-verbal de refus de dépôt d'objets de valeur et sommes d'argent* » par lequel il dégage le directeur du CHPF de toute responsabilité en cas de vol ou de disparition des objets qu'il conserve ; s'il refuse de signer ce procès verbal, deux agents en attestent sur le même document.

A l'unité Tokani, si le patient détient des objets pouvant présenter un risque (nécessaires de toilette en métal, en verre), ceux-ci sont placés dans un placard avec des étagères individuelles situé dans le bureau des infirmiers. Les occupants de l'unité de surveillance renforcée de Tokani ne peuvent conserver aucun objet personnel ; tous leurs effets sont placés dans le placard du bureau des infirmiers.

Dans les unités MKA, la liste des objets personnels non autorisés est signée par un infirmier et éventuellement par le patient. Les objets de valeur (téléphones portables, cartes de crédit ...) sont placés dans le coffre de la cadre de santé, les autres, dans une boîte conservée dans l'armoire du bureau infirmier.

3.2 Les informations délivrées au patient admis

3.2.1 Le livret d'accueil

En principe, il est remis au patient arrivant un **livret d'accueil du centre hospitalier** avec, en supplément, un feuillet de deux pages donnant quelques indications sur les règles de vie dans son unité d'admission.

Ce livret décrit l'histoire et l'organisation actuelle du centre hospitalier, les formalités administratives d'admission, les missions du service social. Les droits du malade sont énumérés : le secret professionnel et la possibilité de désigner une personne de confiance, le droit à ce que la présence dans l'établissement ne soit pas divulguée, le droit d'accès au dossier médical – la description des règles de communication du dossier médical est renvoyée à une fiche annexe, qui ne figurait pas dans l'exemplaire remis aux contrôleurs. Sont également mentionnées l'existence d'un traitement informatisé des données administratives et médicales, l'existence de voies de recours (sans préciser lesquelles hormis le questionnaire de satisfaction, le personnel médical et le service des droits du patient).

Ce livret fournit encore des informations sur les maladies nosocomiales et les précautions que leur prévention appelle de la part des malades et visiteurs ainsi que sur la prise en charge de la douleur.

Il contient également la charte de la personne hospitalisée et la charte de l'enfant

hospitalisé.

Aucune information n'est relative à l'hospitalisation au département de psychiatrie ; ne figurent donc pas les informations sur les différents modes d'admission en soins psychiatriques.

Au moment de la visite des contrôleurs, ce livret d'accueil, de réalisation récente, n'était pas remis aux patients.

Il a été présenté aux contrôleurs un **livret d'accueil spécifique au département de psychiatrie**, datant de juin 2005. Ce livret développe en treize pages les thèmes suivants :

- « *préambule* ;
- *quelques numéros utiles et le sommaire* ;
- *charte du patient hospitalisé (neuf articles généraux non spécifiques aux soins psychiatriques)* ;
- *présentation du service de soins* ;
- *cadre légal des hospitalisations en service de psychiatrie (présentation du "placement libre", du "placement volontaire" et du "placement d'office"⁹)* ;
- *présentation des intervenants* ;
- *pour obtenir un rendez-vous* ;
- *et la sortie* ;
- *règlement intérieur du département de psychiatrie : préambule, formalités administratives (dix articles), la vie dans l'unité de soins (douze articles), les relations avec l'extérieur (onze articles), la sortie de l'établissement (deux articles)* ».

Le texte est ensuite repris en langue polynésienne.

Au moment de la visite des contrôleurs, ce livret d'accueil n'était pas non plus remis aux patients.

Aucun de ces documents ne donne la moindre information sur les possibilités de recours spécifiques aux hospitalisations sous contrainte. Le livret d'accueil comporte, à la page intitulée « Vos droits », un paragraphe évoquant « Les voies de recours » sous les termes suivants : « *Le questionnaire de satisfaction patient vous permet de nous transmettre toutes vos remarques et suggestions, cependant vous pouvez également contacter le médecin responsable de l'unité, le cadre de santé, ou faire appel directement au service des droits du patient (Tel : 466342)* ».

3.2.2 Les informations concernant la loi du 5 juillet 2011

Le jour ou le lendemain de son arrivée, une personne placée en soins psychiatriques sans son consentement est examinée par un psychiatre. En principe, et selon son état, celui-ci l'informe de son mode d'admission. Les modalités et le contenu de ces informations ne font pas l'objet d'un protocole.

Les décisions (arrêté du haut-commissaire ou décision d'admission du directeur de l'établissement) ne sont pas notifiées à l'intéressé.

Les informations dont dispose le patient sur son statut et ses conséquences sont, dans les premiers jours de son hospitalisation, celles que lui aura fournies le psychiatre et,

⁹ Termes en vigueur sous la loi d'internement du 30 juin 1838. Elle a été remplacée par la loi du 27 juin 1990 en vigueur au moment de l'édition du livret d'accueil mentionné.

éventuellement, ultérieurement, les soignants qui le prennent en charge. Faute de protocole, il n'est gardé aucune trace des informations administratives et juridiques données au patient.

L'avis d'audience devant le JLD lui est notifié dès lors qu'il le signe avant qu'il soit retourné au JLD. Ainsi, c'est au plus tard – et le cas échéant – lors de la notification d'une audience que le patient est informé de sa situation.

A l'unité Apape, il a été dit aux contrôleurs qu'un document intitulé « demande d'avocat » était remis aux patients généralement plusieurs jours après leur admission. Par ce document, le patient pouvait exprimer son souhait de bénéficier de l'assistance d'un avocat éventuellement commis d'office. Une patiente du service hospitalisée en ASPDT le 5 octobre 2012 s'est vu remettre cette demande le 11 octobre.

3.2.3 Le recueil des observations des patients

La loi du 5 juillet 2011 prévoit que la personne faisant l'objet de soins psychiatriques sous contrainte doit être mise à même de faire valoir ses observations avant chaque décision prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge.

Si les observations du patient sont recueillies, c'est par le psychiatre qui, éventuellement, les consigne dans le dossier médical.

3.3 La levée des mesures de contrainte

3.3.1 Les modalités administratives de mise en application de la loi du 5 juillet 2011

La mise en œuvre des procédures (SPDRE et SPDT) prévues par la loi du 5 juillet 2011 a été arrêtée avec la direction des affaires juridiques de l'hôpital ; des trames de certificats médicaux (24 heures, 72 heures, huitaine, avis conjoint), de formulaires de demande d'hospitalisation par un tiers, de levée d'hospitalisation et des diverses décisions ou déclarations prévues par la procédure ont été élaborées.

Le suivi de la procédure est assuré par une secrétaire médicale affectée à cette fin au département. Lors de l'admission d'un patient en soins sous contrainte, elle crée un dossier spécifique qui contient l'ensemble des pièces ou des copies de pièces de la procédure prévue par la loi du 5 juillet 2011. À la sortie du patient, elle verse ces éléments au dossier du patient tenu au secrétariat des consultations.

Un psychiatre de l'hôpital établit, dans les 24 heures suivant l'admission, le certificat confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques.

La secrétaire médicale chargée du suivi des hospitalisations sous contrainte tient un tableau informatisé de l'agenda de suivi de la procédure pour chaque patient, tableau qu'elle adresse chaque jour aux unités et aux psychiatres en vue de la production des certificats. L'accès aux fichiers du suivi informatisé de la procédure est ouvert aux psychiatres, aux cadres de santé, à la direction générale de l'hôpital, au secrétariat du département psychiatrique et à la secrétaire médicale chargée des admissions sous contrainte.

Les unités adressent également directement, par télécopie, les certificats médicaux de 24 heures, 72 heures et de huitaine avec avis conjoint au haut-commissariat, à la direction de l'hôpital et au procureur de la République.

Le certificat de huitaine et l'avis conjoint sont rédigés sur un même document portant en en-tête « *Certificat de huitaine (article L.3212-7 et L.3213-3) avec avis conjoint de deux psychiatres (articles L.3211-12-1-II)* » ; ce document est adressé au JLD pour la première audience (15 jours), pour l'audience de fin de premier semestre, de fin d'un semestre et ce

pour tous les modes d'admissions sous contrainte – ASPDT, ASPDT en urgence, ASPDT avec péril imminent ou ASPDRE. Le texte, en partie pré-imprimé, commence par « *Nous soussignés Docteurs ... et ... psychiatre au centre hospitalier de la Polynésie Française certifions que...* » et s'achève avec les deux signatures désignant expressément « *psychiatre traitant* » et « *avis conjoint* ». Sur ce même document, les mêmes médecins indiquent si le patient a la possibilité d'être auditionné, s'il a formulé une demande d'avocat, si son état fait ou non obstacle à l'utilisation de moyens de télécommunication audiovisuelle et s'il est consentant à ce procédé.

La saisine du JLD est effectuée directement par le haut-commissaire en cas de SPDRE et par le département de psychiatrie pour les personnes en SPDT.

Le JLD adresse l'avis d'audience directement au service ; il y joint, en cas de SPDRE, la requête du haut-commissaire. Cet avis d'audience est notifié au patient, qui le signe, puis est renvoyé par courriel au JLD, l'original étant conservé au dossier administratif du patient.

L'organisation du suivi est identique pour les certificats et saisines semestriels.

Ni l'arrêté d'hospitalisation en SPDRE du haut-commissaire ni la décision d'admission en SPDT du directeur ni les décisions suivantes de l'un et l'autre maintenant le placement ne sont notifiés au patient concerné.

3.3.2 Le contrôle du juge des libertés et de la détention

L'audience du JLD se tient dans la salle de réunion du département située au rez-de-chaussée des locaux. Il peut être tenu jusqu'à trois audiences par semaine.

Avant que la saisine du JLD lui soit transmise, un formulaire de demande d'avocat a été présenté au patient qui y indique s'il demande l'assistance d'un avocat « *de mon choix* » en cochant une case « *oui/non* ». Sur la ligne suivante, il mentionne le nom de l'avocat. Ce formulaire ne permet pas clairement de demander l'assistance d'un avocat commis d'office.

Il a été indiqué que la plupart des patients étaient, de fait, assistés d'un avocat. Celui-ci s'entretient avec le patient avant l'audience dans un bureau, le plus souvent en présence d'un soignant.

Les contrôleurs ont assisté à une audience où ont été traités deux dossiers. La séance s'est déroulée dans une ambiance détendue, toutes les personnes présentes – patient, cadre, infirmier, avocat, famille, médecin – étant invitées par le JLD à s'exprimer autant qu'elles le souhaitent.

Le premier dossier concernait un patient dont la mère s'était déplacée. Comme elle demandait si elle pouvait entrer dans la salle d'audience, un infirmier lui a dit qu'elle n'y avait pas droit. Finalement, le JLD est intervenu et l'a invitée à entrer. Ce patient était accompagné d'un avocat commis d'office.

Lors de l'examen du deuxième cas, le médecin traitant est entré par inadvertance ; sur la demande insistante du JLD, il a exprimé son avis sur le dossier.

Il est apparu aux contrôleurs que soignants et représentants de la justice étaient disposés à travailler ensemble mais se connaissaient très mal ; aucune réunion d'information mutuelle n'avait jamais été organisée et le personnel soignant semblait conserver une position de méfiance vis-à-vis du magistrat.

Il est arrivé que, lorsque le « *certificat de huitaine et avis conjoint* » mentionnait que le patient ne pouvait être entendu (situation rare) ou qu'il avait été indiqué que le patient

refusait de se rendre à l'audience, le JLD se soit déplacé jusqu'à la chambre du patient pour vérifier ces assertions auprès de ce dernier.

Lorsque le juge est saisi directement par le patient – une dizaine de requêtes depuis l'entrée en vigueur de la loi –, il demande la production d'un avis conjoint sur l'état du malade et tient une audience au cours de laquelle le patient est entendu. Ces saisines directes n'ont jamais conduit à des mainlevées.

La plupart des décisions de placement sont confirmées par le juge. Cependant, il a été constaté qu'il avait prononcé la mainlevée d'une décision d'hospitalisation sous contrainte dans laquelle le certificat de 24 heures avait été établi par le même médecin que celui sur la base duquel avait été prononcée l'admission. Les soins ont été poursuivis en soins libres.

Une mainlevée a également été prononcée par le JLD à l'audience ; il a donné un délai de 24 heures au service pour organiser la sortie du patient.

3.3.3 Les sorties accompagnées d'une durée inférieure à douze heures

Les demandes de sorties sont présentées par le psychiatre sur un formulaire établi à cet effet, au moins 48 heures auparavant, et adressées au haut-commissaire, au directeur et au procureur par courriel. En cas d'ASPDRE, l'original de la demande est envoyé par courrier.

Si la durée de la sortie est inférieure à 12 heures, la personne est toujours accompagnée par sa famille ou un personnel soignant ; les sorties d'une durée supérieure se font sans accompagnement. Ni le haut-commissaire (en cas d'ASPDRE) ni le directeur (en cas d'ASPDPT) ne se sont jamais opposés à une sortie.

Les décisions d'autorisation de sortie prises par le directeur mentionnent qu'un recours peut être formé devant le JLD. Elles ne sont jamais notifiées aux patients.

A l'unité Tokani, il se produit environ une sortie de moins de douze heures chaque semaine. Ces sorties sont essentiellement réalisées dans le cadre de la préparation au retour à domicile mais aussi parfois pour des achats ou des soins au CHPF. Les patients en SPDT sortent parfois accompagnés par leur famille ; dans ces conditions, le membre de la famille se porte garant du bon déroulement de la sortie.

3.3.4 La sortie des soins

Le livret d'accueil du département de psychiatrie – obsolète – spécifie : « *La sortie est fixée en fonction de l'état de santé du patient et suivant le mode d'hospitalisation à partir de l'avis médical et, dans certains cas, de la décision du haut-commissariat au vu de cet avis* ».

