

Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

Rapport de visite :

2 au 5 octobre 2023 - 3^{ème} visite

Centre hospitalier de Mayotte

(Mamoudzou - Mayotte)



SYNTHESE

Trois contrôleurs ont procédé du 2 au 5 octobre 2023, à la visite inopinée du centre hospitalier de Mayotte (CHM), situé à Mamoudzou. Ils ont contrôlé l'unité de psychiatrie, le service des urgences ainsi que les trois chambres dites carcérales situées dans les services d'hospitalisation du CHM. Il s'agissait de la troisième visite du CGLPL après celles de 2009 et 2016.

Le contrôle s'est déroulé alors que l'hôpital était en crise, une partie du personnel ayant exercé son droit de retrait à la suite du caillassage, le 14 septembre 2023, d'un bus de l'hôpital qui reconduisait des agents à leur domicile. Une étudiante infirmière a été blessée au niveau d'un œil, nécessitant plusieurs points de suture. Lors de la visite du CGLPL, les syndicats menaçaient d'une grève générale et des collectifs mahorais bloquaient le centre de consultations et de soins Jacaranda attendant au CHM. Par ailleurs, le fonctionnement de l'hôpital était affecté par la grave pénurie d'eau même si, établissement prioritaire, il ne subissait pas de coupures à la différence des habitants, privés d'eau au robinet deux jours sur trois. Nombreux étaient les agents qui s'absentaient ou télétravaillaient pour faire des réserves d'eau et garder les enfants du fait de la fermeture d'écoles ou atteints par une épidémie de gastro-entérite.

La population de Mayotte a été multipliée par douze en 60 ans, passant de 23 300 habitants en 1958 à 256 518 habitants en 2017, date du dernier recensement exhaustif de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Au 1^{er} janvier 2022, selon cet Institut, le département comptait 300 000 habitants¹. Toutefois, la population serait fortement sous-estimée et serait plus proche de 450 000 à 500 000 habitants².

A l'issue de cette troisième visite du CGLPL, la majorité des constats de 2016 reste d'actualité et la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement en psychiatrie s'est encore dégradée.

L'offre d'hospitalisation complète en psychiatrie se concentre en effet sur le CHM, seul hôpital du département et autorisé en psychiatrie avec une unité comptant, comme en 2016, dix lits d'hospitalisation. Il n'existe dans le département aucun lit d'hospitalisation complète en pédopsychiatrie et les mineurs de 16 ans sont hospitalisés en secteur adulte ce qui est à proscrire. Les plus jeunes sont envoyés sur l'île de la Réunion, voire dans l'hexagone ce qui porte atteinte à leur vie privée et familiale.

Au moment du contrôle, le budget alloué à la psychiatrie ne représentait qu'une douzaine de millions sur les 340 millions de budget global du CHM. Malgré des aides ciblées, la part consacrée à cette spécialité semble s'éroder chaque année en l'absence de projet de service et de réalisation des projets annoncés. Sur les 11 équivalent temps plein (ETP) de médecins psychiatres budgétés, seuls 4,2 étaient effectivement pourvus et le département se caractérise par une quasi-absence de psychiatrie libérale. L'effectif de personnel non médical affecté au sein de l'unité de psychiatrie reste fragile. L'ensemble des professionnels de santé est très attentif à la

¹ Ce chiffre est fondé sur le dernier recensement exhaustif mené en 2017, actualisé chaque année à partir des données d'état civil sur les naissances et les décès ainsi que par la prolongation de la tendance en matière de flux migratoires.

² Pour avancer ces chiffres, il est fait état des statistiques basées sur la consommation de riz, aliment de base local.

situation sanitaire et sécuritaire de Mayotte, qu'ils y soient déjà en poste ou simplement candidats.

Le sous-dimensionnement chronique de l'offre d'hospitalisation complète en psychiatrie entraîne des atteintes particulièrement graves aux droits fondamentaux des patients placés en soins sans consentement ou sous-main de justice et les met en danger.

Premièrement, des personnes attendent au service des urgences du CHM dans des conditions indignes qu'un lit se libère en psychiatrie : elles sont soit enfermées dans l'une des deux chambres d'isolement soit, lorsque celles-ci sont occupées, elles sont contenues sur un brancard dans un couloir pendant parfois 72 heures, sans accès permanent et spontané à un point d'eau ni à des toilettes.

Deuxièmement, la durée moyenne de séjour en psychiatrie est très anormalement raccourcie du fait du nombre limité de lits. Selon les chiffres du rapport d'activité 2021 du département d'information médicale (DIM), elle était de 12,2 jours pour n'être plus que de l'ordre de 7 à 9 jours au moment du contrôle. Seule la crise est traitée ce que confirme le taux de ré-hospitalisation de 50 %.

Enfin, les prescriptions médicamenteuses du service de psychiatrie ne sont pas systématiquement contrôlées par le pharmacien comme l'imposent les textes. Le livret du médicament ne propose qu'un nombre restreint de molécules pharmaceutiques pourtant couramment utilisées. Les infirmiers sont de ce fait obligés de se rendre à la pharmacie de ville pour les obtenir et éviter des ruptures thérapeutiques.

L'unité de psychiatrie est abritée dans un bâtiment de plain-pied organisé autour d'une cour intérieure et n'offrant aucune vue sur l'extérieur. La porte d'accès en est toujours fermée, y compris pour les patients en soins libres. Les conditions d'hébergement ne répondent absolument pas aux standards hôteliers résultant du décret du 28 septembre 2022 entré en vigueur le 1^{er} juin 2023³. En effet, les patients ne peuvent pas fermer à clef leur chambre et la porte de l'une d'entre elles présente un fenestron non occulté qui rend son occupant visible depuis le couloir. Les patients ne peuvent pas appeler à l'aide, aucune des chambres n'étant équipée d'un bouton d'appel. Seules trois des sept chambres⁴ disposent de toilettes et de douches. Le mobilier est réduit à un lit métallique. Les patients n'ont pas de table, de chaise, de chevet ni d'une liseuse. Aucune des quelques armoires installées dans les chambres ne peut être fermée à clef et certaines, dont les portes sont cassées, en restent dépourvues. Les patients ne peuvent pas ouvrir les fenêtres de leur chambre. Celles-ci sont occultées par un épais film plexiglass et barreaudées, empêchant le passage de toute lumière naturelle. La salle de restauration et de loisirs meublée de façon spartiate et en désordre ressemble à un débarras plongé dans l'obscurité. **Ces conditions de séjour matériellement indignes ne respectent ni la sécurité ni la vie privée des patients.**

Malgré les travaux de rénovation menés en 2022 et 2023, les deux chambres sécurisées situées dans les services de médecine polyvalente et de chirurgie viscérale présentent des atteintes à la dignité des patients : la garde statique qui s'installe dans le sas fait face à une vitre donnant sur les toilettes. Ces chambres sont en outre dépourvues d'horloge et d'horodateur. La chambre sécurisée des urgences ne dispose pas de sanitaire, de bouton d'appel ni d'une horloge. L'accès

³ Décret n°2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie.

⁴ Quatre chambres individuelles et trois à deux lits.

à ces chambres ne suit pas un circuit spécifique et la personne peut traverser le service menottée et encadrée par des policiers ou attendre dans de telles conditions à la vue de tous.

Dans le cadre d'une hospitalisation dans ces chambres sécurisées, la confidentialité des soins reste à l'appréciation des médecins qui, pour certains demandent à être seuls avec le patient. Pour les personnes gardées à vue, la porte ouverte et la présence des forces de l'ordre est de principe pendant les examens médicaux.

Les mesures d'isolement et de contention sont mises en œuvre dans des conditions indignes et échappent au contrôle du juge des libertés et de la détention. L'unité de psychiatrie comporte deux chambres d'isolement. Deux autres chambres sont utilisées aux urgences comme chambre d'isolement pour les patients en attente d'hospitalisation au sein de l'unité de psychiatrie.

Aucune de ces chambres, dépourvues d'accès extérieur, ne permet une prise en charge digne du patient isolé. Il ne dispose ni de bouton d'appel ni d'une horloge. Il ne peut allumer ou éteindre sa lumière ou tirer sa chasse d'eau. Aucun papier hygiénique ne lui est laissé. Le patient isolé aux urgences est exposé à la vue de tous ceux qui passent dans le couloir, la porte étant équipée d'un large fenestron vitré. Au sein de l'unité de psychiatrie, les écrans de report des caméras de surveillance installées dans les chambres d'isolement avec vue sur les toilettes, sont placés dans le bureau infirmier et le local des agents de sécurité qui sont un lieu de passage. Le port d'une chemise d'hôpital, systématique en chambre d'isolement ainsi d'ailleurs que la nuit pour tous les patients, porte atteinte à leur dignité.

En matière d'isolement et de contention, le registre prévu par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique n'existe pas et ces mesures ne sont pas tracées. Or, il a été indiqué que si la contention était rare, les isolements étaient relativement fréquents et pouvaient dépasser une durée de 48h. Les pratiques d'isolement et de contention au sein du service des urgences ne sont pas plus tracées et aucun registre n'existe.

En l'absence de registre, les autorités de contrôle, dont le CGLPL, ne peuvent déterminer si les mesures d'isolement et de contention sont une pratique de dernier recours et les professionnels ne peuvent pas les analyser. Ceci est d'autant plus problématique que la consultation des dossiers des patients révèle que l'isolement est indiqué comme étant une prescription et non une décision médicale. Aucune politique d'alternative aux pratiques d'isolement et de contention n'est mise en œuvre dans l'établissement, dépourvu d'espace d'apaisement.

Le contrôle du juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention est inexistant ce qui place le CHM dans une situation d'illégalité manifeste.

Un rapport provisoire de visite a été adressé le 21 février 2024 au directeur de l'établissement, au préfet de Mayotte, au président et au procureur du tribunal judiciaire (TJ) de Mayotte et à l'agence régionale de Mayotte. Aucune observation n'a été formulée en retour durant la phase contradictoire d'un mois.

SOMMAIRE

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

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

SYNTHESE	5
SOMMAIRE	9
RAPPORT	15
1. CONDITIONS DE LA VISITE	15
2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE	17
3. ELEMENTS DE CONTEXTE	18
3.1. Mayotte cumule les difficultés démographiques, sociales et économiques	18
3.2. Le contexte local affecte l'hôpital qui fonctionnait en gestion de crise au moment du contrôle.....	19
4. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT	20
4.1. Le centre hospitalier est le seul établissement de l'île.....	20
4.2. L'établissement ne réalise aucun investissement courant en psychiatrie alors qu'il dispose des fonds nécessaires	20
Recommandation 1	22
L'établissement doit mobiliser sans délai un budget pour équiper et effectuer des travaux au sein de l'unité de psychiatrie dans le but d'améliorer les conditions d'hébergement des patients hospitalisés.	
4.3. La pénurie de psychiatres et le déficit de formation relative aux droits des patients hospitalisés sans leur consentement ont des répercussions sur la prise en charge....	22
Recommandation 2	22
Le recrutement de médecins psychiatres doit être une priorité.	
Recommandation 3	23
Les professionnels de santé doivent bénéficier au plus vite de formations relatives aux droits des patients hospitalisés sans leur consentement ainsi que sur le cadre législatif issu des lois du 26 janvier 2016 et du 22 janvier 2022 qui régit les mesures d'isolement et de contention.	
Recommandation 4	23
Au sein de l'unité de psychiatrie, une supervision doit être proposée aux soignants pour leur permettre d'échanger avec un professionnel indépendant, sur leur vécu et leurs pratiques.	
4.4. L'activité relative aux personnes privées de liberté, très mal recueillie, est inconnue de l'établissement comme lors du précédent contrôle	23

Recommandation 5	24
La traçabilité de l'occupation des chambres sécurisées par des patients détenus doit être assurée.	
Recommandation 6	25
L'établissement doit mettre en œuvre sans délai une modalité de recueil fiable et exploitable des données de son activité concernant les soins sans consentement et les différents modes d'hospitalisation sous contrainte. L'administration ainsi que les instances concernées doivent s'impliquer pour exploiter et analyser le recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie (RIM-P) rendu obligatoire par l'arrêté du 29 juin 2006.	
4.5. La sécurisation du site ne respecte pas les droits des patients.....	25
Recommandation 7	26
La vidéosurveillance des lieux de soins porte atteinte à l'intimité du patient et doit être supprimée. Aucune image de patients ne doit être visible en dehors de l'unité de psychiatrie.	
5. LES CHAMBRES SECURISEES ET LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE DES PERSONNES DETENUES ET GARDEES A VUE	27
5.1. Le circuit d'arrivée des personnes privées de liberté ne garantit pas la confidentialité de leur hospitalisation	27
Recommandation 8	27
Afin de garantir le respect de l'intimité, de la dignité et du secret médical, la prise en charge des patients privés de liberté doit être encadrée par des protocoles écrits, partagés avec les services de l'administration pénitentiaire et les services de police. Ces protocoles doivent préciser les cheminements, les conditions d'attente et les modalités de surveillance et de sécurité durant les examens et soins.	
5.2. Les chambres sécurisées ne garantissent pas l'intimité du patient	27
Recommandation 9	28
Les chambres sécurisées aménagées dans les services d'hospitalisation doivent respecter la dignité et l'intimité des patients. Le fenestron de la porte d'accès à la chambre depuis le sas ne doit pas permettre la vue directe sur les toilettes. Elles doivent être équipées d'une horloge horodatée visible de façon continue ainsi que d'un placard permettant au patient de ranger ses effets.	
Recommandation 10	28
La chambre sécurisée du service des urgences doit être équipée de sanitaires, d'un bouton d'appel et d'une horloge horodatée que le patient peut voir en permanence, y compris placé sous contention.	
5.3. Les consultations se déroulent trop souvent en présence des escortes, au mépris de la dignité des patients et du secret médical.....	28
Recommandation 11	29
Le respect du secret médical est un droit pour le patient. En application de l'article R. 4127-4 du code de la santé publique, il constitue un devoir absolu pour le médecin, auquel il s'impose. Les consultations médicales doivent se dérouler hors de la présence d'une escorte et la surveillance doit être indirecte (hors de vue et d'écoute de l'escorte). Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté rappelle les termes de son avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues dans les établissements de santé.	
6. LE SERVICE D'HOSPITALISATION DE PSYCHIATRIE ET LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT	30
6.1. L'offre de soins hospitaliers à temps plein en psychiatrie est incapable de répondre aux besoins de la population de Mayotte.....	30