Cette information est reprise dans le feuillet particulier pour l'unité Tokani qui est inséré dans le livret d'accueil du centre hospitalier mais pas dans celui destiné aux unités « MKA ».

Selon les éléments fournis par le JLD aux contrôleurs, entre le 1er janvier et le 30 novembre 2012, celui-ci a procédé à 62 audiences, soit une moyenne d'une audience par semaine – contre trente-trois audiences en 2011 –, totalisant 200 requêtes qui ont donné lieu à 178 décisions de maintien, 3 mainlevées (pour 7 demandes), 17 levées acquises (patient déjà sorti au moment de l'audience) et 2 dossiers retirés du rôle.

En ce qui concerne les SPDRE, lorsque le psychiatre référent estime que le patient ne nécessite plus de soins en hospitalisation complète, il rédige un certificat médical en ce sens, lequel est adressé au haut-commissaire, au procureur de la République et à la direction de l'hôpital.

Dans la plupart des admissions, le haut commissaire prend, sur le fondement de ce

certificat, un arrêté de levée de placement. Dans deux cas, il a demandé une contre-expertise, confiée à un psychiatre extérieur à l'établissement ; dans l'un de ces deux cas, la contre-expertise a confirmé le certificat ; dans l'autre cas, lors de la visite des contrôleurs, l'expert n'avait pas encore rendu ses conclusions.

Le collège prévu à l'article L.3211-9 du code de la santé publique a été réuni à une occasion pour rendre un avis sur le cas d'un patient admis en 2004 en hospitalisation d'office puis en SPDRE. Le haut-commissaire s'était opposé à sa sortie proposée par certificat médical en date du 26 mars 2012 et a invité le directeur à saisir le JLD. Celui-ci, après avoir noté que le cas du patient ne relevait pas du II de l'article L.3211-12¹⁰ du code de la santé publique, lequel impose au juge de recueillir l'avis du collège prévu à l'article L.3211-9, a néanmoins statué en considération de l'avis favorable à la sortie rendu par cette instance réunie le 4 avril 2012 et a prononcé la mainlevée de l'hospitalisation complète sous contrainte.

En ce qui concerne les SPDT, un processus identique est mis en œuvre ; le directeur de l'établissement a toujours suivi l'avis médical préconisant la levée de l'hospitalisation.

De même, lorsque la famille demande la levée de l'hospitalisation en SPDT, la sortie est acceptée mais « *contre avis médical* ». Deux formulaires ont été établis à cet effet. Le premier porte en en-tête « *Demande de levée à la demande d'un tiers / Sortie contre avis médical* » ; il est renseigné par la personne demandant la levée – nom, prénom qualité – et mentionne que le demandeur a été informé de l'état de santé du patient, a compris les risques encourus par le refus de soins et assume la responsabilité de cette décision et de ses conséquences ; il prévoit la signature du tiers demandeur et du psychiatre dont la responsabilité est ainsi dérogée.

Le second formulaire porte en en-tête la mention « *Déclaration de sortie contre avis médical* » ; le patient y atteste avoir été informé de son état, compris « *les risques encourus en raison de mon refus de soins (d'hospitalisation)* » ; il y déclare néanmoins « *refuser les soins et l'hospitalisation proposés avec insistance par le Dr ... et dégager ainsi le Dr... et le département de psychiatrie du CHPF de toute responsabilité et de toutes les conséquences qui pourraient résulter de cette décision* » ; suivent les signatures du patient, du psychiatre et de deux témoins.

Il a été indiqué que, lorsqu'un tiers demandait la levée de l'admission en SPDT, contre l'avis du psychiatre traitant, le directeur de l'hôpital, les précautions susmentionnées étant prises pour dégager sa responsabilité, n'avait jamais fait usage de l'article L.3212-9 du code de la santé publique qui lui permet de s'y opposer¹¹.

¹⁰ Article 3211-12 du code de la santé publique : « (...) II.-Le juge des libertés et de la détention ne peut statuer qu'après avoir recueilli l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 du présent code : 1° Lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de soins ordonnée en application des articles L. 3213-7 du présent code ou 706-135 du code de procédure pénale ou qu'elle fait l'objet de soins en application de l'article L. 3213-1 du présent code et qu'elle a déjà fait l'objet d'une mesure de soins ordonnée en application des articles L. 3213-7 du présent code ou 706-135 du code de procédure pénale ; 2° Lorsque la personne fait l'objet de soins en application de l'article L. 3213-1 du présent code et qu'elle fait ou a déjà fait l'objet, pendant une durée fixée par décret en Conseil d'État, d'une hospitalisation dans une unité pour malades difficiles mentionnée à l'article L. 3222-3. (...) »

¹¹ Article L.3212-9 du code de la santé publique : « Le directeur de l'établissement prononce la levée de la mesure de soins psychiatriques lorsque celle-ci est demandée : (...) /2° Par une des personnes mentionnées au deuxième alinéa du 2° du II de l'article L. 3212-1. / Dans le cas mentionné au 2° du présent article, le directeur de l'établissement n'est pas tenu de faire droit à cette demande lorsqu'un certificat médical ou, en

3.4 Les registres de la loi

Le livre de la loi est tenu sous forme électronique. Un fichier informatique portant le nom « Registre de Loi » a été créé en 2011. Il comporte les informations sur les hospitalisations intervenues à compter du 5 juin 2011. Il est constitué, d'une part, d'un classeur *Excel* comportant une feuille par année, d'autre part, d'un fichier des patients admis organisé par nom de patient et contenant pour chacun d'eux les documents scannés relatifs à son séjour : arrêtés ou décisions d'admission et de maintien, certificats médicaux, ordonnances du JLD.

Chaque feuille annuelle du tableau *Excel* consacre trois lignes ou plus à chaque hospitalisation d'un patient. En colonne sont renseignées les différentes phases de l'hospitalisation de la façon suivante :

- la première colonne intitulée « *sortie def* » ne comporte aucune information, le fond est parfois coloré en rouge ou jaune ;
- les six colonnes suivantes sont toujours renseignées. Elles portent successivement les intitulés : *nom-prénom ; date de naissance ; type d'admission ; date d'hospitalisation ; certificat médical de 24 heures (lieu, date, auteur) ; maintien ou levée ;*
- suivent des colonnes relatives à la suite éventuelle de l'hospitalisation : *certificat médical de 72 heures (lieu, date, auteur) ; maintien ou levée ; programme de soins ; certificat médical avant la fin du huitième jour avec avis conjoint (lieu, date, auteur) ; requête JLD (lieu, date, auteur) ; avis médical conjoint (date, auteur) ; demande d'avocat (date) choisi ou d'office ; certificat médical d'audition (date, auteur) ; programme de soins (lieu, date, auteur) ; première audience (date) ; décision par ordonnance ;*
- les six colonnes suivantes permettent d'enregistrer les mentions de six certificats médicaux mensuels (lieu, date, auteur) ;
- les dernières colonnes prévoient : *certificat médical de levée (lieu, date, auteur) ; programme de soins ; certificat autorisation de sortie courte durée (lieu, date, auteur) ; certificat autorisation de sortie de plus de 12 heures ; programme de soins ; décision par ordonnance ; observation.*

Ainsi il n'est pas prévu de renseigner le nom du médecin auteur du certificat médical sur le fondement duquel l'admission a été prononcée. Il faut se reporter au fichier des pièces annexées pour trouver ce ou ces certificats. De même, il n'est pas prévu de renseigner la date de la décision d'admission, qui n'est pas toujours celle de l'hospitalisation.

Les données de chaque patient – qui correspondraient aux pages numérotées d'un registre papier – ne sont affectées d'aucune numérotation. Si le fichier *Excel* « Registre de Loi » peut n'être rendu disponible qu'en 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

cas d'impossibilité d'examiner le patient, un avis médical établi par un psychiatre de l'établissement et datant de moins de vingt-quatre heures atteste que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient. Le directeur de l'établissement informe alors par écrit le demandeur de son refus en lui indiquant les voies de recours prévues à l'article L. 3211-12. / Dans ce même cas, lorsqu'un certificat établi par un psychiatre de l'établissement datant de moins de vingt-quatre heures atteste que l'état mental du patient nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, le directeur de l'établissement informe préalablement à la levée de la mesure de soins le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police, qui peut prendre la mesure prévue à l'article L. 3213-6. »

supprimée ou modifiée sans que cette opération ne laisse aucune trace.

Il ne figure aucun visa d'autorité. Le procureur n'a effectué aucune visite dans le département de psychiatrie et n'a donc pas visé le livre de la loi. Seul le représentant du haut-commissaire est passé dans le service en 2011 ; il a été indiqué qu'il n'avait fait aucune remarque qui eut été enregistrée sur les modalités de tenues de ce registre.

Les contrôleurs ont examiné le registre ouvert le 1^{er} janvier 2012. La première admission est en date du 1^{er} janvier 2012, la dernière du 4 décembre 2012.

Au 12 décembre 2012, 282 admissions en soins sans consentement avaient été prononcées :

- 57 « ADRE », soit admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État en application de l'article L.3213-1 du code de la santé ;
- 8 « ADREU », soit admission sur décision du représentant de l'État en application de l'article L.3213-2 du code de la santé ;
- 46 « ADT », soit admission à la demande d'un tiers ;
- 160 « ADTU », soit admission à la demande d'un tiers en situation d'urgence (article L.3212-3 du code de la santé) ;
- 11 « API », soit admission à la demande d'un tiers en cas de péril imminent (article L.3212-1 II 2°).

Les mentions sont inégalement renseignées : il est indiqué que le certificat de 24 heures prescrit le maintien dans 252 cas et la levée de l'hospitalisation dans 22. Dans les huit derniers cas, cette information manque. De même, le certificat de 72 heures maintient l'hospitalisation de 221 personnes et la lève pour 15 ; l'information n'est pas indiquée pour les autres.

La mention de la date et de l'origine de la saisine du JLD n'est mentionnée que 72 fois alors que, selon les indications données par l'hôpital, celui-ci a tenu audience pour 116 personnes, prononçant 104 maintiens, 3 levées et l'information n'est pas précisée dans les autres cas.

Les certificats mensuels ultérieurs sont rarement et irrégulièrement mentionnés : ainsi, on peut trouver l'indication du certificat du sixième mois sans que les précédents soient renseignés.

Sur les deux colonnes intitulées « *programme de soins* », la première n'est pas utilisée, la seconde porte des dates de sortie autorisée.

Il a été constaté et confirmé par les interlocuteurs que, jusqu'au début de l'année 2012, les décisions d'admission en SPDT n'étaient pas formellement prises par le directeur de l'établissement. Depuis, les décisions d'admission sont toujours prises par le directeur, même lorsqu'il s'agit de SPDRE, où c'est au haut-commissaire qu'il appartient de prononcer l'admission.

Le livre de la loi mentionne, entre le 1^{er} août et le 31 décembre 2011, soixante-dix-sept admissions à la demande d'un tiers en procédure d'urgence (ASPDTU) et quatorze en procédure de péril imminent (API) ; sur ces quatre-vingt-onze procédures, les certificats de 24 heures et 72 heures ont émané du même praticien dans seize cas et le nom du praticien auteur de l'un de ces deux certificats manque dans dix autres cas.

Entre le 1^{er} janvier et le 4 décembre 2012, les mêmes chiffres sont respectivement de 160 ASPDTU, 11 API ; 51 procédures ont le même signataire des deux certificats de 24 heures et 72 heures, le nom de l'un des signataires manque dans 16 procédures et celui des deux

dans une procédure. Il est expressément indiqué dans une autre que le certificat de 72 heures n'a pas été établi.

Dans une procédure d'ASPDRE, le registre ne mentionne que le nom du patient, admis le 9 mars 2012, sans autre indication jusqu'à la mention d'un certificat médical mensuel en date du 18 octobre 2012.

Les contrôleurs ont examiné les documents scannés associés aux noms de vingt-six personnes choisies aléatoirement parmi celles admises après l'entrée en vigueur de la loi du 11 juillet 2011. Sept personnes ont été admises sur décision du représentant de l'État, les dix-neuf autres sur demande d'un tiers dont une en procédure de péril imminent et quinze en situation d'urgence. Ils ont fait les constats suivants :

- une admission sur demande d'un tiers a été transformée en SPDRE quinze jours après l'admission sans que le premier mode d'entrée apparaisse sur le livre de la loi ;
- pour trois personnes figurant dans le fichier des patients admis, il n'existe aucun document scanné ;
- pour une personne, figure la date de saisine du JLD mais aucune date d'audience ni ordonnance ;
- pour une personne admise en SPDT, le certificat d'admission ne mentionne pas le nom du médecin et la décision d'admission ne vise pas ce certificat ;
- dans cinq cas de personnes admises en SPDRE, l'arrêté de placement ne figure pas parmi les pièces du fichier des admissions ;
- dans deux cas d'ASPDRE, l'arrêté de levée ne figure pas ; pour l'un des deux, la décision de levée est prise par le directeur.

Pour seulement six dossiers parmi ces vingt-six, toutes les pièces et tous les éléments de la procédure étaient retracés dans le livre de la loi.

Par ailleurs, les éléments du livre de la loi ne reprennent pas ceux du fichier des personnes admises et inversement : ainsi, bien que, parfois, le livre de la loi ne mentionne ni la date de la saisine du JLD ni la date et le sens de la décision du juge, son ordonnance figure au dossier.

Pour les personnes en ASPDT, la décision d'admission du directeur peut être postérieure de plusieurs jours – jusqu'à cinq – à la date d'admission.

Enfin, les certificats sur le fondement 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.

3.5 La commission des hospitalisations psychiatriques

Un arrêté du haut-commissaire de la République, en date du 7 mai 2009, porte désignation des membres de la commission des hospitalisations psychiatriques.

Il a été indiqué aux contrôleurs que cette commission ne s'était jamais réunie, sans qu'il ne leur en ait été donné de raison particulière.

3.6 La protection juridique des majeurs

La secrétaire de la cellule juridique transfère au juge les demandes émanant des médecins. Elle n'a pas de retour.

Le département ne dispose pas de fichier des personnes sous tutelle.

Le protocole d'admission administrative ne prévoit pas de rechercher si la personne admise est placée sous protection juridique et, le cas échéant, d'informer, son tuteur ou son curateur lorsque qu'elle fait l'objet d'une admission en soins contraints. Pourtant, d'une part, l'article L.3211-12 du code de la santé publique prévoit que la personne chargée de la protection d'un majeur peut saisir le JLD aux fins d'ordonner la mainlevée ; d'autre part, en principe, l'autorisation du tuteur est requise pour les opérations chirurgicales. Cette absence d'information méconnaît donc le droit de la personne protégée à être utilement représentée par la personne chargée de sa protection.

En revanche, il a été indiqué que le tuteur ou curateur était recherché lorsque le patient avait besoin d'argent. Le cas échéant, le cadre de santé prend contact avec la COTOREP ou la caisse de prévoyance sociale (CPS) pour savoir si la personne est sous tutelle et obtenir les coordonnées du tuteur.

Enfin, lorsqu'il apparaît qu'une personne doit être placée sous protection juridique, la secrétaire de la cellule juridique transfère au juge les demandes émanant des médecins. Elle n'a pas de retour.

3.7 L'accès au dossier médical

Un médecin extérieur à l'établissement peut avoir accès au dossier médical sous réserve de l'accord du médecin chef.

Dans le cas d'une demande d'expertise par un juge, un courrier d'information est envoyé au médecin chef.

Un patient sorti de l'établissement qui demande l'accès à son dossier médical doit se rendre au bureau du directeur adjoint chargé des affaires juridiques et des droits des patients de l'établissement où il remplit, sur place, un formulaire de demande.

Un patient encore hospitalisé formule sa demande au bureau des soignants.

Cette demande est transmise au secrétariat qui la soumet au médecin chef pour savoir quels documents peuvent être communiqués au patient. Ce dernier signe le formulaire de remise de dossier. La copie des documents est payante.

Il a été indiqué aux contrôleurs que de telles demandes n'avaient jamais été présentées.

3.8 Les associations d'amis et familles des malades

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'aucune association regroupant les amis et familles des malades n'avait jamais contacté le département de psychiatrie du CHPF.

3.9 Les incidents et leur traitement

3.9.1 La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) n'a pas été mise en place au CHPF au motif allégué que les dispositions du code de la santé publique qui prévoient son existence ne seraient pas applicables à la Polynésie Française.

Il a été indiqué aux contrôleurs que des démarches avaient vainement été entreprises auprès de diverses associations susceptibles de participer à la représentation des usagers mais « *le tissu associatif n'est pas mûr et ne s'investit pas dans ce genre d'action* ». Il a même été précisé que la personne qui représentait les usagers au conseil d'administration de

l'établissement lors du contrôle avait demandé à démissionner de cette fonction.

3.9.2 Les plaintes et réclamations

Lorsqu'un patient présente une réclamation, un accusé de réception lui est transmis. La réclamation est traitée par la cellule qualité qui saisit le médecin et le personnel soignant concerné afin d'élaborer la réponse à apporter à l'utilisateur.

Selon les informations recueillies, il appert du traitement de ces réclamations que, souvent, les médecins ne perçoivent pas le niveau de compréhension – ou d'incompréhension – du malade.

L'établissement ne tient pas de fichier des signalements au parquet.

Au cours de l'année 2012, parmi la trentaine de réclamations portées devant la direction de l'hôpital, une seule émanait d'un patient du département de psychiatrie, lequel contestait son hospitalisation sans consentement.

Deux signalements ont été opérés en 2011 concernant le département de psychiatrie ; l'un portait sur la dénonciation par un patient de la présence de plants de cannabis, l'autre visait un patient qui avait lancé une bouteille d'alcool par-dessus la grille de l'unité.

3.9.3 Les événements indésirables

Les événements indésirables sont signalés à la cellule de qualité du CHPF en utilisant des formulaires disponibles sur le serveur commun de l'établissement.

Trois exemplaires sont rédigés ; l'un est classé au dossier du patient, l'autre est transmis au cadre de santé et le troisième est conservé par le soignant.

La cellule de la qualité leur donne une qualification : « critique », « significatif » ou « mineur ».

Au jour de la visite, onze événements indésirables avaient été signalés par le département de psychiatrie en 2012 et dix en 2011. Parmi ces événements, cinq étaient qualifiés de « critiques », douze de « significatifs », un de « mineur », les autres n'avaient pas reçu de qualification.

Sur les événements des deux années, quatre étaient entrés dans la catégorie « Violence/agression physique ou verbale ».

En 2011, le comportement d'un infirmier a conduit à faire opérer des perquisitions à son domicile ainsi que dans le service en vue de recherche de *paka* (cannabis).

Parmi les événements indésirables de 2012, l'un concernait des agressions et injures, un autre une fugue.

Selon les interlocuteurs rencontrés, il semble que, « au département psychiatrique, les informations ne sortent pas et peu de choses remontent ».

3.10 L'accès à l'exercice d'un culte

L'article 33 du règlement intérieur indique : « il est possible de faire appel aux ministres des cultes et de les rencontrer ». En pratique, les représentants des différents cultes ne sont pas autorisés à intervenir dans les unités. Il a été indiqué aux contrôleurs que cette interdiction était absolue, motivée par la vulnérabilité des patients et certaines pratiques religieuses locales.

En revanche, il est possible à un représentant de culte de programmer un office dans la

salle de réunion ; aucune demande de cette nature n'a jamais été formulée.

4 Les conditions d'hospitalisation

4.1 Eléments communs à tous les secteurs

4.1.1 Le règlement intérieur

Le règlement intérieur est inséré dans le livret d'accueil du département de psychiatrie. Il est affiché dans les salles de séjour de chaque unité MKA mais pas à l'unité Tokani. Rédigé par le cadre de santé en 2004, il est obsolète, ce que n'ont pas manqué de relever les patients.

4.1.2 La restauration

Les repas sont préparés par la cuisine centrale du CHPF et livrés en liaison froide au département de psychiatrie.

La cuisine du département, d'une surface de 24 m², est située au premier étage du bâtiment.

Elle comporte deux tables de manutention, une paillasse avec un grand bac pour la vaisselle, un lave-vaisselle professionnel, deux machines à café, deux grandes armoires frigorifiques positives (+ 4°C), un réfrigérateur, une armoire à double porte, trois armoires chauffantes et réfrigérantes et quatre « cambos » (chariots de conservation et de transbordement) dont un en panne depuis 2011. L'ensemble du matériel est en acier inox.

Les repas sont servis à 7h30 pour le petit déjeuner, 11h30 pour le déjeuner et 17h pour le dîner. Une collation – un biscuit et une tisane – est proposée entre 19h et 21h selon les unités.

Chaque jour, en fonction du nombre de patients et des menus spéciaux, les unités passent commande à la diététicienne de la cuisine centrale, pour le lendemain.

Le travail de mise en place des repas est assuré par des agents de la cuisine centrale. Les repas sont apportés dans trois cambos transportés depuis la cuisine centrale dans une voiture de service. Les cambos sont acheminés par l'entrée de service, puis par l'ascenseur vers la cuisine. Les agents entreposent les repas de midi et du soir dans les armoires ; les agents du département assurent la distribution dans les unités. Les menus spéciaux portent les noms de leurs destinataires.

Il a été signalé aux contrôleurs que le poids de ces chariots pleins – 37 kg – était un problème quotidien pour le personnel féminin qui devait charger et décharger la voiture ; de plus l'ascenseur est parfois en panne et il faut monter les chariots par l'escalier ou les 180 bouteilles d'eau journalières.

La livraison des repas dans des barquettes individuelles filmées ne permet pas la distribution de supplément ; les patients se sont plaints aux contrôleurs de l'insuffisance des portions au regard des habitudes alimentaires locales et alors que les familles ne sont plus autorisées à apporter de denrées alimentaires pour le dîner.

Chaque repas comporte, outre les barquettes, cent grammes de pain, une bouteille de 50 cl d'eau, des sachets de sel, de poivre et de vinaigrette et des couverts en plastique (hormis une fourchette métallique). Les machines à café sont programmées à 5h du matin pour le petit déjeuner.

Les menus sont élaborés sur un cycle de six semaines. Ils ne sont pas toujours affichés.

Le contrôle sanitaire est effectué à la cuisine centrale.

Il a été indiqué aux contrôleurs que la liaison froide exigeait une température dans la cuisine de 12° C et que jamais celle-ci ne descendait au-dessous de 19° C.

4.1.3 L'hygiène et la sécurité

4.1.3.1 Le comité de lutte contre les infections nosocomiales

Le de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) du CHPF couvre l'ensemble des services.

Une page entière lui est consacrée dans le livret d'accueil et recommande en particulier de :

- se désinfecter les mains à l'entrée et à la sortie d'une chambre de malade ;
- ne pas s'asseoir sur les lits ;
- ne pas utiliser les WC et la douche d'une chambre de malade ;
- ne pas apporter de plantes ou de fleurs à l'hôpital ;
- ne pas faire entrer d'animal à l'hôpital.

Les personnels de l'établissement psychiatrique affirment n'avoir jamais vu de professionnels spécialisés en hygiène hospitalière dans les services.

4.1.3.2 Le linge

Le linge de l'hôpital – draps et serviettes – est porté deux fois par semaine à la blanchisserie de l'hôpital.

La famille du patient est invitée à assurer l'entretien de son linge. En l'absence de proches, le patient peut faire remettre son linge par les soignants à une blanchisserie privée une fois par semaine à ses frais.

Les patients ont également la possibilité de laver leur linge eux-mêmes ; des seaux leurs sont fournis à cet effet.

4.1.3.3 Le ménage

Le marché du nettoyage de l'hôpital a été attribué à la société Polynet, qui met trois personnes à la disposition du département de psychiatrie.

Leurs horaires de travail sont : 5h à 5h30 ; 7h30 à 9h30 ; 11h à 12h30 ; 15h30 à 18h.

Celles qui commencent à 5h s'arrêtent à 17h30 et celles qui commencent à 7h30 s'arrêtent à 18h, soit 6 heures de travail rémunéré par jour pour 12 heures de présence. Ces horaires sont très mal vécus par les personnels car ils ne peuvent rentrer chez eux entre les plages de ménages, qui s'étalent sur douze heures chaque jour.

Un local de 6 m² au rez-de-chaussée et un autre de 7 m² au premier étage permettent d'entreposer les chariots de nettoyage et les produits d'entretien de tout le bâtiment. Des machines autolaveuses sont régulièrement apportées de l'hôpital pour nettoyer les grandes surfaces carrelées.

4.1.3.4 Les déchets

Dans la pharmacie de chaque unité se trouvent deux supports de grands sacs-poubelles jaune et bleu.

Une affiche indique en jaune une liste de vingt-quatre déchets d'activité de soins à

risque infectieux (DASRI) et une autre en bleu seize déchets assimilables aux ordures ménagères (DAOM).

Ces sacs sont collectés chaque jour et portés dans des containers déposés à la sortie de service du bâtiment. Ceux-ci sont vidés par le service général de l'hôpital.

4.1.3.5 La sécurité

La porte d'entrée du département de psychiatrie est fermée de 19h30 à 5h.

L'accès aux unités d'hospitalisation est fermé par une porte vitrée contrôlée par un poste de surveillance tenu par l'équipe de sécurité incendie.

Le poste de contrôle est adossé à un local où sont installés le moniteur de retour des caméras de surveillance et dix huit casiers de 40 cm sur 30 cm et 50 cm de profondeur.



Le poste de contrôle

Ce poste assure le contrôle de toutes les personnes qui entrent et qui sortent des unités. Les mineurs de seize ans ne sont pas autorisés à entrer. Les patients qui sortent en permission doivent montrer le formulaire qui leur est remis par l'unité et qui mentionne l'heure de retour.

Selon une note de service en date du 19 avril 2006, les visiteurs qui ont un sac doivent l'ouvrir et éventuellement déposer les objets prohibés dont la liste est précisée dans une note en annexe. Il n'a pas été possible de voir cette annexe, dont les agents ne disposaient pas ; « *la nourriture, le tabac, le briquet, le couteau etc... sont interdits, on sait* », a expliqué un agent. Si le visiteur refuse d'ouvrir son sac, il doit le déposer dans un casier dont il conserve la clé, sous peine de ne pouvoir entrer.

Un registre d'événements recense les mouvements des visiteurs, des intervenants et des patients. Ces agents préviennent les unités si un patient en permission de sortir n'est pas rentré à l'heure prévue.

Ce service comprend neuf agents en uniforme, à temps plein, titulaires du diplôme de secours incendie assistance à personne (SIAP).

Une formation « gestion des conflits » leur a été dispensée.

Deux agents sont présents 24 heures sur 24, chaque jour de l'année, en deux roulements de 6h à 18h et de 18h à 6h. Ils font partie du service incendie-sécurité du CHPF.

L'équipe de nuit fait des rondes toutes les heures à l'intérieur et à l'extérieur du bâtiment.

Chaque année, une formation d'une demi-journée sur la procédure d'évacuation d'urgence est prodiguée à l'ensemble du personnel soignant.

A l'unité Tokani, le personnel soignant ne dispose d'aucun appareil d'alerte portable.

4.1.4 La sur-occupation et les transferts

Le nombre de lits étant largement sous-dimensionné par rapport à la population de la Polynésie française, les unités sont souvent en sur-occupation, à l'exception d'Apape qui l'est rarement. Il est alors nécessaire de placer des lits supplémentaires, voire des matelas directement sur le sol, dans les chambres déjà occupées.

Le chef du département de psychiatrie a été conduit à refuser l'admission dans son service d'un patient qui venait d'être libéré de la prison, faute de place.