6.2. Les droits et la dignité des personnes hospitalisées en soins sans consentement sont bafoués dès leur arrivée aux urgences, seule porte d'entrée pour le service de psychiatrie.....	32
Recommandation 12	33
La prise en charge des patients nécessitant des soins psychiatriques aux urgences doit impérativement respecter les droits fondamentaux des personnes hospitalisées sans leur consentement. Les soins apportés aux personnes qui attendent leur hospitalisation au sein de l'unité de psychiatrie doivent respecter leur dignité et leur intimité en leur permettant un accès aux sanitaires et en les mettant à l'abri des regards des autres usagers lorsque des soins leur sont prodigués.	
Recommandation 13	34
Les décisions d'isolement et de contention doivent être tracées et évaluées régulièrement par un médecin conformément aux dispositions légales en vigueur.	
Recommandation 14	34
Toutes les décisions d'hospitalisation en psychiatrie, d'isolement et de contention doivent être accompagnées d'un examen somatique complet.	
6.3. L'information du patient, essentiellement orale, est lacunaire	34
Recommandation 15	35
Le livret d'accueil doit être distribué au patient et l'informer sur les spécificités de l'hospitalisation en psychiatrie. Les règles de vie de l'unité de psychiatrie doivent être traduites en langues shimaoré et malgache et remises au patient.	
Recommandation 16	35
Les décisions de placement en soins sans consentement, qu'il s'agisse de celles du directeur d'établissement ou du préfet, doivent être systématiquement notifiées au patient, sauf dans l'hypothèse où son état clinique ne le permet pas.	
Recommandation 17	35
Les certificats médicaux qui fondent les décisions d'admission en soins sans consentement doivent être remis aux patients sur un support qu'ils peuvent conserver.	
6.4. La protection juridique des majeurs est désormais assurée.....	36
7. LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE	37
7.1. Les conditions d'hébergement sont indignes.....	37
Recommandation 18	37
Les chambres doivent être équipées de verrous de confort et de bouton d'appel. Le fenestron vitré de la chambre n°3 doit être occulté sans délai afin de garantir l'intimité du patient. De façon générale, le niveau d'équipement de l'unité doit correspondre à celui imposé par le décret du 28 septembre 2022 sans qu'il puisse être tiré argument de la construction à venir d'un nouvel hôpital, déjà annoncée en 2016 lors de la précédente visite du CGLPL.	
Recommandation 19	38
Les équipements permettant aux patients d'avoir des activités occupationnelles doivent être entretenus et, au besoin, réparés. Les patients doivent bénéficier d'une salle de restauration chaleureuse, suffisamment éclairée et bien équipée afin de pouvoir prendre leur repas dans des conditions dignes.	
7.2. La liberté d'aller et venir des patients est inexistante	38

Recommandation 20	39
La liberté d'aller et venir des patients hospitalisés en soins libres doit être pleinement garantie.	
7.3. L'hygiène personnelle pâtit des installations sanitaires qui sont indignes	39
Recommandation 21	39
Le port obligatoire du pyjama la nuit est à proscrire et le modèle de la chemise ouverte, qui ne respecte pas l'intimité du patient, doit être remplacé sans délai.	
Recommandation 22	40
Les chambres doivent être équipées de sanitaires conformes aux normes hôtelières. Le patient doit disposer d'un miroir, d'étagères pour placer son nécessaire de toilette. Les WC doivent être munis d'une lunette et d'un abattant.	
7.4. La sécurité des biens des patients n'est pas assurée	40
Recommandation 23	40
Un inventaire contradictoire des biens du patient doit être effectué et une copie doit lui être remise. Dans l'hypothèse où les biens du patient sont remis à sa famille, l'accord de celui-ci doit être tracé. Chaque patient doit disposer d'un placard muni d'une porte pouvant fermer à clef.	
7.5. La vie quotidienne des patients se résume souvent à attendre la visite de leur famille dans la cour intérieure	41
Recommandation 24	42
Les menus de la semaine doivent être portés à la connaissance des patients.	
Recommandation 25	43
Les patients doivent pouvoir accéder librement à la télévision et à un choix de programmes. Les équipements de loisirs installés dans la cour doivent être réparés.	
Recommandation 26	43
Le droit à la confidentialité de l'hospitalisation doit être proposé à tout patient et faire l'objet d'un protocole impliquant tout le personnel, y compris le standard.	
Recommandation 27	43
Un local spécifiquement dédié aux visites des familles doit être identifié et aménagé.	
Recommandation 28	44
Les restrictions à l'accès au tabac doivent être individualisées. Par principe, les patients fumeurs doivent pouvoir conserver leurs cigarettes pour fumer de jour comme de nuit dans un espace dédié, équipé de cendriers et d'un briquet électronique mural. La prévention du tabagisme et des autres addictions doit faire partie intégrante de la prise en charge du patient.	
7.6. La vie affective et sexuelle des patients ne fait l'objet d'aucune réflexion institutionnelle et les patients sont mis en danger	44
Recommandation 29	44
L'établissement doit engager une réflexion sur l'accès à la sexualité et à l'intimité des patients hospitalisés sans leur consentement.	
8. LES SOINS ET LA PREPARATION A LA SORTIE	45
8.1. Les soins psychiatriques se résument à juguler la crise de sorte à pouvoir libérer un lit au plus vite mais au risque de sorties prématurées	45
Recommandation 30	45
La dispensation des traitements est un acte infirmier qui doit être individualisé et respecter la confidentialité des échanges et le secret médical au moment de la prise médicamenteuse.	

Recommandation 31	45
Les dossiers médicaux des patients doivent être archivés dans un lieu fermé et protégé afin de garantir leur confidentialité et le secret médical.	
Bonne pratique 1	46
La présence d'une infirmière formée en pratique avancée à la réunion hebdomadaire du service trouve tout son sens dans l'articulation avec un secteur où les déplacements restent complexes, aléatoires et même dangereux. Elle témoigne du fort engagement des professionnels malgré des conditions de travail extrêmement défallantes.	
Recommandation 32	47
Les patients hospitalisés dans l'unité de psychiatrie doivent bénéficier d'un examen somatique au moment de leur admission en son sein ou dans les 24 heures ainsi qu'au moment des décisions d'isolement et de contention.	
Recommandation 33	47
Le livret du médicament doit être revu dès lors que la diversité des possibilités thérapeutiques et l'accès aux molécules de dernière génération font partie du droit à la santé. Les ordonnances des traitements psychiatriques doivent être vérifiées par le pharmacien comme le prévoient les textes applicables.	
8.2. La préparation à la sortie pâtit d'un manque cruel de solutions d'aval et s'avère encore plus difficile pour les patients en situation irrégulière.....	47
9. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	49
9.1. Il n'existe pas de commission départementale des soins psychiatriques et l'accès des patients à la commission départementale des usagers n'est pas facilité	49
Recommandation 34	49
Conformément à la législation en vigueur, l'établissement doit mettre en place la commission départementale des soins psychiatriques, le cas échéant en faisant appel à des personnes d'un autre département, à défaut d'une adaptation de la réglementation au regard des particularités de Mayotte.	
Recommandation 35	50
Les patients et les aidants familiaux doivent être associés à l'amélioration de la prise en charge au sein du pôle de santé mentale, à l'instar de ce qui est fait dans les autres pôles de l'hôpital.	
Recommandation 36	50
Les patients de psychiatrie doivent pouvoir remplir un questionnaire de satisfaction comme l'ensemble des patients du centre hospitalier.	
9.2. Le registre de la loi ne permet pas d'appréhender correctement le suivi administratif et judiciaire des mesures de soins sans consentement	51
Recommandation 37	51
Les informations requises par l'article L. 3212-1 du code de la santé publique doivent obligatoirement figurer dans le registre de la loi. Conformément aux dispositions de l'article L. 3222-4 du même code, le préfet de Mayotte, le président du tribunal judiciaire de Mayotte, le procureur de la République près le même tribunal ou leurs représentants, doivent visiter l'établissement chaque année et porter au registre de la loi leurs éventuelles observations.	
9.3. Le contrôle du JLD sur les mesures de soins sans consentement est effectif.....	51
10. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION.....	54
10.1. Les chambres d'isolement sont indignes.....	54

Recommandation 38	55
Les chambres d'isolement doivent assurer la confidentialité des soins, préserver l'intimité des patients, et garantir à ces derniers des conditions de prise en charge respectueuses de leur dignité. Les chambres d'isolement doivent disposer d'un accès à l'air libre ainsi que d'un dispositif d'appel accessible aux patients, y compris à ceux qui sont attachés. Les patients isolés ne doivent pas être mis de façon systématique en pyjama, <i>a fortiori</i> en blouse d'hôpital.	
Recommandation 39	55
Afin de favoriser leur accompagnement, les patients placés en chambre d'isolement doivent faire l'objet d'une surveillance humaine permanente. On ne saurait la remplacer par une vidéosurveillance, qui ne peut être utilisée que de manière brève et ponctuelle et dont les images ne doivent être visibles que des seuls soignants.	
10.2. Les mesures d'isolement sont encore considérées comme des prescriptions	55
10.3. Il n'existe ni registre ni contrôle par le juge des libertés et de la détention des mesures d'isolement et de contention	55
Recommandation 40	56
Un registre d'isolement et de contention répondant aux prévisions de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique et dont la tenue est obligatoire, y compris à Mayotte depuis 2016, doit être mis en place dans les plus brefs délais. Les mesures d'isolement et de contention doivent toutes être tracées.	
Recommandation 41	56
L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants, et doit permettre de limiter ces pratiques à ce qui n'a pu être obtenu par d'autres moyens. L'unité de psychiatrie doit disposer d'un espace d'apaisement.	
Recommandation 42	56
Le juge des libertés et de la détention doit sans délai opérer le contrôle des mesures d'isolement et de contention renouvelées au-delà de 48 et 24 heures et doit être saisi des mesures d'isolement et de contention prolongées au-delà de 72 et 48 heures.	

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Isabelle Servé, cheffe de mission ;
- Dominique Bataillard ;
- Michel Thiriet.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, trois contrôleurs ont effectué, du 2 au 5 octobre 2023, une troisième visite du centre hospitalier de Mayotte (CHM), après celles des mois de mai 2009⁵ et juin 2016⁶ avec pour objectif de contrôler les conditions d'accueil et de prise en compte des droits des patients au sein du service de psychiatrie ainsi que dans les chambres sécurisées.

Les contrôleurs dont la visite était inopinée, sont arrivés à l'établissement le 2 octobre 2023 à 8h30. Ils y ont été accueillis par le directeur général adjoint et le directeur financier. Une réunion de présentation de la mission a d'abord eu lieu en leur présence puis, une seconde réunion a associé le même jour, à 16h00, une quinzaine de professionnels.

Le préfet de Mayotte, l'Agence régionale de santé (ARS) du département, la présidente du tribunal judiciaire (TJ) de Mayotte, ainsi que le procureur de la République près ce tribunal ont été avisés de ce contrôle le premier jour de la visite.

Un bureau a été mis à la disposition des contrôleurs. Progressivement au cours de la semaine, les documents demandés ont été remis et des affichettes signalant la visite du CGLPL, diffusées dans les services visités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. Les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel médical et soignant ont été avisées de la présence des contrôleurs. Elles n'ont pas sollicité d'entretien.

Une réunion de restitution présentielle et distancielle a eu lieu le 5 octobre 2023, à 15h30, devant les professionnels qui avaient été présents à la réunion de présentation élargie.

Le **X** 2024, une lettre a été adressée au ministre de la Santé afin de lui faire part des constats qui ont révélé une prise en charge gravement attentatoire aux droits fondamentaux des personnes hospitalisées sans leur consentement et leur accès aux soins limité.

Un rapport provisoire de visite a été adressé le 21 février 2024 au directeur de l'établissement, au préfet de Mayotte, à la présidente du tribunal judiciaire (TJ) de Mayotte et au procureur près ledit tribunal et au directeur général de l'agence régionale de santé de Mayotte. Aucune

⁵ [CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier de Mamoudzou \(Mayotte\), mai 2009 \(en ligne\).](#)

⁶ [CGLPL, Rapport de la 2^{ème} visite du centre hospitalier de Mamoudzou \(Mayotte\), juin 2016 \(en ligne\).](#)

observation n'a été formulée en retour durant la phase contradictoire d'un mois. Le présent rapport est ainsi définitif.

2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE

A l'issue de la deuxième visite du CGLPL effectuée du 15 au 18 juin 2016, plusieurs points essentiels avaient été relevés⁷ :

- le CHM ne remplissait pas de façon satisfaisante ses missions en raison notamment d'une insuffisance de moyens. La capacité d'hospitalisation, portée à dix lits en mai 2010, était très nettement sous-dimensionnée au regard des besoins de la population ;
- l'hôpital connaissait un turn-over important de professionnels, par ailleurs souvent jeunes et inexpérimentés en psychiatrie ;
- le fonctionnement de l'unité de psychiatrie était pensé comme celui d'une unité de crise avec des durées de séjour courtes et parfois des sorties précoces de patients encore très symptomatiques ;
- les locaux étaient aménagés dans une logique sécuritaire et étaient en permanence fermés. Les fenêtres, y compris celles donnant dans la cour intérieure, étaient barreaudées. Malgré une restructuration récente, l'exiguïté et la saleté de l'unité la rendaient peu agréable pour les patients ;
- malgré cette situation de sous-équipement, l'équipe médicale avait la volonté de répondre aux besoins et donc de construire et de développer une organisation de soins adaptés aux particularités de la situation mahoraise. Les contrôleurs avaient constaté une présence médicale effective auprès des patients hospitalisés ;
- la tenue du registre de la loi était très variable selon les périodes observées, nécessitant plus de rigueur et un accompagnement spécifique de la personne qui en avait la charge. La commission départementale des soins psychiatriques n'avait pas été mise en place ;
- les contrôleurs avaient retenu que des améliorations immédiates étaient à apporter dans l'attention au droit à l'information des patients ;
- les pratiques d'isolement n'étaient pas respectueuses des patients et, du fait de la vidéosurveillance dans les chambres d'isolement, ceux-ci étaient exposés aux yeux de tous ceux présents dans le bureau infirmier.

Ces constats restent d'actualité en 2023 : les recommandations faites sept ans auparavant par le CGLPL sont restées lettre morte, à une exception : les locaux de l'unité de psychiatrie ont été trouvés propres (cf. § 7.3).

⁷ CGLPL, Rapport de la 2^{ème} visite du centre hospitalier de Mamoudzou (Mayotte), juin 2016 (en ligne).

3. ELEMENTS DE CONTEXTE

3.1. MAYOTTE CUMULE LES DIFFICULTES DEMOGRAPHIQUES, SOCIALES ET ECONOMIQUES

Située dans l'hémisphère sud, entre l'équateur et le tropique du Capricorne, à l'entrée du Canal du Mozambique, à mi-chemin entre Madagascar et l'Afrique, Mayotte est un archipel qui comprend deux îles principales (Grande-Terre et Petite-Terre) et une trentaine de petits îlots. Le 1^{er} avril 2011, il est devenu le 101^{ème} département français et depuis le 1^{er} janvier 2014, la neuvième région ultrapériphérique de l'Union européenne. D'une superficie de 374 km², il est l'un des plus petits départements français.

La population de Mayotte a été multipliée par douze en 60 ans, passant de 23 300 habitants en 1958 à 256 518 habitants en 2017, date du dernier recensement exhaustif de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Au 1^{er} janvier 2022, selon cet Institut, le département comptait 300 000 habitants⁸. Toutefois, la population, fortement sous-estimée, serait plus proche de 450 000 à 500 000 habitants⁹. A l'horizon 2050, l'INSEE prévoit que 440 000 à 760 000 habitants vivront à Mayotte¹⁰.

Avec 54 % d'habitants de moins de 20 ans contre 24 % en France métropolitaine, Mayotte est le département le plus jeune de France avec une moyenne d'âge de 23 ans contre 41 ans dans l'hexagone. En 2022, avec 4,7 enfants par femme, la fécondité dans le département dépasse largement le taux de la France hors Mayotte qui est de 1,79 par femme¹¹. Au 31 décembre 2022, les pôles gynécologie obstétrique et néonatalogie pédiatrie du CHM ont enregistré 10 795 naissances¹².

Mayotte est le département français le plus pauvre. Selon l'INSEE, 77 % des habitants y vivent sous le seuil de pauvreté national, soit cinq fois plus qu'en métropole et 34 % de la population active est au chômage. Selon le rapport d'information n°1295 de l'Assemblée nationale, « l'économie se caractérise par l'hypertrophie du secteur public (plus de 50 % du PIB) et par des retards qui persistent en matière d'infrastructures de base ou de services élémentaires pour la population (accès restreint à l'eau et à l'électricité, réseau routier saturé, absence de transports collectifs, piste d'aéroport qui ne peut pas accueillir les gros porteurs, habitat anarchique, gestion des déchets et assainissement lacunaires) »¹³.

⁸ Ce chiffre est fondé sur le dernier recensement exhaustif mené en 2017, actualisé chaque année à partir des données d'état civil sur les naissances et les décès ainsi que par la prolongation de la tendance en matière de flux migratoires.

⁹ Pour avancer ces chiffres, il est fait état des statistiques basées sur la consommation de riz, aliment de base local.

¹⁰ *La population de Mayotte à l'horizon 2050*, INSEE Analyses, n°26, juillet 2020.

¹¹ Chiffres INSEE.

¹² Source : rapport d'activité 2022 du centre hospitalier de Mayotte.

¹³ Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des Affaires étrangères, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur les enjeux migratoires aux frontières Sud de l'Union européenne et dans l'océan indien (M. Laurent Marcangeli et Mme Estelle Youssouffa), enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 31 mai 2023.

3.2. LE CONTEXTE LOCAL AFFECTE L'HOPITAL QUI FONCTIONNAIT EN GESTION DE CRISE AU MOMENT DU CONTROLE

Le contexte local est également marqué par des faits de délinquance graves, allant jusqu'à des actes de torture et de mutilation. Ces faits incitent les personnes à éviter de se déplacer une fois la nuit tombée. Selon l'INSEE, la moitié des habitants du département dit se sentir en insécurité et la délinquance constitue la première préoccupation des habitants (72 %). Le 14 septembre 2023, un bus du CHM, encadré par les forces de l'ordre, qui reconduisait 24 membres du personnel à leur domicile a été victime d'un caillassage à hauteur du quartier de Doujani à Mamoudzou. Des pierres et des boules de pétanque ont été lancées, brisant deux vitres du véhicule mais surtout atteignant au niveau de l'œil une étudiante en soins infirmiers, rendant nécessaire la pose de plusieurs points de suture. Soignants et hôpital ont porté plainte au commissariat de police de Mamoudzou. A la suite de ces événements, de nombreux membres du personnel ont exercé leur droit de retrait, comme cela fut déjà le cas à d'autres reprises au cours de l'année 2023 pour des faits analogues.

Au moment du contrôle du CGLPL, une partie du personnel faisait toujours valoir son droit de retrait. Les syndicats menaçaient d'une grève générale qui a finalement eu lieu le 9 octobre 2023. Des collectifs mahorais bloquaient le centre de consultations et de soins Jacaranda attendant au CHM et dépendant de lui. Par ailleurs, en raison de ces actes de violence, le personnel résidant en dehors de Mamoudzou ou à sa périphérie quittait son poste pour être rentré avant la tombée de la nuit. Enfin, Mayotte connaissait une crise de l'eau majeure qui impactait elle aussi fortement les conditions de vie des habitants alors privés d'eau au robinet un jour sur trois puis deux jours sur trois. L'établissement, en sa qualité d'établissement prioritaire, ne subit pas de coupures d'eau à la différence des habitants. Le personnel du CHM pouvait de ce fait s'absenter ou télétravailler pour faire des réserves ou garder les enfants en raison de la fermeture des écoles ou malades du fait d'une épidémie de gastro-entérite qui engorgeait encore plus le service des urgences.

Pendant le contrôle, les réunions de crise se sont succédé pour éviter un blocage total de l'établissement comme en 2018.

4. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

4.1. LE CENTRE HOSPITALIER EST LE SEUL ETABLISSEMENT DE L'ILE

Au 31 décembre 2022, le CHM comportait 485 lits et 165 places. Il employait 3 154 personnes ce qui représentait 2745,22 équivalents temps plein rémunérés (ETPR). Selon le rapport d'activité 2022, 569 205 personnes ont été prises en charge et le service des urgences a accueilli 49 257 patients. 1 591 évacuations sanitaires (EVASAN) ont été effectuées. La maternité a enregistré 10 795 naissances.

Le CHM est l'unique hôpital de Mayotte¹⁴ qui compte officiellement 300 000 habitants (cf. § 3.1). Dans le reste de l'archipel, quatre centres médicaux de référence de niveaux intermédiaires, installés par secteur¹⁵, assurent une permanence médicale pour traiter les premières urgences 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. L'établissement et le système de soins à Mayotte ont été unanimement décrits aux contrôleurs comme totalement saturés.

Le CHM est le seul établissement autorisé en psychiatrie adulte, habilité à accueillir des patients en soins sans consentement : l'unité de psychiatrie qui fait partie du pôle de santé mentale (SAME)¹⁶ comporte dix lits. Il n'existe dans le département aucun lit d'hospitalisation complète en pédopsychiatrie (cf. § 6.1.3). Ces quelques données attestent à elles seules du sous-dimensionnement chronique de l'offre d'hospitalisation complète. A titre de comparaison, la densité nationale moyenne d'équipement en lits et places pour la prise en charge à temps complet ou partiel en psychiatrie, hors ateliers thérapeutiques, était de 133 pour 100 000 habitants en 2020. Elle varie de 4 places ou lits pour 100 000 habitants à Mayotte, à 263 places ou lits pour 100 000 habitants dans l'Allier.

Le CHM accueille également les personnes détenues dont l'état de santé nécessite une hospitalisation (cf. § 4.4) mais les contrôleurs ont constaté que ceux-ci n'étaient pas hospitalisés en psychiatrie.

4.2. L'ETABLISSEMENT NE REALISE AUCUN INVESTISSEMENT COURANT EN PSYCHIATRIE ALORS QU'IL DISPOSE DES FONDS NECESSAIRES

En 2023, le CHM a présenté un budget principal de près de 340 millions d'euros avec un déficit prévisionnel de 9,2 millions d'euros. Ce déficit résulte de plusieurs résultats d'exercices déficitaires : 9,3 millions d'euros en 2022, 4 millions d'euros en 2021 avec un report à nouveau déficitaire qui s'accroît chaque année pour atteindre au moment du contrôle une quarantaine de millions d'euros.

Au sein de ce budget, la part de la psychiatrie est d'à peine une douzaine de millions d'euros. Au cours des cinq dernières années, la dotation annuelle de financement pour cette spécialité a progressé considérablement, passant de 2,9 millions d'euros en 2019 à 11,4 millions d'euros en 2023, avec un pic à 12,2 millions d'euros en 2022. Les documents transmis aux contrôleurs ne permettent pas d'expliquer totalement le ressaut budgétaire de la dotation globale de

¹⁴ La création d'un second site hospitalier à Mayotte est engagée (cf. communiqué de presse de l'ARS en date du 3 février 2020).

¹⁵ Ils sont implantés à Mramadoudou, Kahani, Dzoumagné et Pamandzi.

¹⁶ Le pôle SAME regroupe par ailleurs l'unité de santé en milieu pénitentiaire (USMP), les consultations pédopsychiatriques et la psychiatrie en ambulatoire.

financement (DGF) entre 2021 et 2022 de 25,5 millions d'euros, dont 7,5 millions d'euros de dotation annuelle de financement (DAF) de psychiatrie et ce, même en y intégrant les fortes évolutions des charges de personnel et le poids très important des produits constatés d'avance¹⁷. La structure de coûts de l'établissement comme son financement sont hors normes :

- des dépenses exceptionnelles parfois à risque telles que des emprunts toxiques, des litiges EVASAN¹⁸, le coût du transport du personnel et celui des allocations chômage ;
- des projets financés en crédits non reconductibles non mis en œuvre et reconduits d'année en année. Ainsi, la dotation du fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP) réservant des crédits notamment pour renforcer les CMP ou pour mettre en place des équipes mobiles qui peinent à démarrer faute de ressources humaines.

Jusqu'en 2029, la capacité d'autofinancement (CAF) de l'établissement sera entièrement consacrée à rembourser les emprunts toxiques et ne pourra donc être consacrée aux investissements. Par conséquent, la mise en œuvre du schéma directeur immobilier évalué à 250 millions d'euros¹⁹ ne peut être engagée qu'avec des crédits d'intervention nouveaux. Il est urgent que l'établissement construise sans délai les lits de psychiatrie adulte et enfant attendus depuis de nombreuses années, l'offre devant quadrupler pour répondre *a minima* aux besoins de la population dans les deux prochaines années (cf. § 6.1.3).

Le CHM ne réalise plus de travaux au sein de l'unité de psychiatrie au prétexte de ces constructions à venir. Or, le remplacement des équipements hôteliers vétustes et détériorés au point de porter atteinte à la dignité des patients qui y sont hospitalisés (cf. § 7.1), ne saurait attendre. L'établissement dispose d'ailleurs des capacités financières pour réaliser ces travaux dès à présent. Il a en effet obtenu en 2022 par le biais du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) un financement européen de 7,5 millions d'euros qui réserve une somme de 948 112 d'euros pour l'acquisition d'équipements hôteliers et logistiques. Le service de psychiatrie ne bénéficie toutefois aucunement de ce financement alors même que cette spécialité est mentionnée dans les priorités de la circulaire du 15 avril 2022²⁰. L'établissement n'a donc prêté à cette occasion aucune attention au service de psychiatrie ce qui est absolument anormal compte tenu de l'état de vétusté de l'unité. Ce délaissement est même bien plus ancien dans la mesure où les derniers travaux effectués au sein de l'unité de psychiatrie consistent en de modestes travaux de cloisonnement et de second œuvre réalisés dans les chambres en 2015, les remises en peinture comme celles effectuées en 2023²¹ étant anecdotiques au regard de l'état général des équipements (cf. § 7.1).

¹⁷ Les produits constatés d'avance sont des produits perçus ou comptabilisés avant que les prestations correspondantes n'aient été effectuées ou que les fournitures n'aient été fournies.

¹⁸ EVASAN : évacuation sanitaire.

¹⁹ Ce schéma prévoit les extensions de l'hôpital sur Grande-Terre et sur Petite-Terre, dont l'opération de mise en service en 2025 de lits supplémentaires de psychiatrie à Pamandzi pour 9 millions d'euros.

²⁰ Circulaire DGOS/R1/2022/110 du 15 avril 2022 relative à la première campagne tarifaire et budgétaire 2022 des établissements de santé pour la création de salon d'apaisement et la mise en conformité des locaux.

²¹ Les chambres d'isolement ont été repeintes.

Recommandation 1

L'établissement doit mobiliser sans délai un budget pour équiper et effectuer des travaux au sein de l'unité de psychiatrie dans le but d'améliorer les conditions d'hébergement des patients hospitalisés.

4.3. LA PENURIE DE PSYCHIATRES ET LE DEFICIT DE FORMATION RELATIVE AUX DROITS DES PATIENTS HOSPITALISES SANS LEUR CONSENTEMENT ONT DES REPERCUSSIONS SUR LA PRISE EN CHARGE

Selon les données communiquées aux contrôleurs, le nombre d'équivalents temps plein (ETP) budgétés de psychiatres pour le pôle SAME varie de 11 à 13,5 et seuls 4,2 ETP seraient pourvus. Au moment du contrôle, le pôle fonctionnait avec cinq médecins, à savoir un pédopsychiatre, quatre psychiatres pour les adultes dont deux en arrêt longue maladie et deux contractuels. Ainsi, le temps réel de présence de psychiatre est de 1,8 ETP pour le CHM²² mais également pour les quelques consultations réalisées au centre pénitentiaire de Majicavo²³.

Par ailleurs, le département se caractérise par une quasi-absence d'offre de psychiatrie libérale : une seule psychiatre exerce en libéral et intervient à la hauteur de 0,5 ETP sur le pôle essentiellement pour la rédaction des certificats pour respecter la diversité des avis médicaux.

Recommandation 2

Le recrutement de médecins psychiatres doit être une priorité.

Au sein de l'unité de psychiatrie, le personnel infirmier (IDE), aide-soignant (AS) et agent des services hospitaliers (ASH) représente 15,77 ETP rémunérés IDE, 6 ETP AS ou aide médico-psychologique (AMP) et 3 ASH. Il n'existait pas de poste vacant au moment du contrôle et cet effectif a été décrit comme stabilisé depuis le début de l'année 2023. Les agents sont majoritairement des jeunes diplômés. Les professionnels venant de l'hexagone sont le plus souvent recrutés sous couvert de contrat à durée déterminée pour des périodes de six mois à un an. Au moment du contrôle, cinq AMP à temps plein étaient en fonction. Les AS et les AMP sont recrutés essentiellement pour leurs compétences linguistiques, étant chargés d'assurer la traduction pour les patients non francophones. Pour les conforter dans leur rôle, ils sont formés à la médiation culturelle.

Le personnel non médical (PNM) travaille en cycles de 12 heures. Sont présents au quotidien au sein de l'unité en journée, deux IDE avec un renfort IDE de 8h00 à 15h00, un AS ou un AMP et un ASH. Toute l'équipe effectue des nuits avec un système de roulement sur quinze semaines. Sont alors en fonction, deux IDE et un AS ou un AMP. En cas d'absence brève et non programmée, il est fait appel à du personnel exerçant en CMP ou à l'équipe de péri crise.

Les relèves sont faites à chaque changement d'équipe et un staff est réalisé le matin à 9h00. Il permet la reprise des situations de tous les patients.

Il ressort du bilan des formations réalisées en 2023 par les agents affectés au pôle SAME qu'aucun d'entre eux n'a suivi de formations relatives aux droits des patients hospitalisés sans leur

²² A savoir pour l'unité de psychiatrie, le service des urgences et l'équipe mobile de péri crise.

²³ Le médecin psychiatre estime que les consultations au CP de Majicavo représentent environ deux demi-journées par mois et indique « c'est cadeau », cela dépassant largement la répartition prévue en termes d'ETP pour son poste.

consentement. Par ailleurs, le cadre juridique des mesures d'isolement et de contention n'est globalement pas connu des soignants comme des médecins (cf. § 10.2).

Recommandation 3

Les professionnels de santé doivent bénéficier au plus vite de formations relatives aux droits des patients hospitalisés sans leur consentement ainsi que sur le cadre législatif issu des lois du 26 janvier 2016 et du 22 janvier 2022 qui régit les mesures d'isolement et de contention.

Aucun tutorat n'est mis en place. Toutefois une attention particulière est portée lors de l'élaboration des plannings pour mettre en binôme un jeune professionnel avec un agent expérimenté. Au moment du contrôle, il n'existait ni supervision ni analyse des pratiques.

Recommandation 4

Au sein de l'unité de psychiatrie, une supervision doit être proposée aux soignants pour leur permettre d'échanger avec un professionnel indépendant, sur leur vécu et leurs pratiques.

En 2022, le premier poste d'infirmier de pratique avancé (IPA) en santé mentale a été créé sur le CMP de M'Ramadoudou. Une assistante de service social (ASS) est présente au sein de l'unité à hauteur de 0,4 ETP, soit deux jours par semaine. Un poste d'ASS est vacant ce qui est préjudiciable pour les patients eu égard à la lourdeur et à la lenteur des démarches à effectuer pour chaque patient.

Selon les sources, le temps d'intervention du psychologue au sein de l'unité de psychiatrie varie de 0,4 ETP à 0,5 ETP, ce professionnel consacrant l'autre partie de son temps au CMP du Sud.

L'agence *May Santé Recrutement*, agence territoriale de recrutement du CHM, inaugurée le 29 novembre 2022, regroupe l'ensemble des annonces de vacances de poste, pour le personnel médical (PM) comme non médical (PNM), et accompagne les candidats à l'installation avec pour objectif leur fidélisation.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les professionnels de santé sont très attentifs à la situation sanitaire et sécuritaire de l'archipel, qu'ils y soient déjà en poste ou simplement candidats à l'installation. Les difficultés d'accès aux soins et les conditions de scolarisation des enfants sont identifiées comme d'autres freins au recrutement ou causes de départ de Mayotte.