Au moment de la visite des contrôleurs, le retour d'un patient en provenance d'une unité pour malades difficiles (UMD) était annoncé. Il s'agissait d'une personne particulièrement dangereuse qui avait été envoyée à l'UMD à la suite d'un projet avorté de prise d'otage au CHPF. Ce patient, bien connu de l'équipe soignante, devait être placé dès son arrivée dans une chambre du secteur de surveillance intensive où il avait déjà été enfermé pendant un an.

4.1.5 La communication avec l'extérieur

4.1.5.1 Les visites

Les visites sont autorisées du lundi au dimanche de 12h30 à 14h30 et de 17h30 à 19h. Les enfants de moins de seize ans ne sont théoriquement pas admis dans l'établissement ; cependant, leur présence peut être tolérée dans le couloir d'entrée du bâtiment au niveau du comptoir d'accueil des vigiles où se tiennent alors les visites.

Les familles peuvent, notamment, apporter du linge propre et récupérer le linge sale.

A l'unité Tokani, les visites de familles ont lieu dans un bureau de consultation au sein du secteur fermé. Les familles ne sont pas autorisées à pénétrer dans le secteur de surveillance intensive. Les enfants de moins de seize ans ne sont pas admis dans l'unité. Les visites sont limitées à trois personnes au maximum.

Dans les trois autres unités, les patients peuvent recevoir leurs visiteurs dans la salle commune, dans le jardin ou dans leurs chambres. Les visiteurs sont autorisés à apporter des denrées alimentaires pour le déjeuner des patients mais ne sont plus autorisés à le faire pour le dîner. Un contrôle de la qualité et de la quantité de ces aliments est effectué par le personnel. Les familles se montrent très fidèles et viennent fréquemment ; le personnel soignant essaye de limiter à trois le nombre de visiteurs mais fait preuve de souplesse sur ce point.

4.1.5.2 Le téléphone

Les patients ne sont pas autorisés à conserver leurs téléphones portables lors de l'hospitalisation.

Aucune cabine téléphonique n'est à la disposition des patients.

A l'unité Apape, les patients ont la possibilité de téléphoner à tout moment jusqu'à 18h en demandant l'autorisation d'utiliser le téléphone sans fil situé dans le bureau infirmier. Un

autre téléphone, situé sur le comptoir du poste de surveillance, permet aux proches de joindre les patients tout au long de la journée jusqu'à ce que ces derniers soient couchés.

Dans l'unité Kaveka, sur avis médical, les patients sont autorisés à téléphoner une fois par jour ; le nombre d'appels qu'ils peuvent recevoir n'est pas limité.

À l'unité Manini, les patientes peuvent appeler avec le téléphone du service, auquel l'accès est apprécié par le personnel soignant ; lorsque son état le justifie, une personne peut être autorisée à appeler plusieurs fois par jour.

Dans l'unité Tokani, l'utilisation du téléphone est soumise à l'accord du médecin ; elle reste exceptionnelle. Les contacts avec les proches sont assurés par les infirmiers. Au moment de la visite des contrôleurs, deux des trente-trois patients hospitalisés étaient autorisés à téléphoner.

Les appels sont gratuits ; si le correspondant est éloigné, il peut lui être demandé de rappeler lui-même.

4.1.5.3 Le courrier

Le courrier est libre. Il a été indiqué que papier et enveloppes étaient remis à la demande et que le courrier était timbré par l'hôpital si le patient ne disposait pas des ressources nécessaires à l'achat de timbres. Il a cependant été précisé aux contrôleurs que les patients manifestaient extrêmement rarement le besoin de correspondre.

A l'unité Manini, les patientes peuvent recevoir du courrier mais « *si le médecin considère qu'il faut retenir des lettres qui peuvent créer des troubles, on le fera* ».

4.1.5.4 L'informatique et l'accès à l'internet

Les patients ne sont pas autorisés à conserver leur ordinateur portable pendant leur hospitalisation. Aucun ordinateur ne leur est directement accessible au sein du département de psychiatrie.

4.1.6 Les activités thérapeutiques

Les activités thérapeutiques sont mutualisées et encadrées par une équipe composée de deux ergothérapeutes et deux aides soignantes spécialisées.

Un espace du rez-de-chaussée est réservé à ces activités :

- une salle de 25 m² ;
- une salle d'ateliers manuels de 35 m² ;
- une salle de relaxation de 35 m² ;
- un jardin fermé de 40 m² accessible depuis la salle de 25 m² ;

A l'étage, une salle de musculation de 25 m² est réservée aux patients en hospitalisation sous contrainte qui ne peuvent pas quitter leur unité.

Le long du bâtiment, un espace de jardinage de quelque 800 m² permet d'animer des activités de culture de produits locaux tels que mangue, ananas, papaye, corossol, pamplemousse, avocat, banane.



L'espace de jardinage

Un programme d'activités est préparé chaque semaine et adressé aux quatre unités.

Parfois, les patients des unités fermées Tokani et Manini participent à des activités spécifiques, qui peuvent être organisées à l'intérieur de l'unité au profit des patients ne pouvant pas sortir. D'autres activités sont organisées au profit des trois unités Manini, Kaveka, Apape (regroupées alors sous le terme « MKA »), voire pour l'ensemble des patients.

Les contrôleurs ont consulté les programmes hebdomadaires des activités organisées au sein de l'espace thérapeutique entre le 5 novembre et le 7 décembre 2012 (le nombre de participants effectifs est indiqué entre parenthèses) :

		Tokani	Manini	Kaveka	Apape
Lundi 5/11	Matin	Jardin (Tokani : 2 ; MKA : 6)			
	Après-midi	Intra (9)			
Mardi 6/11	Matin	Sortie thérapeutique (Tokani : 2 ; MKA : 3)			
	Après-midi		Atelier (12)		
Mercredi 7/11	Matin	Cuisine (Tokani : 2 ; MKA : 3)			
	Après-midi				
Jeudi 8/11	Matin	Atelier (0)			
	Après-midi				
Vendredi 9/11	Matin	Jardin (Tokani : 3 ; MKA : 3)			
	Après-midi	Revue de presse (9)			
Lundi 12/11	Matin	Jardin (Tokani : 3 ; MKA : 3)			
	Après-midi	Intra (12)	Atelier (2)		
Mardi 13/11	Matin	Atelier (3)	Intra (8)		
	Après-midi		Atelier (4)		
Mercredi 14/11	Matin	Cuisine (Tokani : 2 ; MKA : 3)			
	Après-midi				
Jeudi 15/11	Matin	Atelier (3)			
	Après-midi		Atelier (0)		
Vendredi 16/11	Matin	Revue de presse (0)	Jardin (0)		
	Après-midi				

		Tokani	Manini	Kaveka	Apape
Lundi 19/11	Matin	Jardin (Tokani : 1 ; MKA : 3)			
	Après-midi	Intra (8)	Atelier (0)		
Mardi 20/11	Matin	Atelier (4)	Intra (8)		
	Après-midi		Atelier (3)		
Mercredi 21/11	Matin	Sortie thérapeutique (4)	Cuisine (Tokani : 2 ; MKA : 3)		
	Après-midi				
Jeudi 22/11	Matin	Activités groupées (Tokani : 4 ; MKA : 6)			
	Après-midi		Atelier		
Vendredi 23/11	Matin	Intra (5)	Jardin (Tokani : 5 ; MKA : 0)		
	Après-midi				
Lundi 26/11	Matin	Jardin (Tokani : 4 ; MKA : 2)			
	Après-midi	Intra (12)	Atelier (2)		
Mardi 27/11	Matin	Atelier (4)	Intra (8)		
	Après-midi	Activ. indiv. (1)	Activ. indiv. (1)		
Mercredi 28/11	Matin	Atelier (3)	Cuisine (Tokani : 2 ; MKA : 3)		
	Après-midi				
Jeudi 29/11	Matin	Atelier (0)	Activité individuelle (1)		
	Après-midi	Activités groupées (Tokani : 3 ; MKA : 1)			
Vendredi 30/11	Matin	Intra (7)	Jardin (Tokani : 2 ; MKA : 2)		
	Après-midi				

		Tokani	Manini	Kaveka	Apape
Lundi 3/12	Matin	Jardin (Tokani : A ; MKA : 2)			
	Après-midi		Atelier (3)		
Mardi 4/12	Matin	Atelier (2)	Intra (10)		
		Activ. indiv. (1)			
	Après-midi	Intra (7)	Atelier (4)		
Mercredi 5/12	Matin	Atelier	Cuisine (Tokani : 2 ; MKA : 3)		
		Activ. indiv. (1)			
	Après-midi				
Jeudi 6/12	Matin	Atelier (0)			
	Après-midi		Atelier (0)		
Vendredi 7/12	Matin	Intra (9)	Jardin (0)		
	Après-midi				

Ces activités régulières internes au département de psychiatrie sont complétées par des activités conduites occasionnellement à l'extérieur : pirogue, paddle, surf, promenade en montagne, sortie en mer. En pratique, faute de personnel, ces sorties demeurent exceptionnelles.

L'association Tokani apporte son soutien aux activités proposées à l'unité portant son nom ; rattachée à la fédération Handisport, elle organise en particulier les activités nautiques. Une autre association, « Orara'a Maitaié », consacrée aux activités destinées aux trois autres unités, serait en voie de cessation d'activité faute de candidat pour prendre la suite de la présidente en fin de mandat. Ces deux associations caritatives loi 1901 ont été créées par des socioprofessionnels bénévoles au profit exclusif des personnes hospitalisées au CHPF.

Par ailleurs, chaque unité propose des activités, notamment le week-end, en particulier destinées aux patients qui ne peuvent pas sortir : collages, dessins, coloriages, jeux de société.

C'est ainsi qu'au sein de l'unité Tokani, au cours du mois de novembre 2012, les activités suivantes ont été proposées :

- jeudi 1^{er} : football, volley ;
- jeudi 8 : jardin ;
- vendredi 9 : jardin ;
- samedi 10 : musculation ;
- dimanche 11 : musculation ;
- vendredi 16 : photos ;
- samedi 17 : jardin ;
- lundi 19 : sortie thérapeutique ;
- jeudi 22 : photos ;
- dimanche 25 : jardin ;
- lundi 26 : décorations de Noël ;
- mardi 27 : décorations de Noël.

Au cours de l'année 2011, les activités suivantes ont été organisées par l'équipe d'ergothérapie :

Nombre de patients	Jan	Fév	Mar	Avr	Mai	Jun	Jul	Aoû	Sep	Oct	Nov	Déc	Total
Boîte à bijoux		2	3			2	2	6	14	3	1		33
Broderie				2	14	1	6				6	4	33
Cadre photo	14	11	6	5	4	6	15	6	12	5	19	2	105
Cartonnage			1	3	1	4					3		12
Collage	8	5	13	1	10	2	1		3	3	1		47
Collier de coquillages	1		13	3	8	3	2		1	1	7	4	43
Coupe de cheveux		1	11	12	4		1	4	1	2			36
Couture	27	20	9	1	8	10	7	7	7	11	22	18	147
Création collective						5	7	14	2	2	3		33
Cuisine	19	18	20	15	9	37	17	29	36	25	25	27	277
Danse	16	11	13	23	28	17	17	17	18	12	19	29	220
Décorations de Noël										1	2	1	4
Dessin	14	20	16	13	28	21	12	18	7	18	21	14	202
Ecriture	3	3						5	1	9	7	5	33
Encadrement		3							3		4	2	12
Esthétique	19	16	21	22	18	20	30	16	14	15	30		221
Fresque collective			4	6	11								21
Gymnastique	105	89	122	75	88	100	98	123	111	122	124	108	1 265
Informatique							2	4	3	4	3		16
Jardin	20	14	17	18	19	19	34	40	14	28	23	20	266
Jeux de société										1			1
Macramé					3								3
Mandala	56	47	66	66	44	47	21	51	66	33	32	38	567
Menuiserie	8	4		1	10	1	1	5	10	4	7	4	55
Miroir	5					2	2	1		1		2	13
Mosaïque	16	15	7	16	31	37	33	22	24	54	11	14	280
Musique	1		2				2						5
Paréo									1	6			7
Peinture						5			1		1		7
Perles												20	20
Pinces à linge						18	4						22
Pirogue	9	8	7	2	10	13					4		53
Pyrogravure							2		4				6
Rééducation										1		5	6
Repas thérapeut.				4			4			4			12
Savates											3	2	5

Nombre de patients	Jan	Fév	Mar	Avr	Mai	Jun	Jul	Aoû	Sep	Oct	Nov	Déc	Total
Scoubidou				2									2
Sculpture bois							5		4	1			10
Soin corporel ciblé				1	7		1	2		10			21
Sortie thérapeut.							5	3			2		10
Surf	2												2
Tableau de sable	9	9	22	20	19	16	24	30	22	13	41	35	260
Tressage	14	9	13	18	11	49	35	28	2	6	12	13	210
Total	366	305	386	329	385	435	390	431	381	395	433	367	4 603

L'ensemble des activités indiquées dans ce tableau a concerné en moyenne 384 patients chaque mois, ce qui correspond, si on considère un taux d'occupation théorique de 100 %, à une moyenne de six activités par patient et par mois ou encore une activité tous les 3,5 jours ouvrables par patient.

Au moment de la visite des contrôleurs, les patients étaient invités à participer à un concours de décorations de Noël organisé au sein de l'ensemble de l'hôpital, l'enjeu consistant à n'utiliser que des produits de récupération.



Préparation des décorations de Noël

4.1.7 L'argent de poche

Lorsqu'un patient est en possession d'espèces au moment de son hospitalisation, elles sont placées dans le coffre du cadre de santé après inventaire signé par deux personnels soignants et par le patient. Ce dernier a la possibilité d'en disposer lors d'une autorisation de sortir.

Pour les personnes sous tutelle, le tuteur dépose un pécule ; il figure sur l'inventaire et le cadre de santé signe un reçu au tuteur. Les tuteurs privés se déplacent avec les espèces. L'association Tutelger, créée en février 2000 sous l'impulsion du ministère de la justice et du service des affaires sociales, a pour mission d'assurer la gestion des biens des mineurs et des majeurs protégés et de leur assurer un droit à la protection juridique ; à ce titre, ayant la tutelle de la majorité des patients sous protection juridique, l'association fait un virement global à la trésorerie du CHPF et lui indique la répartition entre les patients dont elle a la tutelle. Le trésorier verse alors les espèces à la caissière du département qui les porte au cadre de santé, lequel les conserve dans son coffre et gère les petits achats (savon, cigarettes, alimentation). En principe, si le compte du patient le permet, ce dernier reçoit 1 600 francs Pacifique – soit 13,42 euros – par mois avec un éventuel supplément tous les trois mois pour l'achat de vêtements.

4.2 L'unité semi-ouverte Kaveka

L'unité Kaveka, située au premier étage du bâtiment hospitalier, est accessible par un escalier central et un ascenseur.

4.2.1 Les locaux

Les patients des deux unités ouvertes, Kaveka et Apape, partagent l'accès à une terrasse et un jardin.

La terrasse couverte, d'une surface de 50 m², est équipée d'une table en bois, de plusieurs bancs et chaises. Une table de ping-pong hors d'usage est repliée contre un mur. Il a été précisé aux contrôleurs « *qu'aucun budget n'était prévu dans l'immédiat pour la changer* ». Des cendriers et un briquet fixé au mur par une ficelle sont à la disposition des patients.

La terrasse s'ouvre sur un jardin clos par un grillage, planté de gazon et de différentes essences végétales. Une première partie de 375 m² est librement accessible aux patients. Une seconde partie, d'une surface identique, a été fermée afin de limiter les risques de fugue. Cette partie du jardin est désormais réservée aux activités jardinage régulièrement proposées aux patients.

La toiture, dont les poutres métalliques de soutien sont apparentes, laisse circuler l'air et déborde largement sur les bords du bâtiment.



Le jardin de Kaveka et Apape

L'unité dispose d'une surface de quelque 400 m² où se répartissent, sur deux côtés, des chambres, sur le troisième, une salle commune ouvrant sur la terrasse et le jardin, et, au centre, accolé au quatrième côté, les deux locaux des soignants et les locaux de service ; ces derniers locaux sont séparés des chambres par un couloir. Dans le couloir menant à la salle commune, un comptoir incurvé comporte, à l'arrière, un évier et un plan de travail ; ce dispositif, qui existe dans toutes les unités, est inutilisé du fait de son emplacement dans le couloir.

Les locaux de l'unité, repeints en 2011, sont en bon état et très propres.

4.2.1.1 Les locaux professionnels

Le bureau des personnels soignants, d'une surface de 12,25 m², donne sur la salle commune ; la cloison de séparation est en partie vitrée. La porte ferme avec une serrure à code.

Il comporte un poste de travail avec un ordinateur, deux armoires, un meuble de classement des dossiers des patients, quatre sièges et un chariot à médicaments.

Un second local, plus petit, est accessible par une porte à digicode qui ouvre dans le couloir. Il comporte une paillasse carrelée avec deux bacs de nettoyage et une armoire à pharmacie. Un chariot de première urgence, avec défibrillateur et oxygène, y est entreposé.

Lors de chaque relève du matin et du soir, le personnel soignant apporte le chariot à médicaments et les posologies des patients et prépare les boîtes de distribution pour chacun dans les douze heures à venir. Il est indiqué aux contrôleurs que l'approvisionnement est fréquemment défaillant ; au soir de la visite des contrôleurs, il manquait de l'Aspégic® depuis plusieurs jours et un médicament pour le diabète depuis plus d'une semaine.

Sur l'arrière de ces locaux et ouvrant sur le couloir où se trouvent les trois dernières chambres, trois pièces aveugles abritent les containers à poubelles, le linge sale et le linge propre. Dans ce dernier sont rangés des habits de patients, un petit vestiaire et le dépôt des draps ; un registre tenu très précisément retrace les entrées et sorties de linge.

4.2.1.2 Les chambres

L'unité comporte neuf chambres numérotées de K1 à K9 : cinq chambres individuelles (K1, K2, K5, K6 et K9) et quatre chambres à deux lits (K3, K4, K7 et K8), soit un total de treize places.

Toutes les chambres disposent de salles d'eau.

Dans cette unité, seul le bureau des soignants est climatisé.

Les chambres individuelles mesurent 16,50 m² ; la salle d'eau occupe 3 m² de cette surface.

Les chambres doubles mesurent 20,50 m² ; les salles d'eau occupent 3,50 m².

Les murs sont peints de couleur claire et le sol est en revêtement plastique bleu.

Une fenêtre de 2,30 m de large sur 1,30 m de haut est composée de trois panneaux vitrés dont le central est fixe et les deux autres, de 0,55 m de large, coulissants. Un volet roulant mécanique en plastique permet d'occulter la lumière, mais les contrôleurs ont pu constater que la manivelle était retirée des chambres. Un barreaudage en métal déployé interdit toute sortie par la fenêtre.

Un tube fluorescent est disposé au plafond ainsi qu'un détecteur de fumée.

Une veilleuse est située à cinquante centimètres au-dessus du sol, à proximité de la porte. Au-dessus se trouve un bouton rouge d'appel et une commande de lampe de présence, hors d'usage.

Une prise électrique et une arrivée d'antenne de télévision sont fixées en hauteur sur un mur, mais aucun poste n'est installé dans les chambres « *par mesures thérapeutiques* ».

Une rampe médicalisée fixée sur un mur comporte deux arrivées de fluides dont il est indiqué qu'elles ne servent jamais. Les chambres doubles sont équipées de deux rampes.

Le mobilier est constitué d'une armoire à une porte avec deux étagères et une penderie, une table, une chaise, un fauteuil renforcé à roulettes et un lit sur roulettes de 2 m sur 1 m revêtu d'un matelas épais entouré d'une housse imperméable bleue.

La porte, de 1,23 m de large sur 2,03 m de haut, est percée d'un fenestron rectangulaire de 0,25 m sur 0,35 m placé à 1,33 m du sol. La porte de la chambre permet le passage du lit. Il n'est pas possible au patient de fermer la porte de l'intérieur.

Toutes les chambres sont équipées d'une salle d'eau comportant un plan avec vasque incorporée de 1,10 m de long surmontée d'un miroir métallique et munie d'un porte-savon, un wc avec abattant et balayette, une barre d'appui, une douche à l'italienne actionnée par un bouton poussoir permettant le réglage de la température de l'eau. Une patère est fixée à la porte ; la pièce est éclairée par un plafonnier et une prise de courant est installée au-dessus du lavabo. Le revêtement mural est beige clair et le sol en balatum vert clair chiné. Il n'y a pas de bouton d'appel. Il a été indiqué que les salles d'eau étaient équipées, à l'origine, de sièges pour permettre aux personnes à mobilité réduite de se doucher assises mais qu'ils ont été cassés par des patients en surcharge pondérale. Pour la même raison, des sièges de wc suspendus ont dû être refixés. Les salles d'eau des chambres doubles possèdent des lavabos doubles.

Une prise d'air pour la ventilation mécanique contrôlée (VMC) et une lampe sont fixées au plafond. L'interrupteur de la lumière est à l'extérieur.

Au jour de la visite, le mobilier des chambres était le suivant :

- K1 (chambre individuelle) : aucun lit, deux matelas au sol, deux armoires, deux tables de nuit, une table et une chaise ;
- K2 (chambre individuelle) : deux lits, deux armoires, une table de nuit, une table et une chaise ;
- K3 (chambre double) : deux lits, deux armoires et deux tables de nuit ;
- K4 (chambre double) : deux lits, une armoire, une table de nuit, deux tables et deux chaises ;
- K5 (chambre individuelle) : un lit, un matelas au sol, une armoire, une table de nuit, une chaise et un fauteuil ;
- K6 (chambre individuelle) : un lit, trois matelas au sol, une armoire, une table de nuit, une chaise et un fauteuil ;
- K7 (chambre double) : un lit, un matelas au sol, une armoire, deux tables de nuit, une chaise ;
- K8 (chambre double) : un lit, deux matelas au sol, deux armoires, deux tables de nuit, une chaise ;
- K9 (chambre individuelle) : aucun lit, deux matelas au sol, une armoire, une table de nuit et une chaise.

Pour treize places théoriques, l'unité ne comptait que dix lits mais, en outre, onze matelas au sol ; il a été indiqué que « *les deux lits manquants sont probablement dans une autre unité qui en avait besoin* » et que, par ailleurs, « *le mobilier hors d'usage n'est pas remplacé, ce qui explique la pénurie* ».

4.2.1.3 Les locaux communs

Les patients disposent d'une salle commune de 64 m² organisée en deux espaces :

- un salon de repos et de télévision meublé de deux canapés et d'un téléviseur ;
- une salle à manger meublée de quatre tables et seize chaises ; deux grands sacs en plastique sont suspendus à des anneaux de support de sacs-poubelle ; un lavabo et une fontaine d'eau fraîche complètent l'ensemble.



La salle commune de Kaveka

Cette salle donne de plain-pied sur la terrasse décrite précédemment (Cf. *supra* § 4.2.1).

Elle souffre de l'absence de climatisation et d'aération, que ne peut pallier l'ouverture de la baie vitrée en raison de la température de l'air.

4.2.2 Les patients

En principe, l'unité Kaveka est destinée à recevoir des hommes ; cependant, la sur-occupation des autres unités conduit à l'accueil de femmes.

Au moment de la visite des contrôleurs, la situation était la suivante :

Nombre de patients hospitalisés	14
Nombre d'hommes	12
Nombre de femmes	2
Nombre de patients en hospitalisation libre	14
Date de l'admission la plus ancienne	25/8/11
Age du patient le plus âgé	80 ans
Age du patient le plus jeune	27 ans
Date de l'admission la plus récente	4/12/12
Date de la sortie la plus récente	10/12/12

Le patient le plus âgé est atteint de la maladie d'Alzheimer ; il n'existe en Polynésie française aucune structure qui soit en mesure de le recevoir.

Selon les informations données aux contrôleurs, le chiffre de quatorze patients hospitalisés au jour de la visite est exceptionnellement bas ; le service est en permanence en sur-occupation avec un nombre de patients variant généralement entre dix-huit et vingt.

4.2.3 Les règles de vie

Chaque matin, le personnel soignant fait prendre une douche aux malades chroniques et à ceux qui ne peuvent pas se doucher seuls. Au jour de la visite, cinq patients avaient besoin d'aide.

La télévision fonctionne de 6h à 22h. La télécommande est dans le bureau des infirmiers.

Quelques jeux de société sont à la disposition des patients. Plusieurs d'entre eux se sont plaints du manque d'activités et d'un sentiment d'ennui.

Il a été expliqué aux contrôleurs qu'en raison du grand nombre de patients, l'équipe de jour avait rarement le temps d'organiser des activités.

Un infirmier a lancé, depuis quelques années, un atelier « jardinage » qui consiste à cultiver des légumes et planter des arbres rares sur les terrasses et à les entretenir (sarclage, arrosage...). Les légumes produits sont consommés dans l'unité, en liaison avec la cuisine. Peu de patients sont intéressés ; par ailleurs, au moment du passage des contrôleurs, l'activité était interrompue faute d'animateur.

4.3 L'unité de surveillance renforcée Apape

L'unité de surveillance renforcée Apape accueille les patients arrivants, hommes et femmes, avant leur éventuelle orientation vers une autre unité. Elle a également vocation à recevoir les patients dépressifs et suicidaires. Elle est fermée toute la journée.

Il a été précisé aux contrôleurs qu'en raison du faible nombre d'unités au sein du département de psychiatrie, aucun projet thérapeutique collectif n'était mis en œuvre dans l'unité, les projets thérapeutiques étant toujours individualisés.

Tous les patients sont reçus en consultation par le médecin psychiatre du service au moins une fois par semaine. Il a été précisé aux contrôleurs qu'en psychiatrie la notion de travail d'équipe était fondamentale et que, dès lors, les patients n'avaient pas de soignant référent. Une réunion hebdomadaire, au cours de laquelle sont étudiés les dossiers de l'ensemble des patients, se tient le jeudi matin en présence du médecin, d'un infirmier, d'un psychologue, d'un ergothérapeute et de la cadre de santé.

4.3.1 Les locaux

En raison de la pathologie des patients, les fenêtres de ce secteur sont toutes condamnées sans aucune possibilité de les ouvrir. Aussi ce secteur est-il entièrement climatisé. Lorsque la climatisation tombe en panne, « *ce qui n'est pas rare* », faute de ventilation possible, il y fait une chaleur suffocante.

L'unité est organisée autour de la pièce commune d'une surface de 140 m² éclairée par deux larges portes fenêtres verrouillées donnant sur la terrasse extérieure. Cet espace est occupé par :

- un coin télévision équipé d'un poste, placé dans une armoire, et trois canapés ;
- la salle à manger meublée de quatre tables de quatre places chacune, un lavabo et une fontaine à eau ;
- un poste de surveillance doté d'un comptoir délimitant un espace dans lequel se trouvent une paillasse humide avec double évier, un lavabo, un réfrigérateur, un four à micro-ondes et trois chaises. Cet espace fait office de lieu de travail, de repos et de restauration pour les personnels, qui ne disposent pas d'autre local de détente et ne peuvent quitter l'unité pendant toute la durée de leur service.

Le secteur comporte un bureau infirmier faisant également office de bureau d'entretien, un local de nettoyage et un local de rangement réservé au personnel.

Il ne dispose pas de salle de bain avec baignoire.