4.4. L'ACTIVITE RELATIVE AUX PERSONNES PRIVEES DE LIBERTE, TRES MAL RECUEILLIE, EST INCONNUE DE L'ETABLISSEMENT COMME LORS DU PRECEDENT CONTROLE

4.4.1. L'activité des chambres sécurisées pour les personnes détenues

Les hospitalisations des patients sous-main de justice sont rares. Ils sont soit hospitalisés dans une chambre sécurisée qui, en dehors de leur présence, reste inoccupée (cf. § 5.2) soit dans des chambres réservées pour les accueillir et occupées classiquement le reste du temps. Les contrôleurs qui ont localisé l'une de ces chambres dans le service de médecine interne, ne sont pas parvenus à déterminer si d'autres services disposaient de chambre réservée.

Comme en 2016, aucun registre ni codage particulier ne permettent d'avoir une traçabilité de l'occupation des chambres sécurisées par des personnes détenues. Pour quantifier leur activité, les contrôleurs ont consulté le registre des entrées et des sorties des personnes hospitalisées tenu par les secrétariats de la médecine polyvalente et de chirurgie viscérale :

- en chirurgie : trois hospitalisations en 2020 ;
- en médecine polyvalente : une hospitalisation du 7 au 10 juillet 2022 et une seconde du 22 au 30 mai 2023.

Recommandation 5

La traçabilité de l'occupation des chambres sécurisées par des patients détenus doit être assurée.

4.4.2. L'activité de psychiatrie

Le rapport annuel 2022 du département d'information médicale (DIM) mentionne que 215 séjours ont été effectués dans l'unité de psychiatrie ce qui est très peu comparativement aux 41 969 séjours réalisés en médecine chirurgie obstétrique (MCO), portée essentiellement par l'obstétrique et la néonatalogie.

Ce sont là les seuls chiffres fiables. Il ressort de la comparaison des données d'activité produites par le DIM au cours du contrôle, sans possibilité pour celui-ci de produire des chiffres concernant l'activité relative aux patients hospitalisés sans consentement (nombre de mesures, file active de patients, des journées réalisées). En outre, le tableau recensant l'état des placements en soins sans consentement réalisés la dernière année, demandé par les contrôleurs comportait de nombreuses erreurs de calcul.

Lors du contrôle effectué en 2016, le CGLPL avait constaté que le recueil des données d'activité était défaillant et formulé une recommandation²⁴. Dans le cadre du suivi triennal des recommandations du CGLPL effectué en 2019²⁵, la ministre de la Santé avait indiqué la mise en place au mois de novembre 2017 d'un logiciel permettant l'extraction des données en vue de développer l'analyse des pratiques, notamment dans le cadre du suivi des patients admis en soins sans consentement. En avril 2021, le projet territorial de santé mentale (PTSM)²⁶ 2021-2025 indique, dans la présentation de la démarche d'élaboration dudit projet, n'avoir pu s'appuyer pour réaliser son diagnostic sur aucune donnée concernant notamment les soins sans consentement pour des raisons tenant à des freins administratifs et à des difficultés méthodologiques.

Sept années après la deuxième visite, les contrôleurs constatent qu'aucun progrès n'a été accompli pour rendre exhaustives et fiables les données d'activité portant sur l'hospitalisation des personnes privées de liberté. Aucun service n'est chargé du recueil et du contrôle des données portant sur les différents modes d'hospitalisation sans consentement ce qui traduit un désintérêt certain pour la psychiatrie. Ceci place en outre l'établissement dans l'impossibilité de réfléchir au mode de fonctionnement de sa filière de soins alimentée à 86 % par le service des urgences.

²⁴ Voir [CGLPL, Rapport de la 2^{ème} visite du centre hospitalier de Mamoudzou \(Mayotte\), juin 2016](#), recommandation n°2.

²⁵ [CGLPL, Rapport annuel 2019](#).

²⁶ Les PTSM sont des outils de déclinaison de la politique de santé mentale, élaborés à l'initiative des acteurs locaux et arrêtés par le directeur général de l'ARS. Leur objectif est d'améliorer l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture.

Les seules données existantes relatives aux patients hospitalisés sans leur consentement figurent dans le rapport annuel d'activité 2022 du CHM : il y est indiqué que sur les 265 séjours effectués en psychiatrie²⁷, 142 l'ont été en soins sans consentement, soit une proportion de 53,6 % et 123 en soins libres, soit 46,4 %.

Recommandation 6

L'établissement doit mettre en œuvre sans délai une modalité de recueil fiable et exploitable des données de son activité concernant les soins sans consentement et les différents modes d'hospitalisation sous contrainte. L'administration ainsi que les instances concernées doivent s'impliquer pour exploiter et analyser le recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie (RIM-P) rendu obligatoire par l'arrêté du 29 juin 2006²⁸.

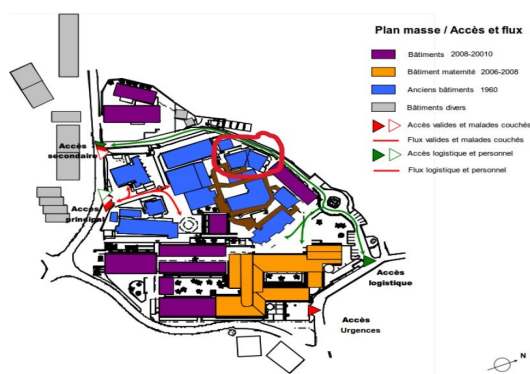
L'activité d'hospitalisation en psychiatrie n'a pas été redressée après la période de la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19. L'unité n'est jamais sur-occupée, son taux d'occupation moyen étant de 80 %. En première analyse, ceci peut sembler paradoxal au regard de la faiblesse de l'offre mais s'explique par la volonté des professionnels de santé de limiter strictement l'accueil à dix patients, soit le nombre de lits administratifs. La durée moyenne de séjour (DMS) d'une douzaine de jours est très faible. Loin d'être un indicateur positif, cette DMS traduit en réalité un mode de gestion des flux de type « une sortie pour une entrée ». L'objectif est d'éviter la suroccupation de l'unité sans véritable considération de la stabilisation de l'état clinique des patients (cf. § 8.1.1).

4.5. LA SECURISATION DU SITE NE RESPECTE PAS LES DROITS DES PATIENTS

L'unité de psychiatrie, située dans un bâtiment des années 1960, de plain-pied, entièrement clos est enchâssée dans l'enceinte du CHM (cf. § 7) et est donc très contrainte sur le plan foncier. L'établissement est lui-même intégralement clos par des grilles ce qui lui confère davantage l'aspect d'un lieu sous haute protection.



Entrée protégée du CHM



Entourée en rouge, l'unité de psychiatrie

Le contexte de violence à Mayotte engendre des risques d'intrusion et de caillassages des sites hospitaliers. Ce phénomène, déjà été observé lors du contrôle effectué en 2016 mais dans une

²⁷ Le DIM mentionne quant à lui 215 séjours au titre de la même période.

²⁸ Arrêté du 29 juin 2006 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

moindre mesure, a conduit la direction de l'établissement à renforcer la sécurité du site notamment celle de ses accès contrôlés. Quatre agents d'une société de surveillance privée sont répartis aux entrées du CHM. Les sites sensibles comme le service des urgences ou encore le dispensaire Jacaranda sont aussi sous la protection d'agents de sécurité.

L'unité de psychiatrie fonctionne dans ce contexte général. Sa porte est fermée à clef (cf. § 7.2), toutes les fenêtres sont équipées de barreaux et le mur de la cour intérieure est réhaussé d'une haute grille. En son sein, la sécurité s'apprécie au regard des risques et des événements indésirables (EI) qui s'y produisent. Les contrôleurs constatent un faible nombre de signalements d'incidents violents : quatorze en 2020, six en 2021, quatre en 2022 et dix sur les neuf premiers mois de l'année 2023. La grande majorité des EI porte sur des dysfonctionnements, par exemple des PTI²⁹ et dans 95 % des cas, le personnel en est la principale victime.

Plusieurs dispositifs concourent à la sécurité des personnes. En théorie, la sûreté est assurée par les employés de la société privée de surveillance et la sécurité incendie par un agent de l'établissement SSIAP³⁰. Toutefois, les contrôleurs ont constaté que les interventions de renfort en unité de psychiatrie demandées par les soignants par le biais de l'alerte PTI sont réalisées tantôt par les agents de sûreté (deux agents), tantôt par les agents SSIAP (deux agents) sans qu'aucune procédure de coordination ne détermine le rôle de chacun. Le cahier des charges opposable à la société de surveillance au titre de sa mission d'assistance à la demande du personnel de l'hôpital n'est en effet pas suffisamment précis. Le projet de procédure interne d'appel à renfort réciproque entre le CMP voisin et l'unité de psychiatrie puis dans un second temps, de recours à la sécurité, tente de clarifier le rôle de chacun mais n'était pas validé au moment du contrôle.

Au sein de l'unité de psychiatrie, il existe des caméras dans les chambres d'isolement (cf. § 10.1). Depuis le dernier contrôle, des caméras ont été installées dans toutes les circulations et les espaces extérieurs ce qui est particulièrement excessif. Les images sont enregistrées dans la baie informatique de l'unité durant 30 jours glissants. Seul un technicien hospitalier de l'hôpital habilité par la préfecture peut y avoir accès sur réquisition du Parquet. En revanche, les contrôleurs ont constaté que les images étaient reportées dans le poste de sécurité incendie ce qui à proscrire.

Recommandation 7

La vidéosurveillance des lieux de soins porte atteinte à l'intimité du patient et doit être supprimée. Aucune image de patients ne doit être visible en dehors de l'unité de psychiatrie.

²⁹ Protection des travailleurs isolés.

³⁰ Service de sécurité incendie et d'assistance à personnes.

5. LES CHAMBRES SECURISEES ET LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE DES PERSONNES DETENUES ET GARDEES A VUE

5.1. LE CIRCUIT D'ARRIVEE DES PERSONNES PRIVEES DE LIBERTE NE GARANTIT PAS LA CONFIDENTIALITE DE LEUR HOSPITALISATION

Comme lors de la visite effectuée en 2016, les personnes détenues arrivent avec un véhicule pénitentiaire ou un véhicule SMUR³¹ en fonction de la régulation du SAMU³².

Il a été indiqué aux contrôleurs que les personnes détenues et celles gardées à vue sont systématiquement menottées et peuvent parfois avoir des entraves aux pieds.

Il n'existe pas de circuit spécifique aux personnes détenues au sein du service des urgences. Le patient arrive par la porte d'entrée des ambulances. Sauf à être immédiatement installé dans un box sécurisé, il attend sur une chaise posée dans le couloir d'accès principal aux urgences. Ce lieu de passage donne vue sur les différents boxes pour faciliter la surveillance par les forces de l'ordre.

Il existe une unité médico-judiciaire qui assure les examens pour les personnes en garde à vue. Ce service nouvellement créé n'a pas une amplitude d'ouverture permettant de recevoir toutes les demandes d'examens. Les personnes sont alors conduites aux services des urgences du CHM où, elles attendent, accompagnées par les forces de l'ordre, au milieu des brancards et de la zone d'arrivées des ambulances. Dans certains cas, la personne peut être placée dans une chambre sécurisée ou la surveillance, par les forces de l'ordre, peut se faire de manière plus discrète.

Pour les hospitalisations programmées dans les services disposant d'une chambre sécurisée dédiée (cf. § 5.2.1), l'accès à la chambre peut se faire par des escaliers la jouxtant. Il a toutefois été indiqué qu'une personne détenue au centre pénitentiaire de Majicavo, arrivée menottée et encadrée par des policiers, avait traversé ainsi tout le service de médecine polyvalente.

Recommandation 8

Afin de garantir le respect de l'intimité, de la dignité et du secret médical, la prise en charge des patients privés de liberté doit être encadrée par des protocoles écrits, partagés avec les services de l'administration pénitentiaire et les services de police. Ces protocoles doivent préciser les cheminements, les conditions d'attente et les modalités de surveillance et de sécurité durant les examens et soins.

5.2. LES CHAMBRES SECURISEES NE GARANTISSENT PAS L'INTIMITE DU PATIENT

5.2.1. Les deux chambres sécurisées aménagées dans les services d'hospitalisation

Les deux chambres sécurisées situées en médecine polyvalente (chambre A1-I-028) et en chirurgie viscérale (lit 326) ont été entièrement rénovées à la fin de l'année 2022 et au mois de mars 2023. Situées à l'extrémité d'un couloir, elles ne font l'objet d'aucune signalétique particulière.

³¹ SMUR : service mobile d'urgences et de réanimation.

³² SAMU : service d'aide médicale urgente.

Ces chambres sont pourvues d'un sas dans lequel la garde statique s'installe pour exercer une surveillance constante du patient à travers un large oculus vitré qui équipe la porte de chacune d'entre elles. Une caméra reliée au poste de sécurité est installée dans le sas.

Les chambres, équipées d'un lit médicalisé, d'une table roulante et d'une chaise, disposent d'un bloc sanitaire et d'une douche. Les toilettes sont directement visibles depuis le sas à travers l'oculus vitré ce qui porte atteinte à la dignité des patients. Les chambres sont dépourvues d'horloge et de télévision. Les patients ne disposent pas de placard pour ranger leurs affaires.

La fenêtre barreaudée et occultée de stores fixes ne peut pas être ouverte.

Recommandation 9

Les chambres sécurisées aménagées dans les services d'hospitalisation doivent respecter la dignité et l'intimité des patients. Le fenestron de la porte d'accès à la chambre depuis le sas ne doit pas permettre la vue directe sur les toilettes. Elles doivent être équipées d'une horloge horodatée visible de façon continue ainsi que d'un placard permettant au patient de ranger ses effets.

5.2.2. La chambre sécurisée du service des urgences

Cette chambre est accessible depuis un sas dans lequel les policiers chargés de la garde statique se positionnent. Sa porte est pleine, à l'exception d'une trappe percée en son milieu. Inoccupée lors de la visite, la pièce était vide de tout mobilier.

La fenêtre, équipée de barreaux à l'extérieur et de lattes occultant la vue, ne peut pas être ouverte. La pièce est dépourvue d'horloge et de télévision. En l'absence de bouton d'appel, les patients n'ont d'autre choix que de crier ou de tambouriner à la porte pour alerter les soignants. Les sanitaires qui comportent une douche, un lavabo et des toilettes sont accessible du sas.

Recommandation 10

La chambre sécurisée du service des urgences doit être équipée de sanitaires, d'un bouton d'appel et d'une horloge horodatée que le patient peut voir en permanence, y compris placé sous contention.

5.3. LES CONSULTATIONS SE DEROULENT TROP SOUVENT EN PRESENCE DES ESCORTES, AU MEPRIS DE LA DIGNITE DES PATIENTS ET DU SECRET MEDICAL

Les pratiques relatives à la présence de l'escorte et au maintien des moyens de contrainte durant les hospitalisations et les consultations dépendent de chaque praticien. Les témoignages recueillis auprès des professionnels et des personnes détenues durant le contrôle du centre pénitentiaire de Majicavo, confirment que la sécurité est la priorité au détriment de la dignité et du secret médical.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les personnes privées de liberté qui sont hospitalisés en chirurgie viscérale restaient menottées au brancard jusque dans la salle d'opération. La présence des forces de l'ordre, porte ouverte, est de principe pour les examens effectués sur une personne gardée à vue.

Recommandation 11

Le respect du secret médical est un droit pour le patient. En application de l'article R. 4127-4 du code de la santé publique, il constitue un devoir absolu pour le médecin, auquel il s'impose. Les consultations médicales doivent se dérouler hors de la présence d'une escorte et la surveillance doit être indirecte (hors de vue et d'écoute de l'escorte). Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté rappelle les termes de son avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues dans les établissements de santé³³.