Sur deux des côtés de la pièce commune s'ouvrent cinq chambres individuelles et quatre chambres doubles. Les chambres individuelles, comme les doubles, sont identiques à celles de l'unité Kaveka décrites *supra* (Cf. § 4.2.1). Elles sont propres, claires et dans un bon état général. Les trois chambres individuelles les plus proches du poste de surveillance, appelées « *chambres de surveillance* », sont réservées, en priorité, aux arrivants.

Les fenêtres des chambres sont toutes barreaudées et équipées de stores dont la commande est hors d'usage. Les stores de l'unité sont ainsi bloqués à différentes hauteurs, produisant un effet occultant variable selon les chambres.

Toutes les chambres de l'unité sont équipées de boutons d'appel qui, selon les témoignages recueillis, n'ont jamais fonctionné.

Les chambres doubles sont toutes meublées de deux lits, deux tables de nuit, deux chaises, deux tables et deux armoires.



Une chambre double d'Apape

4.3.2 Les patients

Au moment de la visite des contrôleurs, onze patients étaient hospitalisés à Apape : neuf femmes et deux hommes.

Aucun patient n'avait été admis en soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat (ASPDRE) ; deux l'avaient été à la demande d'un tiers (ASPDT) ; les neuf autres étaient en soins libres (SL).

Les durées d'hospitalisation les plus longues des patients présents étaient les suivantes :

- 1 mois et 21 jours en SL. Il a cependant été précisé aux contrôleurs que ce patient était régulièrement hospitalisé dans le service depuis vingt ans ;
- 1 mois en ASPDT.

Le patient le plus jeune était âgé de 20 ans et le plus vieux de 56 ans.

L'admission la plus récente datait du 3 décembre 2012 et la sortie la plus récente du 8 décembre 2012.

4.3.3 Les règles de vie

La période initiale de soins et d'observation est différente pour chaque patient, elle est définie au cas par cas.

Dans l'unité, les patients sont soumis à trois niveaux de surveillance différents. Le premier niveau n'implique aucune surveillance particulière. Les patients relevant du deuxième niveau doivent nécessairement informer les personnels soignants dès qu'ils souhaitent sortir de l'unité, par exemple pour se rendre dans le jardin. Ceux relevant d'une surveillance de troisième niveau ne peuvent quitter l'unité sans être accompagnés d'un membre du personnel. Il a été indiqué aux contrôleurs que le niveau de surveillance appliqué au patient dépendait du motif de son hospitalisation.

A l'exception d'une activité occasionnelle de jardinage, seuls quelques jeux de société sont à la disposition des patients. S'il n'existe pas de véritable bibliothèque dans l'unité, une armoire contenant une centaine de livres est à la disposition des patients dans la salle commune.

Ainsi, l'occupation principale des patients consiste à regarder la télévision, dont la télécommande est, en principe, laissée à leur disposition pour le choix des programmes. Cependant, selon les témoignages recueillis, le personnel soignant exerce un contrôle sur ce choix et peut le modifier. Un patient s'est plaint du fait que « *certain infirmiers se font leur programme télé* ». La télévision peut rester allumée jusque vers 23h. Par ailleurs, certains personnels apportent régulièrement sur clé USB des films issus de leur propre vidéothèque afin de les projeter aux patients.

Plusieurs patients se sont plaints du manque d'activités et d'un sentiment d'ennui.

Les patients de l'unité sont autorisés à sortir fumer sur la terrasse ou dans le jardin, accompagnés ou non, à tout moment entre 5h et 21h, parfois 22h. Ils conservent leurs cigarettes avec eux mais, depuis le mois de novembre 2012, ne peuvent plus détenir de briquets ni d'allumettes. Un briquet attaché à une ficelle est à leur disposition sur la terrasse.

4.4 L'unité fermée pour femmes Manini

Initialement prévue comme unité d'admission de toutes les femmes, l'unité Manini a évolué en unité fermée réservée aux femmes à la suite d'agressions sexuelles au sein de l'unité Tokani.

4.4.1 Les locaux

Les locaux de l'unité sont situés au premier étage du bâtiment, séparés de ceux des deux autres unités par une terrasse qui les entoure sur deux côtés. L'accès principal – les deux autres étant une grille et un escalier de secours – est une double porte vitrée séparant cette terrasse du hall de l'étage. Elle est constamment fermée ; le visiteur doit la faire ouvrir par le personnel, qu'il peut appeler par un interphone situé à sa droite. C'est par cette porte que l'unité est fermée, les patients ne pouvant, en principe, en sortir sans accompagnant. Dans les faits, il a été indiqué que cette porte s'ouvrait d'une simple poussée un peu forte, « *ce que savent les patients fugueurs qu'il faut donc surveiller particulièrement* ».

Les locaux proprement dits sont d'une conception identique à celles des deux autres unités de l'étage : sur un plateau de 245 m², les pièces sont distribuées autour d'un espace central partagé en deux par un panneau. D'un côté de celui-ci est aménagé un bar courbe équipé d'un évier, un plan de travail et des étagères de rangement. Sur l'autre face du panneau sont installés un lavabo et un distributeur d'eau.

Le règlement intérieur est affiché dans une version obsolète.

Entre ce panneau et les portes-fenêtres donnant sur la terrasse, est aménagée la salle de séjour partagée en deux espaces. Le premier, dans lequel sont installées quatre tables comportant chacune quatre chaises, sert de salle à manger ; l'autre est aménagé en coin salon avec une petite table et deux chauffeuses face à un téléviseur.

Toutes les pièces donnent sur cet espace central, seul lieu collectif ; lorsqu'une porte de chambre ou de bureau est ouverte, rien ne masque la vue sur l'intérieur de la pièce.

La salle de séjour donne de plain-pied sur une terrasse de 570 m² qui se prolonge tout le long du côté gauche. Des tables et chaises de jardin, que les patients rapportent parfois dans

leur chambre, y sont disposées.

4.4.1.1 Les locaux professionnels

Le personnel dispose des locaux suivants :

- un bureau infirmier qui sert également de bureau d'entretien ; il est meublé d'un meuble à médicaments, un bureau avec poste informatique, un télécopieur, des bacs à dossiers, un meuble contenant de la vaisselle, un four à micro-ondes, une toise, un pèse-personne (pesée des patientes tous les samedis), un placard contenant les effets des patients qu'ils n'ont pas le droit de conserver (téléphones, coupe-ongles, parfum...) ; ce bureau est climatisé ;
- une salle aveugle de 4,30 m² servant au dépôt du linge sale ;
- une pièce identique, avec un réfrigérateur pour les aliments personnels des patients et des rayonnages où sont entreposés les effets que certains patients ne conservent pas dans leur chambre ;
- un local aveugle équipé d'un évier, pour le matériel de ménage ;
- des sanitaires, avec lavabo et wc à l'anglaise, réservés au personnel soignant.

Aucune pièce de détente n'est prévue pour les soignants ; ceux-ci, qui ne peuvent utiliser le bureau infirmier pendant les entretiens, ne disposent d'aucun lieu pour s'isoler des patientes.

4.4.1.2 Les chambres

L'unité compte, en théorie, treize lits répartis dans quatre chambres à deux lits et cinq chambres à un lit, identiques à celles de l'unité Kaveka, décrites *supra* (Cf. § 4.2.1).

Les murs sont peints en blanc, les sols sont revêtus de balatum de couleur vert pâle. Les boutons d'appel placés près de la porte ont été démontés ou ne fonctionnent plus.

Les lits sont recouverts d'un drap housse, d'un drap plat et d'un oreiller ; en juillet-août, où la température peut descendre jusqu'à 15 °C, des couvertures sont fournies.

Les fenêtres sont protégées à l'extérieur par un grillage aux mailles de 2,5 cm sur 1,5 cm. Dans certaines chambres, la fenêtre est moins haute mais elle comporte une partie vitrée sous les battants. Les fenêtres peuvent être occultées par des volets roulants. Il a été constaté que ceux-ci ne pouvaient plus être actionnés, les treuils ayant été, selon les indications fournies, détériorés par les patients ; ainsi dans certaines chambres, les volets demeurent à moitié baissés, dans d'autres ils ne le sont jamais.

La porte et les huisseries sont peintes en laque vert amande.

L'éclairage artificiel est assuré par un plafonnier et une veilleuse installée en bas du mur.

Les équipements installés, le jour du contrôle, ne correspondent pas toujours à celui initialement prévu. Au jour du contrôle, sur les cinq chambres à un lit, une ne comportait qu'un lit, deux comportaient deux lits et deux avaient un lit et un matelas au sol ; deux chambres à deux lits ne comportaient qu'un lit mais deux matelas au sol ; une chambre double n'avait qu'une armoire et deux chambres doubles en avaient trois, la dernière n'en avait qu'une. Des armoires étaient entreposées dans l'espace commun entre les chambres ; il a été indiqué que le mobilier pouvait être placé en fonction des besoins ou de l'état des patients. (Cf. § 4.6).

L'état du mobilier et de l'entretien témoigne des restrictions budgétaires : le bas des portes des salles d'eau de certaines chambres est endommagé par l'humidité. Certaines sont dépourvues de dérouleur de papier hygiénique. La durée de débit de l'une des douches est si

courte que pour permettre à la patiente de se doucher, le soignant doit maintenir d'une main le bouton poussoir, mouillant ainsi la manche de sa blouse.

Les chambres ne sont pas climatisées. En été austral les patientes laissent les portes des chambres ouvertes la nuit pour assurer un courant d'air ; il a été indiqué que, pour avoir moins chaud, certaines patientes plaçaient le matelas à même le sol. Il ne leur est pas permis de le transporter sur la terrasse ; au mieux, si la personne est angoissée, on l'autorise à dormir devant la porte.

4.4.2 Les patients

L'unité n'accueille que des femmes, principalement des patientes schizo-phrènes, maniaques et des personnes en instance de placement en famille d'accueil.

Certaines de ces personnes sont très agitées en début de séjour et communiquent cette agitation à celles qui se sont stabilisées. L'unité devient alors difficile à apaiser. Il arrive qu'en cas d'agression entre patientes, l'une ou les deux soient enfermées quelques heures dans leur chambre.

Le 11 décembre 2012, l'unité accueillait dix-sept patientes âgées de 22 ans, pour la plus jeune, à 67 ans. Il a été indiqué que l'effectif descendait rarement au niveau théorique. Il a pu être accueilli jusqu'à vingt-et-une personnes dans l'unité.

Une patiente était en ASPDRE et quatre en ASPDT.

L'admission la plus récente datait du jour même ; il s'agissait d'une réadmission après un passage en hospitalisation somatique. L'hospitalisation la plus ancienne datait de 2003, la patiente ayant passé deux ans dans l'unité Tokani et ayant rejoint l'unité Manini en 2005.

4.4.3 Les règles de vie

Lors de l'arrivée, l'infirmier procède aux formalités administratives, ouvre un dossier électronique et des dossiers médical et administratif matériels ; il édite les étiquettes autocollantes à apposer dessus. Il n'est pas demandé de désigner une personne de confiance.

Une « fiche individuelle de renseignement » est ouverte ; elle porte sur les éléments d'état civil et l'adresse ; des cases à cocher sont prévues pour renseigner le type d'admission (cinq cases sont prévues : ASPDT, ASPDTU, API, ADRE, ADREU), puis la présence des pièces constitutives du dossier : décisions, certificats médicaux et leur teneur (maintien, levée, nom du praticien), requête au JLD, programme de soins, date de l'audience et sens de la décision, les six certificats mensuels ultérieurs.

Un infirmier ou un aide-soignant effectue avec la patiente l'inventaire des ses effets et confie les objets de valeur au cadre de santé (Cf. § 3.1.5) ; on s'efforce de faire rapporter au domicile par un proche les objets inutiles. Les téléphones portables sont systématiquement enlevés et conservés dans le bureau infirmier. L'unité n'a connu aucun problème de vol ou de contestation portant sur les objets personnels. Aucun argent n'est laissé aux personnes ; au demeurant, le service ne disposant pas de distributeur de boissons, il n'y a rien à acheter.

Lorsqu'une permission est programmée, les patientes qui possèdent une carte bleue peuvent la récupérer et aller chercher de l'argent.

Durant la période d'observation, la patiente occupe la chambre la plus proche du bureau des infirmiers. Si la personne accepte son hospitalisation, « *on peut éviter* » cette période mais une vigilance accrue est pratiquée pendant les 48 heures suivant toute admission.

La patiente rencontre le psychiatre dans les 24 heures de son arrivée mais, sauf trouble particulier, ne consulte le somaticien qu'au premier jour de passage de celui-ci qui vient les lundis, mercredis, et vendredis.

Les patientes ne sont pas mises en pyjama durant la période d'observation.

L'interne est présent dans l'unité chaque matin de 8h à 11h30 ; il voit cinq à six malades par matinée. Ainsi chaque patiente a au moins deux consultations par semaine. Pendant ces entretiens, l'infirmier est mobilisé, laissant parfois un seul autre agent avec les autres patients.

À l'issue des entretiens, des examens somatiques peuvent être demandés : bilans sanguins, consultation de cardiologie ...

Les repas sont servis à 7h, 11h30 et 17h ; à 21h, une collation est proposée.

Les patientes peuvent fumer sur la terrasse à laquelle elles ont accès jour et nuit. Les locaux sont équipés de détecteurs de fumée. La famille apporte le tabac ; si la personne a de l'argent ou, le cas échéant, si le tuteur en a laissé, l'infirmier en achète. Les patientes conservent leur tabac ; celles qui n'en ont pas en demandent aux autres. Selon les informations recueillies, un briquet – donné par une patiente – a été attaché avec une ficelle à l'entrée du séjour. Les grandes fumeuses ne posent pas de problème ; pour certaines, les soignants proposent de gérer leur tabac, ce qu'elles acceptent volontiers. Selon le personnel, les patientes sont tolérantes à la frustration, le médecin – le « Tote » – inspirant confiance et respect.

La télévision fonctionne toute la journée ; les soignants ont indiqué filtrer les programmes qui risquent de perturber les patientes.