³³ [CGLPL, Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues dans les établissements de santé, paru au Journal officiel du 16 juillet 2015.](#)

6. LE SERVICE D'HOSPITALISATION DE PSYCHIATRIE ET LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

6.1. L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIERS A TEMPS PLEIN EN PSYCHIATRIE EST INCAPABLE DE REpondre AUX BESOINS DE LA POPULATION DE MAYOTTE

6.1.1. Dix lits d'hospitalisation complète pour tout le département

Lors de la visite du CGLPL effectuée en 2016, le département comptait dix lits d'hospitalisation à temps complet de psychiatrie adulte et les contrôleurs avaient constaté, à l'instar de leurs interlocuteurs et des pouvoirs publics, que cette offre était déjà largement sous-dimensionnée.

Sept années plus tard, le nombre de lits est inchangé alors que la forte croissance démographique de l'archipel se poursuit (cf. § 4.1). Par ailleurs, il n'existe toujours aucune possibilité d'hospitalisation pour les mineurs souffrant de troubles mentaux : ils sont hospitalisés avec les adultes au sein de l'unité de psychiatrie ou contraints de l'être à la Réunion au mépris des liens familiaux. Il est irrégulier de considérer comme « installée » l'autorisation d'hospitalisation complète des mineurs au prétexte qu'on les accueille au sein d'une unité pour adultes.

Par ailleurs, l'essentiel de l'offre et des ressources en psychiatrie est concentré à Mamoudzou (secteur Est de Grande-Terre) en concentrant les urgences psychiatriques, l'unité mobile de péri crise, le centre médico-psychologique (CMP) pivot, l'unité d'hospitalisation ainsi qu'un CMP pour enfants et adolescents.

Ce sous-dimensionnement de l'offre de psychiatrie a un double impact négatif dans un territoire qui réunit déjà des déterminants de santé très défavorables dans tous les champs (caractéristiques individuelles, milieux de vie, systèmes publics, contexte global). Pour la population, il se traduit indubitablement par une forte inégalité d'accès aux soins, si ce n'est un accès réduit. Pour les patients hospitalisés, il se traduit par des sorties prématurées, sans alliance thérapeutique en l'absence de soutien ambulatoire. Le projet d'établissement du CHM pour la période 2021-2025, qui date de juin 2021, fait d'ailleurs état de la faible offre de psychiatrie pour la population, du manque de lits d'hospitalisation complète ainsi que de l'absence d'offre de ville et privée. Il en résulte un manque de suivi des patients avec un risque de décompensation de ceux perdus de vue.

Le sous-dimensionnement des lits d'hospitalisation complète de psychiatrie s'inscrit en outre dans un contexte local dans lequel les patients arrivent souvent aux urgences en situation de crise aiguë et en tout dernier ressort. A maintes reprises, il a en effet été fait état aux contrôleurs du tabou que constitue la maladie mentale dans la société mahoraise et des croyances locales qui assimilent cette pathologie au mauvais sort. Le recours au vaudou et aux séances de désenvoutement reste fréquent. Ces pratiques peuvent entraîner le décès de la personne « désenvoutée » et il arrive régulièrement que les malades se voient poser des contentions à leur domicile pour les cacher du regard.

6.1.2. Le maillage territorial en ambulatoire

L'offre ambulatoire permanente (sans hôpitaux de jour) n'est pas non plus optimale. En dehors du site de Mamoudzou, il existe quelques consultations avancées, « éphémères » par défaut de ressources (psychiatre, infirmier, traducteur), réparties sur le reste du territoire. Il existe ainsi à Mayotte depuis 2022, cinq centres médico-psychologiques (CMP) :

- CMP adultes de Mamoudzou ;
- le CMP de Chirongui qui s'organise en trois jours d'activités adulte et deux jours d'activités de pédopsychiatrie ;
- le CMP de pédopsychiatrie de Mamoudzou ;
- En 2022, un CMP a ouvert à Petite-Terre ainsi qu'un CMP Mobile du centre et la collaboration avec le secteur médico-social et social³⁴. Au deuxième semestre 2022, une équipe mobile d'accompagnement en pédopsychiatrie a été mise en place et a réalisé un diagnostic des besoins sur le territoire.

Selon le projet territorial de santé mentale (PTSM) de Mayotte pour la période 2021-2025, le CMP de Chirongui ne pouvait proposer une offre de consultation qu'avec des ressources humaines provenant de Mamoudzou (psychiatre, psychologue, IDE, traducteur). Le PTSM indique en outre que, dans cette localité comme dans les autres, l'offre de consultation annoncée ne pouvait fréquemment pas être assurée du fait « de contraintes impondérables (turnover, etc.) pesant sur le service de psychiatrie ». Ainsi, hormis en secteur Sud à Chirongui-M'ramadoudou ouvert la semaine sous forme de CMP, les autres lieux de consultation fonctionnent un jour par semaine tout au mieux (secteur Petite-Terre à Pamandzi, secteur Nord à Dzoumogné, secteur Centre-Ouest à Kahani). Le PTSM conclut que « cela se traduit par une inégalité d'accès aux soins pour les habitants de Mayotte situés dans des communes distantes de Mamoudzou ». Le nouveau Plan Régional de Santé fait de la permanence de ces services l'une de ses priorités.

Il existe également des centres de réhabilitation psychosociale (CDR) qui offrent des consultations tous les jours.

6.1.3. L'évolution à venir du nombre de lits de psychiatrie

Le projet de second hôpital à Mayotte ne verra le jour qu'après la réalisation de l'opération tiroir de création de trente lits et places dont dix de pédopsychiatrie (quatre lits d'hospitalisation à temps complet et six en hôpital de jour) sur le site Henri Martial à Petite-Terre en 2025. Cette création de trente lits préfigure la réalisation de l'offre complète de psychiatrie au sein de l'établissement en projet. Il importe que cette opération tiroir soit menée dans le strict respect des délais et que son ouverture soit anticipée, sa mise en service dépendant nécessairement des ressources humaines, déjà difficiles à réunir au moment du contrôle.

³⁴ Au moment où le rapport d'activités 2022 du CHM a été mis sous presse, le recrutement d'un psychologue était en cours.

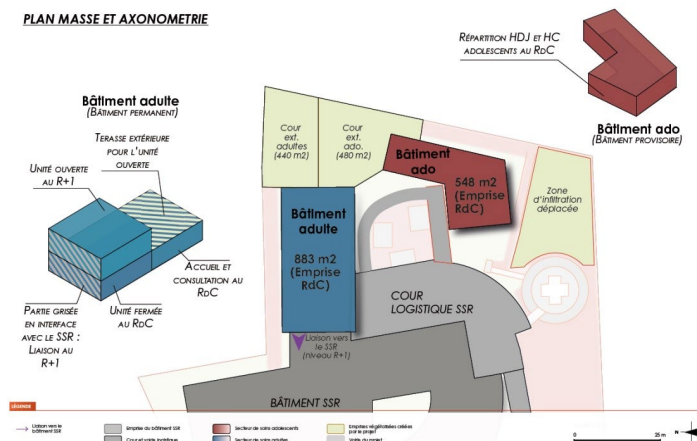


Schéma d'agrandissement des capacités d'hospitalisation en psychiatrie à Petite-Terre

De façon concomitante, sur le site de Mamoudzou, le schéma directeur immobilier (SDI) prévoit pour la mi-2025, la création d'un bâtiment sur pilotis de trois étages donnant sur un patio comprenant au 1^{er} étage, six lits de crise de psychiatrie (centre d'accueil et de crise) dont deux « chambres d'isolement ou d'apaisement »³⁵, en liaison avec le service des urgences.

6.2. LES DROITS ET LA DIGNITE DES PERSONNES HOSPITALISEES EN SOINS SANS CONSENTEMENT SONT BAFOUES DES LEUR ARRIVEE AUX URGENCES, SEULE PORTE D'ENTREE POUR LE SERVICE DE PSYCHIATRIE

6.2.1. L'arrivée

Toutes les admissions passent par le service des urgences. Il n'y a pas d'entrée directe dans le service de psychiatrie situé sur le site du CHM. L'accueil aux urgences est réalisé par un infirmier de l'organisation de l'accueil, qui effectue les premiers gestes et examens avec les prises de constantes, l'électrocardiogramme (ECG), organise la visite somatique par le médecin urgentiste et signale l'arrivée du patient à l'équipe mobile péri crise. Le patient, selon son état, attend dans un box, sur un brancard dans le couloir, mis sous contention ou non ou dans une des deux chambres d'isolement (CI) dont les portes sont percées d'un oculus vitré donnant directement sur le couloir où circule le public (cf. § 10.1).

6.2.2. L'équipe de péri crise

L'équipe mobile psychiatrique de crise³⁶ assure la psychiatrie de liaison dans les services de l'hôpital et intervient aux urgences auprès des patients ayant une demande de soins psychiatriques. Créée en 2016, elle est composée de cinq ETP IDE, d'un ETP de psychologue, de quatre AMP qui assurent la traduction et travaillent en binôme avec les IDE, d'une assistante sociale à 0,2 ETP et d'une secrétaire. L'équipe de péri crise assure également les consultations post crise pendant quatre à six semaines avec éventuellement des visites à domicile (VAD).

³⁵ Les deux terminologies sont utilisées dans le SDI.

³⁶ Ou équipe mobile péri crise (EMPC).

6.2.3. Les soins psychiatriques aux urgences

Le service des urgences est utilisé comme zone de stockage des personnes en attente d'hospitalisation dans le service de psychiatrie. Les IDE de l'équipe de péri crise préparent l'hospitalisation. Dans l'attente du passage du psychiatre, ils apportent les premiers soins et assurent la gestion administrative des soins sous contrainte qui est la forme la plus fréquente d'hospitalisation.

Dans l'attente du psychiatre et en cas d'agitation, le patient est :

- soit attaché sur un brancard dans les couloirs pour une durée qui peut atteindre 48h selon les témoignages du personnel du service des urgences. Les patients urinent dans des collecteurs d'urine ce qui porte atteinte à leur dignité ;
- soit installé dans l'une des deux chambres dites sécurisées qui sont en réalité des CI (cf. § 10.1). Le temps de séjour peut être de plusieurs jours en fonction des lits disponibles dans l'unité de psychiatrie.



Brancard équipé de contentions et installé dans un couloir du service des urgences

En attendant l'hospitalisation et la prise en charge dans le service de psychiatrie, les patients reçoivent la visite de l'IDE de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) selon les tours de surveillance pratiqués dans l'unité pour la prise des constantes à 5h00, à midi, à 18h00 et à minuit. Si le patient est agité, les IDE font appel au service de sécurité pour être accompagnés dans la chambre.

Recommandation 12

La prise en charge des patients nécessitant des soins psychiatriques aux urgences doit impérativement respecter les droits fondamentaux des personnes hospitalisées sans leur consentement. Les soins apportés aux personnes qui attendent leur hospitalisation au sein de l'unité de psychiatrie doivent respecter leur dignité et leur intimité en leur permettant un accès aux sanitaires et en les mettant à l'abri des regards des autres usagers lorsque des soins leur sont prodigués.

Cet isolement prolongé ne fait l'objet d'aucun renouvellement de décision, ne figure sur aucun registre. Il est uniquement mentionné dans le dossier du patient.

Recommandation 13

Les décisions d'isolement et de contention doivent être tracées et évaluées régulièrement par un médecin conformément aux dispositions légales en vigueur.

Il a été également rapporté que certaines admissions se font directement dans les CI des urgences en attente de la visite du psychiatre, en particulier lorsque les patients ayant présenté une agitation à domicile, sont amenés par les pompiers. L'examen médical somatique est alors très sommaire, voire inexistant.

Recommandation 14

Toutes les décisions d'hospitalisation en psychiatrie, d'isolement et de contention doivent être accompagnées d'un examen somatique complet.

6.3. L'INFORMATION DU PATIENT, ESSENTIELLEMENT ORALE, EST LACUNAIRE

6.3.1. L'information générale sur les droits des patients

Le livret d'accueil du CHM date de 2017 et est donc obsolète. Il n'est de toutes les façons pas remis au patient au sein de l'unité de psychiatrie contrairement à ce qu'indique pourtant le règlement intérieur de l'unité. Au surplus, comme l'avaient déjà constaté les contrôleurs en 2016 relativement au précédent livret, il ne mentionne pas les spécificités de l'hospitalisation en psychiatrie, notamment les admissions en soins sans consentement et les voies de recours devant le JLD.

Le règlement intérieur de l'établissement, qualifié de « très ancien », n'a pas pu être trouvé malgré des recherches effectuées à la direction générale.

Le règlement intérieur de l'unité, affiché sous la varangue, existe uniquement en langue française, comme cela avait déjà relevé en 2016. Il mentionne les horaires des repas, les modalités d'utilisation des téléphones et de sorties du service, le livret d'accueil et le questionnaire de sortie ainsi que les règles générales du service. Ce document ne mentionne aucunement les droits des patients hospitalisés sans leur consentement. Au sein de l'unité, l'affichage ne pallie pas cette carence, se limitant au droit d'accès au dossier médical, à la charte de la personne hospitalisée, aux représentants des usagers (cf. § 9.1) ainsi qu'aux démarches à suivre en cas de plaintes et réclamations.

Les règles de vie de l'unité sont lues et expliquées, au besoin à plusieurs reprises, par un infirmier dès que l'état clinique du patient le permet. En l'absence de traduction en shimaoré et en malgache, elles sont expliquées en ces langues par un AS ou un AMP (cf. § 4.3). Ces règles ne sont, en revanche, jamais remises aux patients alors que certains ont accès à la lecture.

Le planning des activités est affiché.

Recommandation 15

Le livret d'accueil doit être distribué au patient et l'informer sur les spécificités de l'hospitalisation en psychiatrie. Les règles de vie de l'unité de psychiatrie doivent être traduites en langues shimaoré et malgache et remises au patient.

6.3.2. L'information sur le statut, les décisions administratives et judiciaires, les droits spécifiques

Les décisions du directeur et les arrêtés préfectoraux sont accompagnés d'un document portant notification de droits : il mentionne les droits spécifiques des patients hospitalisés sans leur consentement énumérés par l'article L. 3211-1 du code de la santé publique. L'information sur les voies de recours qui figure sur ce document n'est pas complète et ne permet pas au patient de les comprendre. Il est en effet renvoyé à des articles de loi, sans mention du code dans lequel ils figurent et les coordonnées des autorités susceptibles d'être saisies par le patient ne sont soit pas indiqués soit le nom de l'organe à saisir n'est pas mentionné. A titre d'exemple, il est fait état de « la commission prévue à l'article L. 1122-3 ».

Les patients admis par décision du préfet reçoivent bien un document expliquant le traitement informatique des données à caractère personnel, leur conservation pour une durée de trois ans et le droit d'accès, de rectification et de limitation du traitement des données.

Les décisions administratives et judiciaires, transmises au secrétariat de l'unité par le bureau des entrées, sont expliquées lors de leur notification au patient par le médecin ou un IDE, avec au besoin une traduction par un AS ou un AMP. Il arrive toutefois, faute de temps ou de personnel, que les notifications n'aient pas lieu privant ainsi le patient de toutes informations quant à ses droits.

Recommandation 16

Les décisions de placement en soins sans consentement, qu'il s'agisse de celles du directeur d'établissement ou du préfet, doivent être systématiquement notifiées au patient, sauf dans l'hypothèse où son état clinique ne le permet pas.

Le récépissé est signé par le patient ou par deux soignants en cas de refus comme d'impossibilité (mention en est alors portée sur le récépissé) et versé au dossier patient informatisé (DPI) ce qui n'est toutefois pas systématique.

Les décisions de placement ou de maintien en soins sans consentement ne sont pas remises en copie au patient, sauf pour un temps de lecture si l'intéressé le demande. Le(s) certificat(s) médical(aux) fondant l'hospitalisation sans consentement ne sont jamais transmis au patient.

Recommandation 17

Les certificats médicaux qui fondent les décisions d'admission en soins sans consentement doivent être remis aux patients sur un support qu'ils peuvent conserver.

De façon générale, l'information est essentiellement orale. Les explications données aux patients, de façon pédagogique, sont globalement les suivantes : « vous êtes malade, avez besoin de soins, c'est important pour vous et vos proches de vous soigner et une fois sorti, de suivre votre traitement pour ne plus revenir ».

6.4. LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS EST DESORMAIS ASSUREE

A la différence des constats opérés en 2016 par le CGLPL, des mesures de protection des patients majeurs sont désormais mises en place. Au moment du contrôle, deux patients étaient protégés. Pour mettre un patient sous protection, un signalement appuyé d'un certificat médical est effectué au sein de l'unité puis transmis à la cellule des personnes vulnérables du conseil départemental qui prend une orientation vers un service de mandataires judiciaires³⁷. Au cours des cinq mois précédant le contrôle, deux mesures de protection avaient été mises en place et trois étaient en cours. En raison de la brièveté de l'hospitalisation, les soignants ne connaissent généralement pas directement la suite donnée aux signalements.

³⁷ UDAF ou M'Lezi Mahoré.

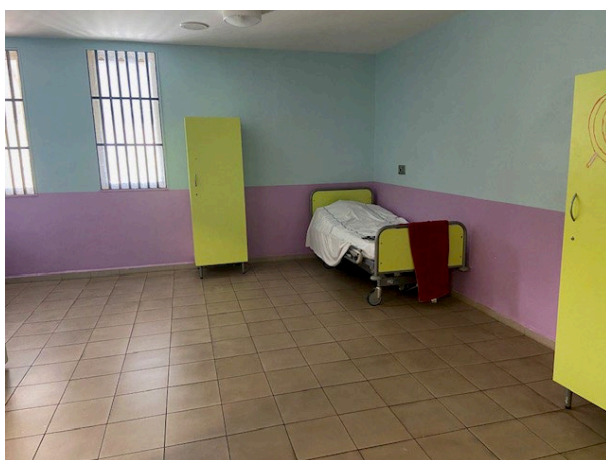
7. LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE

7.1. LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT SONT INDIGNES

7.1.1. Les chambres

Les conditions d'hébergement au sein de l'unité de psychiatrie ne répondent absolument pas aux standards hôteliers résultant du décret du 28 septembre 2022 entré en vigueur le 1^{er} juin 2023³⁸.

L'unité construite en outre dans une logique sécuritaire (cf. § 4.5), comporte sept chambres : quatre sont individuelles et trois comportent deux lits. Elles offrent un confort spartiate. Ce constat avait déjà été effectué par le CGLPL en 2016 et aucun achat d'équipement ou travaux n'ont manifestement été effectués pour rendre les conditions de séjour des patients dignes (cf. § 4.2).



Une chambre double



Une chambre individuelle

Les patients ne peuvent pas tous fermer à clef leur chambre et la porte de la chambre n°3 présente un fenestron non occulté qui rend son occupant visible depuis le couloir. Les patients ne peuvent pas appeler à l'aide, aucune des chambres n'étant équipée d'un bouton d'appel.

Seules trois des sept chambres disposent de toilettes et de douches (cf. § 7.3). Le mobilier est réduit à un lit métallique. Les patients ne disposent pas de table, de chaise, de chevet ni d'une liseuse. Aucune des armoires présentes dans quelques chambres ne peut être fermée à clef et certaines restent sans porte, cassées et non remplacées (cf. § 7.4). Les patients ne peuvent pas ouvrir les fenêtres de leur chambre. Celles-ci sont occultées par un épais film plexiglass et barreaudées, empêchant le passage de toute lumière naturelle.

Recommandation 18

Les chambres doivent être équipées de verrous de confort et de bouton d'appel. Le fenestron vitré de la chambre n°3 doit être occulté sans délai afin de garantir l'intimité du patient. De

³⁸ Décret n°2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie.

façon générale, le niveau d'équipement de l'unité doit correspondre à celui imposé par le décret du 28 septembre 2022 sans qu'il puisse être tiré argument de la construction à venir d'un nouvel hôpital, déjà annoncée en 2016 lors de la précédente visite du CGLPL.

7.1.2. Les espaces communs

Une fois la porte de l'unité franchie, se trouve une cour intérieure rectangulaire et carrelée entourée d'une varangue et équipée de jeux (cf. § 7.5.1). La cour donne accès aux bureaux du médecin et du cadre de santé, au secrétariat ainsi qu'à une salle qui peut servir de salle d'activités mais également de salon de visite (cf. § 7.5.1). Des tables équipées de bancs et abritées du soleil et des intempéries par une toile permettent aux patients de prendre leur repas dehors.



Les jeux installés sous la varangue



Espace de restauration extérieur

La salle de restauration située dans la zone d'hébergement est particulièrement sombre et ressemble davantage à un débarras. Son équipement est réduit à une longue table et à des chaises. Ses murs gris ne sont pas décorés et les dalles du plafond ne sont plus jointives.

Recommandation 19

Les équipements permettant aux patients d'avoir des activités occupationnelles doivent être entretenus et, au besoin, réparés. Les patients doivent bénéficier d'une salle de restauration chaleureuse, suffisamment éclairée et bien équipée afin de pouvoir prendre leur repas dans des conditions dignes.

7.2. LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR DES PATIENTS EST INEXISTANTE

La porte de l'unité est fermée en permanence. Le règlement intérieur de l'unité précise que les sorties du service dépendent, pour les patients hospitalisés sans leur consentement, d'une décision médicale ou préfectorale et, pour les patients en soins libres, sont conditionnées par l'accord du médecin. Au moment du contrôle, un bulletin de circulation, délivré par l'équipe soignante, était nécessaire pour sortir du service en cas d'hospitalisation en soins libres. Ainsi, comme en 2016, tous les patients, quel que soit leur mode d'hospitalisation, sont privés de la liberté d'aller et venir.

Recommandation 20

La liberté d'aller et venir des patients hospitalisés en soins libres doit être pleinement garantie.

7.3. L'HYGIENE PERSONNELLE PATIT DES INSTALLATIONS SANITAIRES QUI SONT INDIGNES

A son arrivée dans l'unité, le patient reçoit si nécessaire un kit d'hygiène qui comprend une brosse à dents, du dentifrice, du gel douche, quelquefois une serviette, un gant de toilette et une chemise ouverte d'hôpital qui se ferme dans le dos avec des boutons pression pour pyjama. Son port est obligatoire la nuit. Le jour du contrôle, ces chemises identiques à celles existantes dans le service de médecine n'étaient plus en stock.

Recommandation 21

Le port obligatoire du pyjama la nuit est à prohiber et le modèle de la chemise ouverte, qui ne respecte pas l'intimité du patient, doit être remplacé sans délai.

Le patient ne peut pas conserver son linge personnel. Cette règle est expliquée par l'absence de placards permettant de ranger ses affaires en sécurité (cf. § 7.4). Le linge est stocké dans un bureau dans un encombrement assez général.

Le linge personnel du patient est lavé et séché gratuitement au sein de l'unité. Un vestiaire de secours permet de fournir des vêtements aux patients dans le besoin.



*Chemise ouverte
(pyjama)*



*Vestiaire de secours et machine à laver le linge
des patients*

Les sanitaires équipant les chambres des patients sont hétérogènes, inadaptés et d'un autre temps. Quatre chambres sur sept ne disposent pas de toilettes et deux d'entre elles sont dépourvues de lavabo. Il n'existe aucun miroir, ni de porte-serviette ou de tablette pour poser ses effets personnels. Les toilettes sont des blocs métalliques de type quartier disciplinaire de prison et ne sont équipés ni d'abattant ni de lunette. Le papier toilette ou la douchette y font parfois défaut. Un bloc sanitaire collectif comportant WC, douches et lavabos complète ces équipements.



Bloc sanitaire d'une chambre



Chambre équipée d'une douche et d'un lavabo

Recommandation 22

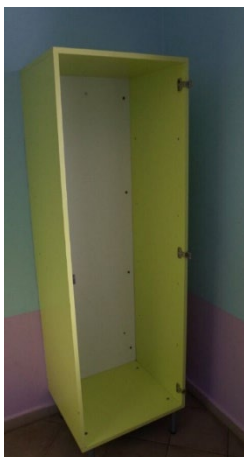
Les chambres doivent être équipées de sanitaires conformes aux normes hôtelières. Le patient doit disposer d'un miroir, d'étagères pour placer son nécessaire de toilette. Les WC doivent être munis d'une lunette et d'un abattant.

7.4. LA SECURITE DES BIENS DES PATIENTS N'EST PAS ASSUREE

Lors de l'admission dans l'unité, un soignant effectue un inventaire des effets personnels du patient dans la fiche inventaire du logiciel utilisé par l'établissement. Les objets de valeur sont remis à la famille avec l'accord non tracé du patient ou déposés dans le coffre de l'hôpital par le vaguemestre. L'inventaire est établi par deux agents lorsque l'état clinique du patient ne permet pas de l'y associer. Toutefois, il n'est pas signé par le patient et aucun exemplaire ne lui est remis. Les patients ne peuvent pas ranger leurs biens en sécurité dans leurs chambres : certaines sont soit dépourvues de placards, soit leur porte n'a pas été remplacée. Aucun ne peut être fermé à clef. Il existe un coffre dans le bureau de la psychologue. Pour autant, son utilisation n'est pas démontrée dans la mesure où aucun soignant ne connaît le contenu de ce coffre.

Recommandation 23

Un inventaire contradictoire des biens du patient doit être effectué et une copie doit lui être remise. Dans l'hypothèse où les biens du patient sont remis à sa famille, l'accord de celui-ci doit être tracé. Chaque patient doit disposer d'un placard muni d'une porte pouvant fermer à clef.



Placard de chambre

7.5. LA VIE QUOTIDIENNE DES PATIENTS SE RESUME SOUVENT A ATTENDRE LA VISITE DE LEUR FAMILLE DANS LA COUR INTERIEURE

7.5.1. La restauration

Le petit-déjeuner et les repas sont servis à 8h00, 12h00, 18h00, un goûter à 16h00 et une collation entre 20h00 et 21h00. L'heure du dîner, fixée à 18h00, ne correspond pas aux habitudes locales (19h00). Au moment du contrôle, ces horaires n'étaient pas toujours respectés en raison des fréquents retards de livraison engendrés par l'exercice du droit de retrait (cf. § 3.2) et les soignants de l'unité étaient dans l'obligation d'aller chercher les chariots-repas. Depuis 2011³⁹, une entreprise privée installée en dehors de l'enceinte de l'hôpital confectionne les repas en liaison froide. Il a été indiqué que les repas étaient plus adaptés au goût des mahorais et bien meilleurs avant la conclusion de ce marché public.

Le petit-déjeuner se compose d'un petit-pain ou d'un morceau de baguette, d'une confiture et préférentiellement d'un chocolat chaud (pour 90 % des patients). Le dimanche, les patients reçoivent en plus un pain au chocolat ou aux raisins. Les repas sont remis en température et servis sur des plateaux en salle à manger ou dans la cour, selon les saisons. Les patients mangent dans des barquettes avec des couverts en bois. Ils disposent d'un litre et demi d'eau en bouteille par jour, ce qui est unanimement jugé insuffisant au regard des températures à Mayotte.

³⁹ Les contrôleurs n'ont pas relevé de problèmes sur les dates limites de consommation (DLC).



Petit-déjeuner



Plateau repas

Les quantités servies sont insuffisantes pour les bons mangeurs : leurs familles leur apportent de la nourriture lors des visites. La consultation des menus indique qu'ils sont variés sur une semaine mais se ressemblent d'une semaine à l'autre. Certains plats qui déplaisent fortement aux patients, comme le foie de bœuf servi le samedi, restent non consommés. Les menus ne sont pas affichés au sein de l'unité.

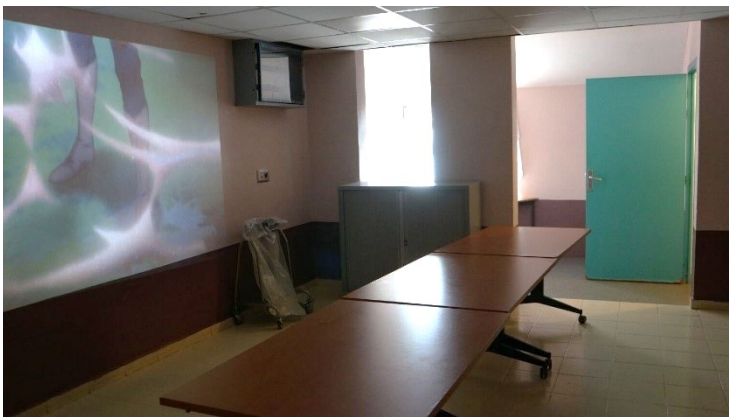
Recommandation 24

Les menus de la semaine doivent être portés à la connaissance des patients.

7.5.2. La télévision et les activités

Au moment du contrôle, les patients étaient assis en journée sur les fauteuils installés au fond de la cour, près du bureau infirmier, à proximité de la porte d'accès aux chambres.

La salle à manger sert également de salle de télévision de 14h00 à 16h00 puis de 20h00 à 22h00. Toutefois, le remplacement de l'appareil, cassé depuis un an, était toujours attendu au moment du contrôle. L'accès à cette salle est conditionné par la présence d'un soignant de l'équipe qui installe son ordinateur pour vidéo-projeter des programmes à partir d'un abonnement personnel. En son absence, les patients n'ont aucun accès à la « télévision ».



Salle à manger



Vidéo-projection

Les patients peuvent librement accéder à des crayons de couleur et à du papier, installés sous la varangue. Il en est de même du mini but de football, du baby-foot et de la table de ping-pong équipant la cour. Les deux derniers jeux étaient dégradés au moment du contrôle.

Recommandation 25

Les patients doivent pouvoir accéder librement à la télévision et à un choix de programmes. Les équipements de loisirs installés dans la cour doivent être réparés.

7.5.3. Le téléphone et les visites

Les téléphones portables sont systématiquement confisqués au moment de l'arrivée dans l'unité. Les patients qui le réclament aux soignants en bénéficient entre 14h00 à 18h00. Cette règle peut toutefois être assouplie en cours de séjour et deux patients sur neuf détenaient leur téléphone. La gestion des communications avec l'extérieur est faite avec discernement et les patients peuvent communiquer avec leur famille, sauf en cas d'interdiction du juge. Le patient dépourvu de téléphone portable peut utiliser le téléphone sans fil (DCET) de l'unité.

Enfin, les contrôleurs ont constaté que la confidentialité de l'hospitalisation n'est pas garantie : le standard transmet sans filtre les appels provenant de l'extérieur vers l'unité et les patients ne sont pas informés de la possibilité de garder leur hospitalisation confidentielle.

Recommandation 26

Le droit à la confidentialité de l'hospitalisation doit être proposé à tout patient et faire l'objet d'un protocole impliquant tout le personnel, y compris le standard.

Aucun salon de visite n'existe au sein de l'unité alors qu'en moyenne, trois à quatre visites par jour ont lieu. Pour rencontrer leur proche dans des conditions garantissant un peu d'intimité, il faut déloger une activité ou un occupant de bureau.

Recommandation 27

Un local spécifiquement dédié aux visites des familles doit être identifié et aménagé.

Il n'existe pas non plus de réunions avec les aidants familiaux pour les associer à la prise en charge.

7.5.4. L'accès au tabac

La prévalence du tabagisme parmi les patients serait moins élevée qu'en métropole. Le livret d'accueil interdit de fumer dans l'enceinte de l'hôpital et le règlement de l'unité l'autorise de façon contrôlée. Les familles achètent le tabac, à défaut, les soignants s'en chargent avec l'argent du patient. Ceux qui n'ont pas de famille ou d'argent sont sevrés de tabac et ont accès à des substituts nicotiques, de type gomme ou patch.