Le personnel anime quelques activités : jeu de scrabble, confection de guirlandes et décoration de sapin de Noël. Il a été indiqué que les restrictions de personnel rendaient difficile l'organisation d'activités.

En outre, une ergothérapeute vient dans l'unité tous les mardi matin. Elle a organisé, avec le financement d'une association, des sorties en pirogue.

Enfin, les patientes qui sont autorisées à sortir de l'unité peuvent, sur prescription, participer aux activités conduites à l'étage inférieur (Cf. § 4.1.6). Deux mois avant la visite des contrôleurs, la présence d'une infirmière stagiaire avait permis l'organisation d'une sortie à la plage.

Les visites sont autorisées de 12h30 à 14h30 et de 17h30 à 19h. Il peut arriver que certaines soient interdites pendant quelques jours. Il a été indiqué que les familles, très solidaires, venaient volontiers.

4.5 L'unité fermée Tokani

L'unité Tokani est composée de deux secteurs séparés par le bureau des infirmiers : un « secteur fermé » et un « secteur de surveillance intensive ». Ces secteurs ont aussi été présentés aux contrôleurs sous les termes « unité fermée » et « unité de surveillance intensive » (USI).

Les hommes admis en SPDRE sont systématiquement hospitalisés dans le secteur « de surveillance intensive » de l'unité fermée Tokani pendant les premières 24 heures de leur séjour ; les femmes en SPDRE peuvent également y séjourner mais, le plus souvent, elles sont accueillies à l'unité Manini, unité fermée de fait.

Le secteur de surveillance intensive est destiné à recevoir les patients nécessitant une surveillance particulière. Il est totalement isolé du reste du service ; deux personnels soignants au moins, dont un infirmier, s'y trouvent en permanence.

4.5.1 Les locaux

4.5.1.1 Le secteur fermé

Ce secteur, dont l'entrée est fermée toute la journée, est organisé autour d'un large espace en forme de « L ». Un des jambages du L tient lieu d'espace de jeux avec une table de ping-pong, un baby-foot, un billard et trois grands canapés disposés sur une surface de quelque 100 m² ; l'autre jambage est partiellement occupé par la salle à manger. A l'angle des deux jambages se trouve une salle de télévision climatisée de 4 m sur 5 m.



Le secteur fermé

Le secteur comporte un bureau pour le cadre de santé, un bureau de consultation, un local de stockage des effets propres, un local pour les poubelles, un local de nettoyage, un local avec évier, deux vestiaires et deux toilettes pour le personnel (hommes et femmes). Il n'y a pas de salle de bain avec baignoire.

Un jardin de 1 000 m² est entièrement fermé et accessible uniquement depuis le secteur fermé.



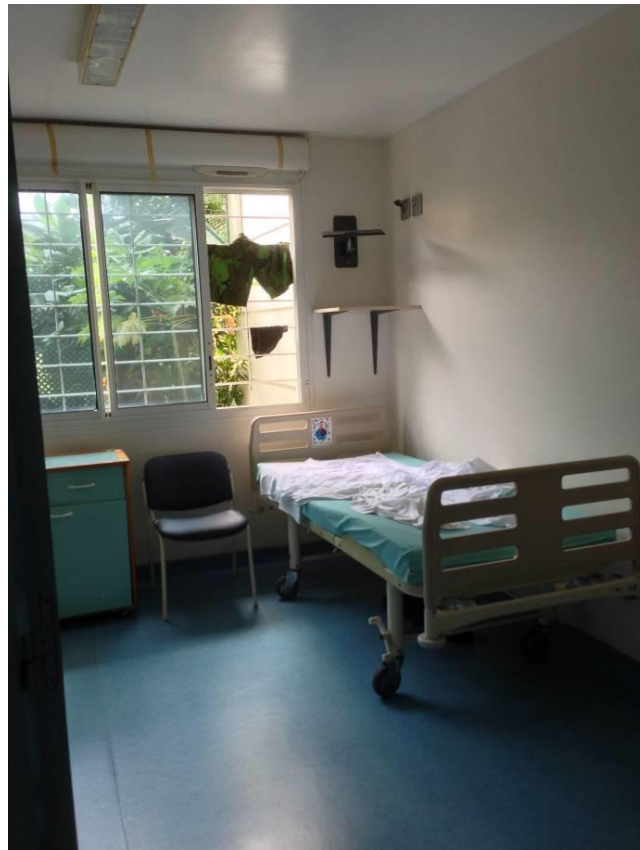
Le jardin du secteur fermé de Tokani

Le poste des infirmiers assure une séparation entre le secteur fermé et le secteur de surveillance intensive ; il comporte de grandes baies transparentes donnant sur les deux secteurs ; il commande l'accès à la pharmacie.

Autour d'un couloir situé à proximité du poste infirmier, sont disposées huit chambres individuelles et six chambres doubles constituant un total théorique de vingt places. Cinq chambres individuelles et deux chambres doubles sont climatisées ; leurs fenêtres sont verrouillées et la climatisation est réglée depuis le poste des infirmiers. Les sept autres chambres donnent sur le jardin ; elles ne disposent pas de climatisation et les fenêtres coulissantes – avec barreaux à l'extérieur – peuvent s'ouvrir.

Les chambres individuelles sont toutes identiques, ainsi que les chambres doubles. Elles sont propres, claires et dans un bon état général.

Une chambre individuelle mesure 3 m sur 4,30 m, soit 12,90 m². Elle est meublée d'un lit, une table de nuit, une chaise, une armoire fermant à clé et une table (la table manque dans une des huit chambres). Un angle de la chambre est occupé par une salle d'eau avec porte pleine, de 2 m sur 1,5 m, comportant une douche à l'italienne, un siège de WC et un lavabo avec miroir ; la température de l'eau est réglable par mitigeur. La fenêtre mesure 2,30 m de large sur 1,20 m de haut ; elle est équipée de stores dont la commande est hors d'usage. La porte de la chambre comporte un fenestron de 30 cm sur 40 cm non obturable ; la serrure peut s'actionner de l'intérieur et de l'extérieur. Des interrupteurs permettant d'allumer dans la chambre, dans la salle d'eau et la veilleuse sont placés à l'intérieur de la chambre.



Une chambre individuelle du secteur fermé de Tokani

Lorsqu'un matelas additionnel est disposé au sol dans une chambre individuelle, il n'est pas ajouté de meuble supplémentaire – chaise, table ou armoire.

Les chambres doubles sont identiques aux chambres individuelles aux exceptions près suivantes : elles mesurent 3 m sur 6 m, soit 18 m², et sont meublées de deux lits, deux tables de nuit et deux chaises ; la salle d'eau est équipée d'un lavabo double.



Une chambre double du secteur fermé de Tokani

4.5.1.2 Le secteur de surveillance intensive

Le secteur de surveillance intensive est composé de cinq « chambres sécurisées », trois « cellules », une salle d'eau et un bureau d'entretien, le tout disposé de part et d'autre d'un couloir en forme de « T », de 3 m de large et d'une longueur de 15 m pour la partie supérieure du T et 7 m pour la partie verticale, qui tient lieu de salle commune pour les patients. Dans ce couloir se trouvent un canapé placé face à un téléviseur et deux tables rondes d'un diamètre de 1,20 m, sur lesquelles les patients prennent leurs repas et jouent à des jeux de société.

A une extrémité du couloir, une porte permet d'accéder à un abri extérieur de 3 m sur 5 m, soit 15 m², qui est ouvert plusieurs fois par jour à des horaires fixes pour permettre aux patients et aux personnels soignants de fumer.

Les chambres sécurisées sont également appelées « chambres aménagées et sécurisées » ou « chambres d'apaisement ». Chacune de ces chambres, de 5 m sur 3 m soit une surface de 15 m², comporte pour tout ameublement un lit scellé au sol avec un matelas de 15 cm d'épaisseur. Une seule des cinq chambres dispose d'une table scellée au sol.



Une « chambre aménagée et sécurisée » du secteur de surveillance intensive

La fenêtre, de 2,30 m de large sur 1,30 m de haut, est verrouillée. Un angle de la chambre est occupé par une salle d'eau de 1,50 m sur 2 m avec douche à l'italienne, siège de wc et lavabo sans miroir ; la température de l'eau est réglable par mitigeur. La porte de la chambre, métallique, comporte un fenestron de 35 cm sur 25 cm avec un volet coulissant ; porte et volet ne peuvent être fermés que depuis l'extérieur.

Il n'y a pas de bouton d'appel à l'intérieur de la chambre. L'éclairage de la chambre, de la salle d'eau et de la veilleuse ne peut être actionné qu'à l'extérieur.

La porte d'une des chambres ne peut plus être verrouillée, la serrure étant détériorée.

Les « cellules » sont des pièces aveugles de 8 m² meublées d'un matelas au sol ; un WC à la turque est disposé dans un angle sans aucune séparation. Aucune commande n'est mise à la disposition de l'occupant : vidange du WC, éclairage, appel. Le local est fermé par une porte blindée comportant trois serrures de sûreté ; les serrures de deux cellules sont détériorées et peuvent être ouvertes par n'importe qui.



Deux « cellules »

Il a été déclaré aux contrôleurs que ces chambres avaient été conçues pour recevoir les patients provenant de la prison, d'où l'appellation communément utilisée par tous de « cellules » ; elles sont également appelées « chambres d'isolement ».

En face des chambres sécurisées, une salle d'eau est réservée aux occupants des cellules. Elle comporte un wc, un lavabo sans miroir et une douche avec uniquement de l'eau froide.

Au moment de la visite des contrôleurs, la climatisation était déficiente dans deux chambres et deux cellules ; il a été indiqué aux contrôleurs qu'en période de chaleur, la température était rapidement insupportable. A l'occasion d'une averse importante, les contrôleurs ont pu constater des infiltrations d'eau par le sol.

Au moment de la visite des contrôleurs, l'occupation des chambres de l'unité de surveillance renforcée était la suivante :

Mode de soin	Age	Date d'admission	Chambre d'isolement (nombre de jours)
SPDTU	19	Nov 12	8 *
SPDRE	20	Nov 12	17
SPDTU	29	Nov 12	17
SPDRE	16	Nov 12	12 **
SPDTU	20	Déc 12	5

* : après huit jours de placement en cellule

** : après une journée de placement en cellule

Mode de soin	Age	Date d'admission	Cellule (nombre de jours)
SPDTU	28	Déc 12	5
SPDTU	24	Déc 12	5
SPDT	20	Déc 12	1
SPDTU	24	Déc 12	5

Par ailleurs, certains patients présents dans le secteur fermé avaient été placés dans une cellule ou une chambre d'isolement du secteur de surveillance intensive depuis leur admission :

Soin	Age	Admission	Cellule (nb de jours)	Chambre d'isolement (nombre de jours)
Libre	58	Aoû 11		110
Libre	23	Jun 12	40	65
SPDRE	27	2003	65	19
Libre	30	Aoû 12		28
SPDTU	30	Nov 12	10	13
Libre	38	Nov 12	2	12
Libre	22	Sep 12	7	6
Libre	35	Nov 12	12	
SPDTU	25	Oct 12		11
Libre	74	Nov 12		10
SPDT	31	Nov 12		8
SPDRE	34	Oct 12		5
SPDRE	38	Nov 12	4	
SPDRE	41	Nov 12		4
Libre	37	Nov 12		1
SPDRE	62	Nov 12		1
SPDRE	44	Oct 12		1

4.5.2 Les patients

En principe, l'unité Tokani ne reçoit que des hommes hospitalisés sans leur consentement ; il peut arriver, exceptionnellement, que des femmes soient placées dans le secteur de surveillance intensive. Par ailleurs, un certain nombre de patients sont en hospitalisation libre.

Au moment de la visite des contrôleurs, trente-trois patients y étaient placés : huit hommes dans le secteur de surveillance intensive, dont un mineur détenu âgé de seize ans, et vingt-cinq hommes dans le secteur fermé, dont cinq sur des matelas additionnels placés à même le sol. Neuf patients avaient été admis en soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat (ASPDRE), neuf à la demande d'un tiers (ASPDPT) dont sept pour péril imminent et quinze en hospitalisation libre (HL).

Les durées d'hospitalisation les plus longues des patients présents étaient les suivantes :

- un an et quatre mois en HL ;
- neuf ans et sept mois en ASPDRE ;
- deux mois en ASPDPT.

Les âges des patients étaient les suivants :

- 19 à 73 ans en HL ;
- 16 à 62 ans en hospitalisation sous contrainte (HSC).

Les admissions les plus récentes étaient les suivantes :

- le 7 décembre 2012 en HL ;
- le 9 décembre 2012 en HSC.

Les sorties les plus récentes étaient les suivantes :

- le 10 décembre 2012 en HL ;
- le 27 novembre 2012 en HSC.

4.5.3 Les règles de vie

Le médecin chef de l'unité voit tous les patients du secteur de surveillance intensive au moins une fois par jour et ceux du secteur fermé tous les deux jours.

La distribution des médicaments a lieu avant les repas du matin et de midi et après le dîner à 19h.

Les patients du secteur fermé ont un accès permanent au jardin.

Il n'existe pas de bibliothèque.

L'emploi des cigarettes est géré par les infirmiers pour tous les patients du secteur de surveillance intensive et pour certains patients du secteur fermé. Les patients admis dans le secteur de surveillance intensive peuvent se rendre sous un abri extérieur pour fumer une cigarette à 10h, après le déjeuner, à 15h et après le dîner. Des créneaux supplémentaires peuvent être prescrits par un médecin pour un patient particulier ; l'accès peut être ouvert exceptionnellement la nuit.

La nuit, seules les chambres du secteur de surveillance intensive sont verrouillées.