L'accès au tabac n'est pas libre : les cigarettes et briquets des patients sont consignés dans le bureau infirmier, rangés dans des bannettes par numéro de chambre. Les patients viennent toutes les deux heures demander leur tabac : la première cigarette peut être prise après le petit-déjeuner et la septième et dernière avant 22h00. Ils fument dans la cour, sauf à être placés à l'isolement. Aucun cendrier ni allume-cigare ne sont installés.

La prise en charge des addictions n'est pas une priorité de l'unité. Elle n'est pas inscrite dans le projet du pôle SAME à l'inverse des problèmes de nutrition.

Recommandation 28

Les restrictions à l'accès au tabac doivent être individualisées. Par principe, les patients fumeurs doivent pouvoir conserver leurs cigarettes pour fumer de jour comme de nuit dans un espace dédié, équipé de cendriers et d'un briquet électronique mural. La prévention du tabagisme et des autres addictions doit faire partie intégrante de la prise en charge du patient.

7.6. LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE DES PATIENTS NE FAIT L'OBJET D'AUCUNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE ET LES PATIENTS SONT MIS EN DANGER

La question de la vie sexuelle n'est pas traitée institutionnellement par l'établissement, que ce soit au sein du pôle SAME ou par le comité d'éthique, dénommé « groupe éthique de l'établissement ».

L'unité ne dispose pas de préservatifs. Les relations sexuelles entre patients sont taboues : dans l'hypothèse de rapprochements entre des patients, les professionnels de santé gèrent les situations au cas par cas, en posant un cadre d'interdiction des relations sexuelles. Le CGLPL rappelle qu'il n'est pas possible d'interdire, de manière générale et absolue, les relations sexuelles pour toutes les personnes hospitalisées ou hébergées. Il est revanche possible de prévoir une limitation des droits et libertés fondamentaux imposée par l'état de santé de la personne, médicalement constaté⁴⁰.

Au sein de l'unité, il en résulte des rapports non protégés ou des révélations d'agressions sexuelles, le plus souvent après la sortie des patients. Ces agressions sont d'ailleurs probablement sous-évaluées en raison de leur caractère infamant qui peut conduire les victimes à les cacher. Lorsque de tels faits sont portés à la connaissance des soignants, la victime est accompagnée au commissariat pour porter plainte.

Recommandation 29

L'établissement doit engager une réflexion sur l'accès à la sexualité et à l'intimité des patients hospitalisés sans leur consentement.

⁴⁰ CAA Bordeaux, 6 nov. 2012, n°11BX01790.

8. LES SOINS ET LA PREPARATION A LA SORTIE

8.1. LES SOINS PSYCHIATRIQUES SE RESUMENT A JUGULER LA CRISE DE SORTE A POUVOIR LIBERER UN LIT AU PLUS VITE MAIS AU RISQUE DE SORTIES PREMATUREES

8.1.1. Les soins psychiatriques

Le médecin psychiatre est présent tous les jours dans l'unité mais assure en même temps les urgences et des consultations au CMP situé dans les locaux à proximité du service. La permanence de soin psychiatrique est assurée sous forme d'astreinte de nuit et de week-end. Le choix du médecin par le patient est impossible en raison du faible effectif médical. Ce sont les secrétaires qui désignent le médecin, en fonction des possibilités, pour rédiger les certificats afin de respecter la nécessaire diversité des avis médicaux.

Les traitements sont distribués collectivement au moment des repas au détriment du respect de la confidentialité du soin.

Recommandation 30

La dispensation des traitements est un acte infirmier qui doit être individualisé et respecter la confidentialité des échanges et le secret médical au moment de la prise médicamenteuse.

Ce manque de confidentialité se retrouve également dans le caractère inadapté de l'archivage des dossiers médicaux des patients : ceux-ci ont été trouvés entassés dans des couloirs ouverts à tous.



Les dossiers des patients stockés dans les couloirs de l'établissement

Recommandation 31

Les dossiers médicaux des patients doivent être archivés dans un lieu fermé et protégé afin de garantir leur confidentialité et le secret médical.

Il existe une programmation d'activités thérapeutiques en semaine réparties les mercredis, jeudis et vendredis. Elles sont variées : peinture, poterie, jardin, relaxation et visionnage de film. La salle à manger est utilisée comme atelier de « cuisinothérapie » et lorsque l'effectif de soignants le permet, des gâteaux y sont réalisés en semaine. Bien que le temps d'hospitalisation soit de courte durée, l'investissement du personnel soignant est tel qu'il permet l'organisation de sorties accompagnées assez régulièrement. Parmi les huit patients hospitalisés en soins sans

consentement au moment du contrôle, tous étaient autorisés à sortir accompagnés pour des durées de moins de 12h.

Les contraintes imposées par la pénurie de temps médical, le faible nombre de places d'hospitalisation et l'absence de structures d'aval pèsent sur la durée de l'hospitalisation. La durée moyenne de séjour est de 10 jours avec, dès l'entrée, le souci de la sortie et la mise en place très rapidement de traitement neuroleptique retard afin de s'assurer d'une stabilité symptomatique. Ce fonctionnement vise à régler une crise temporaire mais ne peut pas permettre d'effectuer une analyse fine de la symptomatologie ayant conduit à l'hospitalisation. En effet, la durée moyenne des séjours observée en service de psychiatrie, est habituellement de l'ordre d'une vingtaine de jours. Dans ce contexte, qu'en est-il des possibilités d'analyse des causes du trouble observé, du diagnostic porté et quelles sont les conséquences sur la prise en charge ? Les fluctuations de l'expression de la pathologie psychiatrique nécessitent ce temps d'observation pour assurer une prise en charge de qualité et éviter les fréquentes rechutes. Le personnel soignant évoque d'ailleurs spontanément les retours fréquents de patients dont la récente sortie n'a pas permis une stabilisation des troubles. Ces patients présentent une nouvelle décompensation souvent liée à une rupture de soin.

L'unité est également confrontée à des situations insolubles du fait de l'absence de structures d'aval pour la prise en charge des personnes présentant une pathologie chronique assortie de troubles du comportement incompatibles avec une vie sociale ordinaire. La prise en charge de telles situations aggrave encore la faible capacité d'accueil en hospitalisation psychiatrique. Ainsi, par exemple, au moment du contrôle, une jeune autiste très déficitaire était hospitalisée depuis plusieurs mois dans l'unité après avoir été sortie par sa mère de la structure qui la prenait en charge dans l'hexagone et ramenée à Mayotte. Elle a été rapidement hospitalisée peu après son arrivée dans la mesure où ses conditions matérielles de vie dans une maison en tôle dépourvue de tout confort ne permettaient pas sa prise en charge. L'unité attendait l'orientation de cette patiente vers une structure adaptée dans l'hexagone et au moment du contrôle, l'ARS, maintes fois interpellée, n'avait apporté aucune réponse. De la même façon, les patients revenant de séjours dans une unité pour malades difficiles (UMD) de l'hexagone ne peuvent prétendre à une hospitalisation d'une durée suffisamment longue pour confirmer et consolider l'amélioration clinique obtenue par les soins spécialisés avant un retour dans un lieu de vie comme cela est habituellement le cas.

Tout au long du parcours de soin hospitalier, les contrôleurs ont constaté des atteintes aux droits fondamentaux des patients anormalement élevées. Elles résultent essentiellement du sous-dimensionnement de l'offre de psychiatrie du département, du peu d'investissement par le CHM pour cette spécialité et de l'état bâtiminaire de l'unité alors que l'implication et la qualité humaine de l'accompagnement des personnels rencontrés sont à souligner.

Bonne pratique 1

La présence d'une infirmière formée en pratique avancée à la réunion hebdomadaire du service trouve tout son sens dans l'articulation avec un secteur où les déplacements restent complexes, aléatoires et même dangereux. Elle témoigne du fort engagement des professionnels malgré des conditions de travail extrêmement défaillantes.

8.1.2. Les soins somatiques

Il n'y a pas de passage de médecin généraliste dans l'unité. Les soins courants sont effectués par le psychiatre et les consultations de spécialistes sont accessibles dans les différents services hospitaliers du CHM.

Recommandation 32

Les patients hospitalisés dans l'unité de psychiatrie doivent bénéficier d'un examen somatique au moment de leur admission en son sein ou dans les 24 heures ainsi qu'au moment des décisions d'isolement et de contention.

8.1.3. La pharmacie

Le livret du médicament n'offre qu'un choix limité de différentes molécules utilisées en psychiatrie. En conséquence, les infirmiers du service sont amenés à s'approvisionner dans les officines privées afin de poursuivre les traitements habituellement prescrits, neuroleptiques ou régulateurs de l'humeur, pour des patients hospitalisés et dont le changement ou l'arrêt de la molécule pourraient induire des ruptures contribuant à l'aggravation d'une décompensation psychotique. Les ordonnances des traitements psychiatriques ne sont pas vérifiées par le pharmacien et la mise en place de la conciliation médicamenteuse n'est pas encore envisagée.

Recommandation 33

Le livret du médicament doit être revu dès lors que la diversité des possibilités thérapeutiques et l'accès aux molécules de dernière génération font partie du droit à la santé. Les ordonnances des traitements psychiatriques doivent être vérifiées par le pharmacien comme le prévoient les textes applicables.

8.2. LA PREPARATION A LA SORTIE PATIT D'UN MANQUE CRUEL DE SOLUTIONS D'AVANT ET S'AVERE ENCORE PLUS DIFFICILE POUR LES PATIENTS EN SITUATION IRRÉGULIERE

Dès le début de l'hospitalisation, la sortie fait l'objet d'une réflexion et le projet prend véritablement forme à J+7. La présence dans les réunions cliniques hebdomadaires de soignants qui travaillent en ambulatoire est à même d'assurer une continuité dans la prise en charge des patients à leur sortie de l'hôpital. Toutefois, la continuité des soins est mise à mal par plusieurs facteurs :

- l'offre de soins en ambulatoire est fragile et essentiellement concentrée à Mamoudzou (cf. § 4.1) ;
- alors même que le CHM s'est vu accorder les autorisations nécessaires, il n'existe dans le département ni appartements thérapeutiques ni service de placement familial ;
- 50 % des patients hospitalisés sont des étrangers en situation irrégulière ce qui les prive d'un accès aux soins de ville. Les professionnels rencontrés ont fait part d'une certaine frustration à devoir faire sortir ces patients avec une ordonnance de médicaments et un bon de circulation ne leur permettant que d'amorcer la poursuite de leur traitement. L'expression utilisée pour nommer ces mises à la rue est celle de « sorties manguier ». Il a été indiqué aux contrôleurs que ces documents ne permettaient pas aux intéressés d'échapper à une interpellation puis à l'édiction d'une mesure d'éloignement assortie

d'un placement en centre de rétention et que, de ce fait, nombreux étaient ceux qui renonçaient aux traitements pourtant indispensables à leur état de santé.

Il y a peu de programmes de soins bien que la levée des mesures concernant les patients hospitalisés à la demande du représentant de l'Etat soit difficile à obtenir. Le préfet de Mayotte demande systématiquement, avant toute levée de mesure les concernant, un second avis médical voire, le cas échéant, l'avis du collègue. Selon les propos des infirmiers présents lors de la réunion clinique à laquelle les contrôleurs ont assisté, les suivis reposent donc essentiellement sur le personnel soignant et les médecins généralistes.

9. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

9.1. IL N'EXISTE PAS DE COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES ET L'ACCES DES PATIENTS A LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES USAGERS N'EST PAS FACILITE

9.1.1. L'absence de commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

La CDSP est chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes. Comme en 2016, il n'existe pas de CDSP à Mayotte au motif de l'impossibilité de respecter l'article L. 3223-2 du code de la santé publique qui en fixe la composition. Ce texte dispose que cette instance est notamment composée de deux médecins psychiatres, dont un ne doit pas exercer dans un établissement hospitalier désigné pour assurer les soins psychiatriques sans consentement, et deux représentants d'associations agréées respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux. Au moment du contrôle, aucun psychiatre n'exerce exclusivement son activité en dehors de l'hôpital et aucune association répondant *stricto sensu* aux exigences législatives n'existe. La loi prévoit toutefois la possibilité de désigner des personnalités d'autres départements en cas d'impossibilité de désigner un ou plusieurs membres.

Au regard des missions incombant à une CDSP, il importe qu'elle soit instaurée à Mayotte dans les plus brefs délais.

Recommandation 34

Conformément à la législation en vigueur, l'établissement doit mettre en place la commission départementale des soins psychiatriques, le cas échéant en faisant appel à des personnes d'un autre département, à défaut d'une adaptation de la réglementation au regard des particularités de Mayotte.

9.1.2. La commission départementale des usagers (CDU)

Dans leur grande majorité, les familles mahoraises et comoriennes estiment que la thérapeutique occidentale n'est pas efficace pour soigner leurs proches atteints de troubles mentaux. Ils s'en remettent à des croyances qui visent à isoler la personne malade, considérée comme un être possédé et sous l'influence d'un djinn. Il importe par conséquent de prendre en compte cette dimension dans la nature des liens particuliers entre les usagers, les familles et l'établissement. Néanmoins, le CHM, à travers son projet stratégique et les instances ouvertes à la concertation des usagers du service public, est dans l'obligation de garantir toute leur place et faciliter leur libre expression notamment sur la qualité de la prise en charge. Le projet d'établissement pour les années 2021-2025 contient une partie intitulée « le projet des usagers » qui comprend des objectifs d'association des usagers et des proches, à savoir améliorer leur information ainsi que la visibilité des représentants et des associations, et consacrer une plus grande place à la famille dans la prise en charge.

Le dernier rapport de certification de la Haute autorité de santé (HAS), qui date du mois de septembre 2019, attendait des progrès pour associer les représentants des usagers. Toutefois, l'établissement est confronté à l'absence de relais en psychiatrie à Mayotte. En effet, il n'existe

aucune association de représentants des usagers de la psychiatrie comme l'Unafam⁴¹ ou la Fnapsy⁴² très présents en métropole. Le département compte de nombreux groupes d'entraide mutuelle organisés sous la forme d'association de patients mais ils s'adressent à des personnes en situation de handicap psychique en soutien de leur insertion sociale, professionnelle et citoyenne et ne sont donc pas orientés vers les institutions comme l'hôpital. Dans ce contexte, les patients et les familles sont dans l'obligation de se référer aux représentants des usagers de la CDU, moins au fait des pathologies psychiatriques et qui ne sont jamais rendus dans l'unité de psychiatrie.

Par ailleurs, la CDU, présidée par une représentante des usagers, a été reconstituée après deux années d'inactivité pendant la crise sanitaire engendrée par l'épidémie de Covid-19 et une année post-covid sans instance. Elle n'a donc pas rempli son rôle du mois de février 2020 au mois de février 2023 alors que la crise sanitaire et ses répercussions sur les droits des patients, notamment en matière de libertés individuelles, auraient dû la conduire à se saisir de ces sujets. Enfin, l'accès à cette instance n'est pas facilité. L'affichette qui se trouve dans l'unité n'explique pas sa mission, n'informe pas le patient sur sa composition complète, ne mentionnant que les quatre représentants des usagers, et il n'existe pas de local dédié aux associations d'usagers⁴³.

Recommandation 35

Les patients et les aidants familiaux doivent être associés à l'amélioration de la prise en charge au sein du pôle de santé mentale, à l'instar de ce qui est fait dans les autres pôles de l'hôpital.

Le bilan des plaintes et réclamations depuis 2021 illustre largement les difficultés mentionnées ci-dessus. Pour le pôle SAME, aucune plainte n'a été enregistrée en 2021, quatre plaintes et une médiation en provenance d'un CMP l'ont été en 2022 et, pendant les neuf premiers mois de l'année 2023, deux plaintes de familles ont été recensées.

9.1.3. Les questionnaires de satisfaction

En 2022, aucun questionnaire de satisfaction ne provient de l'unité de psychiatrie. Au moment du contrôle, une expérience de recueil de satisfaction était menée : les agents d'accueil se rendaient dans les services MCO de l'établissement pour faciliter le remplissage des questionnaires. Toutefois, l'unité de la psychiatrie était exclue de cette expérimentation : les agents d'accueil, non formés⁴⁴, craignent les patients atteints de psychiatrie et sont donc très réticents à se rendre au sein de l'unité.

Recommandation 36

Les patients de psychiatrie doivent pouvoir remplir un questionnaire de satisfaction comme l'ensemble des patients du centre hospitalier.

⁴¹ Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ ou handicapées psychiques.

⁴² Fédération nationale des patients en psychiatrie.

⁴³ Au moment du contrôle, un projet de maison des usagers était en cours et le local devait ouvrir d'ici la fin de l'année 2023.

⁴⁴ Au moment du contrôle, il était envisagé de les former mais le choix de ladite formation n'était pas arbitré.

9.2. LE REGISTRE DE LA LOI NE PERMET PAS D'APPREHENDER CORRECTEMENT LE SUIVI ADMINISTRATIF ET JUDICIAIRE DES MESURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT

Le livre de la loi comporte deux registres distincts, l'un pour les SDRE, l'autre pour les SDDE, tenus selon un modèle normalisé non-dématérialisé. Ils sont renseignés dans un délai de quinze jours. Les différents documents y sont reproduits en format réduit.

Les registres ne sont pas visés par le président et le procureur de la République du TJ de Mayotte mais uniquement par le maire de Mamoudzou et le directeur d'établissement.

Alors qu'il doit permettre de comprendre immédiatement la situation juridique de la personne, le registre est incomplet. Les copies des décisions de mise sous protection n'y figurent pas, ni à titre d'information, ni dans leur reproduction. Le nom et les coordonnées du tiers ne sont pas systématiquement précisés. Les dates et les dispositifs des décisions du JLD n'apparaissent jamais. Enfin, les dates des notifications faites aux patients ne sont pas toujours reproduites qu'il s'agisse des décisions d'admission, de maintien et du JLD.

Les certificats médicaux des 24h, 72h et mensuels sont horodatés et remis dans des délais permettant au directeur et au préfet de prendre une décision en respectant les échéances légales. La majeure partie des décisions s'approprie les termes des certificats médicaux, sans ajouter de motivation particulière, ce qui rend d'autant plus nécessaire la communication au patient de la copie des certificats afin de lui permettre de comprendre les raisons conduisant à son hospitalisation sous contrainte (cf. § 6.3.1).

Les passages en programme de soins ainsi que la réunion du collège des professionnels sont retranscrits.

Recommandation 37

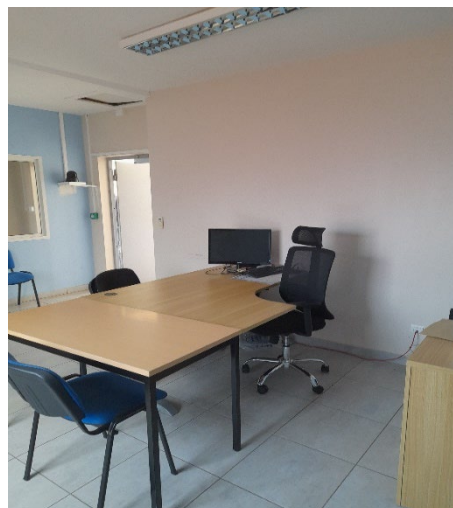
Les informations requises par l'article L. 3212-1 du code de la santé publique doivent obligatoirement figurer dans le registre de la loi. Conformément aux dispositions de l'article L. 3222-4 du même code, le préfet de Mayotte, le président du tribunal judiciaire de Mayotte, le procureur de la République près le même tribunal ou leurs représentants, doivent visiter l'établissement chaque année et porter au registre de la loi leurs éventuelles observations.

9.3. LE CONTROLE DU JLD SUR LES MESURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT EST EFFECTIF

Les audiences sont tenues par l'une des deux JLD du TJ de Mayotte. Elles portent uniquement sur les mesures de soins sans consentement, le JLD n'exerçant aucun contrôle sur les mesures d'isolement et de contention (cf. § 10.3).

9.3.1. Les modalités d'organisation des audiences

Comme en 2016, les audiences du JLD se tiennent dans l'enceinte du CHM. Une salle située à proximité de l'unité a été spécialement aménagée.



La salle d'audience

La communication entre le bureau des entrées et le greffe du JLD est qualifiée de « bonne » par les différents interlocuteurs interrogés. Toutefois, les délais de saisines de quatre à deux jours selon les constats des contrôleurs dans les dossiers des patients, sont courts et les avis d'audience arrivent le matin pour l'après-midi ce qui ne permet pas aux soignants de préparer suffisamment le patient.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les certificats d'incompatibilité de l'état clinique et psychique du patient avec son audition par le juge sont rares.

Après l'audience, la décision est envoyée par le greffe, par télécopie, au bureau des entrées et à la secrétaire de l'unité. Celle-ci se rend alors au sein de l'unité pour remettre l'ordonnance à notifier aux soignants. Elle sera conservée dans le dossier administratif de l'intéressé.

9.3.2. Le déroulement de l'audience

Le passage devant la JLD est présenté par l'équipe soignante au patient de sorte à le rassurer. Cela est d'autant plus important que, dans l'imaginaire de la majorité des patients, le juge ne peut être qu'un juge qui va le mettre en prison ou le renvoyer dans son pays d'origine.

Les contrôleurs ont assisté à l'audience du 4 octobre 2023, à laquelle deux patientes étaient convoquées pour statuer sur la légalité de la décision de placement à 12 jours. La JLD, qui ne porte pas de robe à l'audience, se présente comme étant « juge des libertés » et explique son rôle en des termes simples.

Les patients sont toujours habillés de vêtements de ville et sont accompagnés un à un à l'audience par un infirmier qui reste présent au fond de la salle pour les rassurer. A la demande du juge, ils apportent des éléments sur la situation du patient (situation sociale, orientation post-hospitalisation, évolution du patient, etc.) qui aident à la décision.

La JLD vérifie tout au long de l'audience que le patient comprend la nécessité de se soigner puis celle de poursuivre les soins à sa sortie de l'hôpital. La greffière ou le soignant présent servent au besoin d'interprète. La parole est donnée au patient.

Il a été expliqué aux contrôleurs que les patients hospitalisés sans consentement à la demande d'un tiers le sont presque toujours sous le statut de l'urgence (SDTU) laquelle n'est pas toujours caractérisée dans le certificat médical. Ceci n'emporte pour autant pas l'annulation de la décision de placement. Il a été indiqué qu'en raison de la situation de désert médical de Mayotte, c'est la seule solution qui a été trouvée pour permettre aux patients d'accéder aux soins.

L'administration n'est ni présente ni représentée à l'audience. L'avocat de permanence n'est jamais présent. Aucun patient ne demanderait même à être assisté d'un avocat. L'information sur ce droit est lacunaire et le tableau de l'Ordre des avocats n'est affiché nulle part.

Le sens de la décision est expliqué et donné sur le siège avant d'être notifiée en fin d'après-midi.

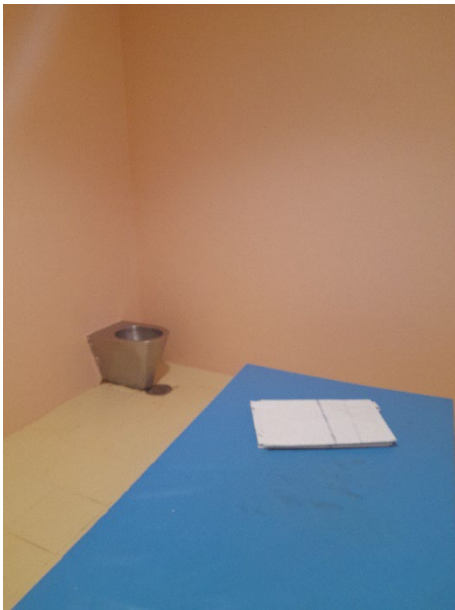
10. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

10.1. LES CHAMBRES D'ISOLEMENT SONT INDIGNES

L'unité de psychiatrie comporte deux chambres d'isolement (CI). Deux autres chambres sont utilisées aux urgences comme CI pour les patients en attente d'hospitalisation au sein de l'unité de psychiatrie avec une durée de séjour indéterminée (cf. § 6.2).

Aucune de ces chambres ne permet une prise en charge digne des patients, leur conception architecturale ne correspondant en rien aux normes en vigueur. Le patient isolé ne dispose en effet d'aucun bouton d'appel, d'aucune possibilité d'allumer ou d'éteindre sa lumière ou de tirer sa chasse d'eau. Aucun papier hygiénique n'est laissé au patient. L'absence d'horloge et d'horodateur ne lui permet pas de se repérer dans le temps et aucune perspective de vue n'est ouverte vers l'extérieur, les vitres étant opacifiées et sans ouverture possible. Les CI sont toutes dépourvues d'un accès à l'air libre.

Dans l'unité de psychiatrie, les toilettes sont installées dans la chambre : ils jouxtent le lit fixé au sol et revêtu d'un matelas plastifié. C'est là l'unique mobilier de la chambre. Le patient isolé ne dispose d'aucun endroit pour poser ses affaires. Il mange assis sur le lit avec des couverts en plastique. Le patient n'a pas accès de façon permanente à un point d'eau et les deux douches, dépourvues de portes, ne sont accessibles que du sas. Il a été indiqué aux contrôleurs que lorsque deux patients sont isolés, ils sont amenés à la toilette tour à tour. Les deux CI ne sont pas comptabilisées dans la capacité en lits de l'unité : le patient isolé conserve systématiquement son lit hôtelier le temps de la mesure.



CI de l'unité de psychiatrie



Douches des CI de l'unité de psychiatrie

L'intimité et la confidentialité des soins du patient isolé ne sont pas respectées :

- au sein de l'unité de psychiatrie, les caméras de surveillance installées dans les CI offrent une vue sur les toilettes et filment en continu les patients enfermés. Les écrans de report de ces caméras sont situés dans le bureau infirmier dont la porte est ouverte la plupart du temps. Les images sont ainsi accessibles aux autres patients ainsi qu'à toutes les personnes entrant dans le bureau, y compris des livreurs comme constaté par les contrôleurs ;

- le patient est exposé à la vue de tous ceux qui passent dans le couloir du service des urgences en raison du fenestron vitré de leur porte. Les contrôleurs ont constaté à plusieurs reprises que les femmes qui y étaient enfermées plaquaient leur visage contre cette vitre tout en tambourinant à la porte.

Le port de la chemise d'hôpital avec boutons pression dans le dos pour la fermer est imposé à tout patient placé à isolement, pendant toute la durée de la mesure.

Recommandation 38

Les chambres d'isolement doivent assurer la confidentialité des soins, préserver l'intimité des patients, et garantir à ces derniers des conditions de prise en charge respectueuses de leur dignité. Les chambres d'isolement doivent disposer d'un accès à l'air libre ainsi que d'un dispositif d'appel accessible aux patients, y compris à ceux qui sont attachés. Les patients isolés ne doivent pas être mis de façon systématique en pyjama, *a fortiori* en blouse d'hôpital.

Recommandation 39

Afin de favoriser leur accompagnement, les patients placés en chambre d'isolement doivent faire l'objet d'une surveillance humaine permanente. On ne saurait la remplacer par une vidéosurveillance, qui ne peut être utilisée que de manière brève et ponctuelle et dont les images ne doivent être visibles que des seuls soignants.

10.2. LES MESURES D'ISOLEMENT SONT ENCORE CONSIDEREES COMME DES PRESCRIPTIONS

Il ressort des dossiers des patients que l'isolement est une prescription médicale et non pas une décision du médecin. Les contrôleurs ont constaté que, dans leur grande majorité, les professionnels de santé n'étaient pas informés des dispositions légales encadrant les pratiques d'isolement et de contention et n'en connaissaient donc pas le cadre juridique (*cf.* § 4.3).

La surveillance des patients par les infirmiers est effectuée régulièrement et tracée. Les mesures sont renouvelées toutes les douze heures par les médecins parfois rétroactivement ou par téléphone. Toutefois, les dossiers consultés étaient vierges de toute mention relative au renouvellement ou à la levée de la décision. Le psychiatre participe le plus souvent aux staffs du matin et, en cas de besoin, des réunions sur dossier sont organisées afin d'étudier le cas particulier d'un patient.

Lorsqu'un patient est placé à l'isolement, il peut être fait appel aux agents de surveillance. Il a toutefois été indiqué aux contrôleurs qu'ils venaient pour faire nombre mais ne touchaient pas le patient.

10.3. IL N'EXISTE NI REGISTRE NI CONTROLE PAR LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION DES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

10.3.1. L'absence de registre d'isolement et de contention

Au sein de l'unité de psychiatrie, il n'existe pas de registre d'isolement et de contention alors qu'aux termes de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique dans sa rédaction issue de la

loi du 26 janvier 2016⁴⁵, sa tenue est obligatoire. Il a été expliqué aux contrôleurs que l'absence de registre découlait de difficultés informatiques. Pour répondre à cette obligation légale, un fichier Excell a été créé mais il est incomplet, ne comportant ni l'âge du patient ni la durée de la mesure. En outre, au moment du contrôle, il ne comprenait que quatre mesures, la plus ancienne datant du 26 septembre 2023. L'établissement méconnaît dès lors la législation en vigueur.

Recommandation 40

Un registre d'isolement et de contention répondant aux prévisions de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique et dont la tenue est obligatoire, y compris à Mayotte depuis 2016, doit être mis en place dans les plus brefs délais. Les mesures d'isolement et de contention doivent toutes être tracées.

En l'absence de registre, les autorités de contrôle, dont le CGLPL, ne peuvent pas déterminer si les mesures d'isolement et de contention se limitent à des pratiques de dernier recours. Il a été indiqué que si la contention était rare, les mesures d'isolement pouvaient dépasser 48h.

En l'absence de toutes données chiffrées, la pratique de l'isolement ne peut pas être analysée par les équipes soignantes. Aucune alternative à l'isolement n'est tracée dans le dossier médical. L'unité ne dispose d'aucun espace d'apaisement.

Recommandation 41

L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants, et doit permettre de limiter ces pratiques à ce qui n'a pu être obtenu par d'autres moyens. L'unité de psychiatrie doit disposer d'un espace d'apaisement.

10.3.2. L'absence de contrôle du JLD sur les mesures d'isolement et de contention

Le contrôle du JLD en matière d'isolement et de contention est inexistant ce qui place le CHM dans une situation d'illégalité manifeste dès lors que, depuis la loi du 22 janvier 2022, cette voie de recours est un droit pour les patients et leurs proches. Aucune dérogation ne permet à un établissement de santé et à un tribunal judiciaire de se soustraire à leur obligation légale.

Pendant la visite, il a été indiqué que la procédure d'information et de saisine du JLD serait effective à compter du 1^{er} janvier 2024. Pour autant, les contrôleurs ont constaté qu'aucun document afférent à ce contrôle juridictionnel, largement méconnu des soignants (cf. § 4.3), n'était prêt, voire en cours d'élaboration.

Recommandation 42

Le juge des libertés et de la détention doit sans délai opérer le contrôle des mesures d'isolement et de contention renouvelées au-delà de 48 et 24 heures et doit être saisi des mesures d'isolement et de contention prolongées au-delà de 72 et 48 heures.

⁴⁵ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

16/18 quai de la Loire
CS 70048
75921 PARIS CEDEX 19
www.cglpl.fr