Il arrive régulièrement qu'un patient doive être placé sans délai dans le secteur de surveillance intensive, notamment à l'admission d'une personne en SPDPT ou en SPDRE. Si les chambres sont toutes occupées, le patient « *le moins agité* » est déplacé vers une chambre du secteur fermé, où un matelas supplémentaire doit souvent être placé au sol en raison de la sur-occupation.

Il a été expliqué aux contrôleurs qu'en principe le placement dans le secteur de surveillance intensive n'est que provisoire ; dès que l'état du patient le permet, il est placé dans le secteur fermé. De plus, « *un patient du secteur de surveillance intensive peut passer la journée dans le secteur fermé, sous réserve d'une surveillance individuelle et à condition que son état le permette* ».

Au moment de la visite des contrôleurs, un patient arrivant a manifesté violemment son mécontentement d'être placé dans une cellule du secteur de surveillance intensive ; il s'agissait d'un homme dans la force de l'âge, d'une carrure imposante. Quelques minutes plus tard, une équipe de six soignants est entrée dans la cellule ; avec des gestes professionnels, sans hésitation et dans le calme, ils ont maîtrisé le patient en le couchant sur le sol puis une infirmière est entrée et a pratiqué une injection tandis qu'un des personnels soignants parlait au patient qui restait très calme.

En dehors de la télévision et des jeux de société, les patients peuvent, si leur état et la disponibilité du personnel soignant le permettent, être accompagnés dans le secteur fermé pour aller dans le jardin, ou jouer au ping-pong, au billard ou au baby-foot.

Au moment de la visite des contrôleurs, un seul des patients du secteur – placé dans une des cinq chambres sécurisées – était autorisé à aller dans le secteur ouvert ; les trois cellules étaient occupées par trois patients en ASPDT dont deux pour péril imminent.

Il a été expliqué aux contrôleurs que, lorsqu'un patient devenait violent, le personnel soignant tentait un désamorçage verbal ; en cas de nécessité, il était fait appel au médecin qui pouvait alors prescrire un traitement ; il arrivait alors qu'un renfort de personnel soignant soit nécessaire pour convaincre le patient de prendre le traitement, voire qu'une injection soit pratiquée avec éventuellement recours à une contention physique.

4.6 Le recours à l'isolement et à la contention

Pour l'ensemble du département de psychiatrie, le placement en **isolement** est réalisé dans les chambres du secteur de surveillance intensive de l'unité Tokani, y compris dans les cellules.

Les trois unités MKA ne disposent ni de chambre d'isolement ni de chambre sécurisée. Toutefois, la chambre K6 de Kaveka, qui est située à proximité du poste des infirmiers, est parfois utilisée pour recevoir momentanément un patient agité.

A l'unité Apape, selon les témoignages recueillis, il arrive parfois qu'un patient agité soit enfermé à clé dans sa chambre afin d'éviter une fugue ou pour le protéger de lui-même ; dans la journée, il est généralement enfermé pendant une courte période mais il peut arriver qu'il le demeure tout au long de la nuit. A Manini, exceptionnellement, les patientes en phase maniaque peuvent être enfermées dans leur chambre deux à trois heures, sur prescription médicale ; en pareil cas, le mobilier de la chambre et tous les objets sont enlevés.

A l'unité Tokani, une **contention** ne peut être réalisée que dans les cinq chambres sécurisées du secteur de surveillance intensive. Il a été expliqué que, même dans ces chambres, le matériel de contention était mal adapté aux lits car les sommiers avaient été renforcés par un contreplaqué.

Selon les informations données aux contrôleurs, l'usage de la contention est inexistant dans les unités Kaveka et Apape et exceptionnel à l'unité Manini où l'on recourt plutôt à la sédation chimique. L'unité Apape n'a pas vocation à soigner des patients trop agités ; « *face à une telle situation, les femmes sont alors transférées à Manini et les hommes à Tokani* ».

A l'unité Tokani, les patients se voient parfois prescrire « **Contention si besoin** » ou « **isolement si besoin** », auxquels cas il revient aux infirmiers de procéder à une contention ou à une mise en chambre d'isolement. Un médecin – le médecin chef du service ou le médecin de garde – est informé dans un délai de moins d'une heure.

Toute opération de contention ou de placement à l'isolement donne lieu à la tenue d'un

formulaire unique dénommé « *Mise en chambre d'isolement : prescription médicale et surveillance* ». Ce document contient les détails de la prescription et le suivi du patient.

En l'absence de registre, il n'a pas été possible de connaître des statistiques sur les contentions et les placements en isolement, les formulaires précités étant insérés dans les dossiers individuels. « *Cela se pratique environ une fois par semaine* ».

Il n'existe pas de protocole de placement dans les chambres sécurisées du secteur de surveillance intensive.

4.7 L'hospitalisation des personnes détenues

Une personne détenue arrive sous escorte et systématiquement menottée jusqu'à son entrée dans une des trois cellules.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il existait un « protocole Nuutania¹² » spécifique aux conditions de soins concernant les personnes détenues. Ce protocole, qui impose notamment le placement systématique du patient dans une cellule du secteur de surveillance intensive de l'unité Tokani pendant toute la durée de l'hospitalisation, n'a pas pu être présenté aux contrôleurs.

En pratique, selon les informations données aux contrôleurs, un patient détenu est placé en cellule à son admission. « *Ensuite, quand son état et son comportement permettent, ce qui reste rare, il est placé dans une chambre normale du secteur fermé de Tokani* ».

Les autorisations de visites sont soumises à un accord de la prison et le patient détenu ne peut s'entretenir au téléphone qu'avec des personnes autorisées par la prison, « *qui ne remet pas toujours à l'hôpital la liste des contacts autorisés* ».

4.8 Les soins somatiques

4.8.1 Le médecin généraliste

Un médecin généraliste libéral, en contrat de travail à temps partiel avec l'hôpital depuis septembre 2012, assure les consultations au sein du département de psychiatrie. Auparavant, le service des urgences du centre hospitalier en avait la charge. Le médecin est présent dans les unités Manini, Kaveka et Apape les lundi, mercredi et vendredi de 13h à 15h30 et, aux mêmes horaires, les mardi et jeudi au sein de l'unité Tokani.

Les consultations se déroulent dans la chambre du patient que les éventuels autres occupants auront préalablement été invités à quitter.

Conformément à l'article L.3211-2-2 du code de la santé publique, toute personne hospitalisée sans son consentement dans un service de psychiatrie doit faire l'objet d'un examen somatique dans les 24 heures suivant son admission. Or, selon les témoignages recueillis, si une large majorité des patients hospitalisés est préalablement passée par le service des urgences où cet examen somatique a été pratiqué, ceux qui ont été admis en dehors de ce parcours ne sont pas systématiquement examinés par le médecin dans les 24 heures. Ils le seront lors du prochain passage du généraliste dans leur unité.

Un électrocardiogramme et un bilan sanguin sont systématiquement effectués sur les

¹² Du nom du quartier où se trouve la prison de Tahiti

arrivants par les infirmiers si ces examens n'ont pas déjà été pratiqués au service des urgences. Il a été expliqué aux contrôleurs que les patientes se voyaient systématiquement proposer un moyen de contraception et, qu'avec leur accord, un rendez-vous dans le service de gynécologie de l'hôpital était pris pour elles.

4.8.2 Les consultations de spécialités

Les demandes de consultations spécialisées émanent des médecins psychiatres ou du généraliste et sont adressées par télécopie aux services compétents du centre hospitalier.

Il a été précisé aux contrôleurs que les médecins spécialistes de l'hôpital se déplaçaient extrêmement rarement en psychiatrie pour y rencontrer les patients ; les consultations et les examens sont pratiqués dans les services spécialisés. Un membre du personnel du département de psychiatrie, infirmier ou aide soignant, accompagne systématiquement le patient. Si ce dernier est particulièrement agité, deux agents du service se déplacent.

Selon les témoignages recueillis, les patients de psychiatrie ne sont généralement pas accueillis volontiers dans les autres services de l'hôpital, « *certaines médecins allant jusqu'à s'opposer à leur hospitalisation dans leur service car ils ont peur* ».

En cas d'hospitalisation, les personnels de l'unité contactent régulièrement par téléphone le service de l'hôpital afin de prendre des nouvelles du patient et de faire savoir à l'équipe qu'ils peuvent, le cas échéant, se rendre à son chevet, notamment pour lui apporter du linge.

4.8.3 La pharmacie

Chaque semaine la cadre de santé passe informatiquement commande de la dotation type de médicaments auprès de la pharmacie centrale. Les ordonnances hebdomadaires nominatives des patients sont préparées par les infirmiers, validées et signées informatiquement par le médecin qui les transmet à la pharmacie. Deux agents de service du département font occasionnellement office de coursiers et sont chargés de récupérer les médicaments à la pharmacie.

4.8.4 Le laboratoire

Les examens biologiques sont confiés au laboratoire d'analyses médicales du centre hospitalier. En semaine, un agent de service apporte, chaque matin, les prélèvements au laboratoire. Le week-end, cette tâche est effectuée par un infirmier ou un aide-soignant.

CONCLUSION

A l'issue de leur visite, les contrôleurs formulent les observations suivantes :

Observation n° 1 : 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 (Cf. § 2.2.1).

Observation n° 2 : 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 (Cf. § 3.1 et 3.2).

Observation n° 3 : 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 même l'évaluation de l'état clinique psychiatrique par téléphone (Cf. § 3.1.1.2). 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 (Cf. § 3.1).

Observation n° 4 : 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 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. (Cf. § 3.4)

Observation n° 5 : 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. (Cf. § 3.2)

Observation n° 6 : 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 (Cf. § 3.1.3).

Observation n° 7 : Les règles de température concernant la conservation des denrées en cuisine ne sont pas respectées (Cf. § 4.1.2).

Observation n° 8 : 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 (Cf. § 4.1.3.5).

Observation n° 9 : Le personnel soignant de toutes les unités devrait pouvoir disposer d'appareils d'alerte portables (Cf. § 4.1.3.5).

Observation n° 10 : Le nombre de patients de l'unité Tokani qui étaient autorisés à téléphoner au moment de la visite des contrôleurs a paru extrêmement faible (Cf. § 4.1.5.2).

Observation n° 11 : L'équipe d'ergothérapie propose manifestement des activités très variées ; cependant, leur fréquence relativement faible entraîne une oisiveté regrettable des patients (Cf. § 4.1.6).

Observation n° 12 : Il est regrettable que le secteur fermé de l'unité Tokani ne dispose pas d'une salle de bain avec baignoire (Cf. § 4.5.1.1).

Observation n° 13 : 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 (Cf. § 4.5.1.1 et § 4.3.1).

Observation n° 14 : 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 » 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 (Cf. § 4.5.1.2).

Observation n° 15 : 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. (Cf. §. 4)

Observation n° 16 : 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. (Cf. § 4.1.5.1) 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 (Cf. § 4.1.5.2)

Sommaire

1	Conditions générales de la visite	2
2	Présentation générale de l'établissement	2
2.1	La psychiatrie en Polynésie française	3
2.2	La structure d'hospitalisation à temps plein du département de psychiatrie	4
2.2.1	Les unités de soins.....	5
2.2.2	Les patients.....	5
2.2.3	Le personnel	6
3	Les hospitalisations sans consentement et l'exercice des droits	9
3.1	L'admission des patients sans consentement	9
3.1.1	L'arrivée	9
3.1.2	Les formalités administratives.....	12
3.1.3	La désignation d'une personne de confiance.....	12
3.1.4	La notification de la décision et l'information relative aux voies de recours.....	12
3.1.5	L'inventaire des objets personnels.....	13
3.2	Les informations délivrées au patient admis	13
3.2.1	Le livret d'accueil.....	13
3.2.2	Les informations concernant la loi du 5 juillet 2011	14
3.2.3	Le recueil des observations des patients.....	15
3.3	La levée des mesures de contrainte	15
3.3.1	Les modalités administratives de mise en application de la loi du 5 juillet 2011	15
3.3.2	Le contrôle du juge des libertés et de la détention.....	16
3.3.3	Les sorties accompagnées d'une durée inférieure à douze heures	17
3.3.4	La sortie des soins.....	17
3.4	Les registres de la loi	19
3.5	La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)	21
3.6	La protection juridique des majeurs	21
3.7	L'accès au dossier médical	22
3.8	Les associations d'amis et familles des malades	22
3.9	Les incidents et leur traitement	22
3.9.1	La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) 22	
3.9.2	Les plaintes et réclamations	23

3.9.3	Les événements indésirables.....	23
3.10	L'accès à l'exercice d'un culte	23
4	Les conditions d'hospitalisation.....	24
4.1	Éléments communs à tous les secteurs	24
4.1.1	Le règlement intérieur.....	24
4.1.2	La restauration.....	24
4.1.3	L'hygiène et la sécurité.....	25
4.1.4	La sur-occupation et les transferts	27
4.1.5	La communication avec l'extérieur	27
4.1.6	Les activités thérapeutiques.....	28
4.1.7	L'argent de poche.....	34
4.2	L'unité semi-ouverte Kaveka	35
4.2.1	Les locaux.....	35
4.2.2	Les patients.....	38
4.2.3	Les règles de vie.....	39
4.3	L'unité de surveillance renforcée Apape	40
4.3.1	Les locaux.....	40
4.3.2	Les patients.....	41
4.3.3	Les règles de vie.....	41
4.4	L'unité fermée pour femmes Manini.....	42
4.4.1	Les locaux.....	42
4.4.2	Les patients.....	44
4.4.3	Les règles de vie.....	44
4.5	L'unité fermée Tokani	46
4.5.1	Les locaux.....	46
4.5.2	Les patients.....	51
4.5.3	Les règles de vie.....	52
4.6	Le recours à l'isolement et à la contention	53
4.7	L'hospitalisation des personnes détenues	54

4.8	Les soins somatiques.....	54
4.8.1	Le médecin généraliste.....	54
4.8.2	Les consultations de spécialités.....	55
4.8.3	La pharmacie	55
4.8.4	Le laboratoire	55